

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

**Analyse d'une politique publique de santé destinée aux personnes âgées au Sénégal.
La mise en œuvre du système d'assistance « SÉSAME »**

Par

Ibrahima Diallo

Maîtrise en gérontologie

Mémoire présenté à la faculté des lettres et sciences humaines, à la faculté d'éducation
physique et sportive et à la faculté de médecine et sciences de la santé

En vue de l'obtention du grade de maître ès art (M.A.) en gérontologie

Sherbrooke, novembre, 2013

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

**Analyse d'une politique publique de santé destinée aux personnes âgées au Sénégal.
La mise en œuvre du système d'assistance « SÉSAME »**

Par

Ibrahima Diallo

Ce mémoire a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Yves Couturier, directeur de recherche

Paul Morin, conseiller interne

Annick Lenoir, évaluatrice externe

Maitrise en gérontologie

Faculté d'Éducation physique et sportive

Faculté des lettres et sciences humaines

Faculté de Médecine et sciences de la santé

DÉDICACE

À mon père Alassane Diallo arraché à notre affection ce lundi 14 octobre 2013 ; paix à son âme.

REMERCIEMENTS

RÉSUMÉ

Le système d'assistance « SÉSAME » est une politique publique de santé en faveur des personnes âgées exécutée depuis septembre 2006 au Sénégal. La conduite de cette politique suscite, de plus en plus, un intérêt particulier de la part des populations cibles, des décideurs, des planificateurs, des professionnels de la santé et des chercheurs. C'est dans cette perspective que cette étude de cas à visée exploratoire et descriptive fut menée pour décrire les tenants et les aboutissants du processus de mise en œuvre du plan au Centre de gériatrie et de gérontologie de Ouakam et au Centre médicosocial de l'Institution de prévoyance retraite du Sénégal (IPRES), à Dakar. La démarche méthodologique adoptée dans cette étude de type qualitatif est l'évaluation réaliste avec l'approche CMO (context – mechanisms – outcomes) (Pawson and Tilley, 1997). Le but de l'étude est de voir s'il existe des mécanismes différenciés de prise en charge médicale des personnes âgées en fonction de leurs catégories d'appartenance et, le cas échéant, d'en identifier les caractéristiques. La collecte des données a été effectuée par recherche documentaire, observation directe ainsi que par entrevues semi-structurées réalisées auprès de dix participants au total, dont trois personnes âgées, quatre professionnels de la santé, deux membres du bureau de la santé des personnes âgées et un diplômé en gérontologie. L'analyse de l'ensemble des données a révélé que les mécanismes de mise en œuvre du plan « SÉSAME » sont plus favorables aux retraités, et que ceux-ci en profitent plus que les personnes âgées à leurs propres frais (PAF), les retraités de l'IPRES davantage que les anciens fonctionnaires. De ce fait, l'exécution du plan « SÉSAME » a permis la levée de la barrière financière quant à l'accès et l'utilisation des services pour les usagers mais, elle a produit comme effet inattendu l'accentuation des iniquités socioéconomiques entre les retraités et les PAF : ceux qui en ont moins besoin en profitent plus que ceux qui sont plus dans le besoin, d'où toute l'importance de considérer la question de l'équité dans la formulation et dans la mise en œuvre des politiques publiques de santé. Ainsi, il serait opportun, pour des études ultérieures, de se pencher sur la problématique du ciblage pour la réalisation d'une politique publique équitable, efficace, efficiente, et durable.

SUMMARY

Plan “SESAME” is a public health policy of assistance for the elderly implemented since 2006 in Senegal. Regarding the management of this policy, one can observe a growing interest among target populations, decision-makers, planners, health care professionals, and university researchers. In this perspective, the present exploratory and descriptive case study was conducted in order to identify and describe all the aspects of the process of implementation of Plan “SESAME” in both Centre de Gériatrie et de Gérontologie de Ouakam and Centre médico-social of the Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES), located in Dakar, Senegal. The methodological approach used in this qualitative study is the realistic evaluation approach (context-mechanisms-outcomes) developed by Pawson and Tilley (1997). The goal of this study is to determine if there are different mechanisms for the medical care of the elderly according to their membership category and, where needed, to identify the characteristics of these mechanisms. Data collection included a literature review, direct observation, and semi-structured interviews conducted with ten participants in all, that is three elderly persons, four health care professionals, two members of the Bureau des personnes âgées of the Direction de la Santé, and one degree holder in gerontology. Data analysis showed that the mechanisms pertaining to the implementation of the Plan “SESAME” are more favorable to the retired persons, the retired persons benefit more from the policy than senior citizens supporting their own expenses, and the retired persons affiliated to IPRES benefit to a much greater extent from the plan than others retired civil servants. The implementation of the Plan “SESAME” removed the financial barriers commanding the access and utilization of the services authorized in the plan by the users, but it produced an unexpected side effect taking the form of an aggravation of socioeconomic inequities between retired persons and senior citizens supporting their own expenses, those having the lower needs benefiting more from the policy than those having the highest needs, hence the importance of taking into consideration equity issues in the implementation of public policies. For future research, it would be opportune to examine targeting issues in order to define a public policy that is equitable, effective, efficient, and sustainable.

Table des matières

DÉDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
RÉSUMÉ.....	ii
SUMMARY	iii
LISTE DES TABLEAUX	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS SIGLES ET ACRONYMES.....	ix
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE : JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE ET MÉTHODOLOGIE	1
Chapitre 1. Problématique et justification de l'étude	7
I – Problématique	7
I-1. Le plan « SÉSAME ».....	11
I-2. Quelques études sur le plan « SÉSAME ».....	13
I-3. Question (ou questionnement) de recherche.....	16
II – Objectifs de la recherche.....	18
III – Pertinence sociale et scientifique.....	18
Chapitre 2. Cadre théorique et méthodologique.....	21
I – Approche méthodologique	21
I-1. Cadre théorique.....	21
I-1.1. Cadre théorique.....	21
I-1.2. Cadre conceptuel.....	27
I-1.2.1. Définitions opératoires des critères retenus.....	28
I-1.2.2. Indicateurs	34
I-2. Méthodes / Stratégies de recherche.....	36
I-3. Contexte de l'étude	37
I-3.1. Cadre de l'étude.....	38
I-3.2. Déroulement de l'étude.....	38
I-3.2.1. Technique d'échantillonnage et procédure de recrutement.....	38
I-3.2.2. Recueil des données	43
I-3.2.3 Les outils de collecte des données.....	49
Les questionnaires sociodémographiques	49
Les guides d'entretien.....	50

