

**BURKINA FASO**  
Unité – Progrès – Justice

**UNIVERSITE POLYTECHNIQUE  
DE BOBO DIOULASSO  
(UPB)**



**INSTITUT SUPERIEUR DES  
SCIENCES DE LA SANTE  
(IN.S.SA)**



Année Universitaire : 2014-2015

Thèse N° 30

**Description de la qualité de la prise en  
charge des personnes âgées avec des  
pathologies chroniques dans les services de  
santé à Bobo-Dioulasso**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 15 Décembre 2014

Pour l'obtention du **Grade de Docteur en MEDECINE**

**(Diplôme d'Etat)**

**Par**

**TOE Nadia Esther**

Née le 22/12/1987 à Banfora (Burkina Faso)

**Directeur de Thèse**

M Macaire OUEDRAOGO MCA

**Cô-directeur de thèse**

Dr Hervé HIEN

**JURY**

**Président** : M Issaka SOMBIE MCA

**Membres**

M Léon Blaise SAVADOGO MCA

Dr Salifou GANDEMA Maître -  
assistant

Dr Hervé HIEN chargé de recherche

**BURKINA FASO**  
Unité – Progrès – Justice

**UNIVERSITE POLYTECHNIQUE  
DE BOBO DIOULASSO  
(UPB)**



Année Universitaire : 2014-2015

**INSTITUT SUPERIEUR DES  
SCIENCES DE LA SANTE  
(IN.S.SA)**



Thèse N° 3.0

**Description de la qualité de la prise en  
charge des personnes âgées avec des  
pathologies chroniques dans les services de  
santé à Bobo-Dioulasso**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le 15 Décembre 2014

Pour l'obtention du **Grade de Docteur en MEDECINE**

**(Diplôme d'Etat)**

**Par**

**TOE Nadia Esther**

Née le 22/12/1987 à Banfora (Burkina Faso)

**Directeur de Thèse**

M Macaire OUEDRAOGO MCA

**Co-directeur de thèse**

Dr Hervé HIEN

**JURY**

**Président** : M Issaka SOMBIE MCA

**Membres**

M Léon Blaise SAVADOGO MCA

Dr Salifou GANDEMA Maître -  
assistant

Dr Hervé HIEN chargé de recherche

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE, SUPERIEUR

-----  
SECRETARIAT GENERAL

-----  
UNIVERSITE POLYTECHNIQUE  
DE BOBO-DIOULASSO

-----  
INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES  
DE LA SANTE (IN.S.SA)  
Tél. 20 98 38 52  
-----



**BURKINA FASO**

Unité- Progrès- Justice

## **ARRET DU CONSEIL SCIENTIFIQUE**

Par délibération, le Conseil scientifique de l'Institut Supérieur des Sciences de la Santé (INSSA) arrête : « les opinions émises dans les thèses doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation. »

Pour le Conseil scientifique

Le Directeur de l'INSSA

**LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS DE L'INSTITUT  
SUPERIEUR DES SCIENCES DE LA SANTE (IN.S.SA) (ANNEE  
UNIVERSITAIRE 2013-2014)**

**LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS DE L'INSTITUT  
SUPERIEUR DES SCIENCES DE LA SANTE (IN.S.SA)(ANNEE  
UNIVERSITAIRE 2014-2015)**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Directeur  | Pr Robert T. GUIGUEMDE   |
| 2. Directeur Adjoint  | Dr Souleymane OUATTARA   |
| 3. Chef du département médecine et spécialités<br>Médicales         | Dr Zakari NIKIEMA        |
| 4. Chef du département de Chirurgie<br>et spécialités chirurgicales | Dr Bakary SANON          |
| 5. Chef du département de Pédiatrie                                 | Dr K. Raymond CESSOUMA   |
| 6. Chef du département de Gynécologie-<br>Obstétrique               | Dr Souleymane OUATTARA   |
| 7. Chef du département de Santé publique                            | Dr Léon SAVADOGO         |
| 8. Chef du département des Sciences<br>fondamentales et mixtes      | Dr Salifo SAWADOGO       |
| 9. Directeur des stages   | Dr Patrick DAKOURE       |
| 10. Secrétaire principal  | Mme YONI/SOMDA Georgette |
| 11. Chef du Service Administratif et Financier                      | Mr Zakaria IRA           |
| 12. Chef du Service de la Scolarité                                 | Mr Yacouba YAMPA         |
| 13. Responsable de la Bibliothèque                                  | Mr Mohéddine TRAORE      |
| 14. Secrétaire du Directeur   | Mme Aïssitan SOMBIE      |

**LISTE DES ENSEIGNANTS PERMANENTS DE L'IN.S.SA (2014-2015)**

## LISTE DES ENSEIGNANTS PERMANENTS DE L'IN.S.SA (2014-2015)

### ❖ PROFESSEURS TITULAIRES

1. Robert T. GUIGUEMDE Parasitologie-Mycologie
2. Blami DAO\* Gynécologie-Obstétrique

### ❖ MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Macaire OUEDRAOGO Médecine interne/Endocrinologie
2. Souleymane OUATTARA Gynécologie-obstétrique
3. Issaka SOMBIE\*\* Epidémiologie
4. Jean Baptiste ANDONA Dermatologie-vénérologie
5. Zakary NIKIEMA Imagerie médicale
6. Léon Blaise SAVADOGO Epidémiologie
7. Patrick W.H. DAKOURE Orthopédie-traumatologie
8. Téné Marceline YAMEOGO Médecine interne
9. Abdoulaye ELOLA ORL
10. Sanata BAMBA Parasitologie-mycologie
11. Rasmané BEOGO Stomatologie/chirurgie maxillo-faciale

### ❖ MAITRES- ASSISTANTS

1. Jean Wenceslas DIALLO Ophtalmologie
2. Armel G. PODA Maladies infectieuses
3. Bakary Gustave SANON Chirurgie -anatomie
4. Carole Gilberte KYELEM Médecine interne
5. Abdoul Salam OUEDRAOGO Bactériologie/Virologie
6. Der Adolphe SOME Gynécologie-obstétrique
7. Boukary DIALLO Dermatologie-vénérologie
8. Salifou GANDEMA Médecine physique/ Réadaptation
9. Aimé Arsène YAMEOGO Cardiologie

10. Sa Seydou TRAORE	Imagerie médicale
11. Raymond CESSOUMA	Pédiatrie
12. Cyprien ZARE	Chirurgie
13. Ibrahim Alain TRAORE	Anesthésie réanimation

❖ **ASSISTANTS**

1. Moussa KERE	Psychiatrie
2. Emile BIRBA	Pneumologie
3. Salifo SAWADOGO	Hématologie
4. Sié Drissa BARRO	Anesthésie-Réanimation
5. Yacouba SOURABIE	Immunologie
6. Aimée DAKOURE/KISSOU	Pédiatrie

\*En disponibilité

\*\* En détachement

## LISTE DES ENSEIGNANTS VACATAIRES (2005 à 2014)

### ❖ ENSEIGNANTS VACATAIRES DE L'UPB

- |                             |                       |
|-----------------------------|-----------------------|
| 1. Aboubacar TOGUYENI       | Génétique             |
| 2. Ahmed SERE               | Physique              |
| 3. Bétaboalé NAON           | Physique              |
| 4. Georges Anicet OUEDRAOGO | Biochimie             |
| 5. Juliette DIALLO/TRANCHOT | Biologie cellulaire   |
| 6. M'Bi KABORE              | Physique              |
| 7. Samadou COULIBALY        | Anglais médical       |
| 8. Théodore M. Y. TAPSOBA   | Maths et statistiques |
| 9. Younoussa MILLOGO        | Chimie                |

### ❖ ENSEIGNANTS VACATAIRES HORS UPB

- |                               |                                  |
|-------------------------------|----------------------------------|
| 1. Abdoul A. Baminitayi AOUBA | Secourisme                       |
| 2. Abel KABRE                 | Neurochirurgie                   |
| 3. Adama LENGANI              | Néphrologie                      |
| 4. Adama TRAORE               | Dermatologie                     |
| 5. Adrien SAWADOGO            | Maladies infectieuses            |
| 6. Alain ZOUBGA               | Pneumologie                      |
| 7. Alexis ROUMBA              | Physiologie                      |
| 8. Alhassane SANOU            | Anglais médical                  |
| 9. Amadou TOURE               | Histologie Embryologie           |
| 10. André SAMADOULOUGOU       | Cardiologie                      |
| 11. Apollinaire SAWADOGO      | Pathologie digestive<br>médicale |
| 12. Arouna OUEDRAOGO          | Psychiatrie                      |
| 13. Assita SANOU/LAMIEN       | Anatomie pathologique            |
| 14. Athanase MILLOGO          | Neurologie                       |
| 15. Benjamin BONKOUNGOU       | Anatomie                         |
| 16. Bernard SOURABIE          | Physiologie                      |

17. Boubacar NACRO	Pédiatrie
18. Braïma SESSOUMA	Biochimie
19. Busia KOFFI	Médecine traditionnelle
20. Daman SANO	Cancérologie
21. Dieu Donné OUEDRAOGO	Rhumatologie
22. Djakaria CISSE	Anglais médical
23. Drissa BARRO	Physiologie
24. Fallou CISSE	Physiologie
25. Fulgence DA	Neuro anatomie
26. Germain SAWADOGO	Biochimie clinique
27. Joachim SANOU	Anesthésie réanimation
28. Kampadilemba OUOBA	ORL
29. Nazinigouba OUEDRAOGO	Physiologie
30. Norbert RAMDE	Médecine légale
31. Noufounikoun MEDA	Ophtalmologie
32. Olga Mélanie LOMPO/GOUMBRI	Anatomie pathologique
33. Pierre GUISSOU	Pharmacologie générale
34. Raguilnaba OUEDRAOGO	Chimie
35. Rasmata OUEDRAOGO	Bactériologie/Virologie
36. Robert SOUDRE	Anatomie pathologique
37. Robert ZOUNGRANA	Physiologie
38. Sansan Stanislas KAMBOU	Informatique
39. Sélouké SIRANYAN	Psychiatrie
40. Serge SAWADOGO	Immunologie
41. Tanguet OUATTARA	Anatomie
42. Théodore OUEDRAOGO	Anatomie
43. Théophile Lincoln TAPSOBA	Biophysique
44. Timothée KAMBOU	Urologie
45. Valentin KONSEGRE	Anatomie pathologique
46. Vincent OUEDRAOGO	Médecine du travail
47. Zékiba TARNAGDA	Maladies infectieuses

**DEDICACES**

## DEDICACES

Je dédie ce travail à :

- ✓ **A l'ETERNEL mon DIEU et SEIGNEUR**, El Shaddaï le Dieu de l'impossible ; Seigneur sans Toi je n'y serai pas parvenu, je n'avais ni la force ni les capacités. Seigneur je viens Te rendre grâce et célébrer Ta fidélité, Tu la renouvelles pour moi à chaque fois que le soleil se lève, Tu es le fidèle ami de mon existence qui m'entoure de Son attention divine. Je suis trop petite pour toute la grâce et la fidélité que Tu as témoigné à mon égard. Seigneur accorde-moi la grâce d'accomplir la mission pour laquelle Tu m'as créé.
  
- ✓ **A mes Grands-parents, TOE Dyo Dramane, Ky Bintou et KARAMA Talmon** (in memoriam), Je ne vous ai point connus, mais vous avez votre place gravée dans mon cœur et rien ne pourra l'effacer. C'est juste votre petite-fille ; ce modeste travail pour vous rendre hommage.
  
- ✓ **Mon très cher Père TOE Adama Makoum**, aucune dédicace, aucun mot ne sera à la hauteur pour témoigner l'amour, l'admiration, l'estime et le grand respect que j'ai pour vous Père. Vous êtes un héros pour moi. Vous vous battez pour notre bien être sans relâche, vous incarner la perfection, n'eut été votre rigueur et votre encadrement je ne serai pas arrivée là. Que Dieu m'accorde la grâce de pouvoir faire autant que vous à défaut de faire plus que vous. Ce travail est le fruit des sacrifices que vous avez consentis pour mon éducation et ma formation. Que L'Eternel vous rassasie de longs jours pleins de bonheur.
  
- ✓ **Ma Mère KARAMA Mariam**, tendresse, douceur et grâce, mère vous êtes simplement spéciale, aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que vous méritez pour tous les sacrifices que vous n'avez cessé de faire pour moi depuis ma naissance. Vous avez toujours été là pour m'encourager,

vous avez su me soutenir dans cette longue marche. Que l'Eternel vous bénisse et vous garde et que vous ne manquiez d'aucun bien tout au long de votre vie.

✓ **Ma Mère PARE Marthe**, si tout le monde n'a qu'une mère, moi j'ai reçu l'immense grâce d'en avoir deux. Vous m'avez adopté, aimé et chérie. Vous avez été ma confidente et amie. Vous m'avez toujours soutenu sans faille. Aucun mot ne pourrait témoigner tout l'amour et l'admiration que j'ai pour vous femme vertueuse. Ce modeste travail est le fruit de vos prières. Que l'Eternel vous bénisse et vous garde et que vous ne manquiez d'aucun bien tout au long de votre vie.

✓ **A mes frères et sœurs: Amadou, Jokhanan, Aïda, Ruthanna, John, Johanna, Nancy, Shiphra et Yeshroun** quelle grâce immense et quel bonheur inestimable de vous avoir, je vous aime tant et vous me comblez. Merci pour votre soutien. Que le Seigneur m'accorde la grâce d'être une bonne grande sœur, Qu'il vous bénisse, vous garde et qu'il vous donne de grandir en stature et en beauté devant sa face.

✓ **A Monsieur KABA Youssouf** vous m'avez accueillie comme votre fille que le Seigneur vous bénisse et vous garde.

✓ **A mes grands-parents TRAORE Fatoumata, PARE François et Rebecca**

Quelle joie de vous avoir merci pour tout votre soutien et l'amour manifesté en mon endroit. Que le Seigneur vous bénisse et vous garde.

✓ **A mes oncles TOE Lazare Boureima et KARAMA Youssouf (in memoriam)**  
Votre passage dans ma vie n'a pas été sans effet.

- ✓ **A tous mes oncles et tantes** merci pour tout votre soutien que Dieu vous bénisse vous et vos familles.
- ✓ **A mon oncle PARE Fidèle** : en plus d'être un oncle, vous avez été un grand frère et ami pour moi. Merci pour votre soutien inestimable durant toutes ces années. Que le Seigneur vous bénisse et que ses desseins s'accomplissent dans votre vie.
- ✓ **A la promotion 2012-2013 des Internes du CHUSS de Bobo-Dioulasso** : Nous avons partagé tant de joie et de difficultés. Vous avez participé à ma formation humaine et professionnelle. Vous êtes pour beaucoup d'entre vous plus que des amis. Nous avons cheminé pendant 8 ans ensemble pour la majorité. Des liens sont nés et nous sommes devenus une famille. Je vous souhaite une carrière médicale remplie de grandeur et de réussite.
- ✓ **A mon père spirituel le Pasteur Zerbo Elisée, son épouse et leurs enfants**, merci pour tout le soutien, pour les encouragements et vos prières merci de m'apprendre chaque jour à connaître d'avantage mon Dieu, que le Seigneur vous bénisse vous et votre famille et fasse prospérer l'œuvre qu'il a mis dans vos mains.
- ✓ **A toutes mes amies Laetitia, Gwladys, Vanessa, Anaïs, Djéneba et Pulcherie** merci pour tous ses bons moments partagés, que le Seigneur vous bénisse et nous garde toujours unies.
- ✓ **A mon bien aimé et futur époux ROUAMBA Jean de Dieu** si je ne t'avais pas connu ma vie n'allait pas être accomplie. Merci pour ta patience, pour ton amour, pour ton soutien et tes encouragements durant ces sept ans, les mots ne seront jamais assez pour dire tout ce que tu es pour moi. Parce que c'est toi je n'ai pas peur d'entreprendre cette randonnée unique. Que L'Eternel nous donne de toujours nous comprendre et nous aimer.
- ✓ **A toutes les personnes âgées du monde entier**

- ✓ A tous ceux ou toutes celles dont le nom n'a pas pu être cité et qui ont eu une influence positive sur nous, de près ou de loin, que Dieu vous bénisse !

## **REMERCIEMENTS**

## REMERCIEMENTS

Ce travail est l'aboutissement d'un long cheminement au cours duquel j'ai bénéficié de l'encadrement, des encouragements et du soutien de plusieurs personnes, auxquelles je tiens à dire profondément et sincèrement merci.

✓ Au **Professeur Macaire OUEDRAOGO**, Merci professeur pour votre disponibilité, votre attention et votre amabilité.

✓ Au **Docteur HIEN Hervé** pour la confiance que vous m'avez accordée, pour vos conseils, le temps sacrifié à l'encadrement de ce travail. Votre disponibilité, votre humilité, votre amabilité, votre rigueur et votre savoir font de vous un grand homme, un savant. Le fait de vous rencontrer était un honneur, travailler avec vous un privilège.

✓ Aux Dr **SOMDA Désiré** et **Ganamé Zacharia** merci pour vos conseils

✓ Merci à **Bamba Issiaka** et **Millogo Adjara** pour le travail abattu

✓ Merci à tout le **personnel** des différentes structures (CHUSS, CMA de Do, CMA de Dafra, CSPS de COLMA et Sarfalao, CAES clinique St Leopold) et particulièrement à leurs chefs de service, grand merci pour l'accueil et pour votre disponibilité

✓ Merci à tout le **personnel** de la CNSS

✓ Merci à **Mme Hien** et **Sylvie** pour tout leur soutien

✓ A mes **enseignants et camarades** de l'école primaire, du collège et de l'INSSA.

✓ A tous les patients âgés que le Seigneur vous donne longue vie en bonne santé.

**A NOS MAITRES ET JUGES**

**❖ A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY**  
**Docteur Issiaka SOMBIE**

Vous êtes :

- ✓ Médecin épidémiologiste.
  
- ✓ Maître de Conférences agrégé en Epidémiologie à l'INSSA
  
- ✓ Enseignant d'Epidémiologie, de Méthodologie de la Recherche, et d'informatique Médicale à l'INSSA.
  
- ✓ Professionnel en Charge de la Recherche à l'Organisation Ouest Africaine de la Santé
  
- ✓ Secrétaire Général: Association pour les Sciences de la Santé du Burkina (ASSB).

Honorable Maître, nous ne saurons comment exprimer le bonheur que cela nous procure, d'avoir ce grand honneur que vous nous faites, de sacrifier de votre précieux temps pour juger ce modeste travail. Vous contribuez ainsi à sa perfection et soyez assuré de notre vive reconnaissance.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre encadrement et de votre enseignement tout au cours de notre formation.

Votre simplicité, vos qualités scientifiques, humaines et pédagogiques font de vous une référence et un modèle dans le monde Scientifique et Médical.

Veillez accepter ce travail maître, en gage de notre grand respect et notre profonde reconnaissance

Que le bonheur et la grâce vous accompagne tous les jours de votre vie vous et vos familles.

**❖ A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE,**

**Docteur Macaire Samdpawindé OUEDRAOGO**

Vous êtes :

- ✓ Professeur Agrégé de Médecine Interne
- ✓ Chef de service de médecine interne au CHU Sourou Sanou
- ✓ Spécialiste en Santé Publique et Médecine Communautaire
- ✓ Chef de service de l'évaluation des soins et de la qualité du CHUSS
- ✓ Chef de service de la Médecine V-Femme du CHUSS.

Honorable maître, C'est un grand honneur et grâce pour nous de vous avoir eu comme Directeur de thèse malgré vos multiples occupations.

Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements théoriques et de votre encadrement pratique durant notre cursus universitaire.

Vous avez par l'immensité de vos connaissances scientifiques, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité et surtout votre humilité suscité en nous une grande admiration et un profond respect. Vous êtes et vous resterez toujours pour nous une référence et un exemple à suivre. Veuillez trouver ici, Cher Maître, l'expression de notre estime et notre considération.

Que le bonheur et la grâce vous accompagne tous les jours de votre vie vous et toute votre famille !

**❖ A NOTRE MAITRE MEMBRE DU JURY**

**Docteur Léon Gueswende Blaise SAVADOGO**

Vous êtes :

- ✓ Médecin épidémiologiste et spécialiste en nutrition.
- ✓ Maître de Conférences Agrégé en Epidémiologie à l'INSSA
- ✓ Chef du Département de Santé Publique de l'INSSA
- ✓ Coordonnateur de l'unité de recherche et de formation sur la nutrition la santé et la survie de la mère et de l'enfant de l'INSSA
- ✓ Chef du service d'information sanitaire du Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou (CHUSS)

Cher Maître, grande est notre joie d'avoir cet immense privilège que vous acceptiez juger ce modeste travail. Nous sommes très honorés de bénéficier de votre apport pour améliorer la qualité de ce travail.

Nous avons bénéficié de vos enseignements théoriques et de votre encadrement au cours de notre cursus universitaire.

Nous avons trouvé en vous un Maître plein de qualités humaines et scientifiques et ces qualités nous ont séduits. Vous nous édifiez par votre rigueur, votre détermination au travail, votre dynamisme, et votre simplicité.

Veillez trouver ici, Cher Maître, l'expression de notre sincère gratitude

Que le bonheur et la grâce vous accompagne tous les jours de votre vie vous et toute votre famille

#### ❖ A NOTRE MAITRE MEMBRE DU JURY

##### **Docteur Salifou GANDEMA**

- ✓ Maître-assistant en médecine physique et de réadaptation fonctionnelle à l'INSSA
- ✓ Chef de Service de la médecine physique et de réadaptation fonctionnelle
- ✓ Instructeur de la confédération africaine de foot Ball

Cher Maître, grande est notre joie d'avoir cet immense privilège que vous acceptiez juger ce modeste travail.

D'approche facile, vous nous avez permis d'apprécier vos qualités humaines et scientifiques.

Nous avons bénéficié de vos connaissances théoriques et de votre encadrement pratique durant notre cursus, vous avez su nous montrer que la médecine est un art, que vous maîtriser.

Votre disponibilité, votre simplicité, votre sympathie nous ont beaucoup touchés et font de vous une référence.

Veillez trouver ici l'expression de notre estime et notre Considération.

## ❖ A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

**Dr Hervé Mwinonè HIEN**

Vous êtes :

- ✓ Médecin de santé publique
- ✓ Attaché de recherches à l'Institut de Recherche en Science de la Santé/Centre National de Recherche Scientifique et Technologique
- ✓ Chef de l'unité Politique et Système de Santé au centre MURAZ
- ✓ Coordonnateur Scientifique du Certificat Universitaire sur l'Initiation à la recherche en Système de santé, Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles
- ✓ Consultant national sur les questions de santé, en particulier, le VIH/SIDA

C'est un grand honneur et une bénédiction pour nous de vous avoir eu comme co-directeur de thèse malgré vos multiples occupations.