I-3.3. Stratégies d'analyse	51
II – Difficultés	57
III – Considérations éthiques	58
DEUXIÈME PARTIE : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	59
Chapitre 1. Analyse du contexte de mise en œuvre du plan « SÉSAME »	60
I – Conditions d'émergence de la politique « SÉSAME » : éléments de contexte.....	60
I-1. Contexte économique	60
I-2. Contexte social.....	60
I-3. Contexte politique et institutionnel.....	61
II – Mesures d'application du plan « SÉSAME »	61
II-1. Dispositions formelles réglementant l'offre des services	62
II-2. Procédures opérationnelles dans l'exécution du plan « SÉSAME »	63
III – Description des sites d'observation à l'étude	65
III-1. Le Centre de gériatrie et de gérontologie de Ouakam (CGGO).....	65
III-2. Le Centre médicosocial (CMS) de l'IPRES.....	66
Chapitre 2. Présentation des résultats sur l'exécution du plan « SÉSAME ».....	68
I – Les modalités de mise en œuvre du plan « SÉSAME ».....	68
I-1. Ressources financières : modes de financement et de remboursement.....	68
I-2. Ressources matérielles et infrastructurelles	69
I-3. Ressources humaines	70
II – Les stratégies de mise en œuvre du plan.....	71
II-1. Information/communication	71
II-1.1. Canaux d'accès à l'information des personnes âgées.....	71
II-1.2. Niveau d'information des personnes âgées sur le plan.....	71
II-2. Mécanismes de gestion dans le processus de mise en œuvre	72
II-2.1. Gestion administrative.....	72
II-2.2. Gestion financière.....	73
III – Les effets de l'exécution du plan « SÉSAME »	74
III-1. Les effets positifs	74
III-1.1. Accès aux services médicaux.....	74
III-1.2. Utilisation des services.....	75
III-1.3. Gratuités des services.....	76

III-1.4. Autres effets collatéraux	77
III-2. Les effets non recherchés (effets négatifs).....	78
III-2.1. L'usage non-contrôlé des prestations.....	78
III-2.2. Médicalisation injustifiée de certains problèmes des usagers.....	79
III-2.3. Ruptures récurrentes des stocks de médicaments.....	79
III-2.4. Pression financière subie par les structures de santé.....	80
III-2.5. Faux sentiments d'accomplissement du programme.....	80
IV – Appréciation des critères d'analyse de la mise en œuvre par les participants.....	81
IV-1. Appréciation de l'équité dans l'accès et l'utilisation des services.....	82
IV-2. Appréciation des effets	82
IV-3. Appréciation de l'efficacité/effectivité	82
IV-4. Appréciation des coûts de l'exécution du plan	83
IV-5. Appréciation de la faisabilité	83
IV-6. Acceptabilité de la mise en œuvre de la politique « SÉSAME ».....	85
IV-6.1. Opportunité/rationalité de la politique « SÉSAME »	85
IV-6.2. Acceptabilité du processus de prise de décision	85
IV-6.3. Implication des acteurs dans le processus de mise en œuvre.....	86
IV-6.4. Acceptabilité de la politique par ses effets : satisfaction des acteurs.....	86
IV-6.5. Acceptabilité de l'exécution du plan : applicabilité.....	87
TROISIÈME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNEES, DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	88
Chapitre 1. Analyse et interprétation des données	89
I – Analyse de l'équité dans l'accès et l'utilisation des services par les catégories de personnes âgées	89
I-1. Manifestation des mesures de mise en œuvre du plan sur les catégories de personnes âgées	89
I-1.1. Diffusion de l'information	89
I-1.2. Compréhension des procédures d'accès et d'utilisation des services	89
I-1.3. Validation des procédures.....	90
I-1.4. Respect de la pyramide sanitaire.....	91
I-1.5. Gratuité des services	91
I-2. Facteurs déterminants pour l'usage du plan.....	91
I-2.1. Le niveau d'information	92

I-2.2. La situation économique des personnes âgées	92
I-2.3. Le facteur géographique	92
I-2.4. Les facteurs adjacents	92
III – Analyse de la mise en œuvre du plan par l’approche CMO	93
Chapitre 2. Discussion.....	99
I – Efficacité de l’exécution du plan « SÉSAME ».....	99
II – Équité dans l’accès et l’utilisation des services	101
III – « Paradoxe » des effets de la mise en œuvre de la politique « SÉSAME ».....	103
Chapitre 3. Recommandations.....	106
I – Suggestions de principes à adopter	106
II – Proposition de pistes de réflexion pour une mise en œuvre efficace et équitable.....	107
CONCLUSION	112
ANNEXES	124

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Cadre d'exploitation des composantes de l'approche CMO.....	26
Tableau 2 : Dimensions d'analyse des politiques publiques.....	33
Tableau 3 : Dimensions, critères d'analyse et indicateurs.....	35
Tableau 4 : Caractéristiques des participants du groupe des personnes âgées.....	42
Tableau 5 : Questionnaires sociodémographiques destinés aux participants.....	50

LISTE DES ABRÉVIATIONS SIGLES ET ACRONYMES

CMS : Centre médicosocial

CSSS-IUGS : Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

DSRP : Document de stratégie de réduction de la pauvreté

ESAM : Enquêtes sénégalaises auprès des ménages

FARPAS : Fédération des associations de retraités et de personnes âgées du Sénégal

FNR : Fonds national de retraite

IPRES : Institution de prévoyance retraite du Sénégal

OMD : Objectifs du millénaire pour le développement

OMS : Organisation mondiale de la santé

PA : Personnes âgées

PAF : Personnes âgées à leurs propres frais

PDIS : Programme de développement sanitaire et social

PNDS : Plan national de développement sanitaire

CMO : Context-mechanisms-outcomes

INTRODUCTION

À l'instar des autres pays d'Afrique, le Sénégal n'a pas échappé au phénomène du vieillissement et à toutes les problématiques qui lui sont liées. En effet, le paysage démographique sénégalais est caractérisé par une proportion de plus en plus grande de personnes âgées. Selon le rapport du troisième Recensement général de la population et de l'habitat, la population des 60 ans et plus est passée de 5.0 % en 1988 à un taux de 5.4 % en 2002 (ministère de l'Économie et des Finances, 2006). Ce taux est passé à 7 % en 2006 et est estimé à 11 % pour 2015 (Coumé, Touré, Ka et Moreira, 2011). Ces personnes âgées vivent dans un environnement économique, social, culturel et sanitaire en pleine mutation et qui laisse apparaître des disparités pour la plupart liées à leur situation de vieillesse.

Les considérations d'ordres démographiques et socio-économiques font que la situation des personnes âgées du Sénégal constitue une préoccupation nouvelle pour les autorités, et donc un champ d'intervention des politiques de l'État en émergence. Ainsi, depuis les années 80, mais surtout depuis la première alternance politique survenue en l'an 2000, l'État sénégalais ne cesse de poser des actes qui témoignent de sa détermination à prendre en charge ou, du moins, à considérer la question de la vieillesse et du vieillissement dans ses politiques sociales. Cet intérêt est manifesté par l'organisation continue de concertations avec les acteurs concernés, de séminaires, d'ateliers de formation, mais surtout de rencontres interministérielles (ministère du Développement social et de la solidarité nationale, 2001) consacrés à cette question. Ces efforts, combinés aux doléances des associations des personnes du 3^e âge, poussent inéluctablement les autorités à adopter de nouvelles approches et à développer des initiatives en vue de donner un nouvel élan à la prise en charge des préoccupations de cette frange de la population.

Dans ces initiatives, il est considéré, à juste titre, que la formulation des programmes sociaux adaptés exige au préalable un certain nombre de choix politiques qui doivent être clairement définis à travers des politiques sociales et qui doivent constituer le cadre de référence général de toutes les actions et mesures engagées dans ce domaine (Ly *et al.*, 1999, p. III).

Les initiatives les plus importantes dans cette dynamique concernent le système d'assistance sociale des personnes âgées.

Au Sénégal, il existe des textes déclinant les orientations des politiques publiques (loi, décrets, textes officiels, programmes) de façon formelle, mais aussi des initiatives découlant de discours « politiques » qui traduisent la volonté d'une autorité publique. Cela nous amène à considérer la définition du concept de politique publique suivante :

Le concept de politique publique désigne une action ou un ensemble d'actions stratégiques mené par une autorité publique afin d'atténuer ou de favoriser certains phénomènes se manifestant dans la population. Par autorité publique, il est ici fait référence à une autorité législative, exécutive ou judiciaire d'une – ou tributaire d'une – administration publique [...]. L'autorité publique peut agir seule ou en partenariat avec d'autres organisations publiques et/ou privées. L'action ou l'ensemble d'actions peut concerner toute la population ou un ou plusieurs des sous-groupes qui la composent (Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2010 cité dans Morestein, Gauvin, Hogue et Benoit, 2010, p. 3).

Il faut préciser que « les politiques sociales sont généralement considérées dans leur pluralité comme relevant du domaine des politiques publiques » (Ly *et al.* 1999, p. 1). Certes, la politique sociale fait partie de la fonction principale de l'État (Ortiz, 2007), mais la conception et la réalisation des actions se font de plus en plus en partenariat avec d'autres acteurs comme les organisations non gouvernementales (ONG) et les municipalités dans une perspective de développement humain durable (Ly *et al.*, 1999). Ce développement humain devrait se bâtir sur les aspects relatifs aux droits de l'homme intégrés en 1991 dans les principes directeurs des Nations Unies pour les personnes âgées dans les domaines de l'indépendance, de la participation, des soins, de l'épanouissement personnel et de la dignité (Nations Unies, 2002a). L'État sénégalais tente tant bien que mal d'ajuster ses politiques aux principes promus dans les instances internationales alors que les réalités locales ne sont pas forcément similaires au reste du monde ou favorables aux transformations que ces principes appellent. La conséquence de cette évolution est qu'on assiste à une fracture entre les grandes orientations des politiques publiques tenant compte de ces dimensions et leur mise en œuvre dans le contexte sénégalais. Ainsi, nous fondons notre analyse sur l'hypothèse selon laquelle l'application des politiques publiques de santé ne bénéficie pas de façon équitable à l'ensemble des populations concernées, autrement dit, ce sont les retraités qui bénéficient le plus des politiques

publiques de santé au Sénégal. En ce qui concerne le plan « SÉSAME » par exemple, les conditions d'accès au programme ainsi que les modalités de prise en charge afférentes ne prédisposent pas les différentes catégories de personnes âgées aux mêmes avantages quant à l'accès et l'utilisation des soins : mesures politiques organisant l'application de la politique, modalités d'accès au programme selon qu'on appartient à telle ou telle catégorie de personnes âgées, niveau d'information des populations sur le programme, processus de validation des procédures administratives, moyens matériels et financiers nécessaires pour y accéder...

Autrement dit, eu égard à la mise en œuvre de cette politique, on a l'impression que celle-ci est à même de profiter davantage aux retraités de la fonction publique et/ou du secteur formel qu'aux personnes âgées n'ayant bénéficié d'aucune forme de couverture sociale et médicale. C'est dans cette perspective que nous nous intéressons au plan « SÉSAME », autant dans sa conception que dans son application. Dans le fond, il s'agit de voir comment cette politique, conçue à l'origine comme étant universelle pour toutes les personnes âgées de 60 ans et plus, sans distinction aucune, profiterait davantage ou non à telle ou telle autre catégorie. Ce faisant, nous nous sommes proposé d'examiner la logique de fonctionnement de la politique « SÉSAME » et la différenciation des groupes d'utilisateurs qui en bénéficient effectivement.

À juste titre, ce sont les besoins socio-sanitaires de base qui constituent, depuis plusieurs décennies, l'un des plus grands défis à relever par les pays en développement en matière de politiques de développement humain. À cet égard, l'État sénégalais a su dégager des axes prioritaires d'intervention qui ciblent surtout les groupes dits « vulnérables » (DSRP¹-I; DSRP-II), à savoir les enfants, les femmes, les handicapés, les aînés, les jeunes, les personnes déplacées et réfugiées (République du Sénégal, 2002; 2006). Concernant le groupe spécifique des aînés, nous sentons de plus en plus la volonté affichée de l'État d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques en leur faveur, comme en témoigne la tenue d'un conseil interministériel sur *la politique sociale et la problématique du vieillissement au Sénégal* le 13 novembre 2001 à Dakar. Cette volonté se traduit par des efforts de l'État en termes d'amélioration de la santé et du bien-être des

¹ Le document *Stratégie de Réduction de la Pauvreté* est un document national de politique économique et sociale pour la croissance et la réduction de la pauvreté.

personnes âgées en général conformément à ses engagements pour l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) à l'horizon 2015. Ces objectifs sont aussi, en phase avec les recommandations issues de la Deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement tenue à Madrid en 2002.

Partant du postulat selon lequel l'existence ou l'élaboration de politiques publiques est une chose et leur application une autre, nous nous sommes intéressé dans la présente étude à la portée (Goffin, 2007) des politiques publiques de santé à l'endroit des personnes âgées au Sénégal. Dans cette optique, nous nous intéressons principalement au plan « SÉSAME », qui constitue la politique phare en vigueur quant à la prise en charge sanitaire des personnes âgées au Sénégal. Il s'agit donc d'analyser la portée de ce plan quant à l'étendue des personnes âgées touchées par le programme, et ce, à partir d'une approche évaluative. Autrement dit, l'on se propose de procéder à l'évaluation de l'application du plan « SÉSAME » dans un contexte local, dans la perspective de documenter l'écart éventuel entre les populations visées et celles desservies, et d'en comprendre les caractéristiques. Pour ce faire, nous avons choisi une méthode qualitative de recherche en l'occurrence l'étude de cas, qui s'applique bien à cette problématique.

Ce travail de recherche s'articule autour de trois grandes parties.

Dans une première partie, nous traiterons du cadre méthodologique qui sous-tend toute activité de recherche et qui s'étendra de la problématique à la méthode et aux stratégies préconisées pour le déroulement de l'étude en passant par la recension des écrits et la définitions des concepts et des indicateurs.

La deuxième partie sera consacrée à la présentation des résultats en mettant l'accent sur les objectifs fondamentaux visés à travers la présente étude ainsi que sur les différents indicateurs que nous avons renseigné.

Enfin, dans la troisième partie, il s'agira de procéder à l'analyse et l'interprétation des données traitées et consignées dans la partie précédente, d'apporter des éléments de discussion comparativement aux études antérieures sur le même thème ou sur des thèmes analogues et enfin de proposer des pistes de réflexion et/ou de solutions utiles pour améliorer les conditions et les stratégies de mises en œuvre des politiques publiques de santé au Sénégal.

**PREMIÈRE PARTIE : JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE ET
MÉTHODOLOGIE**

Chapitre 1. Problématique et justification de l'étude

I – Problématique

Selon l'Organisation mondiale de la santé (2007), le vieillissement démographique et l'urbanisation sont deux tendances mondiales qui, ensemble, marquent fortement le XXI^e siècle. Aujourd'hui, le Sénégal est également confronté aux défis que pose la question du vieillissement, pas simplement en termes de proportion des personnes âgées, mais aussi en termes de prise en charge institutionnelle des besoins de ce segment de la population.