Vous avez initié ce travail et vous l'avez guidé tout au long de son élaboration. Vos qualités pédagogiques et scientifiques et surtout votre constante accessibilité et disponibilité ont suscité en nous une grande confiance. Nous sommes ravis d'être au terme de ce travail que vous avez inspiré.

Cher maître, Veuillez trouver ici l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

Que le bonheur et la grâce vous accompagne tous les jours de votre vie vous et toute votre famille !

## **SOMMAIRE**

## SOMMAIRE

LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS DE L'INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES DE LA SANTE (IN.S.SA) (ANNEE UNIVERSITAIRE 2013-2014) .....	III
DEDICACES .....	X
REMERCIEMENTS .....	XV
A NOS MAITRES ET JUGES .....	XVII
SOMMAIRE .....	XXII
RESUME DE LA THESE / ABSTRACT .....	XXVI
SIGLES ET ABREVIATIONS .....	XXIX
LISTE DES FIGURES .....	XXXI
LISTE DES TABLEAUX .....	XXXIII
INTRODUCTION / ENONCE DU PROBLEME .....	1
PREMIERE PARTIE .....	4
I. GENERALITES .....	5
I.1 DEFINITION DES CONCEPTS .....	6
<i>I.1.1 Le vieillissement</i> .....	6
<i>I.1.2 Personnes Agées</i> .....	6
<i>I.1.3 Maladies chroniques</i> .....	7
<i>I.1.4 Système de santé</i> .....	7
<i>I.1.5 Système de soins de santé</i> .....	8
<i>I.1.6 Qualité de soins</i> .....	8
<i>I.1.7 Intégration des soins</i> .....	8
<i>I.1.8 L'autogestion des soins</i> .....	9
I.2 TRANSITION DEMOGRAPHIQUE ET SES CONSEQUENCES .....	9
I.3 EPIDEMIOLOGIE DES MALADIES CHRONIQUES .....	11
I.4 ORGANISATION DES SOINS ET DU SYSTEME DE SANTE AU BURKINA FASO .....	13
<i>I.4.1 Organisation générale du système de santé</i> .....	13
<i>I.4.2 L'offre de soins pour les personnes âgées</i> .....	14
<i>I.4.3 Organisation du système de santé dans la ville de Bobo Dioulasso</i> .....	15
I.5 CADRE D'ANALYSE DES PA AVEC PATHOLOGIE CHRONIQUE .....	16
II REVUE DE LA LITTERATURE .....	19

DEUXIEME PARTIE .....	26
III BUT DE LA RECHERCHE .....	27
IV OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	29
IV.1 OBJECTIF GENERAL .....	30
IV.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES .....	30
V MATERIELS ET METHODES.....	31
V.1 CADRE ET CHAMP DE L'ETUDE.....	32
V.2 TYPE D'ETUDE ET PERIODE DE L'ETUDE.....	33
V.3 POPULATION D'ETUDE ET CRITERES D'INCLUSION.....	33
<i>V.3.1 Les sujets de l'étude</i> .....	33
<i>V.3.2 Les Critères d'inclusion</i> .....	33
V.4 ECHANTILLONNAGE ET TAILLE DES SUJETS.....	33
<i>V.4.1 Echantillonnage</i> .....	33
<i>V.4.2 Taille de l'échantillon</i> .....	34
V.5 TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES .....	35
V.6 DEFINITION DES VARIABLES .....	35
<i>V.6.1 Variables pour l'analyse du dysfonctionnement de l'offre de soins</i> .....	35
<i>V.6.2 Variable concernant les plaintes des patients</i> .....	36
V.7 INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNEES.....	37
<i>V.7.1 Un questionnaire auto administré pour les prestataires de soins</i> .....	37
<i>V.7.2 Un questionnaire semi structuré qualitatif pour les personnes âgées vues en ambulatoire et en hospitalisation</i> .....	37
<i>V.8 Mode de collecte des données</i> .....	38
V.9 L'ANALYSE DES DONNEES .....	38
VI CONSIDERATIONS ETHIQUES ET ADMINISTRATIVES .....	44
V RESULTATS	
VII.1 CARACTERISTIQUES DES STRUCTURES VISITEES, DES PRESTATAIRES ET DES PATIENTS DE L'ETUDE .....	46
<i>VII.1.1 Caractéristiques des structures visitées</i> .....	47
<i>VII.1.2 caractéristiques des prestataires</i> .....	47
<i>VII.1.3 Caractéristiques des personnes âgées en ambulatoire et en hospitalisation</i> .....	48
VII.2 DYSFONCTIONNEMENTS LIES A L'OFFRE DE SOINS DES PERSONNES AGEES ....	53
<i>VII.2.1 Mesure des composantes du système de soutien pour les patients chroniques dans les formations sanitaires de premier niveau</i> .....	53
<i>VII.2.2 Mesure des composantes du système de soutien pour les patients chroniques au niveau de l'hôpital de référence, le CHU</i> .....	57
VII.3 PLAINTES DES PA .....	61
<i>VII.3.1 Plaintes des PA en ambulatoire</i> .....	61

<i>VII.3.2 Plaintes des patients vus en Hospitalisation</i> .....	66
VIII DISCUSSION ET COMMENTAIRES .....	72
VIII.1 LIMITE ET MERITE DE L'ETUDE .....	73
VIII.2 PRINCIPAUX RESULTATS .....	73
VIII.3 DYSFONCTIONNEMENTS DANS L'OFFRE DE SOINS DES PA.....	74
VIII.3 PLAINTES DES PERSONNES AGEES .....	76
<i>VIII.3.1. Caractéristiques cliniques des patients</i> .....	76
<i>VIII.3.2 plaintes des personnes âgées</i> .....	76
TROISIEME PARTIE.....	79
CONCLUSION .....	80
SUGGESTIONS .....	82
REFERENCES .....	84
ANNEXES.....	91
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	108

**RESUME DE LA THESE / ABSTRACT**

**Introduction :** Les pathologies chroniques chez les personnes âgées demeure un problème préoccupant de santé publique. Notre étude avait pour objectif de décrire la qualité de la prise en charge des personnes âgées ayant des pathologies chroniques afin de contribuer à l'amélioration de la qualité de leur prise en charge.

**Méthode :** Il s'est agi d'une étude transversale descriptive d'Octobre 2013 à Septembre 2014. Nous avons réalisé un échantillonnage raisonné intéressant sept structures de santé de la ville de Bobo-Dioulasso. Le modèle de prise en charge des maladies chroniques a servi de référence pour décrire la prise en charge des patients hypertendus et un questionnaire qualitatif a été utilisé pour les personnes âgées.

**Résultats :** Le niveau de soutien global pour la prise en charge des personnes avec HTA était « basique » pour l'ensemble des structures enquêtées (score médian 3,8). Le niveau de soutien était basique pour les formations sanitaires de premier échelon (score médian 2,8), pour les hôpitaux de district (score médian 4,2) et pour le CHU (score médian de 4,5). Les composantes les plus faibles étaient le système d'information clinique et l'appui à la prise de décision clinique. Pour la plupart des personnes âgées niveau de satisfaction pour leur prise en charge était faible. Le niveau de satisfaction était faible pour l'environnement des soins, soit 43,8% d'insatisfaction des soins en ambulatoire et 60% pour les soins en hospitalisation. Quant à l'accessibilité financière aux soins en ambulatoire 68,8% des personnes âgées étaient insatisfaites et 85,7% l'étaient pour l'accessibilité financière des soins en hospitalisation. Par rapport à la fluidité du système de référence, le taux d'insatisfaction était équitablement réparti en hospitalisation et en ambulatoire soit 60%.

**Conclusion :** La qualité de la prise en charge des personnes âgées porteuses de pathologies chroniques est insuffisante. L'adoption de stratégies par approche sensibilisatrices des acteurs de santé sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des pathologies chroniques de la personne âgée s'imposent.

**Mots clés :** Personnes âgées, pathologies chroniques, prise en charge, Burkina Faso.

**Auteur :** TOE Nadia Esther **Tél :** (00226) 76 26 42 26 / **Email :** [queentoe@yahoo.fr](mailto:queentoe@yahoo.fr)

**Introduction:** chronic conditions in older people remains a public health issue of concern. Our study objective was to describe the quality of care for seniors with chronic conditions to help improve the quality of their care.

**Method:** It is a descriptive cross-sectional study of October 2013 to September 2014. We conducted a purposive sampling concerning seven health facilities in the city of Bobo-Dioulasso. Chronic care model was used as a reference to describe the hypertensive patient's and a qualitative questionnaire was used for the elderly.

**Results:** The overall level of support for the care of persons with hypertension was the basis for all surveyed structures (median score 3.8). The level of support was basic for primary health facilities (median score 2.8), for district hospitals (median score 4.2) and for University health center (median score 4.5). The weakest components were the clinical information system and support for clinical decision making. For most of older people satisfaction levels for their chronic care was low. The satisfaction level was low for the care environment, or 43.8% of dissatisfaction in ambulatory care and 60% for in-patient care. As for financial accessibility to outpatient care 68.8% of seniors were dissatisfied and 85.7% were dissatisfied about the affordability of hospitalization care; in relation to the fluidity of the reference system, the dissatisfaction's rate was divided equally into inpatient and outpatient 60%.

**Conclusion:** The quality of care for older people with chronic conditions is insufficient. The adoption of sensitizing strategies towards health stakeholders on improving the quality of care for chronic pathologies in the elderly is needed.

**Key words:** Elderly, chronic diseases, Burkina Faso, senior consulting.

**Author:** TOE Nadia Esther Tel: (00226) 76 26 42 26 / Email: queentoe@yahoo.fr

## **SIGLES ET ABBREVIATIONS**

## **Sigles et abréviations**

CAES/PA	: Centre d'Accueil, d'Ecoute et de Soins pour Personnes Agées
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CCM	: Chronic Care Model
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CMA	: Centre Médical avec antenne Chirurgicale
CNSS	: Caisse National de Sécurité Sociale
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CHUSS	: Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou
CSPS	: Centre de Santé et de Promotion Sociale
EG	: Education à la Gériatrie
HTA	: Hypertension Artérielle
HD	: Hôpital de District
IEC	: Information Education et Communication
INSD	: Institut National de la statistique et de la Démographie
OMS	: Organisation mondiale de la Santé
OBC	: Organisation à Base communautaire
PA	: Personnes Agées
PNSPA	: Programme National de Santé des Personnes Agées

## **LISTE DES FIGURES**

## Listes des figures

LISTES DES FIGURES.....	XXXII
FIGURE1 : CADRE D'ANALYSE DE LA PRISE EN CHARGE DES PA AVEC PATHOLOGIES CHRONIQUES.....	18
FIGURE 2 REPARTITION DES PA VUES EN AMBULATOIRE ET EN HOSPITALISATION SELON L'AGE .....	48
FIGURE 3 : REPARTITION DES PA SELON LE STATUT MATRIMONIAL .....	50
FIGURE 4 : REPARTITION DES PATIENTS SELON LE NOMBRE DE PATHOLOGIES.....	53

**LISTE DES TABLEAUX**

## Liste des tableaux

TABLEAU I : REPARTITION DES ENQUETES ATTENDUS DANS CHAQUE STRUCTURE DE SOINS.....	35
TABLEAU II : PLAN D'ANALYSE POUR LES DYSFONCTIONNEMENTS DU SYSTEME D'OFFRE DE SOINS.....	40
TABLEAU III : REPARTITION DES PA SELON LA RESIDENCE.....	49
TABLEAU IV : REPARTITIONS DES PA SELON L'INSTRUCTION.....	51
TABLEAUX V : REPARTITION DES PA EN FONCTION DE LEUR PATHOLOGIE.....	52
TABLEAU VI: RECAPITULATIF DES RESULTATS DE L'OFFRE DE SOIN POUR HTA AU CHUSS, DANS LES HD ET DANS LES CSPS.....	60
TABLEAU IX : SATISFACTION DES PA EN AMBULATOIRE PAR RAPPORT A L'ENVIRONNEMENT DES SOINS.....	61
TABLEAU X : SATISFACTION DES PA EN AMBULATOIRE PAR RAPPORT A L'ACCUEIL.....	62
TABLEAU XI : TEMPS D'ATTENTE DES PERSONNES AGEES POUR LA CONSULTATION.....	63
TABLEAU XII : SATISFACTION DES PA INTERROGEES EN AMBULATOIRE PAR RAPPORT AU SYSTEME DE REFERENCE.....	64
TABLEAU XIII : SATISFACTION DES PA EN AMBULATOIRE SUR LES SOINS REÇUS.....	65
TABLEAU XIV : SATISFACTION DES PA EN HOSPITALISATION SUR L'ENVIRONNEMENT DES SOINS.....	67
TABLEAU XV: SATISFACTION DES PA PAR RAPPORT A L'ACCUEIL.....	68
TABLEAU XVI : TEMPS D'ATTENTE AVANT SOINS POUR L'HOSPITALISATION.....	69

TABLEAU XVII : SATISFACTION DES PA INTERROGÉES EN  
HOSPITALISATION SUR LE SYSTÈME DE RÉFÉRENCE..... 70

**INTRODUCTION / ENONCE DU PROBLEME**

## Introduction et énoncé du problème

Le vieillissement chez l'homme correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës [1].

Un vieillissement de la population est attendu au cours des prochaines décennies dans toutes les régions du monde. Ce vieillissement est dû à la baisse légère de la fécondité couplée à la hausse de l'espérance de vie. Nous passerons de 39% en 2010 à 45% en 2050 des personnes âgées de plus de 60 ans et le Burkina Faso ne sera pas en marge à cet accroissement [2].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 70% des personnes de 65 ans et plus ont une ou plusieurs pathologies chroniques. Les maladies chroniques touchent tous les pays et l'augmentation de leur prévalence est largement attribuable à l'évolution de la démographie, à l'augmentation de l'espérance de vie, au changement des modes de vie, à l'amélioration de la prise en charge et du traitement des maladies et à une meilleure connaissance des facteurs à l'origine de la mauvaise santé. Malgré les progrès thérapeutiques indiscutables dans de nombreuses maladies, la littérature montre que les patients ne bénéficient pas toujours des meilleurs soins par rapport à leur affection chronique et leurs propres besoins. La prise en charge des personnes âgées (PA) avec pathologies chroniques reste un défi majeur [3,4].

La république de Taiwan est l'un des pays où l'on constate un vieillissement rapide de la population. Son gouvernement a donc élaboré diverses stratégies visant à promouvoir le système de santé qui malgré tout a des difficultés à prendre en charge les personnes âgées présentant plusieurs pathologies [5].

Cette difficulté de prise en charge des PA avec pathologies chroniques a également été notée au Burkina Faso. En effet, une étude réalisée en 2002-2003 au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO) a montré que 40% des PA admises avaient des troubles visuels et que seulement 2% avaient reçu un traitement. On note de nombreuses insuffisances de ce type dans le système de santé qui pose le problème de la gestion des pathologies chroniques chez les PA. Des efforts ont été entrepris tant sur le plan international que national. L'engagement de la communauté internationale en

faveur des Personnes Agées (PA) s'est traduit, entre autres, par la résolution 58.16 (Vieillir en restant actif et en bonne santé) de l'Assemblée Mondiale de la Santé en 1999 et l'adoption du plan d'action international de Madrid sur le vieillissement en 2002. Ce plan d'action souligne l'engagement en faveur d'actions centrées sur trois directions prioritaires que sont les personnes âgées et le développement, la promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées et la création d'un environnement favorable et porteur. Dans cette même vision le Ministère de la santé du Burkina Faso a élaboré un Programme National de Santé des Personnes Agées (PNSPA) 2008-2012. Une évaluation de ce programme a été faite en Octobre 2009 et les problèmes liés à la mise en application de ces réformes ont été relevés. Il s'agit notamment de l'absence de ressources humaines spécialisées en gériatrie qui inhibent tout développement de services et/ou de mécanismes de prise en charge des personnes âgées. Il faut noter aussi l'absence de ressources financières spécifiquement destinées au développement de l'offre de soins, à en faciliter l'équité d'accès des personnes âgées aux soins, l'absence d'un cadre de concertation pouvant faciliter la mise au point de solutions concertées. Dans ce contexte et devant l'absence d'arguments scientifiques pour développer des meilleures stratégies pour la prise en charge des PA avec des pathologies chroniques, il serait intéressant de documenter la qualité de l'offre de soins pour PA avec pathologies chroniques au Burkina Faso dans la ville de Bobo Dioulasso. Les résultats d'une telle étude contribueraient à mieux organiser la prise en charge des PA avec des pathologies chroniques [6-9].

**PREMIERE PARTIE**

## **I. GENERALITES**

## **I.1 Définition des concepts**

### ***I.1.1 Le vieillissement***

Le vieillissement est l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës. Il s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme qui induit une diminution de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression (stress, infection, traumatisme...). Le processus du vieillissement est très hétérogène au sein d'une population mais aussi au sein d'un même organisme [1].

### ***I.1.2 Personnes Agées***

La définition de la PA est difficile. On parlait autrefois de 50 ans mais jusqu'à nos jours il n'y a aucun consensus sur l'âge à partir duquel une personne devient vieille. La PA inclut les critères tels que la sagesse, le comportement social la responsabilité familiale et communautaire [10,11].

Cependant la PA peut être définie en fonction de l'âge. La société de gérontologie du Burkina considère la PA à partir de 50ans. **REFERENCE**

Selon les Nations Unies, les PA sont constituées de l'ensemble des hommes et des femmes qui ont atteint ou dépassé l'âge de 60 ans. Toutefois, l'on distingue les personnes du troisième âge dont l'âge est compris entre 60 et 79 ans et les personnes du quatrième âge sont celles qui ont atteint ou dépassé 80 ans [7].

Selon l'institut national de la statistique et de la démographie (INSD), au Burkina Faso, est considérée comme PA une personne ayant plus de 60 ans. C'est cet âge qui sera retenu dans notre étude [12].

### ***1.1.3 Maladies chroniques***

Selon la définition de l'OMS une maladie chronique est « Un problème de santé qui a nécessité une prise en charge sur une période de plusieurs années ou de plusieurs décennies »

Les critères de définition des maladies chroniques repris par le Haut Conseil de Santé Publique sont :

- La présence d'une cause organique, physiologique ou cognitive ;
- L'ancienneté de plusieurs mois (au moins 3 mois) ;
- Le retentissement sur la vie quotidienne ;

Ce sont les maladies comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'asthme, les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les diabètes, les scléroses en plaque, les maladies neurodégénératives et les maladies rares, comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies, des maladies transmissibles persistantes, comme le sida ou l'hépatite C et des troubles mentaux de longue durée comme la dépression ou la schizophrénie [13].

Dans notre étude nous retiendrons les pathologies suivantes Hypertension Artérielle (HTA), le diabète, le cancer, l'insuffisance rénale chronique, les pathologies cardiovasculaires, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, les maladies neurodégénératives et les pathologies ostéo-articulaires.

### ***1.1.4 Système de santé***

Le rapport 2000 de l'OMS propose cette définition : « Le système de santé comprend toutes les organisations, institutions et ressources qui ont pour but de réaliser des actions de santé ». Une action de santé est définie comme tout effort au niveau des soins personnels de santé, des services publics de santé ou encore par des initiatives intersectorielles dont le but premier est d'augmenter la santé [14].

### ***1.1.5 Système de soins de santé***

Dans la définition large qui est donnée au système de santé, le système de soins est l'un des sous-systèmes qui contribue, aux côtés des autres sous-systèmes, au niveau de santé d'une population. Le système de soins correspond à l'ensemble des services qui fournissent des prestations à la population, dans le but d'améliorer sa santé. Cependant, le terme système de santé est fréquemment utilisé dans un sens plus restrictif, qui en fait un synonyme de système de soins [14].

### ***1.1.6 Qualité de soins***

La « qualité des soins » dépend du type d'entité évaluée, depuis la qualité d'un professionnel jusqu'à la qualité globale du système de santé ; mais également des valeurs du sujet qui l'apprécie et de sa place dans le système de santé.

Les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices / risques à chaque étape du processus de soins.

L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins [16].

### ***1.1.7 Intégration des soins***

Définie sommairement, l'intégration, consiste à organiser une cohérence durable dans le temps entre un système de valeurs, une gouvernance et un système clinique de façon à créer un espace dans lequel des acteurs (des organisations) interdépendants trouvent du sens et un avantage à coordonner leurs pratiques dans un contexte particulier. La cohérence recherchée par l'intégration résulte de la mise en œuvre de façon durable dans le temps des cinq dimensions du processus d'intégration à savoir l'intégration : des soins ; de l'équipe clinique ; fonctionnelle ; normative et systémique.

Le processus de changement qui peut prendre naissance à n'importe quel niveau d'intégration représente une transformation radicale dont la mise en œuvre est exigeante. Les soins intégrés pallient, entre autres, le manque de coordination entre les soins de ville et l'hôpital ou entre les secteurs sanitaire et médico-social [17].

### ***1.1.8 L'autogestion des soins***

Le terme autogestion des soins regroupe l'ensemble des comportements et des attitudes permettant aux personnes atteintes de gérer les symptômes, les conséquences physiques ou psychologiques, les traitements, ainsi que les changements de rôles et d'habitudes de vie qu'implique de vivre avec une ou plusieurs maladies chroniques. Il s'agit d'un processus continu, itératif et dynamique se faisant en collaboration avec la source de soins et dont l'objectif est de limiter les effets néfastes de la maladie sur le bien-être et sur le fonctionnement d'une personne [18].

## **1.2 Transition démographique et ses conséquences**

En ce début du XXI<sup>e</sup> siècle, les PA sont environ 600 millions dans le monde, soit trois fois plus qu'il y a 50 ans. En 2050, elles devraient être environ 2 milliards, soit, là encore, une multiplication par trois en 50 ans. La population mondiale des PA croît au rythme de 2% par an, soit beaucoup plus rapidement que la population dans son ensemble. Le taux d'accroissement annuel de la population âgée de 60 ans et plus atteindra 2,8 % entre 2005 et 2030. Cette croissance aussi rapide exigera dans la plupart des pays des mesures économiques et sociales de grande portée.

Le nombre et la proportion des PA varient considérablement d'une région à une autre. Dans les régions développées, les personnes âgées de 60 ans ou plus représentaient en 2000 près du cinquième de la population, d'ici à 2050, elles devraient en constituer le tiers. Dans les régions en développement, les plus de 60 ans ne représentent actuellement que 8% de la population, mais, d'ici à 2050, cette proportion atteindra près de 20%. Le vieillissement de la population âgée étant beaucoup plus rapide dans les pays en développement que dans les pays développés, les premiers disposeront de moins de temps pour s'adapter aux conséquences de ce phénomène. En outre, les populations des

pays en développement vieillissent dans un contexte de développement socio - économique beaucoup moins favorable que celles des pays développés [19].