Sur le plan démographique, le vieillissement de la population sénégalaise suit un rythme soutenu au fil des ans, le pourcentage de la population âgée pouvant atteindre près de 11 % à l'horizon 2015, égalant ainsi la moyenne mondiale de 2006 (OMS, 2007). Cela corrobore les projections de l'OMS selon lesquelles « les pays en développement vieillissent plus vite que les pays développés : dans cinq décennies, un peu plus de 80 % des personnes âgées vivront dans les pays en développement, contre 60 % en 2005 » (2007, p. 3). Cette progression est une bonne nouvelle, mais elle appelle à envisager des perspectives d'intervention adaptées à ce contexte, d'autant plus que « les pays en développement, qui pour la plupart ne disposent pas encore de politiques globales sur le vieillissement, se trouvent confrontés au défi le plus important » (Nations unies, 2002b, p.1). Dans la même perspective, les Nations unies citant l'OMS rappelle que « nous avons les moyens de vieillir à condition que les pays, les organisations régionales et internationales élaborent des politiques et des programmes pour améliorer la santé, l'indépendance productive et la sécurité des personnes âgées » (, 2002b, p.1).

Pourtant, en 1997 déjà, le ministère de la Santé du Sénégal a non seulement élaboré le Plan de développement sanitaire et social (PNDS) qui traduit la politique du gouvernement en matière de santé, mais il a aussi décliné ses priorités à travers le Programme de développement intégré de la santé (PDIS) pour la période 1998-2002 (Sow, Ndiaye, Gaye et Sylla 2000). Cependant, les objectifs du PDIS étaient la réduction de la mortalité maternelle, la réduction de la mortalité infantile et juvénile et la maîtrise de la fécondité (Sow *et al.*, 2000), ce qui traduit les priorités de l'époque.

Dans la nouvelle constitution adoptée en 2001², il est stipulé que « l'État et les collectivités publiques ont le devoir de veiller à la santé physique et morale de la famille et, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées » (République du Sénégal, 2001a, p.7). Cette disposition n'épargne aucun membre de la famille, *a fortiori* les personnes âgées qui sont explicitement citées, d'où la nécessité pour l'État de prendre en charge les questions de santé des aînés.

De même, étant donné la place, le rôle et l'importance des personnes âgées dans nos sociétés ainsi que la précarité de leurs conditions de vie, des mesures appropriées d'accompagnement et de prise en charge doivent leur être accordées car elles font partie intégrante de la société. C'est ce qu'a compris l'État sénégalais et qui l'a engagé à envisager des mesures en termes de politiques publiques en tenant compte non seulement des besoins et des préoccupations légitimes des personnes âgées, mais aussi des réalités socioéconomiques du moment.

En réalité, seulement 30 % des 60 ans et plus bénéficient d'une prise en charge en tant que retraités, soit par le Fond national de retraite (FNR) pour les fonctionnaires de l'État ou par l'Institution de prévoyance retraite du Sénégal (IPRES) pour les salariés du secteur privé (Coumé *et al.*, 2011). Selon ces auteurs, les personnes âgées qui n'ont jamais eu d'emploi formel (soit 70 %), à savoir les paysans, les pêcheurs, les éleveurs, les femmes au foyer, les commerçants, les mécaniciens, etc., ne bénéficient d'aucune protection sociale. Ainsi, les aînés de ce dernier groupe sont dans leur grande majorité sans ressources et subissent les problèmes associés au vieillissement au même titre que ceux du premier groupe, sinon davantage parce que plus pauvres. D'ailleurs, nombreux sont les travaux sur les inégalités sociales de santé qui corroborent l'idée que les inégalités sociales se transforment en inégalité de santé (Potvin, Moquet et Jones, 2010). De plus, il est établi que « les personnes âgées consacrent une grande partie de leurs revenus aux dépenses médicales, plus qu'à tout autre activité ou besoin » (Nations unies, 2002b, p.1). Au demeurant, l'absence de ressources financières constitue un élément déterminant des difficultés d'accès aux soins et, par ricochet, des problèmes de santé des personnes âgées dans un contexte de paupérisation de cette frange de la population au Sénégal.

² Constitution du Sénégal de 2001, article 17, alinéa 2.

La paupérisation des aînés est une autre caractéristique prédisposant ces derniers à un état de vulnérabilité indéniable car nous savons que « la pauvreté et la vulnérabilité sont fortement corrélées » dans la mesure où « la situation de pauvreté accroît la vulnérabilité » et « la vulnérabilité à son tour, renforce la pauvreté » (République du Sénégal, 2006, p. 18). De façon générale, « la notion de populations vulnérables se réfère à des groupes qui, en raison de leur position dans les couches sociales, sont fréquemment exposés à des conditions contextuelles qui les distinguent du reste de la population » [notre traduction] (Frohlich et Potvin, 2008, p. 218). Selon Golaz et Antoine, « une personne âgée peut être définie comme vulnérable, en l'absence de tout système de protection sociale, lorsque son réseau social lui fait défaut, voire que celui-ci se repose sur lui » (2011, p. 398). Au Sénégal, il est encore fréquent de voir des personnes du 3^e âge chefs de ménage et devant subvenir aux besoins de leur famille. En somme, Golaz et Antoine ont relevé trois types de vulnérabilité chez les personnes âgées :

La vulnérabilité structurelle concerne les personnes âgées vivant dans des structures domestiques où elles sont seules pour faire face au quotidien;
La vulnérabilité relationnelle concerne les personnes âgées, qui, malgré le fait qu'elles appartiennent à des ménages comportant d'autres adultes, sont susceptibles d'être marginalisées par rapport aux autres membres du ménage;
La vulnérabilité économique concerne tout simplement les personnes âgées vivant dans des ménages sans ressource, ou qui assument seules la charge du ménage, c'est-à-dire que malgré la présence d'autres adultes, elles, sont les seules actives dans la structure domestique (2011, p. 398).

Il s'ajoute à ces situations de vulnérabilité des aînés les conséquences de l'urbanisation croissante ainsi que l'influence de la modernité qui ont un impact considérable sur l'effritement des valeurs et des solidarités traditionnelles.

Le rapport de synthèse de la deuxième Enquête sénégalaise auprès des ménages (ESAM-II) révèle qu'avec un taux d'urbanisation de 41 %, plus de la moitié des citoyens (54.0 %) vivent dans l'agglomération urbaine de Dakar, qui est alimentée par une forte migration nationale interne (ministère de l'Économie et des Finances, 2004). Ainsi les problèmes sanitaires des personnes âgées sont accentués selon Chapuis-Lucciani et ses collaborateurs par « l'urbanisation provoquant changements alimentaires et sédentarisation qui favorisent l'émergence des pathologies cardiovasculaires et métaboliques » (2010, p. 74).

L'on doit ajouter à cet essor de l'urbanisation l'impact des valeurs occidentales sur les traditions. Avec cette dynamique de changements sociaux, « les solidarités familiales se perdent, la faute à la modernité ambiante qui affaiblit les devoirs filiaux et à l'État providence se substituant à l'aide financière, matérielle et affective qu'apportait la famille à ses membres dans le besoin » (Pin, 2005 p. 43). Encore faut-il que cette implication de l'« État providence » passe par des définitions claires et précises de la problématique avant d'envisager des mesures de politique publique. Et ces mesures devraient s'appuyer autant sur des moyens humains, matériels et financiers que sur des dispositions juridiques qui seraient établies à cet effet.

Déjà, nous notons au Sénégal une absence de dispositifs institutionnels réglemant et précisant le statut des personnes âgées. D'ailleurs, il y a même un décalage entre l'âge de la retraite fixé à 65 ans pour certains corps professionnels (professeurs d'universités, inspecteurs généraux d'État et magistrats) et à 60 ans pour d'autres, alors que dans toutes les enquêtes ou études de populations menées jusque-là au Sénégal, ce sont ceux et celles qui ont 60 ans et plus qui sont considérés comme personnes âgées. Donc il y a lieu pour l'État sénégalais d'instituer un cadre formel précisant leur statut.

Finalement, le pays fonctionne avec une politique nationale du vieillissement pour laquelle il est fait souvent cas des limites objectives de son application, d'où l'intérêt porté par les décideurs politiques, les planificateurs, les professionnels divers et tous les acteurs concernés à la nécessité de considérer la mise en œuvre des politiques publiques en l'occurrence le plan « SÉSAME ».

Aujourd'hui, les revendications des personnes âgées à travers leurs associations respectives, dont la Fédération des associations de retraités et de personnes âgées du Sénégal (FARPAS), combinées aux préoccupations du personnel assurant leur prise en charge, constituent des signaux révélateurs d'une insuffisance ou d'une incongruence entre les politiques publiques de santé et les préoccupations de cette frange de la population.

Ainsi se pose la question de la « cohérence des politiques publiques » qui implique l'harmonisation ou l'absence de contradiction entre les objectifs d'une politique et les activités de mise en œuvre pour les atteindre (Savard, 2010). Ici, nous nous intéressons

spécifiquement à « la cohérence interne qui renvoie à l'absence de contradiction entre les activités menées dans le cadre de l'élaboration d'une politique et les objectifs de celles-ci » (Savard, 2010, p. 315).

Il semble que la phase d'élaboration de cette politique publique au Sénégal a considéré comme seul critère d'accès l'âge de 60 ans et plus. Donc, les critères tels que le sexe, le statut professionnel (retraité ou non-salarié), la situation économique, le milieu de résidence (rural urbain), la proximité avec les centres de santé, ou les besoins des usagers semblent être relégués au second plan, ou sont tout simplement non prévus à l'origine. Cela suscite une réflexion sur la rationalité des décideurs ou des politiques publiques eu égard au contenu effectif de ces politiques publiques et de leur capacité réelle de rencontrer leurs objectifs officiels. Selon Bernier et Lachapelle, « pour comprendre les politiques publiques, il faut s'interroger, dans un premier temps, sur la rationalité qui guide la prise de décision gouvernementale ou sur l'absence d'une telle rationalité » (2010, p. 12). Cela nous amène à poser encore une fois l'idée de cohérence interne qui fait référence selon Savard à « l'harmonisation entre les buts et les objectifs, les modalités et les protocoles d'une politique conçue au niveau national » (2010, p. 315).

En aval, nous nous intéressons à l'application de la politique publique. À ce niveau, il s'agit de décrire et de rendre compte des caractéristiques des personnes âgées qui bénéficient *de facto* de la politique au regard des critères considérés dans la formulation de ladite politique ainsi que des modalités de la prise en charge.

En somme, l'analyse des politiques publiques dans ce cadre s'applique essentiellement au mécanisme de distinction et de différenciation des personnes ou des groupes de personnes âgées selon les catégories en amont et en aval de la mise en œuvre du plan « SÉSAME ».

En pratique, nous pensons que les politiques publiques devraient tenir compte des caractéristiques sociales et culturelles, mais aussi des contextes locaux, bref des réalités inhérentes à la situation des personnes âgées pour une mise en œuvre efficace.

I-1. Le plan « SÉSAME »

À l'aube de ce nouveau millénaire, le gouvernement sénégalais s'est engagé résolument à prendre des mesures de politiques publiques eu égard aux questions de santé des personnes âgées et à veiller à la mise en œuvre desdites mesures.

À l'issue du conseil interministériel sur la problématique du vieillissement et la politique sociale en 2001, madame la première ministre d'alors a pris la décision d'améliorer les conditions d'accès des personnes âgées aux consultations, aux actes médicaux et aux médicaments essentiels par la création projetée d'une carte prioritaire appelée « SÉSAME », carte donnant droit à des services (République du Sénégal, 2001b).

Le président sortant, lors de son discours à la nation le 03 avril 2006, prit l'initiative de créer le plan « SÉSAME », lequel plan sera lancé dès le 1er septembre 2006. Le plan « SÉSAME » propose une couverture médicale qui permet aux personnes âgées de bénéficier de soins gratuits dans des structures sanitaires sélectionnées sur l'ensemble du territoire national. Cette mesure est prise en charge par le décret n°2008-381 du 7 avril 2008 instituant un système d'assistance « SÉSAME » en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus conformément aux dispositions de la nouvelle constitution en son article 17, alinéa 2.

L'application du plan « SÉSAME » tient compte des catégories socioprofessionnelles des personnes âgées. Pour les anciens fonctionnaires, il s'agit de faire le pont³ avec la prise en charge dont ils bénéficiaient pendant qu'ils étaient actifs. Il s'agit donc pour l'État de prendre en charge le coût de :

- 1/5 des consultations
- 1/5 de l'aide au diagnostic
- 1/5 des hospitalisations
- Et l'intégralité des médicaments « essentiels »

Toutefois, la gratuité exclut les prothèses, les lunettes et implants, sauf les implants oculaires ainsi que bien d'autres services.

Quant aux anciens salariés (du secteur privé) dépendants de l'IPRES, un accord cadre a été signé le 19 avril 2006 entre ladite institution et le ministère de la Santé pour l'octroi de tarifs préférentiels dans le cadre du plan. Ainsi, ces retraités peuvent se faire prendre en charge gratuitement dans les centres médicosociaux (CMS) de l'IPRES et au besoin

³ Les fonctionnaires de l'État du Sénégal ont la possibilité, par le circuit traditionnel de l'imputation budgétaire, de payer seulement le 1/5 des frais médicaux, le reste étant à la charge de l'État. Avec l'avènement du plan « SÉSAME », ces fonctionnaires à la retraite sont dispensés du paiement de cette part puisque l'État prend en charge la totalité des frais.

dans les structures publiques de santé concernées par la convention sous certaines conditions.

Enfin, l'État s'est engagé à assurer la prise en charge gratuite des personnes âgées de 60 ans et plus sans couverture sociale, dites « personnes à leurs frais ou PAF » (République du Sénégal, 2008b) sur l'ensemble du territoire national. Donc, les PAF constituent la troisième catégorie de personnes âgées qui sont concernées par le plan « SÉSAME ».

Outre le financement des services, le plan a également contribué au déploiement d'infrastructures gérontologiques, comme en attestent la construction du centre de gériatrie et de gérontologie de Ouakam⁴ (Dakar), l'introduction d'un programme de formation gérontologique à l'université Cheikh Anta Diop de Dakar, la concertation continue avec les associations de personnes âgées, etc. Il reste maintenant à savoir si les politiques sont clairement et judicieusement définies et si leur application a permis d'atteindre les résultats escomptés.