L'Afrique est aujourd'hui un continent où la tranche jeune de la population est importante, puisque les moins de 15 ans y représentent 40 % de la population totale, contre 27 % dans l'ensemble de la population mondiale. Au Niger, un habitant sur deux à moins de 15 ans et les PA n'y représentent que 4 % de la population. À l'opposé du Niger, la Tunisie, qui ne compte que 23 % de moins de 15 ans, présente la proportion de PA la plus élevée du continent (10 %), déjà supérieure à celles observées dans d'autres pays du Sud tels que le Mexique (9 %) ou l'Indonésie (8 %). Dans les quarante prochaines années, la proportion des 60 ans et plus devrait doubler dans de nombreux pays africains si la fécondité continue de baisser au rythme actuel. Elle s'échelonne alors de moins de 5 % (Zambie, Niger) à près de 30 % (Tunisie, Ile Maurice). Ce vieillissement démographique se produira à une vitesse beaucoup plus rapide que cela n'a été le cas dans les pays développés.

De plus, le nombre absolu de PA devrait quadrupler en Afrique entre 2010 et 2050, passant de 56 à 215 millions, soit presque le même nombre qu'en Europe (241 millions). L'Afrique compterait alors 22,5 millions de personnes de 80 ans et plus, soit cinq fois plus qu'aujourd'hui [20 - 22].

Le Burkina Faso ne sera pas en marge de cette transition démographique. Comme en témoignent les résultats des derniers recensements de la population, la baisse de la fécondité s'est amorcée au Burkina (l'indice synthétique de fécondité qui était de 6,8 enfants par femme en 1996 est passé à 6,2 enfants par femmes en 2006). Par ailleurs, selon cette même source, l'espérance de vie a augmenté passant de 53,8 ans en 1996 à 56,7 ans en 2006. Cet ensemble de facteurs entraîne, non seulement un accroissement de la population globale, mais conduit aussi, à une augmentation sensible de la population des personnes âgées. Les transformations de la structure par âge qui en résulteraient seraient brutales si aucune mesure idoine n'est prise [23].

Lors du recensement de 2006, il a été dénombré 712 573 personnes âgées. Elles constituent une proportion de 5,1% de la population totale résidente. Cette population est composée à 86,4% de personnes du troisième âge (60 à 79 ans) et à 13,6% de celles du quatrième âge (80 ans et plus). La répartition des personnes âgées selon le sexe indique que les femmes âgées sont plus nombreuses et représentent 53,2% contre 46,8%

pour les hommes. Concernant le milieu de résidence, il ressort que 82,2% des personnes âgées vivent en milieu rural et 17,8% d'entre elles en zone urbaine. Bien que leur espérance de vie soit de 16,4 ans et de 4,9 ans respectivement à 60 ans et à 85 ans, les personnes âgées sont particulièrement affectées par des niveaux de mortalité élevés (119 sur 1000 personnes de 60 ans meurent avant l'âge de 65 ans) [23].

### **I.3 Épidémiologie des maladies chroniques chez les personnes âgées**

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une transition épidémiologique, autrement dit d'un déplacement de la prédominance des maladies infectieuses et de la mortalité maternelle et infantile vers une prédominance des maladies non transmissibles, en particulier les maladies chroniques. Les changements démographiques et la transition épidémiologique sont étroitement liés. À mesure que la fécondité et l'incidence des maladies infectieuses mortelles diminuent, l'âge moyen de la population augmente. Parallèlement, la durée de vie des personnes qui ont survécu aux maladies de l'enfance a continué à s'allonger au fil des ans. C'est pourquoi la population compte finalement plus de personnes âgées plus vulnérables aux maladies chroniques que les personnes plus jeunes. Avec l'accroissement du nombre des PA, l'incidence des maladies chroniques risque d'augmenter également. C'est ainsi que le vieillissement accélère la transition épidémiologique.

Ces deux phénomènes sont bien avancés dans les pays développés et commencent maintenant à se manifester également dans les pays en développement.

L'accroissement de la longévité résulte de l'amélioration de la nutrition, de l'assainissement et de l'hygiène, des connaissances des conditions sanitaires et de la généralisation rapide des connaissances dans le domaine médical et de leurs applications dans les centres de soins. Dans les pays développés, la longévité accrue s'est accompagnée d'une diminution de la morbidité, c'est-à-dire que bien que les personnes vivent plus longtemps, elles ne passent pas plus de temps en mauvaise santé [2].

Dans les pays en développement, la transition démographique et épidémiologique interviennent beaucoup plus rapidement que dans les pays développés, à des niveaux de revenu comparativement plus bas et avec des systèmes de protection sociale nettement moins développés. Cela explique pourquoi aucune diminution de la morbidité n'a encore

été observée dans les pays en développement. Au nombre des décès attribuables aux maladies chroniques non transmissibles au sein de ces pays à revenu faible ou intermédiaire se répartissait en 2008 comme suit : 48 % étaient attribuables aux maladies cardiovasculaires, 21 % aux cancers, 12% aux affections respiratoires chroniques et 3,5% au diabète sucré [24].

Une étude faite au Burkina en 2014 par Hien avait révélé que l'HTA était la pathologie chronique la plus fréquente chez les PA de 60 ans et plus avec une prévalence de 82% [25].

Le traitement des maladies chroniques nécessite de grandes quantités de médicaments essentiels, un encadrement psychosocial et une réorganisation des systèmes et services de santé. Cette triple exigence étant rarement satisfait, la prise en charge des maladies non transmissibles dans les établissements de soins de santé primaire par du personnel qui n'a pas été suffisamment formé n'est pas ce qu'elle devrait être. La conséquence en est pour les malades une moindre accessibilité et une iniquité accrue se soldant par une prise en charge insatisfaisante [26].

## **I.4 Organisation des soins et du système de santé au Burkina Faso**

### ***I.4.1 Organisation générale du système de santé***

L'organisation du système sanitaire au Burkina Faso a connu plusieurs évolutions depuis les années 1960, dont l'aboutissement est la réforme du système sanitaire à partir de 1990. Ce système sanitaire comprend les sous-systèmes suivants : public, privé, la médecine et de la pharmacopée traditionnelle.

Le sous-système public de santé comprend trois niveaux dans sa structuration administrative :

Le niveau central, organisé autour du cabinet du Ministre de la santé et du Secrétariat général, est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances ;

Le niveau intermédiaire comporte 13 directions régionales de la santé chargées de la coordination et de l'appui aux districts ;

Le niveau périphérique compte actuellement 63 districts sanitaires dont les équipes cadres gèrent les services de santé de base et de première référence.

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux correspondant à une structuration pyramidale :

Le premier échelon est composé des centres de santé et de promotion sociale (CSPS), des centres médicaux (CM), des dispensaires et autres maternités isolées et le deuxième échelon comprend les centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) ou Hôpital de District(HD) et c'est cette nouvelle appellation que nous allons garder ;

Le deuxième niveau comprend les centres hospitaliers régionaux (CHR) ;

Au sommet se trouve le troisième niveau qui regroupe les 4 hôpitaux universitaires ou CHU du pays

A côté du sous-secteur public, existe un sous-secteur sanitaire privé qui comprend selon le recensement de 2007, 272 structures autorisées toutes catégories confondues. Il s'agit majoritairement de structures à but lucratif (220 sur 272 soit 81%). L'essentiel de ce secteur privé se développe dans les deux grandes villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso (215 sur 272 soit 79%).

L'offre de soins est assurée par différentes structures sanitaires au niveau des sous-secteurs sanitaires public, privé et traditionnel. Cette offre englobe les soins curatifs, préventifs, promotionnels et réadaptatifs.

Au niveau du sous-secteur sanitaire public, elle se compose des soins de base assurés par les CSPS et des soins de référence assurés par les CMA, les CHR et les CHU.

Selon les normes définies, chaque CSPS offre le paquet minimum d'activités (PMA) standard. Au niveau du CMA, le paquet d'activités réalisées est complémentaire de celui du CSPS permettant ainsi d'offrir des soins de référence et d'urgence.

Les soins de référence sont organisés au niveau des CMA, des CHR et des CHU avec un circuit de référence du malade de type pyramidal, allant de la base vers le sommet. Lorsque les soins nécessaires ne sont pas offerts par le système national, certains malades peuvent être référés à l'extérieur du pays.

L'offre de soins est dominée par des programmes verticaux dans les services de santé. Ces programmes sont ciblés sur des maladies spécifiques comme le paludisme, la tuberculose, le VIH, les maladies diarrhéiques.... La place des maladies chroniques est ignorée dans ces services de santé de premier niveau et par conséquent sont référées aux spécialistes qui sont concentrés dans les centres urbains (CHR et CHU). On note une absence de spécialistes en gériatrie dans le système de santé [9].

#### ***1.4.2 L'offre de soins pour les personnes âgées***

Le système d'offre de soins pour les PA reste inadéquat. Dans une analyse de la situation faite par le ministère de la santé en octobre 2009, il ressort une absence de mécanismes harmonisés en faveur des PA dans les services de santé. A la différence des enfants de moins de 5 ans (particulièrement des nouveau-nés) et des femmes enceintes, les personnes âgées ne sont pas logées à la même enseigne du point de vue de l'accès et de l'utilisation des soins de santé. Exceptées celles qui de par leur statut sont couvertes par des systèmes d'assurance-maladie individuels (anciens fonctionnaires du système des Nations Unies ou d'organismes régionaux), les PA ne peuvent accéder à des visites périodiques débouchant sur une prise en charge des pathologies diagnostiquées. Les pensionnés de la Caisse nationale de sécurité Sociale (CNSS) et leurs homologues de la Fonction Publique ou du secteur informel bénéficient d'une visite annuelle organisée à leur intention par la CNSS depuis 2007. Et même à ce niveau, les cas de maladies

découvertes au cours de ces visites ne sont que très partiellement pris en charge par un traitement de départ et seulement pour certaines affections comme l'HTA.

Les retraités de la fonction publique ont le privilège de bénéficier de l'exonération de 90% que leur accorde le KITI N° AN-VIII-0202/FP/SAN-AS portant base générale de tarification des actes des professionnels de la santé et des hospitalisations dans les formations sanitaires et établissements hospitaliers publics du Burkina Faso et le RAABO CONJOINT N° AN-VIII 0084/FP/SAN-AS/MF/CAPRO, portant tarification des actes des professionnels de santé et des hospitalisations dans les formations sanitaires et établissements hospitaliers publics du Burkina Faso, qui ont prévu des réductions, des exonérations partielles en faveur des PA.

L'application de ces textes sur le terrain n'est pas systématique sur toute l'étendue du territoire. En outre, ces textes ne prennent pas en compte la majorité des personnes âgées qui sont dans l'agriculture, l'élevage, le secteur informel d'une manière générale. Il ressort de ce constat que le sujet âgé, avec ses particularités physiologiques est un être vulnérable, en réponse à cette situation, beaucoup de PA se consultent chez les tradipraticiens (notamment pour les fractures, les dépressions, les atteintes articulaires) et, dans certaines situations, sur les « médicaments de la rue ».

L'accessibilité des PA aux soins est un autre défi pour le système de santé. Elle est géographique, financière et culturelle. Dans le même rapport, non seulement les services ne sont pas équipés en conséquence, mais en plus et surtout, le personnel officiant dans ces structures n'est pas formé pour accueillir et offrir des soins adaptés aux besoins des personnes âgées.

Du point de vue des pathologies rencontrées chez les personnes âgées au Burkina, les statistiques fournies par les deux visites annuelles organisées par les services de la CNSS en 2007 et 2008, montrent la prédominance des affections cardiovasculaires, de l'œil et de ses annexes, ostéo-articulaires, respiratoires, bucco-dentaires et neurologiques [23]. En ce qui concerne les pathologies chez les PA dans la ville de Bobo, une étude réalisée par HIEN sur les polypathologies des PA avait montré une prévalence élevée de l'HTA chez les personnes âgées soit 82,3%, suivie de la malnutrition et des troubles visuels avec des taux respectifs de 39,2% et 28,3% [25].

#### ***1.4.3 Organisation du système de santé dans la ville de Bobo Dioulasso***

En ce qui concerne la ville de Bobo Dioulasso selon les statistiques de santé recueillies en 2009, la partie urbaine de Bobo-Dioulasso est couverte par deux districts sanitaires. Les districts sanitaires de Dafra et de Do. Ces 2 districts totalisent 36 Centres de Santé et de Promotion Sociale (27 pour Dafra et 9 pour Do), 6 maternités ou dispensaires isolés (Dô) et 2 centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) (1 à Do et 1 à Dafra). Le système de santé dans la ville de Bobo-Dioulasso est à 2 niveaux : les CSPS qui constituent le premier échelon du premier niveau, les HD qui sont le deuxième échelon du premier niveau et le 2ème niveau représenté par un CHU, le Centre Hospitalier Universitaire Sourou Sanou (CHUSS) [23].

L'offre de soins est assurée au niveau des deux districts par 477 agents de santé dont 10 médecins et 2 pharmaciens, 28 attachés de santé, 86 infirmiers d'état et 65 infirmiers brevetés, et au niveau hospitalier par 639 agents dont 221 infirmiers, 134 attachés de santé, 54 médecins spécialistes. Il n'y a pas de spécialistes en gériatrie dans ce système de santé. Le district de Dafra dessert 253 574 habitants et celui de Dô 439 290 [23]. Ces deux districts font partie de l'ensemble des 7 districts qui composent la région sanitaire des Hauts-Bassins.

Les principales activités dans les formations sanitaires sont : la santé maternelle et infantile, la surveillance nutritionnelle, les activités curatives, la prise en charge des infections sexuellement transmissibles et le VIH, les consultations externes et les hospitalisations, la lutte antituberculeuse et la lèpre.

Le taux de fréquentation des formations sanitaires des districts est de 65%. Les personnes âgées sont traitées comme la population générale dans les structures sanitaires. Il existe deux centres pour des soins et aides aux personnes âgées de l'ONG « Comité des Sages pour la Défense des Personnes Agées (CSDPA).

C'est dans cet environnement du système de santé du pays que cette étude trouve sa place chez les PA atteintes de comorbidités.

### **I.5 Cadre d'analyse des PA avec pathologie chronique**

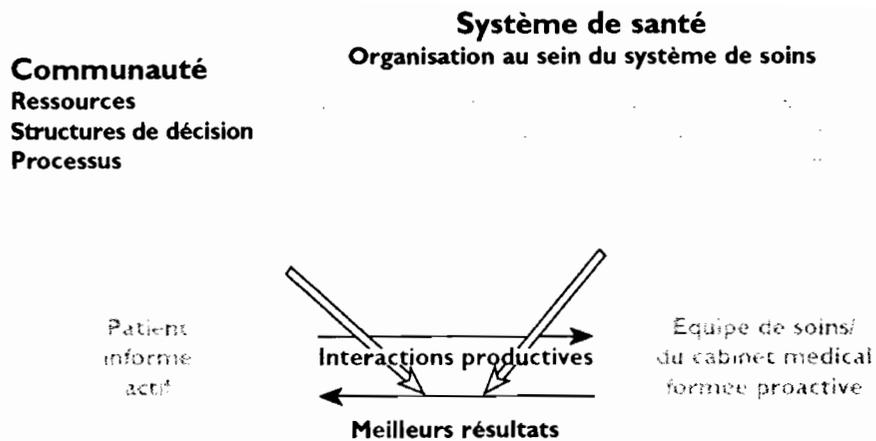
Le système actuel est conçu surtout pour les soins de courte durée; le soulagement des symptômes urgents prime souvent sur la nécessité ou la volonté de prendre en charge de façon optimale la maladie chronique sous-jacente. En réponse à cette invitation à passer à l'action, un modèle de soins de longue durée a été élaboré dans le but d'améliorer la

qualité de la prise en charge des maladies chroniques. Le modèle ne propose pas de remède miracle, mais plutôt une démarche multidimensionnelle et systématique visant à résoudre un problème complexe.

Le modèle de soins de longue durée a été élaboré pour répondre au besoin d'adopter une vision globale et pour fournir des lignes directrices cohérentes pour transformer le système de façon à améliorer la prise en charge des maladies chroniques. En collaboration avec le Group Health Cooperative, le MacColl Institute for Healthcare Innovation et des experts de renommée mondiale, Ed Wagner a passé en revue les interventions décrites dans la littérature qui se sont révélées efficaces dans le traitement du diabète et les programmes idéaux de soins des maladies chroniques. En analysant les soins prodigués dans le cas d'autres maladies chroniques, l'auteur a remarqué que les interventions les plus efficaces sont celles qui demandent la participation de toute l'équipe de soins et qui regroupent les professionnels de la santé, les patients et les systèmes utilisés. Ce qui a permis à Wagner de concevoir le Chronic Care modèle (CCM) en français modèle de soins chroniques pour évaluer et améliorer la prise en charge des pathologies chroniques [4].

Pour obtenir une amélioration des résultats, la façon dont le patient et les membres de son équipe de soins interagissent doit évoluer pour se transformer en interactions productives entre un patient informé, actif et motivé et des professionnels de la santé formés et proactifs [28].

Selon l'OMS 70% des PA présentent une pathologie chronique ; le modèle de soins chroniques pourrait donc être le modèle idéal de prise en charge des PA. Nous avons donc utilisé ce modèle pour décrire la prise en charge des personnes âgées dans la ville de Bobo Dioulasso [3].



**Figure1 : Cadre d'analyse de la prise en charge des PA avec pathologies chroniques.**

Source : Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Q 1996;74 adapté par Steurer-stey C [28].

## **II REVUE DE LA LITTERATURE**

## II REVUE DE LA LITTERATURE

Nous avons fait une revue de la littérature sur notre thème de recherche afin de faire la synthèse sur tout ce qui est connu et nouveau concernant le sujet dans le monde.

. Dans le monde plusieurs études s'étaient penchées sur la prise en charge des personnes âgées porteuses de pathologie chroniques ; certaines études s'étaient intéressées uniquement aux maladies chroniques et d'autres aux personnes âgées et certaines aux deux concepts. Notons qu'une étude faite au Canada en 2012 avait relevé que 70% à 90% des PA étaient porteuses de pathologies chroniques ce qui nous a amené à faire une similitude entre pathologie chronique et PA [29].

Nous décrivons d'abord les études faites dans les autres parties du monde puis en Afrique et enfin au Burkina

### ➤ Dans le monde

En 1996, Wagner avait fait paraître un article intitulé *Organizing Care for Patients with Chronic Illness*, lequel est devenu un tournant dans le domaine des soins prodigués aux patients atteints d'une maladie chronique Il affirmait que le système de santé était dans une large mesure structuré de façon à répondre surtout aux besoins urgents et aigus des patients et qu'il était, à bien des égards, inefficace dans l'approche des maladies chroniques [30]

Wagner et son équipe aux Etats Unis avaient conçu le modèle de soins chroniques. En 2001, Wagner et son Equipe avaient utilisé le CCM dans plus de 100 organisations de soins de santé cela avait permis de montrer sa faisabilité et l'acceptabilité pour aider les organisations de soins à améliorer la qualité de leur soins.

En 2009 il avait fait une revue de 2000 à 2009 de tous les systèmes ayant utilisé au moins cinq éléments clef du modèle de soins chroniques, il avait donc conclu que le CCM était le cadre idéal pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgé avec pathologie chronique [4, 31].

En 2003 Fortin à Chicoutimi (au Québec) avait réalisé une étude qualitative avec groupe de discussion auprès de 25 patients adulte porteur d'au moins 4 pathologies chroniques. L'Etude avait pour but d'explorer la barrière et les facteurs facilitants l'accès aux soins de santé. Il avait retrouvé que la difficulté d'avoir un rendez-vous était le frein majeur à l'accessibilité et il avait noté également comme facteurs facilitant la prise en charge : le

rendez-vous de suivi, l'implication du médecin de famille à l'obtention du rendez-vous chez le spécialiste et la bonne collaboration entre médecin de famille et spécialiste [32]. En 2008, Schoen et son équipe avait fait une étude dans 8 pays (l'Australie, le Canada, la France, l'Allemagne, les Pays bas, la Nouvelle Zélande, les Royaumes Unis et les Etats Unis). Il était ressortit que les américains avaient le risque le plus accrue à renoncer aux soins du fait de l'accessibilité financière tandis que les néerlandais rapportent des expériences d'accès positifs .Cependant dans tous ces pays il avait été noté un déficit dans la coordination des soins (référence d'une structure à une autre ou redirection vers un autre prestataire) [33].

En 2010 toujours au Québec Lemieux pour son mémoire avait fait une étude portant sur « L'influence des caractéristiques organisationnelles de la première ligne médicale sur l'auto-soin en maladies chroniques ». Après avoir interviewé 776 patients elle était parvenue aux résultats suivant : les caractéristiques organisationnelles avaient peu d'effet sur l'auto-efficacité pour l'auto-soin en comparaison aux facteurs individuels, et que le soutien à l'auto soins était peu présent dans les cliniques participantes sans égard à leurs attributs organisationnels [34].

En 2011 Mohamed à Oman avait fait une étude qualitative qui avait eu pour objectif de voir l'impact à long terme de la qualité des services offerts aux diabétiques de type 2 dans les soins de santé primaires. Le but de cette étude était d'explorer les points de vue des patients diabétiques sur les facteurs affecter à la qualité des services fournis aux diabétiques pour les soins primaires en Oman, un pays en développement avec une forte charge du diabète. Des entrevues avaient été menées avec 19 diabétiques de type2 recrutés dans quatre centres de santé. Les participants avaient identifié plusieurs facteurs qui pourrait affecter la qualité des services fournis aux diabétiques : le retard dans le processus de suivi ; le manque de continuité des soins; le manque de matériel éducatif pour l'auto soin; la pénurie d'infirmières omanais capables de parler la langue des patients; les explications insuffisantes de l'assistant médecin de soins primaires; les retards dans la fourniture des résultats de laboratoire ; l'insuffisance de l'approvisionnement des médicaments entre les rendez-vous, et de longues attentes pour voir ophtalmologistes [35].

En 2011 Alexander et son équipe en Espagne avaient examiné la perception des patients atteints de maladies chroniques par rapport à leur relation avec leur médecin. Ils avaient réalisé une étude multivariée en faisant participer 8140 patients ; leur travail avait consisté à ajuster le niveau d'adhésion au traitement du patient par rapport à la relation médecin malade. La bonne relation médecin malade avait été retenue comme facteur important améliorant la prise en charge des pathologies chroniques [36].