C'est justement l'application de ces politiques de l'État qui constitue l'élément clé de la problématique de la présente recherche.

1-2. Quelques études sur le plan « SÉSAME »

De prime abord, il convient de préciser que peu d'études ont été consacrées à l'évaluation du plan « SÉSAME » au Sénégal depuis son lancement en septembre 2006. Et la plupart de ces études l'ont abordé sous une dimension plus quantitative que qualitative. Il en est de même pour l'analyse des politiques publiques qui reste un champ quasiment inexploré au Sénégal.

Pourtant Monar Kane, dans le cadre de ses travaux en maîtrise sur les retraités de Dakar puis au doctorat respectivement en 1990 et 1996 à l'université Laval, n'a pas manqué de tirer la sonnette d'alarme pour des raisons d'« anticipation » et de « prévention » en vue d'« aider les décideurs à réfléchir de manière plus adéquate sur la portée et les conséquences possibles de leurs décisions sur les personnes âgées » (Kane, 1990, p. 6). En effet, les conclusions des diverses études et recherches sur les personnes âgées en général au Sénégal auraient pu servir d'informations de base pour la conception et

⁴ Ouakam est le nom d'un ancien village devenu une banlieue dans la ville de Dakar.

l'élaboration de politiques publiques en leur faveur ainsi que pour la définition des approches et des stratégies de mise en œuvre de ces politiques.

Aujourd'hui, l'application du plan « SÉSAME » retient l'attention, à plus d'un titre, aussi bien des décideurs politiques que des responsables de l'exécution, des usagers ainsi que des chercheurs. C'est ainsi qu'après quelques années de mise en œuvre, les étudiants et les chercheurs se penchent avec beaucoup d'intérêt sur la conduite et sur l'impact de cette politique sur les bénéficiaires.

Le budget alloué à l'exécution du plan « SÉSAME » est estimé à environ 1 milliard⁵ de francs CFA, dont 700 à 800 millions sont injectés par l'État et 300 000 000 par l'IPRESS (Lèye, 2010; Wade, 2011). Selon Wade (2011), la contribution des collectivités locales est très insuffisante puisque seul le conseil régional de Thiès a appuyé l'hôpital régional de la même région pour un montant de 30 000 000 F CFA en 2007. Le budget global annuel semble insuffisant aujourd'hui pour couvrir les besoins de l'exécution du plan estimé à 2,5 milliards de nos francs (Wade, 2011). Néanmoins, ce dernier trouve que les sources de financement du plan sont fiables, mais il n'y a pas de mécanisme de financement efficace pour supporter les charges imputables à cette politique. Ce déficit de financement du plan, combiné à l'importance de la demande des usagers, n'est pas sans conséquence sur le fonctionnement des structures sanitaires. Parmi les nombreux problèmes liés à l'exécution du plan figurent l'endettement des hôpitaux, les retards aux remboursements de l'État, l'affluence des usagers et les abus de prestations, les ruptures de réactifs et/ou de médicaments, etc. (Lèye, 2010; 2011). Ainsi, au bout de quelques années de mise en œuvre, le plan « SÉSAME » est déjà lourd de conséquences sur l'état financier des établissements de santé qui ne parviennent plus à maintenir leur équilibre du fait de la masse salariale et des primes et indemnités attribuées au personnel (ministère de la Santé et de la protection médicale, 2007). D'ailleurs, certains hôpitaux ont arrêté de dispenser des soins aux aînés parce que les moyens de l'État ne suivent pas les besoins (All Africa, 2010).

⁵ Le franc CFA est la devise des États membres de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA) dont le Sénégal. 1 \$ CAD = 465,77931 F CFA donc, 1 milliard de francs CFA = 2 146 939,50 \$ CAD

En ce qui concerne les bénéficiaires, l'étude de Lèye (2010) a révélé que 76.9% des usagers sont des personnes âgées à leurs frais; 17.3% sont des allocataires de l'IPRES; et les retraités de la fonction publique ne représentent que 5.8% des cas. Néanmoins, une autre étude menée cette fois-ci au Centre de gériatrie et de gérontologie de Ouakam a conclu que 63.5% des personnes venues en consultation dans cette structure au moment de l'étude sont des retraités, ce qui veut dire que 36,5% sont des non retraités (Touré, 2012). Selon ce dernier, aucune personne âgée n'a signalé son appartenance à un quelconque système de prise en charge (FNR, IPRES) ce qui, semble-t-il, leur permet un accès plus facile au plan. Tout compte fait, cela semble conforter le fait que « ce sont les associations de retraités qui bénéficiaient de prestations gratuites à 80% » (ministère de la Santé et de la protection médicale, 2007, p.71).

En ce qui concerne la prise en charge, les usagers du plan « SÉSAME » estiment que la validation des procédures administratives n'était pas facile dans 52.2% des cas et que la durée d'attente avant la prise en charge n'était pas immédiate puisque celle-ci pouvait durer jusqu'à sept jours (Lèye, 2010). Ainsi, l'accès des personnes âgées aux soins n'est pas une sinécure au Sénégal.

Selon Touré, qui s'est intéressé aux coûts de la prise en charge, cet accès aux soins est déterminé par la géographie, mais aussi par des moyens économiques. Il en a conclu que « le coût de la prise en charge médicale des personnes âgées est relativement élevé au Sénégal » (2012, p. 75). En guise d'illustration, la gratuité des médicaments, telle que prônée par le programme, n'est pas effective d'autant plus que les personnes âgées ont souvent recours aux officines privées pour payer les médicaments (Touré, 2012). Cependant, 68.1% des usagers pensent que leur prise en charge est plus efficace avec la mise en œuvre du plan (Lèye, 2010).

Quant au rythme d'utilisation du plan, la courbe d'utilisation de plus de trois fois a connu une forte croissance alors que celle pour une fois a chuté durant l'année 2007. Par contre de 2008 à 2009, c'est la tendance inverse qui est observée (Lèye, 2010; 2011). Ainsi, les travaux de recherche de Lèye (2010; 2011), Wade (2011) et Touré (2012) constituent des études pilotes qui fournissent un ensemble de données et d'informations utiles à

l'accomplissement de notre étude au plan qualitatif, mais dont on ne peut tirer d'informations définitives.

Par ailleurs, un ouvrage phare a été réalisé par Ridde, Queuille et Kafando en 2012. Il s'intitule « Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest » et concerne le Bénin, le Burkina Faso, le Ghana, le Mali, le Niger, le Togo et le Sénégal. Il s'agit d'une étude qualitative faisant appel à la synthèse des connaissances sur les expériences respectives dans chacun des pays énumérés. Cette étude de portée, ou *scoping study*, a l'intérêt d'appliquer un modèle inspiré de l'approche réaliste proposé par Pawson et Tilley (1997) à partir d'une étude de cas, comme c'est le cas avec la présente étude. Le cas du Sénégal a porté sur le plan « SÉSAME ». Sa principale conclusion est que ce plan est entaché d'une forte dimension politique qui biaise sa mise en œuvre et notamment son financement (Mbaye, Kâ et Bâ, 2012).

L'on reconnaît que plusieurs indicateurs ont été considérés dans ces expériences de capitalisations. La différence avec notre étude réside dans les objectifs de recherche, la démarche méthodologique mais surtout dans l'application de l'approche réaliste. En effet, notre étude tient compte des éléments de contexte locaux même si nous n'avons pas la prétention de trouver des explications causales de portée générale (configuration contexte-mécanismes-effets). Nous nous limitons à identifier et analyser les effets induits par les mécanismes de mise en œuvre en rapport avec des éléments de contextes parce que, justement, l'évaluation réaliste postule que l'on peut observer des régularités dans les effets observés, régularités qui sont liées à des caractéristiques identifiables du contexte (Blaise, Marchal, Lefèvre et Kegels, 2010). Néanmoins, cette étude de capitalisations des expériences est d'une grande importance pour notre étude dans la mesure où elle fournit des éléments cruciaux d'analyse qui nous permettent d'engager avec des arguments scientifiques à l'appui la phase de discussion.

I-3. Question (ou questionnement) de recherche

La mise en œuvre d'une politique publique est définie par Mény et Thoenig comme « un ensemble d'activités individuelles et organisationnelles transformant des conduites dans le cadre d'un contexte prescriptif établi par une autorité publique mandatée » (cité dans

Goffin, 2007, p. 4). Selon Goffin, cette mise en œuvre repose sur deux piliers essentiels : un ensemble normatif et un système d'acteurs.

Le pendant normatif est constitué de l'ensemble des mesures prises par les pouvoirs publics pour réglementer certains comportements et activités. Cela va prendre la forme de lois, de règlements, de décrets,...

Le système d'acteurs est quant à lui composé de l'ensemble des personnes qui vont agir pour l'application de la politique publique. En fonction de l'échelle à laquelle a été décidée la politique publique, on va retrouver ce système d'acteurs à différents niveaux : national, régional, local... (2007, p. 4).

A la lumière de ces deux dimensions de la mise en œuvre des politiques publiques, nous avons choisi le centre de gériatrie et de gérontologie de Ouakam comme cadre concret pour appréhender l'application effective du plan. Nous nous intéresserons également au Centre médicosocial de l'IPRES à Dakar qui est une structure au cœur de la mise en œuvre du plan « SÉSAME » et qui prend en charge les anciens salariés lui étant affiliés.

Notre étude est axée sur la question générale de recherche suivante :

Quelles sont les catégories de personnes âgées qui profitent effectivement du plan « SÉSAME » en termes d'accès et d'utilisation des soins ?

Pour mieux circonscrire cette question générale de recherche, nous avons considéré les questions spécifiques suivantes :

1. Quelles sont les mesures en vigueur dans l'application du plan « SÉSAME »?
2. Comment ces mesures profitent-elles aux différentes catégories de personnes âgées?
3. Quelles sont les caractéristiques des personnes âgées qui profitent effectivement du plan « SÉSAME »?
4. Quels sont les effets (recherchés ou non) des mesures en termes d'équité et d'efficacité concernant l'accès et l'utilisation des soins par les personnes âgées.
5. Qu'est-ce qui caractérise l'effectivité de l'application du plan « SÉSAME » à l'endroit des catégories de personnes âgées?

Ce sont là des questions auxquelles nous cherchons à apporter des réponses.

II – Objectifs de la recherche

Le principal objectif visé à travers cette recherche est d'identifier le contenu de la politique « SÉSAME », et subséquemment de procéder à une évaluation rigoureuse de son application dans un contexte local à Dakar, et ce, dans le but d'identifier les mécanismes différenciés ou non de prise en charge des personnes âgées et d'en comprendre les caractéristiques.

Ainsi, pour atteindre cet objectif général, nous nous sommes fixé cinq objectifs spécifiques, que d'aucuns qualifient d'objectifs stratégiques.

1. Identifier les mesures qui accompagnent l'application du plan « SÉSAME »;
2. Décrire les manifestations concrètes de l'application de ces mesures sur les diverses catégories de personnes âgées.
3. Caractériser les catégories de personnes âgées qui profitent du plan;
4. Examiner les retombées de l'application du plan dans l'accès aux soins et l'utilisation des services par les personnes âgées dans les structures ciblées;
5. Voir dans quelle mesure l'application du plan contribue de façon équitable ou non à l'amélioration dans l'accès aux soins et l'utilisation des services des différentes catégories de personnes âgées.

III – Pertinence sociale et scientifique

La vieillesse n'est certes pas un phénomène nouveau, mais le vieillissement des populations pose de nombreux défis à presque tous les pays du monde : c'est une problématique à l'échelle mondiale. À cet égard, nous assistons à une mobilisation soutenue autant des organisations internationales que nationales pour agir sur les différents paramètres du vieillissement.

Cet état de fait impose aux autorités politiques, aux planificateurs, aux décideurs, aux techniciens et à tous les acteurs concernés des initiatives de mise en œuvre de politiques publiques aux fins de promouvoir et d'améliorer la santé des populations en général et celle des personnes âgées en particulier. Seulement, selon Potvin, Ginot et Moquet (2010) l'hypothèse voulant que les actions de promotion de la santé des populations peuvent avoir comme effets inattendus de creuser les écarts de santé entre les groupes sociaux favorisés en meilleure santé que les groupes sociaux défavorisés souvent en moins

bonne santé est répandue (Potvin, Ginot et Moquet (2010). Cette problématique des inégalités sociales de santé donc reste d'actualité et se pose dans presque tous les pays du monde selon les auteurs. Or d'aucuns pensent que l'équité en matière de santé joue un rôle central dans la poursuite de la justice sociale (Guichard et Potvin, 2010), et que la santé publique « incarne la responsabilité étatique de la santé des populations » (2010, p. 49).

Ainsi les politiques de santé en faveur des personnes âgées au Sénégal nécessitent une meilleure compréhension autant de leur contenu que de leur application au niveau des structures sanitaires afin de garantir une meilleure articulation entre les prescriptions et leur application dans une perspective de mise en valeur des principes d'équité et de justice sociale. C'est justement l'enjeu de la dimension normative et prescriptive des politiques publiques qui devrait être la préoccupation de l'administration, selon Muller (2011). À ce propos, Jacob pense qu'« il arrive qu'un décalage se produise entre la programmation législative et la réalité de l'exécution » (2010, p. 281), ce qui amène l'auteur à affirmer que l'évaluateur doit comparer « ce qui est » à « ce qui devrait être » (2010, p. 298). Seulement, le passage à l'exécution peut être rendu plus difficile par l'absence d'une stratégie de mise en œuvre, comme par exemple « le divorce entre les intentions et les moyens, la personnalité et la notoriété relative des responsables de l'exécution, les difficultés de communication entre le décideur et l'exécutant, ainsi que l'absence de contrôle d'exécution » (Bernier, 2010, p. 260). Dès lors, l'on admet que « l'analyse des politiques gouvernementales doit porter autant sur le discours (idéologie) que sur les activités réalisables et réalisées » (Bernier et Lachapelle, 2010, p. 33-34), d'où l'importance des différentes étapes du processus d'élaboration des politiques publiques et de leurs liens. S'agissant du lien entre la formulation et la mise en œuvre des politiques, Bernier écrit : « si la mise en œuvre d'une politique est la réalisation de la formulation, la formulation doit aussi tenir compte de ce qui est réalisable. La mise en œuvre conditionne la formulation à venir. Il s'agit de deux processus reliés » (2010, p. 266).