Brünn en 2013 notait que le nombre croissant de personnes atteintes de maladies chroniques représentait un défi majeur pour les systèmes de santé en termes de morbidité, de mortalité, de qualité de la prise en charge et d'impact financier. Afin de répondre à ce défi, plusieurs concepts organisationnels pour une prise en charge structurée des maladies chroniques avaient été développés. Il avait mené une revue de la littérature afin d'identifier les concepts-clés, les résultats et les facteurs de succès potentiels des dispositifs mis œuvre pour améliorer la prise en charge de maladies chroniques à savoir : l'intégration de l'éducation thérapeutique du patient, la mise en place d'un système de repérage des patients, le retour d'information vers les professionnels sur leurs pratiques, la performance des soins primaires et l'existence d'incitations financières adéquates. Ainsi, une meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques sollicitait un ensemble d'éléments interdépendants [37].

#### ➤ En Afrique

En 2008, BENAOUUM en Algérie après une étude qualitative faite auprès des personnes âgées entre 62 et 84 ans (9 femmes et 9 hommes) issues de milieux sociaux et culturels diversifiés et atteintes de maladies chroniques (hémiplégie, cardiopathie). Elle trouvait que l'aide à l'information se présentait comme la forme la plus importante du soutien relationnel. Ce dernier étant défini comme : ces ressources sociales mobilisables telles que : les relations, les connaissances et les informations dans le « monde de la maladie chronique ». Ces ressources deviennent indispensables pour le patient âgé. Elles l'aident à mieux gérer sa maladie chronique qui est caractérisée par des soins complexes et de longues durées [38].

Makhar au Sénégal en 2013 avait fait une étude du fonctionnement du plan sésame qui était un programme de gratuité pour les soins des personnes âgées institué en 2006. Pour y parvenir il avait fait une étude qualitative par entretien individuel auprès de 5 populations cibles : les directeurs des hôpitaux, les prestataires de soins, les responsables

du plan Sésame au niveau des bureaux des entrées des hôpitaux, les contrôleurs de gestion et les bénéficiaires. Il était ressorti que de 2006 à 2008, le niveau de fréquentation des hôpitaux nationaux croissait d'année en année. Mais à partir de l'année 2009, ce niveau avait baissé. Face aux remboursements insuffisants des dépenses des prestations du plan Sésame. Il importait donc aux autorités sanitaires d'auditer le plan Sésame, de respecter les procédures par un suivi régulier et de recadrer les conditions d'accès [39].

Des chercheurs d'une université anglaise en 2014 avaient fait une enquête sur les soins donnés aux PA en Afrique subsaharienne. Ils ont d'abord posé la problématique du vieillissement sur le système de santé; les médecins auront donc besoin des connaissances spécialisées pour être préparés à cette augmentation liée à l'âge. Pour étudier l'offre actuelle de l'éducation en gériatrie (EG) dans les écoles de médecine de l'Afrique subsaharienne et de découvrir certains des obstacles rencontrés dans sa mise en œuvre. Des questionnaires avaient été envoyés à une liste des écoles de médecine en Afrique subsaharienne, fournies par une étude sur les écoles de médecine en Afrique subsaharienne. Les réponses avaient été reçues de 25/135 institutions (19%), représentant 11 pays d'Afrique subsaharienne. Parmi ces institutions, 4% enseignaient la gériatrie et 40% n'avaient pas la gériatrie enseignée. Les plus grands obstacles perçus à EG étaient un manque de compétences du personnel (72%), un manque de financement (52 %), et une absence de la gériatrie dans les programmes nationaux (48%). Il y avait encore un grand nombre d'écoles de médecine en Afrique subsaharienne qui n'enseignaient pas la gériatrie. L'amélioration de l'EG devrait être mises en œuvre à travers des approches locales et une politique nationale, tout en appréciant le contexte culturel et les contraintes économiques de chaque pays pour préparer les futurs médecins à relever les défis croissants d'une population vieillissante [40].

➤ Au Burkina Faso

En 2007 Drabo avait fait une étude pour évaluer la capacité des services de santé à fournir des soins pour les maladies chroniques transmissibles (VIH et tuberculose) et aussi pour améliorer la responsabilité du patient et le soutien communautaire. IL avait donc fait une étude transversale dans certains districts sanitaires du Burkina Faso avec le modèle d'évaluation des maladies chroniques qui avait été adapté pour les services de

soins de première ligne (24) et les Hôpitaux de District (3). L'organisation des soins pour la tuberculose et le VIH avait des zones de faiblesses et de maximum. Pour la tuberculose le score oscillait entre 1,9 et 4,9 avec une médiane de 4,9; pour le VIH le score oscillait entre 2,1 et 6,7 avec une médiane de 4,1. Cette étude avait permis d'évaluer la prise en charge des patients VIH et tuberculeux, elle avait permis de fournir des données suffisantes pour d'éventuelles actions [41].

Diessongo en 2011 avait fait une étude portant sur les motifs d'admission et l'organisation de la prise en charge des PA au centre hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo. Elle avait noté une prévalence élevée des PA parmi les malades hospitalisés : les PA représentaient 42,3% d'hospitalisation des services concernés par l'étude. Les pathologies les plus fréquemment rencontrées étaient l'accident vasculaire cérébral, l'HTA, les cardiomyopathies dilatées, l'insuffisance rénale et toutes les pathologies tributaires du grand âge. Elle avait noté que la prise en charge de ces PA ne différait pas du reste de la population [42].

Rabaloum au Burkina Faso en 2011 avait montré qu'il existait une forte demande de prise en charge sanitaire pour les personnes âgées; elle avait aussi relevé l'importance de la polyopathie qui était associée au coût élevé des prestations, des médicaments et des examens complémentaires ce qui réduisait l'accessibilité aux soins de qualité pour les PA. La conséquence était de grandes souffrances et un taux élevé de décès pour cette tranche d'âge [43].

Berthé en 2011 avait fait une étude pour analyser les réticences des partenaires à investir dans l'organisation de la prise en charge des personnes âgées en Afrique subsaharienne. Cette étude s'inscrivait dans une approche considérant que le développement était un tout. Améliorer les conditions de vie des enfants, des jeunes, des femmes, tout en négligeant les personnes âgées, c'était accomplir une aide incomplète pour le développement de ce continent. Il était ressortit que les personnes âgées constituaient une population vulnérable prioritaire mais négligée par l'ensemble des acteurs principalement par les partenaires techniques et financiers de ces pays. Aussi, la mise en œuvre concrète des politiques ciblant les personnes âgées souffre d'un manque de ressources humaines, matérielles et financières. D'où la négligence de cette population par l'ensemble des acteurs locaux et internationaux [44].

Sanou en 2011 avait fait une étude qualitative à Ouagadougou de novembre à décembre et l'analyse du contenu avait prouvé que le PNSPA était pertinent dans le contexte burkinabè et qu'il prenait en compte les besoins de santé des PA du Burkina Faso. Il avait présenté quelques problèmes de cohérence tout comme au Mali et au Sénégal. Il avait été très peu mis en œuvre à cause d'un manque de soutien politique et d'une insuffisance des ressources financières. Cette situation confirme qu'effectivement, en Afrique subsaharienne, les personnes âgées constituent une population vulnérable prioritaire mais négligée par l'ensemble des acteurs à des degrés différents [45].

Une Etude récente publiée par Hien en 2014 avait montré que la prévalence des pathologies chroniques était élevée chez les sujets âgés. Cette étude suggère que le système de soins au Burkina Faso devrait connaître des adaptations pour améliorer la prise en charge des personnes avec des pathologies chroniques [25].

## **DEUXIEME PARTIE**

### **III BUT DE LA RECHERCHE**

Le but de l'étude est de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des PA au Burkina Faso.

L'HTA est la pathologie chronique la plus fréquente chez les PA de 60 ans et plus avec une prévalence de 82%. Cette pathologie sera donc utilisée comme le fil conducteur dans notre étude [25].

#### **IV OBJECTIFS DE L'ETUDE**

#### **IV.1 Objectif Général**

Décrire la qualité de la prise en charge des personnes âgées avec des pathologies chroniques à Bobo-Dioulasso.

#### **IV.2 Objectifs Spécifiques**

Les objectifs spécifiques de l'étude étaient :

Analyser les dysfonctionnements liés à l'offre de soins des personnes âgées avec des pathologies chroniques dans les formations sanitaires de la ville de Bobo Dioulasso à partir du modèle de soins chroniques

Identifier les plaintes des personnes âgées atteintes de maladies chroniques dans les formations sanitaires de la ville de Bobo Dioulasso.

## **V MATERIELS ET METHODES**

## V.1 Cadre et champ de l'étude

### ❖ La région sanitaire des Hauts Bassins, à Bobo-Dioulasso

Située au sud-ouest du Burkina Faso, la ville de Bobo-Dioulasso ou ville de Sya, est la capitale économique et la deuxième ville de ce pays. Au dernier Recensement général de la Population et de l'Habitat 2006 la ville de Bobo-Dioulasso comptait 489.967 habitants répartis sur 25 secteurs géographiques et 94.947 ménages. Avec un taux d'accroissement annuel moyen de 4,7%, la population de Bobo-Dioulasso représentait 15% de la population urbaine du Burkina Faso et 3.5% de la population totale du pays. Dans cette ville, 11,6% des habitants étaient dans le chômage. Bobo-Dioulasso comptait 18130 personnes âgées soit 3,7% de la population. Une faible proportion de ces PA (5,6%) vivait avec un handicap physique ou mental définitif [23].

Selon les statistiques de santé 2009, la partie urbaine de Bobo-Dioulasso est couverte par deux districts sanitaires : les districts sanitaires de Dafra et de Do. Ces 2 districts totalisent 36 Centres de Santé et de Promotion Sociale (27 pour Dafra et 9 pour Dô), 6 maternités ou dispensaires isolés (Dô) et 2 centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) (1 à Dô et 1 à Dafra). Le système de santé dans la ville de Bobo-Dioulasso est à 2 niveaux : les Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS qui constituent le premier échelon du premier niveau et les CMA qui sont le deuxième échelon du premier niveau et le 2ème niveau représenté par un CHU, le Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou.

L'offre de soins est assurée au niveau des deux districts par 477 agents de santé dont 10 médecins et 2 pharmaciens, 28 attachés de santé, 86 infirmiers d'état et 65 infirmiers brevetés, et au niveau hospitalier par 639 agents dont 221 infirmiers, 134 attachés de santé, 54 médecins spécialistes. Il n'y a pas de spécialistes en gériatrie dans ce système de santé. Le district de Dafra dessert 253 574 habitants et celui de Dô 439 290. Ces deux districts font partis de l'ensemble des 7 districts qui composent la région sanitaire des Hauts bassins.

Les principales activités dans les formations sanitaires sont : la santé maternelle et infantile, la surveillance nutritionnelle, les activités curatives, les infections sexuellement transmissibles et le VIH, les consultations externes et les hospitalisations, la lutte antituberculeuse et la lèpre.

Le taux de fréquentation des formations sanitaires des districts est de 65%. Les personnes âgées sont traitées comme la population générale.

## **V.2 Type d'étude et période de l'étude**

Nous avons réalisé une étude transversale dans les services de santé de la ville de Bobo-Dioulasso.

Cette étude a été réalisée sur une période de 12 mois d'octobre 2013 à septembre 2014.

## **V.3 Population d'étude et critères d'inclusion**

### *V.3.1 Les sujets de l'étude*

La population d'étude était constituée :

- Des personnes âgées fréquentant les structures de soins concernées par l'étude.
- Des prestataires de soins des structures concernées par l'étude

### *V.3.2 Les Critères d'inclusion*

Pour les prestataires de soins, il s'agissait des chefs de services ou des responsables de soins ayant donné leur consentement de participer à l'étude.

Pour les personnes âgées : il s'agissait des personnes âgées de 60 ans et plus ayant une pathologie chronique de découverte récente ou ancienne consultant ou hospitalisée dans une des structures de soins choisie pour l'étude.

## **V.4 Echantillonnage et taille des sujets**

### *V.4.1 Echantillonnage*

L'échantillonnage a été raisonné pour chaque cible.

- Pour le choix des formations sanitaires nous les avons choisies de façon raisonnée en fonction de la pyramide sanitaire, de la taille des structures de santé et de leur fréquentation. Pour la fréquentation cela a été possible grâce aux résultats d'une précédente enquête sur le

recours de soins des PA de la ville de Bobo-Dioulasso réalisés par une équipe du Centre MURAZ en 2012 (données non encore publiées). Les formations sanitaires les plus fréquentées par les personnes âgées en fonction de la pyramide sanitaire étaient les 7 structures suivantes :

Les structures publiques de santé:

- Les structures de premier niveau : HD de Do et le CSPS de Colma (CSPS appartenant au district), HD de Dafra et le CSPS de Sarfalao (CSPS appartenant au district).
- Les Structures du niveau de référence CHUSS (niveau de référence)

Les structures privées de premier niveau : la clinique privée Saint Léopold et le Centre d'accueil et d'écoute pour personne âgée (CAES /PA) vu sa spécificité pour la prise en charge des personnes âgées.

- Pour le choix des prestataires il s'agissait des médecins responsables des soins dans le CHU (service de médecine), dans les Hôpitaux de District, dans la clinique privée et des infirmiers responsables de la gestion des CSPS et du CAES /PA.
- Pour le choix des personnes âgées il s'agissait de toutes les personnes âgées qui répondaient aux critères d'inclusions (âgées de 60 ans et plus, ayant au moins une pathologie chronique) et qui étaient venues en consultation ou hospitalisées dans l'une des structures concernée par l'étude au cours de la période de l'enquête et ayant donné leur consentement à participer à l'étude.

#### ***V.4.2 Taille de l'échantillon***

Pour les PA : nous avons choisi d'enquêter 40 PA en hospitalisation et 80 en consultation (ambulatoire).

Pour les Prestataires : ils étaient au nombre de 7, à savoir un agent de santé choisi dans chaque structure de santé enquêtée.

**Tableau I : Répartition des enquêtés attendus dans chaque structure de soins**

Nom des structures	Nombre de patients attendus en Ambulatoire	Nombre de patients attendus en Hospitalisation	nombre de prestataires attendus
CHUSS (médecine et chirurgie)	20	20	1
CMA de DO	10	10	1
CMA de DAFRA	10	10	1
CSPS de COLMA	10	00	1
CSPS de SARFALAO	10	00	1
CLINIQUE St LEOPOL	10	00	1
CAES/PA	10	00	1
TOTAL	80	40	7

## V.5 Technique de collecte des données

Les techniques de collecte des données étaient :

- Une enquête par questionnaire auto-administré.
- Les entretiens individuel avec les PA.

## V.6 Définition des variables

### *V.6.1 Variables pour l'analyse du dysfonctionnement de l'offre de soins*

Les variables avaient été inspirées CCM .Nous allons donc les décrire.

Influence organisationnelle : c'est la prise en compte des objectifs de l'organisation des soins en faveur des soins chroniques, des stratégies d'amélioration des soins de santé pour les maladies chroniques et la prise en compte des directives pour la prise en charge des maladies chroniques.

Relations avec la communauté : c'est la mise en lien du patient avec les ressources extérieures, la description de partenariat avec les organisations à base communautaire, percevoir les activités au bénéfice de la communauté et de voir la coordination avec d'autres prestataires de soins tels les tradithérapeutes.

Appui à l'autonomisation du patient dans sa prise en charge : c'est l'évaluation des besoins et la documentation des activités visant à renforcer l'autonomie du patient, l'évaluation de l'existence de l'information éducation et communication (IEC) pour renforcer l'autonomie du patient, c'est aussi la prise en compte des préoccupations du patient et de sa famille et enfin c'est l'appréciation des interventions efficaces pour changer le comportement des patients.

Appui à la prise de décision clinique : il a été mesuré d'une part par la disponibilité des normes et guides cliniques basés sur des preuves, par la participation de spécialistes à l'amélioration des soins primaires et d'autre part par l'effectivité des formations des prestataires à la prise en charge des maladies chroniques.

Conception du système de prestation : cela a consisté à apprécier l'organisation de l'offre de soins c'est à dire le travail en équipe, la recherche de la présence d'un leader, d'un système de rendez-vous pour les patients, d'un suivi du patient, d'une planification des visites pour les soins chroniques, de voir la continuité des soins, l'accessibilité des soins y compris culturelle, le système fonctionnel de diagnostic et de suivi et le système fonctionnel d'approvisionnement en médicaments.

Système d'information clinique : il s'agissait de voir la disponibilité des informations individuelles et populationnelles à travers le registre de la population du centre de santé, le registre des patients avec des problèmes de santé chroniques, d'évaluer le feedback fait aux prestataires des résultats de l'analyse des informations, de décrire le plan de prise en charge du patient et la tenue des dossiers cliniques et du système de classement.

#### ***V.6.2 Variable concernant les plaintes des patients (critères de jugements)***

- caractéristiques socio démographiques et cliniques des patients définies par l'âge, le sexe (masculin, féminin), le lieu de résidence (ville, village) le statut matrimonial (marié, célibataire, veuf, divorcé) le niveau d'instruction (scolarisé, non scolarisé) , le revenu (pension ou revenu fixe, sans pension ni revenu fixe)
- Environnement des soins défini par le confort de la salle d'attente (commodité des sièges ou lits d'hospitalisation, aération, hygiène) de consultation et de la salle d'hospitalisation.

Organisation des soins définie par l'accueil (condition d'accueil à l'entrée), le délai d'attente avant la consultation et le système de référence.

Prestation des soins définie par la relation médecin- malade concernant la connaissance du malade sur sa pathologie, le rendez-vous de suivi ou les conseils donnés au patient sur comment vivre avec sa pathologie.

Accessibilité financière définie par : la perception du coût (cher ou abordable) des soins en ambulatoire et en hospitalisation.

## **V.7 Instruments de collecte des données**

### ***V.7.1 Un questionnaire auto administré pour les prestataires de soins***

Le questionnaire a été conçu en se basant sur le modèle de prise en charge des malades chroniques «Chronic care model version 3.5 » C'est un modèle qui a été validé et déjà utilisé en langue française au Burkina Faso pour évaluer les besoins de soutien de soins pour la tuberculose et le VIH[38]. Il a été utilisé dans cette étude pour décrire le soutien à la prise en charge des patients avec des problèmes de santé chronique comme l'hypertension artérielle (HTA). Cet outil comporte 6 items qui sont subdivisés chacun en sous-items : l'influence organisationnelle (3 sous-items), la relation avec la communauté (4 sous-items), l'appui à l'autonomisation du patient dans sa prise en charge (4 sous-items), l'appui à la prise de décision clinique (3 sous-items), la conception du système d'offre de soins (9 sous-items), le système d'information clinique (5 sous-items).Confère annexe 1

### ***V.7.2 Un questionnaire semi structuré qualitatif pour les personnes âgées vues en ambulatoire et en hospitalisation***

Il se compose de 7 rubriques :

1. Caractéristiques socio démographiques et cliniques
2. Environnement de soins
3. Organisation des soins
4. Prestation des soins
5. Accessibilité financière
6. Les principales difficultés/insatisfactions rencontrées.

7. Suggestion faite par les personnes âgées pour l'amélioration de leur prise en charge. Confère annexe 2

### ***V.8 Mode de collecte des données***

Dans chaque structure de santé, la personne identifiée pour compléter le questionnaire a été consultée à l'avance par téléphone. Ensuite des échanges sur le remplissage de l'outil ont été réalisés pour une meilleure compréhension de sa structuration. Le questionnaire était rempli aux moments libres de l'enquêté, seul ou avec ses collaborateurs. Chaque item était rempli et un score lui était attribué et justifié. Les forces, les faiblesses et les propositions de solutions pour chaque item ont été formulées par les enquêtés

Un pré-test des outils a été réalisé avant de les soumettre aux PA dans les services de santé. Avec l'autorisation des responsables des formations sanitaires nous avons réalisé les entretiens avec les PA hospitalisées en dehors des heures de soins. Les PA vues en ambulatoire étaient interviewées à la sortie de la consultation. Elles étaient interrogées dans un endroit approprié (calme, dans une salle loin des regards de soignant). Quand une PA répondant aux critères de l'enquête venait en consultation ou était hospitalisée dans une formation sanitaire, le responsable du service de soins nous avertissait par téléphone. Les entretiens ont été enregistrés avec l'autorisation des personnes âgées.

### **V.9 L'analyse des données**

La saisie des données a été réalisée grâce au logiciel EPI data 3.1. L'analyse des données a été réalisée avec l'aide de tableur (Excel) pour les données quantitatives. Les données qualitatives ont été regroupées par thème.

#### **Plan d'analyse**

Première étape d'analyse : description détaillée de l'offre de soins

Pour chaque sous item du questionnaire les échelles de réponses vont de 0 à 11. Un score de 11 à une question donnée ou un sous item indique un soutien optimal pour la prise en charge des patients avec des problèmes de santé chroniques et des hypertendus. Un score de 0 correspond à un soutien limité pour les soins aux patients. Pour chaque item, les scores étaient catégorisés entre 0-2 pour un soutien limité pour les soins aux patients, entre 3 et 5 pour un soutien de base, entre 6 et 8 pour un soutien raisonnablement bon

et entre 9 et 11 pour une prise en charge entièrement développée pour la prise en charge des pathologies chroniques.

L'analyse a consisté à calculer le score médian général pour l'ensemble des structures de santé évaluées, le score médian pour chaque niveau de soins et le score médian de chaque composante pour tous les niveaux de soins. Enfin l'analyse des forces et des faiblesses identifiées par les enquêtés a été faite dans les différents niveaux de soins étudiés.