Ainsi, la mise en œuvre d'une politique ou d'un programme est une étape cruciale que Lemieux propose de voir comme étant faite principalement du couplage entre le courant des solutions et le courant des problèmes (2010). Et c'est concrètement la mise en œuvre de solutions qui sera surtout « l'objet de l'évaluation selon le cycle classique des

politiques publiques » (Bernier, 2010, p. 259), parce qu'étant « la phase d'application des décisions », et « elle comprend l'organisation des moyens à mettre en œuvre, l'interprétation des directives gouvernementales et leur application proprement dite » (Muller, 2011, p. 23). À cet égard, nous partageons l'idée de ce dernier auteur selon laquelle l'analyse des politiques contribuerait à *sociologiser* notre regard sur l'État, c'est-à-dire qu'« au lieu de se saisir de l'État par le haut et globalement, elle va nous permettre de l'observer par le bas et en détail » (p. 26).

Donc, cette étude contribue non seulement à mieux adapter les activités des professionnels des structures, si lacunes il y a, mais aussi à dégager des pistes de réflexion sur de nouvelles perspectives d'actions et de mise en œuvre de politiques publiques.

À cet égard, la finalité de l'étude est davantage pratique que fondamentale. En effet, elle est pratique parce que l'on cherche à répondre à un problème spécifique posé par le cas considéré (Leplat, 2002). Par ailleurs, la finalité peut également être théorique, car selon Leplat elle « vise non seulement à trouver une solution au cas particulier considéré, mais à dégager aussi le principe de cette solution exploitable à l'étude d'autres cas » (2002, p. 6). Ainsi notre étude a une double finalité : l'une appliquée dans le court terme, l'autre théorique dans le moyen-long terme, étant donné que « l'étude du même cas peut être exploitée pour donner des solutions à un problème spécifique et aussi pour élaborer un modèle général suggéré par des connaissances antérieures et à éprouver par l'étude d'autres cas » (Leplat, 2002, p. 7).

Chapitre 2. Cadre théorique et méthodologique

I – Approche méthodologique

Dans cette étude, nous avons opté pour un devis de recherche qualitatif. Il s'agit ici d'une étude de type exploratoire et descriptif ayant pour but de parvenir à une meilleure compréhension de la réalité dans l'application des politiques publiques relatives au domaine de la santé dans un cadre donné. Ce devis se prête bien à ce type d'étude dans la mesure où nous nous inscrivons dans une logique de description et de compréhension d'un phénomène plutôt que dans une perspective de quantification ou de mesures.

Dans la même veine, étant donné la nature de l'objet d'étude et la complexité de la réalité, nous nous sommes positionné dans une logique constructiviste en assumant la subjectivité de notre jugement, ce qui n'empêche pas la rigueur de l'analyse (Ridde, Pommier et Jabot, 2010). Qui plus est, « toute connaissance sur les effets d'un programme est co-construite par les acteurs sociaux concernés » (p. 259). Néanmoins, la préoccupation majeure dans cette démarche a été de garder constamment le souci de compréhension de la réalité.

I-1. Cadre théorique et conceptuel

I-1.1. Cadre théorique

Il s'agit dans cette étude de traiter des enjeux et des effets de l'application des politiques publiques de santé en faveur des personnes âgées au Sénégal, plus précisément à Dakar. Ainsi, la première étape de l'étude a consisté à identifier et à prendre connaissance des principales mesures politiques en vigueur concernant le plan « SÉSAME » afin de mieux cerner la question avant toute tentative d'analyse. Il faut cependant préciser que procéder à une analyse des politiques en contexte africain n'est pas une sinécure du fait des spécificités contextuelles relatives à l'environnement politique, économique, social et culturel. D'ailleurs, l'on retrouve dans la plupart des écrits sur l'analyse des politiques publiques deux modèles : le modèle français et le modèle anglo-saxon (Wafeu Toko, 2009; Enguéléguélé, 2008). Wafeu Toko fait la distinction entre la tradition française de l'analyse des politiques publiques, marquée selon lui par une forte culture juridique et philosophique de l'État, et la tradition anglo-saxonne qui serait marquée par le jeu des intérêts dans la mise en place de « bonnes » politiques. L'applicabilité de ces modèles en

terrain africain suscite des débats controversés vu la configuration institutionnelle et sociopolitique des pays africains (Enguéléguélé, 2008). D'autre part, Wafeu Toko pose la question du transfert de l'outil méthodologique et conceptuel de l'analyse des politiques publiques vers les terrains extra-occidentaux, et notamment africains, qui serait « une perspective de recherche relativement nouvelle qui n'en suscite pas moins la vieille querelle entre universalisme et culturalisme très courante dans les sciences sociales » (2009, p. 2). C'est dans la même veine que certains africanistes dénoncent la prétention d'exporter un modèle particulier qui serait le produit d'une culture et d'une histoire singulière, dans d'autres cultures marquées par d'autres histoires singulières (Enguéléguélé, 2008). Cet auteur constate « une entrée progressive dans l'africanisme marquée par des emprunts à la *policy analysis* anglo-saxonne et à l'école française des politiques publiques » (2008, p. 3), avec cependant une marge d'adaptabilité tout comme certains observateurs qui parleraient d'une "*African way of policies*". Somme toute, parler d'une analyse des politiques publiques en Afrique équivaldrait à s'engager dans une entreprise complexe et compliquée, d'autant plus que Wafeu Toko rappelle qu'un colloque organisé à Bordeaux en 2006 a tenté d'interroger la « banalité des terrains africains » par rapport à ce qui est présenté comme grilles d'analyse importées, remettant au centre des débats la question brutale de l'existence moins des politiques publiques que de leur analyse en Afrique. Cet auteur conclut sur ce point en écrivant qu'« en tout état de cause, les chances de transfert des outils d'analyse des politiques publiques dépendent de la nature du secteur d'intervention et de celle du problème à résoudre » (2009, p. 2).

Toutefois, nous avons décidé de procéder en connaissance de cause à l'analyse de la politique publique de santé, notamment du plan « SÉSAME », sans aucune prétention d'être rigoureusement exhaustif dans le processus de l'évaluation, et dans un souci de prendre en considération les particularités locales.

Pour commencer, l'on doit rappeler les principales « étapes » qui sous-tendent une politique publique (Goffin, 2007, Bernier et Lachapelle, 2010) et qui correspondent aux "*stages*" du cycle de leur élaboration (Fafard, 2008) : la mise sur agenda (ou définition de l'ordre du jour), l'élaboration de l'action (ou formulation de la politique), le processus décisionnel (ou prise de décision), la mise en œuvre (ou mise en application de la politique) et l'évaluation.

Dans le cadre de cette étude, c'est à la mise en œuvre des politiques publiques de santé que nous nous intéressons. Les étapes de l'élaboration des politiques nous aideront à mieux cerner les enjeux des politiques de santé au Sénégal. S'inspirant principalement des travaux de Meny et Thoenig (1989) et de Gerston (2004), Goffin a bien explicité ces différentes étapes. Selon l'auteur :

- *La mise sur agenda* obéit à trois conditions alternatives : *la portée* (nombre de personnes concernées par le problème); *l'intensité* (importance de l'impact du problème) et *la durée* (depuis quand se pose le