**Tableau II : Plan d'analyse pour les dysfonctionnements du système d'offre de soins**

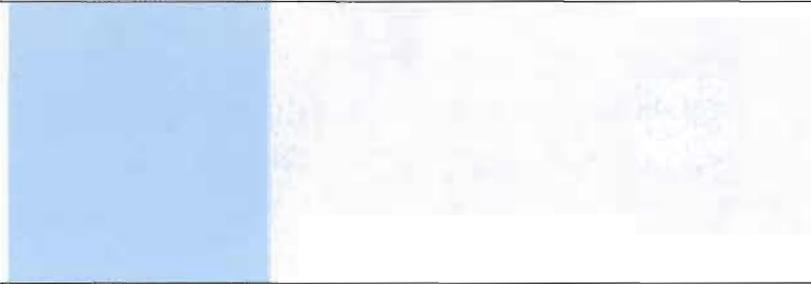
Composantes du système d'offre de soins aux malades chroniques	Items mesurés	Score médian HTA (IQR)	Niveau de soutien		
			Limité	Basique	Raisonnement bon
Influence organisationnelle	Prise en compte des objectifs de l'organisation des soins en faveur des soins chroniques, stratégies d'amélioration des soins de santé pour les maladies chroniques, directives pour la prise en charge des maladies chroniques				
Relation avec la communauté	Mise en lien du patient avec les ressources extérieures, partenariat avec les organisations à base communautaire, activités au bénéfice de la communauté, coordination avec d'autres prestataires de soins				
Appui à l'autonomisation du patient	Evaluation des besoins et documentation des activités visant à renforcer l'autonomie du patient, information, éducation et				

	communication pour renforcer l'autonomie du patient, prise en compte des préoccupations du patient et de sa famille, interventions efficaces pour changer le comportement des patients		
Appui à la prise de décision clinique	Normes et guides cliniques basés sur des preuves, participation de spécialistes à l'amélioration des soins primaires, formation des prestataires à la prise en charge des maladies chroniques		
Conception du système d'offre de soins	Travail en équipe, leadership, système de rendez-vous pour les patients, suivi du patient, planification des visites pour les soins chroniques, continuité des soins, accessibilité des soins y compris culturelle, système fonctionnel de diagnostic et de suivi, système fonctionnel d'approvisionnement en médicaments		
système d'information clinique	Registre de la population du centre de santé, registre des patients avec des problèmes		

---

de santé chroniques,  
feedback aux prestataires des  
résultats de l'analyse des  
informations, plan de prise en  
charge du patient, dossiers  
cliniques et système de  
classement

---



Deuxième étape d'analyse pour la plainte des PA

○ **les données qualitatives**

Les entretiens enregistrés ont été ainsi transcrits intégralement en verbatim Une analyse du contenu thématique a été réalisée. Les indicateurs mesurés étaient :

- Proportion de PA satisfaite par rapport à l'environnement de soins ;
- Proportion de satisfaction par rapport à l'organisation des soins ;
- Proportion de satisfaction par rapport à la prestation des soins ;
- Proportion de satisfaction par rapport à l'accessibilité financière.

## **VI CONSIDERATIONS ETHIQUES ET ADMINISTRATIVES**

Le protocole de recherche a reçu l'accord du comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso. Nous avons également soumis une demande à la Direction Régionale des Hauts Bassins qui nous a donné son accord et enfin une note d'information et un formulaire de consentement ont été utilisés pour recueillir le consentement des participants à l'étude. L'anonymat des personnes âgées a été préservé durant tout le déroulement de l'enquête et de l'analyse des données.

## **V RESULTATS**

## VII.1 CARACTERISTIQUES DES STRUCTURES VISITEES, DES PRESTATAIRES ET DES PATIENTS DE L'ETUDE

### *VII.1.1 Caractéristiques des structures visitées*

Nous avons visité au total 7 formations sanitaires

- Les structures publiques de santé:
  - Structure de premier niveau : l'hôpital de district de Do et le CSPS de Colma (CSPS appartenant au district), et l'hôpital de district de Dafra et le CSPS de Sarfalao (CSPS appartenant au district).
  - Structure du niveau de référence le CHUSS :
    - Dans le département de médecine pour les malades en ambulatoire nous avons assisté aux consultations de : médecine interne, neurologie, endocrinologie et cardiologie et pour les malades hospitalisés nous avons visité : les services de médecine interne ; les services de cardiologie ; les services de médecine 1, 2,3 (neurologie, endocrinologie).
    - Dans le département de chirurgie pour les malades ambulatoires nous avons assisté aux consultations à savoir : les consultations de médecine physique de neurochirurgie et pour les malades hospitalisés nous avons visité les services de chirurgie B et d'urologie.
- Les structures privées de premier niveau : nous avons visité la clinique privée Saint Léopold et le CAES/PA

### *VII.1.2 caractéristiques des prestataires*

Au total sept enquêtés ont répondu aux questionnaires : une femme et six hommes et en ce qui concerne leur fonction nous avons interrogé quatre médecins (deux médecins spécialistes à savoir : un en médecine interne et l'autre en dermatologie et deux médecins généralistes), deux infirmiers et un attaché de santé en pédiatrie dans le premier niveau de soins.

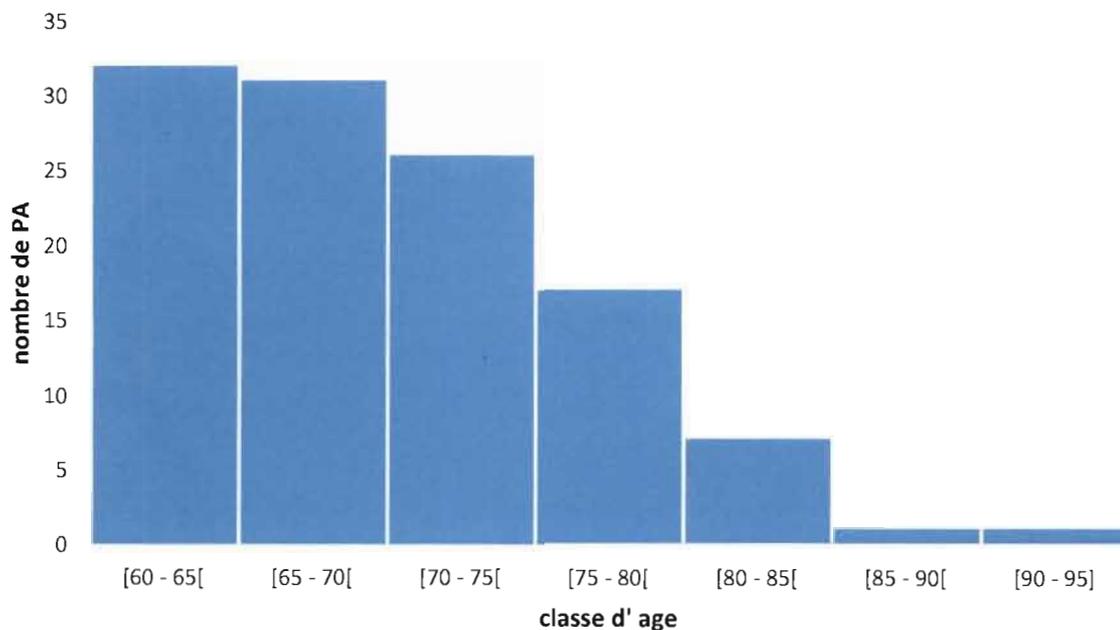
### ***VII.1.3 Caractéristiques des personnes âgées en ambulatoire et en hospitalisation***

Au total nous avons interviewé 115 personnes âgées dont 80 en ambulatoire et 35 en hospitalisation.

#### **VII.1.3.1 Age**

L'âge moyen de la population d'étude était de 69 ans.

L'âge moyen des patients en ambulatoire était de  $68,9 \pm 6,8$ ans avec des extrêmes 60 et 95 ans. L'âge moyen des patients en hospitalisation était  $69,6 \pm 7$  ans avec des extrêmes 60 et 86 ans. La figure 2 illustre la répartition des patients selon les tranches d'âge. La plus forte proportion 27,8% concernait la tranche d'âge de [60-65[



**Figure 2 Répartition des PA vues en ambulatoire et en hospitalisation selon l'âge**

#### **VII.1.3.2 Sexe**

Les hommes représentaient 59,1% (55% en ambulatoire 68% en hospitalisation) et les femmes 40,9% (45% en ambulatoire 32% en hospitalisation). Le sexe ratio était de 1,4.

#### **VII.1.3.3 Résidence**

Nous avons trouvé 83,8% des patients qui vivaient dans la ville de Bobo pour les ambulatoires et 60% des patients qui vivaient dans la ville de Bobo pour les

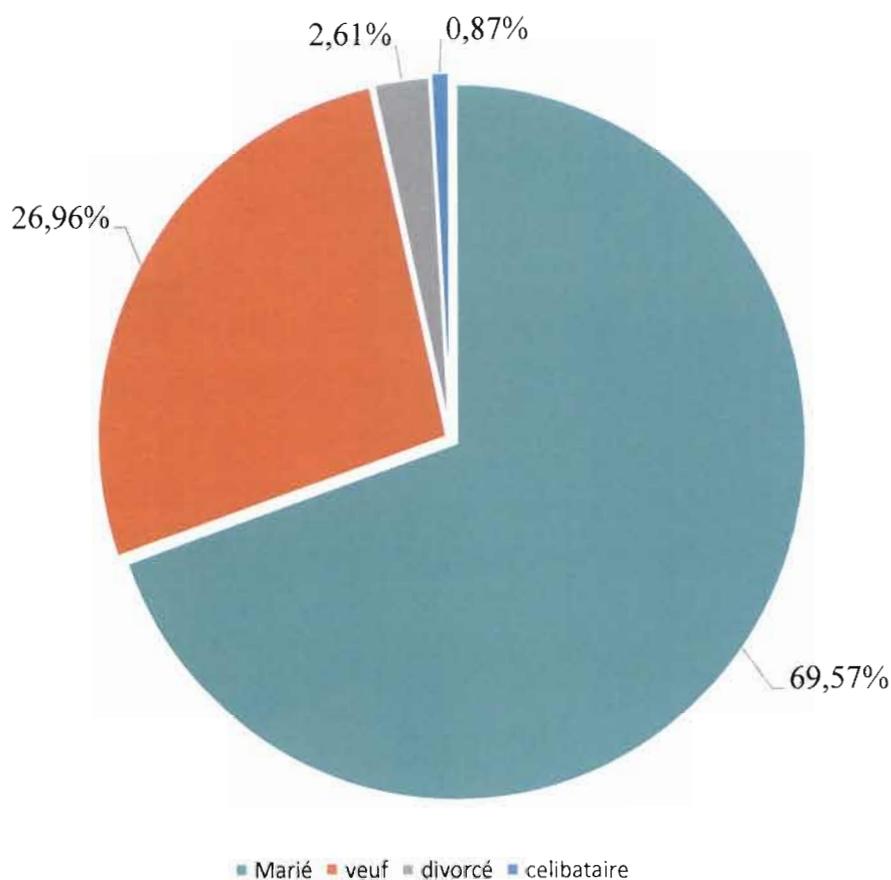
hospitalisations. Le tableau III rapporte la répartition des patients selon leur lieu de résidence.

**Tableau III : Répartition des PA selon la résidence**

Résidence	Résidence des patients			
	Type de patients			
	Ambulatoires		En hospitalisation	
	n	%	n	%
Ville de Bobo	67	83,8	21	60
Villages environnants	8	10	7	20
Autres villes	5	6,2	7	20
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

#### VII.1.3.4 Situation matrimoniale des patients

Près de  $\frac{3}{4}$  des PA étaient mariées ; la figure 3 montre la répartition des PA selon le statut matrimonial.



**Figure 3 : répartition des PA selon le statut matrimonial**

#### VII.1.3.5 Revenu

La proportion de PA qui n'avait pas de pension ou des revenus fixes était 58,3% et celle ayant une pension ou des revenus fixes était de 41,7 %

### VII.1.3.6 Niveau d'instruction

Parmi les PA rencontrées, 73,75% n'avaient jamais été à l'école. Le tableau IV montre la répartition des PA selon le niveau d'instruction

**Tableau IV : Répartitions des PA selon l'instruction**

Instruction	n	%
Scolarisé	32	26,25
Non scolarisé	83	73,75
Total	115	100

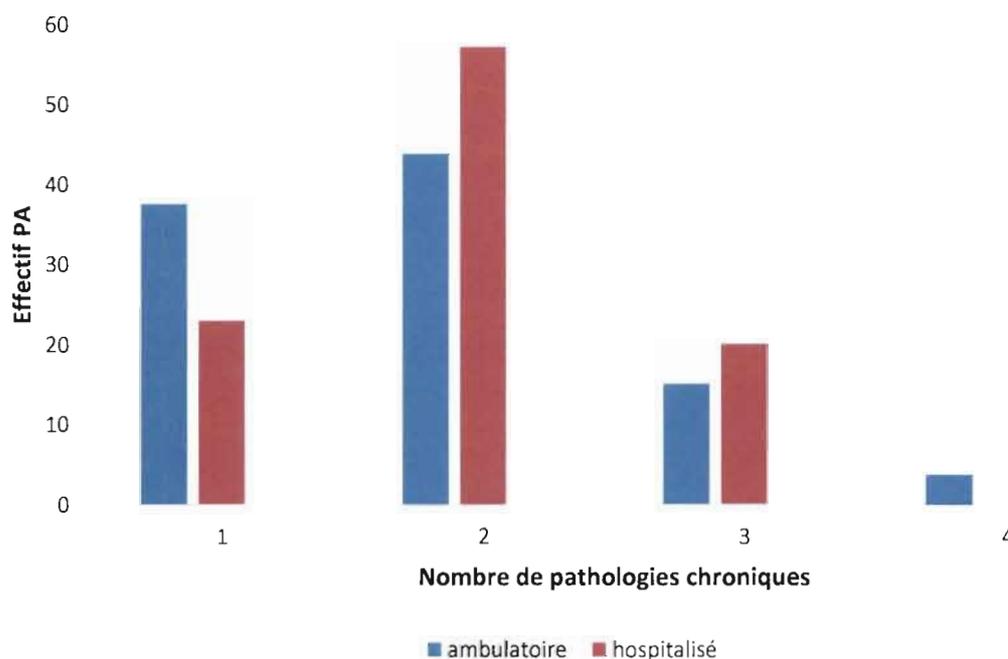
### VII.1.3.7 Caractéristique clinique des patients

Parmi les PA interrogées les pathologies cardiovasculaires ont été retrouvées dans 50,3 %. Le tableau V illustre la répartition des PA en fonction des pathologies retrouvées.

**Tableaux V : Répartition des PA en fonction de leur pathologie**

Pathologies	Ambulatoire		Hospitalisé		Total	
	n	%	n	%	n	%
Cardiovasculaires	72	50,3	32	46,4	104	47,9
Ostéoarticulaires	26	16,1	5	7,2	31	14,3
Endocriniennes	19	11,9	6	8,7	25	11,5
Neurologiques	15	10,5	7	10,1	22	10,1
Urinaires	5	1,4	10	14,5	15	6,9
oculaires	4	2,8	0	00,00	4	1,8
Pulmonaires	1	0,7	2	2,9	3	1,4
Digestives	6	4,2	0	00,00	6	2,8
Néoplasies	0	2,1	6	8,7	6	2,8
Autres	0	0	1	1,5	1	0,5
Total	148	100	69	100	217	100

Les PA interrogées avaient plusieurs pathologies chroniques. En Ambulatoire 62,5% des PA avaient au moins deux pathologies et en hospitalisation 77,1 des PA avaient au moins deux pathologies. L'association diabète HTA était retrouvée dans 92% des cas. La figure 4 est la répartition des PA selon le nombre de pathologie



**FIGURE 4 : Répartition des patients selon le nombre de pathologies**

## **VII.2 Dysfonctionnements liés à l'offre de soins des personnes âgées**

Le niveau de soutien global pour la prise en charge des personnes avec HTA était « basique » pour l'ensemble des structures enquêtées (score médian 3,8). Le niveau de soutien était basique pour les formations sanitaires de premier échelon (score médian 2,9), pour les hôpitaux de district (score médian 4,3) et pour le CHU (score 4,5).

### *VII.2.1 Mesure des composantes du système de soutien pour les patients chroniques dans les formations sanitaires de premier niveau*

#### **VII.2.1.1 L'influence organisationnelle**

Dans les CSPS, l'influence organisationnelle a obtenu un score médian de 3,83 correspondant à un niveau de soutien « basique » pour la prise en charge des patients hypertendus. Dans ces structures de premier échelon il existe un intérêt pour la prise en

charge de l'HTA. Par ailleurs pour ces structures on note l'absence de ressources financières spécifiquement allouées à la prise en charge de HTA, l'absence et la non mise en application des directives et règles pour la prise en charge de l'HTA. Les activités planifiées pour la prise en charge des patients avec des problèmes de santé chroniques ne reçoivent pas de financement du ministère. Les stratégies d'amélioration des soins aux hypertendus n'étaient pas bien définies et traduites en action. Il s'agissait d'une gestion dans l'urgence des problèmes liés aux maladies chroniques.

Dans les hôpitaux de district le niveau de soutien était aussi basique (score médian 5,2). Par ailleurs, on notait une faiblesse de ressources allouées pour la prise en charge des patients hypertendus (les activités inscrites dans les plans d'action annuels pour la prise en charge des patients chroniques ne sont pas financées) et une insuffisance de connaissance et d'application de directives en matière de prise en charge des patients hypertendus.

#### **VII.2.1.2 La relation avec la communauté**

Dans les CSPS, le score médian était de 1,5 (niveau de soutien limité). La prise en charge des malades chroniques hypertendus se faisait exclusivement au centre de santé. Le patient n'était pas mis en relation avec les organisations à base communautaire. Il y avait une absence de coordination entre les structures pour la prise en charge des patients et les autres prestataires de soins (tradithérapeutes ressources communales groupes d'entraides). Les répondants dans ces formations sanitaires ont proposé une meilleure implication de la communauté dans la recherche de solutions au profit des malades. Le CAES s'est démarqué de la tendance générale des structures sanitaires de premier niveau avec un score médian de 6,5 correspondant à un bon soutien pour une interaction des patients hypertendus avec la communauté et les autres prestataires. La responsable de cette structure note la mise en relation des patients avec les tradithérapeutes et les Organisations à Base Communautaire (OBC).

Dans les hôpitaux de districts, le niveau de soutien était basique (score médian 3,13). Les faiblesses étaient l'insuffisance d'orientation du patient hypertendu pour l'utilisation des ressources extérieures, l'insuffisance de partenariat avec les organisations à base communautaire et l'absence de coordination avec d'autres partenaires de soins. Cependant, on note la présence de quelques relais communautaires

pour la prise en charge de toutes les maladies sans une spécificité pour l'HTA. Il existe aussi une mise en commun des normes et directives entre les autres prestataires lorsque ceux-ci existaient mais sans une planification claire. Les prestataires ont donc préconisé comme solution de mettre en place des relais communautaires formés et motivés pour la prise en charge des patients hypertendus.

#### **VII.2.1.3 L'appui à l'autonomisation du patient dans sa prise en charge**

Dans les CSPS, le niveau de soutien du patient était limité (score médian 2,75). Selon les prestataires, l'appui à l'autonomisation du patient se résumait à la distribution des fiches (quand elles existaient) sur les régimes hygiéno-diététiques à observer par les patients hypertendus. Il y avait une insuffisance de l'évaluation des besoins des patients au cours de leur prise en charge. Il n'existait pas d'activités d'information, d'éducation et de communication pour renforcer l'autonomie des patients hypertendus. Un renforcement des connaissances du personnel de soins dans ces CSPS sur l'appui à l'autonomisation des patients hypertendus a été souhaité.

Dans les hôpitaux de district le niveau de soutien était basique (score médian 3, 6). Selon les prestataires, les familles étaient rarement impliquées dans la prise en charge des patients hypertendus ; le renforcement de l'autonomie du patient se résumait à la distribution des informations (feuilles pour les conseils hygiéno-diététiques quand ils existaient). Les prestataires ont préconisé qu'il faut utiliser des programmes d'informations et de connaissances de base, et qu'il est nécessaire de transmettre des stratégies aux patients pour mieux vivre avec leur maladie chronique et aussi l'équipe de soins doit travailler en collaboration étroite avec le patient et sa famille afin d'élaborer des objectifs réalistes.

#### **VII.2.1.4 L'appui à la prise de décision clinique**

Dans les CSPS, le niveau de soutien était limité (score médian de 1,5). Il n'existait pas de normes et guides pour la prise en charge des patients hypertendus. La participation des spécialistes était passive et se faisait par le système traditionnel de référence des patients. La formation des prestataires était insuffisante et se faisait de manière sporadique.

Dans les hôpitaux de district, le niveau de soutien était basique (score médian de 3,7). La formation continue des prestataires sur la prise en charge des patients hypertendus était faible. Les normes et protocoles pour la prise en charge de l'HTA étaient disponibles mais n'étaient pas utilisés.

Comme solution envisageable aux deux échelons il est ressorti d'établir un protocole claire et de le mettre en application pour la prise en charge de l'HTA et aussi de planifier des formations continues pour la prise en charge de l'HTA.

### **VII.2.1.5 La conception du système d'offre de soins**

Dans les CSPS, le niveau de soutien était basique (score médian 3,9). Les faiblesses notées étaient : l'insuffisance dans le travail en équipe, l'absence de leader reconnu localement pour la prise en charge des problèmes de santé chronique, un système de rendez-vous des patients ne prenant pas en compte celui des pathologies chroniques, la non disponibilité en médicaments pour l'HTA et l'absence des tests diagnostiques de laboratoire.

Dans les hôpitaux de district, le niveau de soutien était basique (score médian 5,6). L'hospitalisation des patients hypertendus était assurée mais confondue avec les patients présentant des pathologies aiguës. Des visites régulières pour les soins des patients hospitalisés étaient organisées (2 fois par semaine). Cependant le suivi du patient hypertendu était insuffisant, sans relation avec les autres prestataires et sans une logique de travail en équipe. La prise en charge se limitait à l'hôpital. L'accessibilité financière des médicaments et des tests biologiques était faible pour les patients.

Pour une amélioration du système d'offre de soins, il a été préconisé une meilleure organisation du système, un renforcement de la formation des acteurs de santé, une motivation suffisante des agents à la prise en charge de l'HTA, aussi un processus de subventionnement et une meilleure accessibilité des médicaments pour la pris en charge de l'HTA doivent être mis en place.

### **VII.2.1.6 Le système d'information clinique**

Dans les CSPS, le niveau de soutien pour la prise en charge des patients était basique (score médian de 3,9). Les faiblesses étaient liées au manque de registres des patients présentant une pathologie chroniques (HTA), l'absence de protocole de prise en charge des pathologies chroniques et de l'HTA, d'un système d'information (supports de

compilation régulière des informations) inadapté pour le suivi, l'absence de rétro-information concernant les résultats d'analyse des informations collectées, la mauvaise organisation et le mauvais rangement des dossiers.

Dans les hôpitaux de districts, le niveau de soutien était basique (score médian de 3,2). Il n'existait pas de supports ou de registres pour les malades chroniques. Le plan de prise en charge du patient était décidé seul par le soignant sans la collaboration du patient. Les protocoles utilisés pour la prise en charge des patients hypertendus n'étaient pas standardisés et la rétro-information était absente.

### ***VII.2.2 Mesure des composantes du système de soutien pour les patients chroniques au niveau de l'hôpital de référence, le CHU***

Dans le CHU, le niveau de soutien était basique pour l'influence organisationnelle (score 4,3), la relation avec la communauté (5, 25), l'appui à l'autonomisation du patient (5,25), l'appui à la prise de décision clinique (3 ,33), la conception du système de prestation (5.33) et le système d'information clinique (3,2).

#### **VII.2.2.1 L'influence organisationnelle**

L'influence organisationnelle connaissait comme faiblesse majeure, l'ignorance des directives et règles pour la prise en charge des patients hypertendus par le personnel de soins. Il s'agissait également d'une gestion dans l'urgence des problèmes liés aux malades hypertendus.

#### **VII.2.2.2 La relation avec la communauté**

Le recours aux ressources extérieures pour la prise en charge du patient chronique n'était pas systématique. Les organisations à base communautaire n'étaient pas activement impliquées en appui aux programmes de prise en charge de l'HTA

#### **VII.2.2.3 Appui à l'autonomisation du patient dans sa prise en charge**

L'évaluation des besoins et la documentation des activités visant à renforcer l'autonomie des patients chroniques n'était pas réalisée de manière formelle ; elle se faisait au cas et en fonction du prestataire. Il a donc été préconisé de faire des communications pour le

changement de comportement, d'encourager une meilleure implication des professionnels de santé à l'appui à l'auto gestion du patient et enfin la prise en charge psychologique des patients porteurs de maladies chroniques.

#### **VII.2.2.4 L'appui à la prise de décision clinique**

La formation continue des prestataires était jugée faible. La participation des spécialistes à l'amélioration des soins primaires était passive. Elle était faite à travers le système traditionnel de référence.

#### **VII.2.2.5 Conception du système de prestation**

L'organisation en équipe était une préoccupation même si elle se résumait à la disponibilité des prestataires ; aussi un effort était fait pour le suivi des patients. Cependant l'accessibilité aux soins et aux médicaments n'était pas une préoccupation majeure. Il a donc été recommandé de subventionner les médicaments antihypertenseurs pour une meilleure accessibilité financière.

### **VII.2.2.6 Le système d'information clinique**

Il n'existait pas de registres pour les soins chroniques comme l'HTA et la rétro-information était absente. Par ailleurs, le système de rangement des dossiers des patients était insuffisant et n'avait pas de local spécifique.

Les tableaux VI, VII et IIX sont les tableaux récapitulatifs des mesures des composantes du système de soutien pour les patients chroniques respectivement au niveau du CHUSS, dans les HD et dans les CSPS.

**Tableau VI: Récapitulatif des résultats de l'offre de soin pour HTA au CHUSS, dans les HD et dans les CSPS**

Composantes du système d'offre de soins aux malades chroniques	Score médian HTA CHUSS	Score médian HTA HD	Score médian HTA HD
Influence organisationnelle	4,3	4,3	3,8
Relation avec la communauté	5,3	3,2	1,5
Appui à l'autonomisation du patient	5,3	4,5	2,75
Appui à la prise de décision clinique	3,3	3,7	1,5
Conception du système d'offre de soins	5	5,7	4
système d'information clinique	3,2	3,7	3,9
Score médian CHUSS	4,5	4,2	2,8

	Support limité	0-2
	Support de base	3-5
	Appui raisonnablement bon	6-8
	Appui entièrement développé	9-11

## VII.3 Plaintes des PA

### VII.3.1 Plaintes des PA en ambulatoire

#### VII.3.1.1 Environnement des soins

Parmi les PA vues en ambulatoire 43,8% n'étaient pas satisfaits de l'environnement des soins. Elles ont relevé comme raison de cette insatisfaction l'hygiène des lieux, l'inadéquation des salles d'attentes (manque de place assise ou incommodité des chaises), le manque de salle d'attente. Voici ce qu'une PA d'un CMA a dit pour manifester son mécontentement : « *c'est dur pour moi de m'asseoir sur ces bancs* » ; une autre ajoute « *une salle d'attente ? je n'en vois même pas. C'est un couloir. C'est pourquoi je me suis couché au dehors* ».

Les PA en ambulatoire ont suggéré d'adapter les salles d'attentes et les salles de consultation pour une meilleure commodité lors des consultations et au mieux faire des centres de santé spécifiquement pour les PA.

Le taux d'insatisfaction était de 32,5% dans les CSPS, de 50% dans les CMA et de 55,8% au CHU. Le tableau IX résume le degré de satisfaction des PA.

**Tableau IX : satisfaction des PA en ambulatoire par rapport à l'environnement des soins.**

satisfaction	Environnement de soins						Total	
	Structure de soins							
	CSPS		CMA		CHUSS			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	14	37,5	8	40	7	35	29	36,2
Non	14	32,5	10	50	11	55	35	43,8
Neutre	12	30	2	10	2	10	16	20
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

### VII.3.1.2 Organisation des soins

#### - Accueil

Parmi les PA vues en ambulatoire respectivement 12,5% au CSPS 30% dans les HD et 15% au CHUSS n'étaient pas satisfaites de l'accueil et une des difficultés mentionnées était le manque d'orientation des patients. Selon une PA du CHUSS « *on vient à l'hôpital, on ne sait même pas où se diriger ni à qui s'adresser* »

Le tableau X résume le degré de satisfaction des PA en ambulatoire par rapport à l'accueil.

**Tableau X : satisfaction des PA en ambulatoire par rapport à l'accueil**

satisfaction	accueil					
	Structure de soins					
	CSPS		CMA		CHUSS	
	n	%	n	%	n	%
Oui	34	85	14	70	17	85
Non	5	12,5	6	30	3	15
Neutre	1	2,5	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

#### - Temps d'attente

Le temps d'attente moyen au CSPS (Colma, Sarfalao et le CAES /PA) était de 30min et de 127min pour la clinique Saint Léopold donnant un temps moyen de 75 minutes pour l'ensemble des CSPS. Le délai d'attente moyen au CMA était de 111 minutes avec des extrêmes de 10 et 240 minutes. Au CHUSS le délai moyen était de 129 min avec une étendue de 0 à 300 minutes. La longue attente a été plusieurs fois mentionnée comme difficulté majeure dans la prise en charge et impacte souvent les choix pour la fréquentation des structures. Une PA d'une consultation externe de médecine au CHUSS, dépitée, s'exclame :

« Je suis diabétique, je viens à jeûn à partir de 4h ou 5h du matin et je ne vois le médecin qu'à 9H : Vous voyez vous-même que ce n'est pas bien »

Le plus long temps d'attente était observé au CHU (75%). Le tableau XI résume le temps d'attente des PA en ambulatoire.

**Tableau XI : Temps d'attente des personnes âgées pour la consultation**

Temps en minutes	Temps d'attente					
	Structure de soins					
	CSPS		CMA		CHUSS	
	n	%	n	%	n	%
<30	8	20	2	10	1	5
30-60	12	30	5	25	1	5
61-120	9	22,5	2	10	3	15
121	11	27,5	11	15	15	75
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

**- Système de référence**

60% des PA n'étaient pas satisfaites du système de référence et de contre référence.

Parmi les PA vues en ambulatoire, 37,5% d'entre eux au CSPPS, 75% et 90% respectivement au CMA et au CHUSS n'étaient pas satisfaites du système de référence et de contre référence. Les raisons d'insatisfaction étaient le non compréhension de la référence, le parcours de soins difficile et long et la difficulté d'avoir un médecin dans une structure de soins de niveau supérieur. Une PA au CHUSS affirme « *le médecin m'a donné une note pour voir un cardiologue j'ai fait quatre mois avant de le voir ce n'est vraiment pas facile pour nous de faire autant de courses* ».

La quasi-totalité (90%) des patients référés au CHU pour la poursuite de la prise en charge n'étaient pas satisfaits. Le tableau XII récapitule le niveau de satisfaction des PA en ambulatoire par rapport au système de référence.

**Tableau XII : Satisfaction des PA interrogées en ambulatoire par rapport au système de référence**

référence et contre référence						
Structure de soins						
Satisfaction	CSPS		CMA		CHUSS	
	Effectif	Pourcentage %	Effectif	Pourcentage %	Effectif	Pourcentage %
Oui	24	60	4	20	2	10
Non	15	37,5	15	75	18	90
Neutre	1	2,5	1	5	0	0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

En ce qui concerne l'organisation des soins les PA ont préconisé d'initier des consultations à domicile et / ou des jours de consultation spéciales pour éviter les longues attentes.

### VII.3.1.3 Prestation des soins

#### - Satisfaction par rapport aux soins administrés

Pour les patients interrogés en ambulatoire, la proportion des PA insatisfaites était de 5% au CSPS et dans les HD, de 10% au CHUSS. La principale raison d'insatisfaction était la persistance des symptômes après les soins. Une PA du CSPS se confie en ces termes « *je souffre depuis six mois je paie des médicaments mais j'ai toujours mal, nous on ne supporte plus la douleur* ». Le tableau XIII résume la satisfaction des PA en ambulatoire par rapport aux soins reçus.

**Tableau XIII : Satisfaction des PA en ambulatoire sur les soins reçus**

Appréciation des soins						
Satisfaction	Structure de soins					
	CSPS		CMA		CHUSS	
	n	%	n	%	n	%
Oui	33	82,5	18	90	18	90
Non	2	5	1	5	2	10
Neutre	5	12,5	1	5	0	0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

#### - Communication pendant les soins

Pour les patients interviewé sur la relation médecin malade 35% au CSPS, 45% dans les HD et 40% au CHUSS en ambulatoire avaient notifié n'avoir pas reçu d'information sur leurs pathologies.

#### - Système de rendez –vous

Un rendez-vous de suivi n'avait pas été donné à respectivement 35% au CSPS 15% dans les HD et 20% au CHUSS.

Les propositions faites pour l'amélioration de la prestation des soins étaient : une attention particulière pour les PA ; qui passe par une éducation et des conseils sur leur pathologie chronique, un accompagnement psychologique pour les aider à accepter leur pathologie et à bien adhérer au traitement. Ils ont insisté sur la bonne communication entre le médecin et le patient.

#### VII.3.1.4 Accessibilité financière

Parmi les patients interrogés en ambulatoire, 65% de ceux interrogés au CSPS avaient trouvé que l'accessibilité financière était un frein à leur prise en charge. Nous avons retrouvé des difficultés d'accès financières chez 50% et 95 % des PA respectivement à l'HD et au CHUSS

Pour plus de la moitié des PA vues, 55% de leurs ordonnances dans les CSPS, 90% dans les CMA et 68% dans les CHU étaient honorées par leur famille (fille, fils, neveu). Les PA ont trouvé que les coûts des médicaments et des examens étaient élevés. En

témoigne une PA retraitée interrogée au CHUSS qui dit « *mes médicaments font 28000FCFA par mois et les examens 55400FCFA par trimestre, j'ai une pension de 80000FCFA et dans ça je dois me nourrir et payer mes factures, je sais qu'on fait une réduction pour les retraités mais à la caisse de l'hôpital il refuse. Ma fille c'est Dieu qui nous aide seulement* »

La plupart des PA ont fait des suggestions concernant la prise en charge financière certains ont demandé de subventionner les médicaments et le coût des examens biologique, d'autres ont suggéré une caisse de solidarité, une mutuelle et même un SMIG pour les PA.

### ***VII.3.2 Plaintes des patients vus en Hospitalisation***

#### **VII.3.2.1 Satisfaction environnement de soins**

Pour environnement de soins ; 60% des patients n'étaient pas satisfaits des conditions d'hospitalisation tant dans les hôpitaux de district qu'aux CHUSS. La difficulté relevée était le manque de confort, la mauvaise aération des salles d'hospitalisation, le manque d'hygiène, le manque d'éclairage dans les salles, et le manque de toilettes à proximité des salles d'hospitalisation. Voici les propos de deux PA différentes interrogées dans 2 CMA

« J'ai fait deux jours couché au sol; c'est frustrant pour mon âge ».

« Mon fils m'a porté sur son dos pour m'amener en hospitalisation ; parce que le brancardage était difficile ; imaginez vous-même sous ce soleil avec toutes ces secousses ; je n'allais pas tenir»

Le taux d'insatisfaction des conditions d'hospitalisation était également reparti entre le CHU et le CMA soit 60%. Le tableau XIV récapitule la satisfaction des PA en hospitalisation par rapport à leur environnement d'hospitalisation.

**Tableau XIV : satisfaction des PA en hospitalisation sur l'environnement des soins.**

satisfaction	Condition d'hospitalisation			
	structure de soins			
	CHUSS		CMA	
	n	%	n	%
Satisfait	5	25	6	40
Non satisfait	12	60	9	60
Neutre	3	15	0	0
Total	20	100	15	100

Les PA ont demandé de faire une section gériatrie pour leur accorder de l'importance et mieux les prendre en charge ; ils ont également préconisé de rendre disponible des toilettes adaptées en hospitalisation.

### **VII.3.2.2 Organisation des soins**

#### **- L'accueil**

Parmi les patients vus en hospitalisation, 20% de ceux du CHUSS et 6,7 % de ceux du CMA n'étaient pas satisfaits de l'accueil. Le tableau XV résume la satisfaction des PA en hospitalisation par rapport à l'accueil.

**Tableau XV: satisfaction des PA par rapport à l'accueil**

satisfaction	Accueil			
	structure de soins			
	CHUSS		CMA	
	n	%	n	%
Satisfait	15	75	14	93,33
Non satisfait	4	20	1	6,67
Neutre	1	5	0	0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

#### - Temps d'attente

Le temps d'attente moyen dans les HD était de 7 minutes et de 64 min au CHUSS. Au CMA 100% des PA étaient vues avant 60 min et au CHUSS 35% étaient vues après 60min. Le tableau XVI résume le temps d'attente des PA avant soin au cours de l'hospitalisation.

**Tableau XVII : satisfaction des PA interrogées en hospitalisation sur le système de référence.**

satisfaction	Référence Contre Référence			
	Structure de soins			
	CHUSS		CMA	
	n	%	n	%
Satisfait	8	40	6	40
Non satisfait	12	60	9	60
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

Les PA n'avaient donné aucune suggestion pour améliorer l'organisation des soins dans leur prise en charge à l'hôpital.

### VII.3.2.3 Prestation des soins

Au CHUSS 20% des PA hospitalisées n'étaient pas satisfaits parce qu'elles n'avaient pas eu d'information sur leurs pathologies et 60% étaient insatisfaites parce qu'ils n'avaient pas eu de conseils sur comment vivre avec leur pathologie.

Au CMA 60% des hospitalisés n'étaient pas satisfaits à cause du manque d'information sur leur pathologie et 66,7% par manque de conseils sur comment vivre avec leur pathologie.

Une PA du CHUSS disait « Je suis là depuis 15 jours, je ne reçois que des médicaments, je ne suis pas soulagé et le pire c'est que je ne sais pas ce que j'ai S'il vous plait dites-leur de me dire ce que j'ai»

Les PA ont suggéré une meilleure communication entre patient et personnel soignant, une disponibilité accrue pour écouter attentivement les PA et leur donner des informations sur leurs pathologies.

#### **VII.3.2.4 Accessibilité financière**

Au CHUSS 95% des PA et 73, 33% au CMA ont trouvé le coût de l'hospitalisation élevé et 100% des PA tant dans les HD que dans les CMA étaient financièrement prises en charge par leur famille (fils, filles).

Les PA ont recommandé de rendre effectif la réduction du coût des examens, l'hospitalisation et de subventionner les médicaments.

## **VIII DISCUSSION ET COMMENTAIRES**

### **VIII.1 Limite et mérite de l'étude**

Pour cette étude en ce qui concerne l'évaluation de la prise en charge des pathologies chroniques chez les personnes âgées nous avons retenu les structures que les personnes âgées fréquentaient le plus. On peut alors penser que les structures moins fréquentées offrent peut-être un dispositif de soutien moins performant. Cependant, les CSPS identifiés représentent les plus grosses formations sanitaires de premier échelon de la ville. Par ailleurs, la technique de collecte des données (auto-administré) pourrait introduire une sous ou sur estimation du niveau général de soutien pour les patients hypertendus. Le faible nombre de sujets interrogés n'a pas altéré la qualité des réponses dans la mesure où les répondants étaient des informateurs clés. Ils connaissaient bien le système de soins de leur structure et de la localité et étaient les premiers interlocuteurs de la structure concernée capables de renseigner tous les items des questionnaires et de formuler des suggestions. Enfin, les répondants ont choisi d'aborder les questions de l'évaluation de manière plus globale pour l'ensemble des maladies chroniques et ensuite pour l'HTA. Ces résultats reflètent donc la problématique de la prise en charge des problèmes de santé chronique au-delà de l'HTA dans les structures visitées, et les résultats obtenus méritent d'être discutés et commentés.

### **VIII.2 Principaux résultats**

Cette étude a permis de connaître le système de santé de la ville de Bobo pour la prise en charge des personnes âgées avec des pathologies chroniques. Le soutien était basique pour la prise en charge des PA avec des pathologies chroniques. Le niveau de soutien global pour la prise en charge des personnes avec HTA était « basique » pour l'ensemble des structures enquêtées (score médian 3,8). Le niveau de soutien était basique pour les formations sanitaires de premier échelon (score médian 2,8), pour les hôpitaux de district (score médian 4,2) et pour le CHU (score 4,5) ; les composantes les plus faibles étaient le système d'information clinique et l'appui à la prise de décision clinique. Pour la plupart des PA le niveau de satisfaction pour leur prise en charge était faible. Le niveau de satisfaction était également faible pour l'environnement des soins (43,8% et 60% d'insatisfaction respectivement en ambulatoire et en Hospitalisation), l'accessibilité financière (68,8% et 85,7% d'insatisfaction respectivement en

ambulatoire et en hospitalisation) et le système de référence (60% d'insatisfaction en hospitalisation et en ambulatoire).

### **VIII.3 dysfonctionnements dans l'offre de soins des PA**

Globalement, la plupart des composantes du système de soutien d'offre de soins méritent une amélioration. Ces constats ne sont pas nouveaux dans la littérature. En 2009, Schoen a montré que la plupart des pays de l'Europe et les USA qui ont expérimenté ces modèles de prise en charge des malades chroniques devraient progresser en ce qui concerne l'articulation entre l'hôpital et la ville et la coordination entre les professionnels de santé [33]. L'interdépendance est importante à développer dans le processus d'intégration des soins chroniques et est essentielle pour développer de façon logique les différentes composantes de la prise en charge des soins chroniques. Il y a interdépendance quand i) les acteurs ou organisations autonomes doivent résoudre des problèmes collectifs ii) quand aucun des acteurs ne détient toutes les ressources, les compétences, la légitimité, pour apporter une réponse (scientifiquement, techniquement, socialement, professionnellement) légitime et valide des problèmes auxquels chaque acteur du système est confronté [4,46]. C'est le cas des problèmes de santé chroniques qui doivent passer par une approche plus globale [47-49]. Les modèles de prise en charge des malades chroniques offrent une bonne opportunité pour penser une adaptation de l'organisation des soins devant la montée en puissance des pathologies chroniques en Afrique [50].

Notre système de santé est toujours centré sur la maladie à cause de la prédominance des pathologies aiguës. Cependant, une prise de conscience des politiques commence à émerger pour les problèmes de santé chroniques avec l'élaboration des politiques et des directives en faveur des personnes âgées par niveau de soins. Cependant au niveau opérationnel, la prise en charge des personnes avec des pathologies chroniques reste insuffisante. Elle utilise des guides de diagnostic et traitement des maladies, et l'approche réactive pour la gestion des problèmes aigus est de norme. Il y a une absence de plan de prise en charge des patients chroniques dans les services de première ligne. L'offre de soins à domicile est encore embryonnaire et relève d'une activité privée qui reste informelle. La coordination des soins n'existe pas entre les structures privées et les structures publiques, en témoigne le fractionnement des soins dans le système. Le

système de soins est cloisonné avec une limitation des références vers d'autres structures ou réseaux de soins autre que le niveau traditionnel de référence. Toutes les activités cliniques sont régulées par une gouvernance clinique insuffisante. La gouvernance clinique est l'ensemble des données et de leur système d'exploitation pour que l'organisation soit intelligible et transparente à tout moment pour les professionnels, les gestionnaires, les patients et la population. Enfin, les associations communautaires de promotion de la santé existent dans la ville et travaillent sans un véritable lien avec les services de santé [17,31].

Le modèle de prise en charge des malades chroniques a été développé pour améliorer la qualité des soins des patients chroniques. Il permet de changer la routine de l'offre ambulatoire de soins à travers ses six composantes par une approche centrée sur le patient. Le but du modèle est de transformer les soins des malades chroniques faits selon une approche réactive par une approche proactive planifiée et mettant en relation la communauté. Ce modèle est une opportunité pour améliorer la qualité des soins des maladies chroniques dans notre contexte [31].

L'approche des soins par le modèle de prise en charge des malades chroniques a donc une perspective systémique (relation des acteurs du premier niveau de soins avec l'environnement local). Cet environnement local est représenté par les autres organisations de soins privées, publiques et surtout communautaires de la ville. La littérature suggère que les actions communautaires, les soins à domicile permettraient de réduire les hospitalisations et de retarder le déclin fonctionnel des personnes âgées. Toutes ces interventions doivent être soutenues par un appui à l'autogestion développé par les services de santé de premier niveau. En effet, Sobel a souligné le rôle de l'auto-soin dans la gestion des problèmes de santé chroniques, estimant que 80% des soins étaient auto-administrés : un quart des visites médicales sont attribuables à des problèmes de santé que les personnes pourraient elles-mêmes gérer si elles possédaient les outils appropriés pour le faire. Selon lui, si 5% des consultations médicales pouvaient être gérées à l'extérieur du service de santé, c'est-à-dire par les personnes elles-mêmes, la demande en services de santé serait réduite de près de 25% [51-53].

### **VIII.3 Plaintes des personnes âgées**

#### ***VIII.3.1. Caractéristiques cliniques des patients***

- La prévalence de l'HTA et des pathologies cardiovasculaires dominaient dans 50,35% suivie des pathologies ostéo-articulaires puis des maladies métaboliques; ces résultats confirment le fait que l'HTA est la principale pathologie cardiovasculaire chez les PA au Burkina Notre étude rapporte des résultats similaire à ceux de Tubiane qui dans une étude sur les aspects médicaux et sociaux du vieillissement trouvait que les pathologies les plus fréquentes chez les personnes âgées étaient l'HTA suivie de l'arthrose, la surdité et la baisse de l'acuité visuelle [54].

En ce qui concerne l'association du diabète et de l' HTA elle avait été retrouvée dans 92% chez les diabétiques. Ces résultats concordent avec une étude transversale prospective, concernant des patients diabétiques de type 2, hypertendus, âgés de 65 ans ou plus; recrutés de façon accidentelle au service d'Endocrinologie-Diabétologie de l'hôpital Ibn Tofail du CHU Mohammed VI de Marrakech que ce soit en hospitalisation ou en consultation trouvait que HTA était associée au diabète de type 2 dans 80% des cas et elle était plus fréquente particulièrement chez les personnes âgées diabétiques .

La polyopathie était représentée à 62 % des cas, c'est-à-dire que plus de la moitié des PA avaient plus d'une pathologie et cela avait aussi été noté par une étude faite par Annick le Pape en 1997 [55].

- En hospitalisation on retrouvait 43,10 % des patients hypertendus suivis des cancers puis des pathologies neurologiques. Ces résultats sont différents de ceux de Downing en France et rapportaient que les pathologies cardiovasculaires suivies des affections pulmonaires et neuropsychiatriques dominaient chez les personnes âgées [56].

#### ***VIII.3.2 plaintes des personnes âgées***

##### **VIII.3.2.1. Environnement des soins**

Seulement 32,5% et 31,42% des patients respectivement en ambulatoire et en hospitalisation étaient satisfaits des conditions de consultation ou d'hospitalisation. Cela relève de l'inadéquation de nos services de santé pour la prise en charge des personnes âgées. En réalité, nos structures de santé n'ont pas été conçues pour la prise en charge des personnes âgées et il n'y a pas de centre de santé spécifique pour cette

tranche d'âge vulnérable. En plus de tout cela il n'y a pas de service de gériatrie même au CHUSS. Cet état de fait est relevé par Diessongo au Burkina et Ibrahim au Niger [42,57].

### **VIII.3.2.2. Organisation des soins**

La longue attente a été soulignée par la plupart des PA comme facteur limitant la fréquentation des services de santé et ces résultats concordent avec ceux de Fortin [5]. Il est difficile pour une PA malade le plus souvent porteur de plusieurs tares d'attendre longtemps et dans de mauvaises conditions. Ce qui a amené certaines PA à suggérer une prise en charge spéciale pour eux et des consultations à domicile.

Les PA n'étaient pas satisfaites du système de référence et la coordination des soins et le niveau d'insatisfaction était plus accentué au CHUSS (60% d'insatisfaction) que dans les CSPS (10%) en passant par les HD (20%). Dans notre système de santé il n'existait pas de coordonnateur de soins comme dans les systèmes européens pour la prise en charge des maladies chroniques permettant de faciliter l'accès aux structures de santé de niveau supérieur. Dans notre système il n'existait que des fiches de référence remises à une population non instruite pour la plupart. Et on note que même dans ce système de référence qui semble imparfait, il y ait d'énormes difficultés dans sa mise en application surtout pour les fiches de contre référence. Ces résultats révèlent du même coup une difficulté dans le système de référence et de contre référence. Burn avait noté une difficulté notable dans la coordination des soins pour les problèmes de santé chronique. Avant lui, Schoen avait déjà fait le même constat [37-42].

### **VIII.3.2.3. La prestation de soin**

La bonne communication médecin-malade qui est importante pour la prise en charge des pathologies chroniques (malade informé proactif) avait été jugé faible. Plus de la moitié des personnes ignorait leur pathologie ou n'avait reçu aucune information comment vivre avec leur maladie chronique. Un patient informé adhère mieux au traitement [28].

### **VIII.3.2.3. L'accessibilité financière**

L'accessibilité financière était un handicap réel pour ces PA dont 61,7% n'avait pas de pension ou de revenu fixe. Elle était d'autant exprimée dans les CHUSS que dans les

CSPS. Et ces PA étaient pour la plupart prises en charge par un membre de la famille en ambulatoire et dans 100% des cas en hospitalisation. Cela témoigne que même ceux qui ont une pension n'arrivent pas à subvenir à leurs soins et cela prouve la non application des textes qui préconisent la prise en charge à 80% des patients hospitalisés dans les formations sanitaires publiques. La mise en application des textes pourrait améliorer l'accessibilité financière cela a bien été démontré par le plan sésame où au Sénégal la gratuité a permis d'augmenter la fréquentation des hôpitaux jusqu'à ce que ce plan ne soit plus fonctionnel.

La qualité de la prise en charge des personnes âgées avec pathologie chronique est insuffisante tant du point de vue des prestataires que des personnes âgées elles-mêmes. Cela a été relevé en 2009 par une étude menée par le Ministère de la Santé, puis en 2011 par l'équipe de recherche de Sanou. Tout semble laisser croire que les problèmes de prise en charges des personnes âgées sont connus mais négligés [9;38].

## **TROISIEME PARTIE**

**CONCLUSION**

## CONCLUSION

Notre étude avait pour objectif de décrire la qualité de la prise en charge des PA porteuses de pathologie chronique et elle a prouvé un dysfonctionnement de notre système dans la prise en charge des PA porteuses de pathologie chronique. Ce dysfonctionnement a été relevé d'une part par les prestataires à l'aide du modèle de soin chronique où à tous les niveaux de la pyramide sanitaire on a trouvé un soutien basique pour la prise en charge des pathologies chroniques et d'autre part les PA elles-mêmes qui ont exposées leurs insatisfactions dans leur prise en charge notamment par rapport à l'environnement de soin, l'accessibilité financière et dans la relation médecin malade. Il est donc impératif que des mesures soient prises pour améliorer l'offre de soins des PA au Burkina Faso. L'intégration du modèle de soins chronique dans le système de santé pour la prise en charge des PA pourrait être salubre.

**SUGGESTIONS**

➤ Ministère de la Santé/

Bourse pour des Formations en Gériatrie et formation du personnel paramédical dans la prise en charge des patients âgés.

Faire des centres de santé pour les PA et équiper les hôpitaux pour l'accueil des PA.

Financer le PNSPA pour sa mise en application effective sur le terrain et faire mettre en application le KITI N° AN-VIII-0202/FP/SAN-AS pour toutes les PA.

➤ Direction de la Santé de la Famille

Mutualiser la prise en charge des personnes âgées porteuses de pathologies chroniques.

➤ Gestionnaires et responsables des structures de soins

Améliorer le système de référence en associant des coordonnateurs de soins.

Améliorer le système d'archivage des dossiers des patients porteurs de pathologies chroniques.

➤ Professionnel de Santé

Appui à l'autogestion du patient (groupe d'entraide, communication éducation pour la santé).

Organisation des soins en faveurs des PA.

Initier des consultations à domicile.

Améliorer la coordination entre prestataire.

Trouver un leader pour coordonner la prise en charge des personnes âgées avec pathologie chronique.

➤ Communauté

Motiver et faire participer les membres des associations d'aide à la prise en charge des problèmes chroniques.

➤ Personnes Agées

Travailler en association pour faire des plaidoyers dans le but de défendre leurs causes.

## **REFERENCES**

## REFERENCES

1. Khelifa A. Gériatrie pratique 2004-2014, [en ligne].  
[http://gériatrie .webs.com /gnralit](http://gériatrie.webs.com/gnralit). [page consulté le 10/11/2013].
2. La situation économique et sociale dans le monde, 2007 Le développement durable dans un monde vieillissant Nations Unies New York, 2007.  
<http://www.un.org/esa/policy/wess/index.html> [consulté le 3/12/2013]
3. Singh D, Figueras J, Lavis J, Mcdaid D, Mossialos E. Comment mettre en œuvre des programmes de prise en charge des maladies chroniques en tenant compte de la diversité des contextes et des prestataires de soins. Synthèse Conférence Ministérielle Européenne OMS 2008.
4. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff 2001; 20(6):64–78.
5. Lin MH, Chou MY, Liang CK, Peng LN, Chen LK. Strategies of the health-care system in Taipei [abstract]. Population aging and its impacts. 2010 ; 9 Suppl 1:S23.
6. Freeman EE, Zunzunegui MV, Kouanda S, Aubin MJ, Popescu ML, Miszkurka M et al. Prevalence and risk factors for near and far visual difficulty in Burkina Faso. Ophtal Epidemiol 2010; 17 (5): 301-6.
7. Nations Unies 2002: Rapport de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement; 8-12 Avr 2002; Madrid, Espagne.
8. Ministère de la santé Burkina Faso : Programme national de santé des personnes âgées 2008-2012. p. 14-8.
9. SOME M. Rapport d'évaluation des besoins pour la prise en charge de la santé des personnes âgées au Burkina Faso; 2009. p. 10-22.
10. Wertheimer J, Leger JM. Psychiatrie du sujet âgé. Paris : Flammarion médecine science ; 1999.p.44-7
11. Centre d'Etude et de Recherche Démographique Secrétariat Technique. Rapport national sur la politique de population : Personnes âgées au Maroc situation et perspective.2006.

12. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Tableau de bord social du Burkina Faso. [en ligne] Juillet 2007.  
« [www.insd.bf/fr/IMG/pdf/Tableau\\_bord\\_social\\_2006.pdf](http://www.insd.bf/fr/IMG/pdf/Tableau_bord_social_2006.pdf) » [consulté le 10/11/2013].
13. Organisation Mondiale de la Santé. Maladies non transmissibles [en ligne].  
« [www.who.int/topics/chronic\\_diseases/fr/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/) » [consulté le 10/11/2013].
14. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant [en ligne].  
« [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf) » [consulté le 10/11/2013].
15. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant [en ligne].  
« [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf) » [consulté le 19/02/2014].
16. HCSP (Haut conseil de la santé publique). Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Actualité et dossier en Santé publique. Juin 2001 ; 35(1) : 44-6.
17. Contandriopoulos A, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins, dimensions et mise en œuvre. Ruptures, revues transdisciplinaires en santé. 2001 ; 8 (2):38-52.
18. Valérie L. L'influence des caractéristiques organisationnelles de la première ligne médicale sur l'auto-soin en maladies chroniques au Québec [mémoire]. Québec: Université de Montréal, Décembre 2009.
19. Dupâquier J. Le vieillissement de la population dans le monde. Rayonnement du CNRS: Bulletin n° 42 octobre 2006.
20. United Nations. World Population Prospects: The 2010 Revision .New York 2011. <http://esa.un.org/unpd/wpp/> [consulté le 10/01/2014].
21. Pison G. Le vieillissement démographique sera plus rapide au Sud qu'au Nord. Population et Société Jun 2009, 457, 4 p.
22. Golaz V, Nowik L, Sajoux M. Afrique continent jeune face au vieillissement Population & Sociétés Juillet-août 2012, 491,

23. Ministère de la santé Burkina Faso : réforme du système de santé du district au Burkina Faso. Novembre 2010.p.47.
24. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010.Résumé d'orientation [en ligne].  
« [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report-summary\\_fr.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report-summary_fr.pdf) » [consulté le 19/10/2014].
25. Hien H, Berthé A, Drabo MK, Méda N, Konaté B, Tou F et al. Prevalence and patterns of multimorbidity among the elderly in Burkina Faso: cross-sectional study. *Trop Med Int Health* 2014; 19(11):1328-33
26. Longo MB, Beya E, Ekwanzala A, Vangu Ng, Nahimana D, Bungu Fuele et al, rédacteur. OMS : enquête sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles à Kinshasa, capitale de la RDC Congo selon l'approche STEPS de l'OMS. Kinshasa, Novembre 2006. Commandité par Ministère de la Santé de la République Démocratique du Congo.
27. Entwisle Y, Mathelier S, Ramilus J, Séjour M. Programme de formation en management et gestion des services de santé en Haïti : la structure organisationnelle du système de santé en Haïti. Haïti, juillet 2003.
28. Streur-stey C, Frei A, Roseman T. Le «Chronic care model» en médecine de famille en Suisse. *Rev Med Suisse* 2010 ; 6 : 1016-9
29. Holman H, Lorig K. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health Reports* 2004 ;119(3):239-43.
30. Wagner, Edward H., Brian T. Austin, Michael Von Korff, 1996. Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank quarterly*, volume 74, no 4 : 511-544  
Lui
31. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)* 2009 ; 28(1):75-85
32. Fortin M, Maltais D, Hudon C, Lapointe L, Lutumba A. Access to health care Perceptions of patients with multiple chronic conditions. *Can Fam Physician* 2005; 51(11): 1503.

33. Schoen C, Osborn R, How SKH, Doty MM, Peugh J. In chronic condition: experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Aff (Millwood)* 2009; 28(1):1-16.
34. Lemieux V. L'influence des caractéristiques organisationnelles de la première ligne médicale sur l'auto-soins en maladies chroniques au Québec [mémoire]. Montréal : univ Montréal, Canada, 2009
35. Mohammed AA, Hilal AA, Fatma AH, Samira AR, Kawther ES, Abdullah AM. Factors Affecting the Quality of Diabetic Care in Primary Care Settings in Oman : A qualitative study on patients. *SQU Med J* 2011 ; 11(2) : 207-213.
36. Alexander JA, Hearld LR, Mittler JN, Harvey J M. Patient–Physician Role Relationships and Patient Activation among Individuals with Chronic Illness .*Health Serv Res* 2012; 45(3) :1201-23
37. Brunn M, Chevreur K. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux. *Santé Publique* 2013;25(1): 87-94
38. Benaoum FZ. Personnes âgées et recours aux soins : L'aide à l'information comme forme de soutien social. *Journal Algérien de Médecine* 2008 ; 16(3):87-94.
39. Leye MMM, Diongue M, Faye A, Coumé M, Faye AB, Tall AB et al. Analyse du fonctionnement du plan de prise en charge gratuite des soins chez les personnes âgées « Plan Sésame » au Sénégal. *Santé Publique* 2013 ; 25(1):101-6.
40. Frost L, Navarro LA, Lynch M, Campbell M, Orcutt M, Trelfa A, et al. Care of the Elderly: Survey of Teaching in an Aging Sub-Saharan Africa. *Gerontol Geriatr Educ* 2014 ; 2:1-16.
41. Drabo KM, Konfe S, Macq J : Assessment of the health system to support tuberculosis and AIDS care. A study of three rural health districts of Burkina Faso. *J Public Health-Afr* 2010; 1(4) :11-
42. Diessongo WE: Motif d'admission et organisation de la prise en charge des personnes âgées au CHUYO [thèse]. Ouagadougou : Univ med Ouagadougou, Burkina Faso ; 2011. 93p.

43. Rabaloum E. Evaluation de l'importance de la demande de soins et de risque thérapeutique chez les personnes âgées dans la ville de Ouagadougou. [Thèse]. Ouagadougou : Univ med Ouagadougou, Burkina Faso ; 2011. 78.
44. Berthé A, Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Drabo M et al. Les personnes âgées en Afrique subsaharienne : une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques. Santé publique volume 2013 ; 25(3) :367-371
45. Sanou BL, Berthé A, Drabo M, Badini KF, Somé M, Ouedraogo D et al. Analyse du Programme National de Santé des Personnes Âgées (PNSPA) 2008-2012 du Burkina Faso. Santé publique 2013 ; 25(4) :517-26.
46. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. Qual Saf Health Care 2004; 13(4):299-305
47. Olivares-Tirado P, Tamiya N, Kashiwagi M. Effect of in-home and community-based services on the functional status of elderly in the long term care insurance system in Japan. BMC Health Services Research 2012; 12:239.
48. Sobel DS. Rethinking medicine: improving health outcomes with cost-effective psychosocial interventions. Psychosom Med 1995; 57(3):234-44.
49. Tubiane M. Le vieillissement : aspect médicaux et sociaux. C.R Biologie 2002; 325:699-717.
50. Ministère de la santé Burkina Faso. Programme National du Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2020. 2011; Available from: URL « [www.sante.gov.bf/files/Politiques.../PNDS2011-2020\\_version1.pdf](http://www.sante.gov.bf/files/Politiques.../PNDS2011-2020_version1.pdf) » [consulté le 10/01/2014].
51. Tomita N, Yoshimura K, Ikegami N. Impact of home and community-based services on hospitalization and institutionalization among individuals eligible for long-term care insurance in Japan. BMC Health Services Research 2010; 10:345.
52. Olivares-Tirado P, Tamiya N, Kashiwagi M. Effect of in-home and community-based services on the functional status of elderly in the long term care insurance system in Japan. BMC Health Services Research 2012; 12:239.

53. Sobel DS. Rethinking medicine: improving health outcomes with cost-effective psychosocial interventions. *Psychosom Med* 1995; 57(3):234-44.
54. Tubiane M. Le vieillissement : aspect médicaux et sociaux. *C.R Biologie* 2002; 325:699-717.
55. Annick Le Pape : La polypathologie des personnes âgées Catherine Sermet 1997 – CREDES.
56. Downing A, Wilson R. older people's use of accident and emergency service. *Age Ageing* 2005; 34(1) :24-30.
57. IBRAHIM M. Condition de vie des personnes âgées en Afrique subsaharienne: cas de la vie dans un ménage à génération coupé au Niger [Thèse de démographie]. Université de Montréal ; 2010.175p.

## **ANNEXES**

**QUESTIONNAIRE PERSONNE AGEE VUE EN HOSPITALISATION /**

**AMBULATOIRE**

Numéro : / \_ / \_ / \_ / \_ /

Date d'administration : / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

Identité enquêteur : .....

Structure / service : .....

1. Caractéristique socio démographique

1.1 Initial personne âgée : / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

1.2 Age (années) : / \_ / \_ / \_ /

1.3 Sexe : F : / \_ / M : / \_ /

1.4 Ville : .....

1.5 : Village : .....

1.6 : Statut matrimonial : Marié : / \_ / Célibataire : / \_ / Veuf : / \_ / Divorcé : / \_ /

1.7 : Instruction : Scolarisé / \_ / Non scolarisé / \_ /

1.8 : Revenu : Pension ou Revenu fixe / \_ / Sans pension ou sans Revenu fixe / \_ /

2. Environnement de soins

2.1 Comment appréciez-vous la salle d'attente (confort, commodité, aération, hygiène) et les conditions de consultation / hospitalisation :

.....  
.....  
.....

3. Organisation des soins

3.1 Comment avez-vous trouvé l'accueil avant les soins et pendant la consultation ?

.....  
.....

3.2 Combien de temps avez-vous attendu avant de voir le médecin et comment trouvez-vous cela ?

temps mis : / \_ / \_ / \_ / \_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.3 Comment êtes-vous arrivés dans cette formation sanitaire c'est-à-dire où êtes-vous allé vous faire soigner avant de venir ici et comment cela s'est-il passé, quelle appréciation faites-vous de ce parcours ?

.....  
.....

4. Prestation des soins

4.1 Vous avez une pathologie chronique ? le médecin a-t-il discuté avec vous, vous a-t-il annoncé votre maladie comment vivre avec et quelle appréciation faite vous de cela ?

.....  
.....

4.2 Un rendez-vous de suivi vous a-t-il été donné ? oui / \_\_ / non / \_\_ / (ambulatoire)  
Avez-vous eu des conseils sur comment vivre avec votre pathologie ? Oui / \_\_ / non / \_\_ / (hospitalisation)

4.3 Comment vous appréciez les soins que vous avez reçus de manière générale

.....  
.....

5. Accessibilité financière

5.1 Comment trouver vous le coût des médicaments et des examens dans votre prise en charge :  
Abordable / \_\_ / chère / \_\_ /

5.2 Qui vous aide à payer vos médicaments : Fratrie / \_\_ / Voisin / \_\_ / Vous-même / \_\_ / Agent de santé / \_\_ / Autres / \_\_ / (à préciser) \_\_\_\_\_

6. Quels sont les principales difficultés/insatisfactions rencontrées dans votre prise en charge : .....

7. Suggestion pour améliorer la PEC des personnes âgées porteuses de pathologies chroniques : .....

.....

8. Revue documentaire

N d'ordre	Maladies /symptômes



Soutien absent ou limité			Soutien de base			Bon soutien			Soutien totalement développé		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Absence ou ignorance par le personnel des directives et règles pour la PEC des problèmes liés aux maladies chroniques.			Les directives et règles en matière de PEC des problèmes liés aux maladies chroniques existent mais sont appliquées de manière irrégulière			Les directives et règles en matière de PEC des problèmes liés aux maladies chroniques existent et sont appliquées régulièrement.			Les directives et règles en matière de PEC des problèmes liés aux maladies chroniques existent et permettent réellement de motiver et de développer les capacités du personnel pour atteindre les meilleurs résultats .		
<b>Justification du score:</b>											

**Score pour l'influence organisationnelle (somme des scores / 3):** \_\_\_\_\_

Forces identifiées :

Problèmes identifiés :

Solutions possibles à apporter :

**2. Interaction avec la communauté et les autres prestataires de soins:** les liens entre les prestataires impliqués dans la PEC des problèmes liés aux maladies chroniques, les relais communautaires et les autres prestataires influencent la PEC des maladies chroniques.

Soutien absent ou limité			Soutien de base			Bon soutien			Soutien totalement développé		
<b>2.1 Patients mis en relation avec des ressources externes aux services de santé (tradithérapeutes, autres prestataires...)..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Cette mise en relation n'est pas faite de manière systématique.			Cette mise en relation n'est pas faite ou est limitée à une liste de personnes ressources dans la communauté ou provenant d'autres services. Celles-ci sont parfois utilisées mais rarement de manière permanente.			Cette mise en relation n'est pas faite ou se fait au travers d'une personne responsable (ou d'un accord entre services, ressources communautaires) de manière à ce que le prestataire et le patient fassent le meilleur usage des ressources disponibles.			Cette mise en relation est faite au travers d'une coordination active entre le système de santé, les acteurs communautaires et d'autres partenaires.		
<b>Justification du score:</b>											
<b>2.2 Partenariats et activités avec des organisations à base communautaire ..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Aucun appui d'un partenariat et aucune activité ne se s'est réalisée avec des organisations communautaires.			Un partenariat et quelques activités sont planifiés mais pas encore mis en place.			Les OBC reçoivent une formation pour développer des activités de soutien la PEC des problèmes liés aux maladies chroniques.			Les OBC sont activement impliquées dans des programmes formalisés en appui au système de santé dans le cadre de la PEC des maladies chroniques.		
<b>Justification du score:</b>											
<b>2.3 Activités réalisées au bénéfice de la communauté ..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
La prise en charge des problèmes liés aux maladies chroniques est réalisée exclusivement au centre de santé.			Le personnel de santé se rend dans la communauté pour rechercher les perdus de vues, ou pour d'autres raisons.			Une personne est responsabilisée pour travailler dans la communauté avec des organisations, avec les familles, et avec les patients pour des activités de promotion de la santé / de l'éducation / du soutien psycho-social. Il y a une implication de relais communautaires même si ils ont une faible influence de ce qui est fait.			Les activités réalisées au bénéfice de la communauté sont régulièrement évaluées et rapportées; un plan de travail existe; les prestataires de soins (hommes et femmes) travaillent aussi en dehors du CS et prennent des initiatives; les relais communautaires sont activement impliqués et contrôlent ce qui se fait;		
<b>Justification du score:</b>											
<b>2.4 Coordination avec d'autres prestataires de soins ..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Il n'y a pas de mise en commun de normes, directives et une intégration des ressources entre prestataires.			La mise en commun de normes, directives et ressources entre prestataires est planifiée mais pas encore mise en place.			La mise en commun de normes, directives et ressources entre prestataires se fait uniquement dans des zones bien précises.			Il existe une mise en commun de normes, directives et ressources entre prestataires en général.		

Soutien absent ou limité	Soutien de base	Bon soutien	Soutien totalement développé
Justification du score:			

**Liens avec la communauté et les autres prestataires de soins: (somme des scores / 4) \_\_\_\_\_**

Forces identifiées :

Problèmes identifiés :

Solutions possibles à apporter :

**3. Appui à l'autonomisation du patient dans sa prise en charge:** L'appui efficace à l'autonomisation du patient dans sa prise en charge peut aider les patients et leur famille à mieux gérer les difficultés liées à la maladie chronique.

Soutien absent ou limité			Soutien de base			Bon soutien			Soutien totalement développé		
<b>3.1 Evaluation des besoins et documentation des activités visant à renforcer l'autonomie du patient chronique..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
L'évaluation des besoins et la documentation des activités visant à renforcer l'autonomie des patients chroniques ne sont pas réalisées.			Les activités visant à renforcer l'autonomie des patients chroniques sont prévues et pourraient être faites, cependant avec une faible implication des patients et de leur famille; processus à "sens unique" (prestataire vers le patient et pas dans l'autre sens)			Les activités visant à renforcer l'autonomie des patients chroniques sont prévues et réalisées de manière standardisée avec l'implication du patient.			Les activités visant à renforcer l'autonomie des patients chroniques sont prévues et réalisées de manière standardisée avec l'implication du patient. L'approche de renforcement de l'autonomie des patients est intégrée dans la stratégie de PEC des malades chroniques.		
<b>Justification du score:</b>											
<b>3.2 IEC pour renforcer l'autonomie des patients de maladie chronique..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Le renforcement de l'autonomie des patients de maladie chronique se résume à la distribution d'information (feuilles, affiches,...)			Le renforcement de l'autonomie des patients de maladie chronique se fait au travers de séances d'éducation en groupes et par la distribution des supports d'information (normes, guides, ...) aux patients.			Le renforcement de l'autonomie des patients de maladie chronique se fait individuellement avec le patient par les prestataires de soins, et avec des outils permettant d'obtenir l'adhésion du patient au processus de prise en charge.			Le renforcement de l'autonomie des patients de maladie chronique se fait individuellement avec le patient par des prestataires formés au renforcement de l'autonomie du patient, aux techniques de support au changement de comportement, et utilisant une série d'outils adaptés à la culture du patient, qui l'aide à mieux comprendre sa maladie, son traitement.		
<b>Justification du score:</b>											
<b>3.3 Prise en compte les préoccupations du patient et de sa famille..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Les préoccupations du malade et/ou de sa famille ne sont pas prises en compte par les prestataires de soins.			Les préoccupations du malade et/ou de sa famille sont prises en compte dans certains cas pour certains patients et leurs familles.			Les préoccupations du malade et/ou de sa famille sont prises en compte à travers des groupes d'entraide entre pairs, et des programmes d'accompagnement du patient.			... fait partie intégrale des soins et est inclus de manière systématique dans les groupes d'entraides entre pairs et les programmes d'accompagnement du patient.		
<b>Justification of score:</b>											
<b>3.4 Des interventions efficaces pour changer le comportement chez les patients de maladie chronique ..... Score =</b>											

<b>Soutien absent ou limité</b>			<b>Soutien de base</b>			<b>Bon soutien</b>			<b>Soutien totalement développé</b>		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Des interventions pour le changement positif de comportement chez les patients de maladie chronique ne sont pas disponibles			Les interventions pour le changement positif de comportement chez les patients de maladie chronique sont limitées à la distribution d'information (feuillet, affiches,...)			Les interventions efficaces pour le changement positif de comportement chez les patients de maladie chronique sont disponibles uniquement auprès de personnel spécialisé vers lequel le patient doit être référé.			Les interventions efficaces pour le changement positif de comportement chez les patients de maladie chronique sont disponibles dans les centres de santé et font partie intégrante des soins de routine.		
<b>Justification of score:</b>											

Score de support à l'autonomisation du patient (somme des scores / 4) .....

Forces identifiées :

Problèmes identifiés :

Solutions possibles à apporter :

## QUESTIONNAIRE : MODELE DE SOINS CHRONIQUES

### Evaluation des soins pour des problèmes de santé chroniques (ACIC scale)

Traduction en français de Menzies School of Health Research: adapted with permission from MacColl Institute for Healthcare Innovation. 2003 (Jean Macq)

Date du remplissage du questionnaire : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Numéro du questionnaire : /\_\_/\_\_/

Nom de la formation sanitaire/structure/service: .....

Identité de l'interviewé : .....

Profession : .....

Fonction dans la structure : .....

Pathologie évaluée : **Hypertension artérielle (HTA)**

Les composantes du système de prise en charge des problèmes liés aux maladies chroniques
Influence organisationnelle
Relations avec « la communauté »
Appui à l'autonomisation du patient dans sa prise en charge
Appui à la prise de décision clinique
Conception du système de prestation
Système d'information clinique

**1. Influence de l'organisation des soins:** la gestion des problèmes de santé chroniques peut être plus efficace si l'organisation des prestations de soins permet de se focaliser et de soutenir la résolution des problèmes liés aux maladies chroniques.

Soutien absent ou limité			Soutien de base			Bon soutien			Soutien totalement développé		
<b>1.1 Compromis dans les objectifs de l'organisation des soins en faveur des pathologies chroniques..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Pas de compromis ou peu d'intérêt manifesté pour les maladies chroniques.			L'intérêt pour les maladies chroniques est reflété dans le plan stratégique de l'organisation des soins, mais il n'y a pas de ressources spécifiquement prévues pour les maladies chroniques.			L'intérêt est reflété dans le plan stratégique de l'organisation des soins, des ressources sont spécifiquement prévues pour la prise en charge des maladies chroniques (argent et nombre de personnel). Néanmoins les sources de financements restent instables (par exemple au travers de projets). L'instabilité du personnel affecté à la prise en charge des maladies chroniques reste un problème.			La prise en charge des maladies chroniques fait partie de la planification stratégique à long terme, un financement pérenne est assuré; l'équipement, les ressources pour la formation et le staff sont disponibles. Les responsabilités sont clairement définies pour l'opérationnalisation, l'évaluation et la mise à jour des politiques de prise en charge des maladies chroniques.		
<b>Justification du score:</b>											
<b>1.2 Stratégies d'amélioration de soins de santé pour la prise en charge des problèmes liés aux maladies chroniques..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Les stratégies ne sont pas bien définies et traduites en action (pas d'analyses systématiques de problèmes de qualité, pas de cycle d'évaluation/action appuyés par les responsables de santé).			Il s'agit d'une gestion dans l'urgence des problèmes liés aux maladies chroniques quand ils émergent; Il existe quelques tentatives pour identifier et rapporter des problèmes de qualité de soins mais pas nécessairement suivi d'actions; il y a des personnes responsables de l'amélioration de la qualité de la PEC des maladies chroniques, cependant elles ne sont pas très actives.			Les stratégies d'amélioration de la qualité en réponse à des problèmes ciblés sont exécutées; Il y a un système de gestion de la qualité opérationnelle de l'offre de soin; Quelques améliorations ont été évaluées; Il y a des personnes responsables de l'amélioration de la qualité impliquées activement dans la PEC des problèmes liés aux maladies chroniques.			Les stratégies d'amélioration de la qualité de la PEC des maladies chroniques sont mises en place de manière proactive (sans attendre les problèmes) ; Il y a des cycles d'identification – analyse de problèmes – mises en place d'interventions – évaluation régulièrement achevées; Il y a des personnes responsables de l'amélioration de la qualité de la PEC des maladies chroniques, et qui disposent de ressources.		
<b>Justification du score:</b>											
<b>1.3 Directives (et système de suivi) au personnel chargé de la PEC des problèmes liés aux maladies chroniques ..... Score =</b>											

**4. Appui à la prise de décision:** la prise en charge des maladies chroniques implique que les prestataires aient accès aux informations indispensables à une prestation de qualité (guides de prise en charge, protocoles thérapeutiques, guide d'auto-évaluation de la pratique médicale...).

Soutien absent ou limité			Soutien de base			Bon soutien			Soutien totalement développé		
<b>4.1 Normes et guides cliniques basés sur des preuves (EBM) ..... Score =</b>											
0 1 2 Les normes et guides pour la PEC des malades chroniques ne sont pas disponibles.			3 4 5 Les normes et guides pour la PEC des malades chroniques sont disponibles mais pas systématiquement utilisés pour les prestations de soins.			6 7 8 Les normes et guides pour la PEC des malades chroniques sont disponibles, intégrées à la prestation de soins et renforcés par une formation continue des prestataires.			9 10 11 Les normes et guides pour la PEC des malades chroniques sont disponibles, régulièrement mises à jour, avec une formation continue des prestataires et intégrées à la prestation de soins sous forme d'ordinogramme facilitant son utilisation par les prestataires.		
Justification du score:											
<b>4.2 Participation des spécialistes à l'amélioration des soins primaires</b>											
0 1 2 ...Est principalement faite à travers le système de référence traditionnel.			3 4 5 ...Est réalisé à travers le leadership des spécialistes pour développer la capacité de tout le système pour l'implémentation des recommandations de routine			6 7 8 Inclus le leadership des spécialistes désignés qui développent la formation des équipes de soins primaires.			9 10 11 Inclus couramment le leadership des spécialistes et leur collaboration dans l'amélioration des soins primaires des patients		
<b>4.3 Formation des prestataires à la prise en charge de problèmes liés aux maladies chroniques ..... Score =</b>											
0 1 2 La formation des prestataires à la prise en charge de problèmes liés aux maladies chroniques se fait de manière sporadique.			3 4 5 La formation des prestataires à la prise en charge de problèmes liés aux maladies chroniques se fait de manière systématique au travers des formations et recyclage.			6 7 8 La formation des prestataires à la prise en charge de problèmes liés aux maladies chroniques se fait de manière systématique en utilisant des méthodes plus innovantes et adaptées au contexte.			9 10 11 La formation des prestataires à la prise en charge de problèmes liés aux maladies chroniques se fait de manière systématique en utilisant des méthodes plus innovantes pour tout le personnel, en incluant les aspects de gestion de problèmes de santé chronique à niveau populationnel et les stratégies d'autonomisation des patients.		
Justification du score:											

Appui à la prise de décision (somme des scores / 3) \_\_\_\_\_

Forces identifiées :

Problèmes identifiés :

Solutions possibles à apporter :

**5. Conception du système d'offre de soins:** Selon les études déjà réalisées, la gestion des problèmes de santé liés aux maladies chroniques prend en compte des changements dans l'organisation de l'offre de soins au lieu de se limiter à augmenter le plateau technique des structures qui s'occupent de maladies aiguës.

Soutien absent ou limité			Soutien de base			Bon soutien			Soutien totalement développé		
<b>5.1 Le travail en équipe: ..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
L'organisation en équipe n'est pas discutée ; Il n'y a pas de réunions régulières d'équipes; absence évidente de coordination, et pauvreté de la communication entre les membres de l'équipe.			L'organisation en équipe est une préoccupation, mais se résume à la disponibilité des individus, à la formation des prestataires sur les problèmes liés aux maladies chroniques.			L'organisation en équipe est une préoccupation discutée lors des réunions régulières d'équipe qui abordent les rôles et responsabilités de chacun, et les problèmes dans l'offre de soins pour les patients souffrant de maladies chroniques.			L'organisation en équipe est une préoccupation. Il y a des réunions régulières d'équipe ; les rôles de chaque membre sont clairement définis, prenant en compte le renforcement de l'autonomie du patient. La gestion des ressources nécessaires dans l'organisation de la PEC des problèmes liés aux maladies chroniques est performante.		
<b>Justification du score:</b>											
<b>5.2 Leadership dans la PEC des problèmes liés aux maladies chroniques:..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Il n'y a pas de leader reconnu localement concernant la PEC des problèmes liés aux maladies chroniques.			Il y a un leader reconnu localement concernant la PEC des problèmes liés aux maladies chroniques. Ce dernier assure sa partition en collaboration avec les autres acteurs du système d'offre de soins.			Le leadership est assuré par un individu, mais son rôle dans la PEC des problèmes liés aux maladies chroniques n'est pas formalisé.			Le leadership est assuré par un individu ou une organisation dont le rôle a été formalisé.		
<b>Justification of score:</b>											
<b>5.3 Système de rendez-vous pour les patients: ..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Le système de rendez-vous donné aux patients est utilisé pour programmer les consultations curatives des maladies aiguës, le suivi des malades et consultation préventives.			Le système de rendez-vous donné aux patients est utilisé pour programmer systématiquement le suivi des patients de maladie chronique.			Le système de rendez-vous donné aux patients est flexible et peut intégrer la prise en compte les préoccupations de chaque patient ainsi que la consultation avec l'entourage du patient souffrant de maladie chronique.			Le système de rendez-vous donné aux patients inclus une organisation des soins qui permet aux patients d'avoir accès à l'ensemble des services en une seule visite ( par exemple au travers de l'organisation de matinées pour problèmes de santé chroniques, etc)		
<b>Justification du score:</b>											
<b>5.4 Le suivi du patient en général: ..... Score =</b>											

Soutien absent ou limité			Soutien de base			Bon soutien			Soutien totalement développé		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Le suivi du patient est programmé de manière consensuelle par patient et par prestataires.			Le suivi du patient est organisé par les prestataires en accord avec les normes.			Le suivi du patient est assuré par l'équipe de prise en charge et inclus un système de rappel pour le patient.			Le suivi du patient est adapté aux besoins du patient, varie en intensité et en méthodologie et respecte les normes.		
<b>Justification of score:</b>											
<b>5.5 Visite planifiées pour les soins liés aux maladies chroniques: ..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Les visites planifiées pour les malades chroniques ne se font pas			Les visites planifiées pour les malades sont utilisées occasionnellement pour les patients compliqués.			Les visites planifiées pour les malades se font à la demande des patients intéressés.			Les visites planifiées pour les malades sont utilisées pour tous les patients. Ces visites incluent un examen clinique du patient, des interventions préventives et des activités pour renforcer l'autonomie du patient.		
<b>Justification of score:</b>											
<b>5.6 Continuité des soins: ..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
La continuité des soins n'est pas une priorité			Son degré de priorité dépend de la communication informelle entre prestataires de premier échelon, hôpitaux et autres services d'appui (labo etc)			La continuité des soins est une priorité pour les prestataires de premier échelon, hôpitaux et autres services d'appui (labo etc). Elle est recherchée de manière systématique			La continuité des soins est une priorité et toutes les interventions de prise en charge de problème de santé chronique incluent une coordination active entre prestataires de premier échelon et prestataires du niveau hospitalier.		
<b>Justification of score:</b>											
<b>5.7 Accessibilité des soins pour le patient y inclus accessibilité culturelle: ..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
L'accessibilité des soins n'est pas un sujet de préoccupation pour les prestataires et gestionnaires: le CS ou hôpital est mal situé; les préoccupations des patients ne sont pas prises en compte; les soins sont standardisés en partant du principe que tous les patients sont identiques et que ce qui marche dans un contexte culturel marche dans d'autres.			L'accessibilité des soins a été prise en considération partiellement: quelques efforts sont faits pour rendre les CS plus adapté aux perceptions culturelles des patients.			Les problèmes d'accessibilité géographique et financière sont mis en exergue. Des approches innovantes dans l'offre de soins sont recherchées.			Les problèmes d'accessibilité géographique, financière, culturelle sont constamment recherchés chez les patients. Une adaptation constante des soins est faite pour augmenter l'accessibilité à tous les groupes de la population. Une approche proactive envers les plus défavorisés est développée.		

Soutien absent ou limité		Soutien de base			Bon soutien			Soutien totalement développé			
Justification of score:											
<b>5.8 Système de prise en charge de la maladie (diagnostic et suivi) fonctionnel: ..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Le système de prise en charge (diagnostic et suivi) n'est pas assuré, un ensemble de problèmes le rend non fonctionnel.			Les tests diagnostic de routine et les contrôles sont faits de manière sporadique; les systèmes de transports d'échantillon sont mal organisés et ne respectent pas les normes. Il y a éventuellement des problèmes de confidentialité.			Les tests de dépistage et de suivi biologique respectent généralement les normes, le système de transmission des résultats est bon, la confidentialité est respectée.			Le système fonctionne de manière parfaite; la confidentialité est assurée, il y a un système de contrôle de la qualité. Les patients sont informés des résultats.		
Justification of score:											
<b>5.9 Système d'approvisionnement en médicaments (pharmacie) fonctionnel: ..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
La disponibilité en médicaments pose problème, et il reste énormément d'efforts à faire.			Le système de prescription des médicaments permet d'encourager l'adhésion au traitement. Les coûts sont partiellement supportés; un système de gestion de stock est disponible. Mais il subsiste des problèmes d'accessibilité financière aux médicaments.			Le système de gestion de stock est fonctionnel, Les médicaments sont toujours disponibles. Les instructions pour la prise de médicaments sont disponibles			Le système de gestion de stock fonctionnel, les médicaments toujours disponibles, les instructions pour la prise de médicaments clairement disponibles. Des contrôles de qualités sont organisés régulièrement; Il existe un système de conditionnement rendant plus facile la prise de médicaments.		
Justification of score:											

**Score de conception du système de prestation (somme des scores / 9) \_\_\_\_\_**

Forces identifiées :

Problèmes identifiés :

Solutions possibles à apporter :

**6. Système d'information clinique:** la disponibilité d'informations individuelles et populationnelle au moment opportun est une condition indispensable à une gestion efficace de problèmes de santé chroniques.

Soutien absent ou limité			Soutien de base			Bon soutien			Soutien totalement développé		
<b>6.1 Registre de la population du centre de santé : ..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Le système d'information clinique n'est pas fonctionnel.			Il existe un système d'information clinique mais pas mis à jour ou désorganisé.			Le système d'information clinique est révisé par moment. On connaît les nouveaux venus et ceux qui sont partis.			Le système d'information clinique est mis à jour et revu régulièrement; On sait parfaitement qui fait partie de la population et qui a quitté. Une politique de soins clairement établie pour ceux qui ne font pas partie de la population de responsabilité.		
<b>Justification of score:</b>											
<b>6.2 Registre des patients avec problème de santé chronique: ..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Un registre spécial pour les patients de pathologie chronique n'est pas disponible.			Un registre spécial pour les patients de pathologie chronique existe. Il inclut les noms, diagnostics, adresse et date du dernier contact. Des informations sur des sous-groupes spécifiques ne peuvent être obtenues systématiquement.			Un registre spécial pour les patients de pathologie chronique permet de faire ressortir des informations par sous-groupes spécifiques			Les informations nécessaires du registre de patients sont toutes disponibles et utilisées par les prestataires pour planifier les soins.		
<b>Justification of score:</b>											
<b>6.3 Feedback aux prestataires des résultats de l'analyse des informations: ..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
La retro information concernant les résultats d'analyse des informations cliniques collectées n'est pas réalisée			L'analyse des informations cliniques collectée est transmise exceptionnellement aux prestataires sans feedback approprié			La retro information concernant les résultats d'analyse des informations cliniques se fait fréquemment et permet le monitoring des performances du prestataire.			La retro information concernant les résultats d'analyse des informations cliniques se fait fréquemment, le feedback est adapté au prestataire, fait par un responsable dont la compétence est reconnue par les prestataires.		
<b>Justification du score:</b>											
<b>6.4 Plan de prise en charge du patient: ..... Score =</b>											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Il n'y a pas de protocole de prise en charge des patients de maladie chronique			La prise en charge est faite au travers d'un protocole standardisé. Mais on ne			Le protocole de prise en charge est organisé en collaboration avec le patient			Le protocole de prise en charge est organisé en collaboration avec le patient		

Soutien absent ou limité	Soutien de base	Bon soutien	Soutien totalement développé
	retrouve pas le protocole dans tous les dossiers de patient.	et inclut les activités d'autonomisation, les objectifs cliniques et les objectifs du patient. Il n'est pas nécessairement signé par le patient.	et inclut les activités d'autonomisation, les objectifs cliniques et les objectifs du patient. Ils sont toujours utilisés pour le suivi du patient et pour les différents soins.
<b>Justification of score:</b>			
<b>6.5 dossiers cliniques et systèmes de classement: ..... Score =</b>			
0 Le système de rangement des dossiers est désorganisé. Les dossiers sont difficiles à retrouver; mal conservés; il n'y a pas de résumé du dossier.	1 2 3 Le système de rangement des dossiers est organisé, mais le système insuffisant; Il y a un mélange des patients inclus dans la population de responsabilité et les autres; les dossiers individuels habituellement lisibles	4 5 6 Dossiers bien organisés et accessibles; archivage sécurisé; patient a parfois accès à son dossier; dossiers lisibles; résumés et plans de prises en charge disponibles la plupart du temps.	7 8 9 Dossiers bien organisés et accessibles; archivage sécurisé; patient a toujours accès à son dossier; dossiers lisibles; résumés et plans de prise en charge disponibles tout le temps. Tout le personnel est formé à l'utilisation des dossiers
<b>Justification of score:</b>			

Système d'information clinique score (somme des scores / 5) \_\_\_\_\_

Forces identifiées :

Problèmes identifiés :

Solutions possibles à apporter :

Présenter les résultats à la fin de chaque section de cette page

Les composantes du système de prise en charge des problèmes liés aux maladies chroniques	Scores
Influence organisationnelle	
Relations avec « la communauté »	
Appui à l'autonomisation du patient dans sa prise en charge	
Appui à la prise de décision clinique	
Conception du système de prestation	
Système d'information clinique	

Total global des scores du programme (somme de tous les scores :.....)  
Score moyen du programme (total programme /7)

#### Interprétation des scores

Le CACI est organisée de telle sorte que plus la «partition» (un «11») sur un élément individuel, sous-échelle, ou le résultat global (moyenne des six sous-échelles ACIC) indique un soutien optimal pour les maladies chroniques. Le score le plus bas possible sur une question donnée ou sous-échelle est un "0", ce qui correspond à un support limité pour les soins aux malades chroniques. Les lignes directrices d'interprétation sont les suivantes

Entre "0" et "2" = support limité pour les soins des maladies chroniques

Entre "3" et "5" = support de base pour les soins aux malades chroniques

Entre "6" et "8" = appui raisonnablement bon pour les soins des maladies chroniques

Entre «9» et «11» = prise en charge entièrement développée une maladie chronique

**SERMENT D'HIPPOCRATE**

« En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai, gratuit, mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ».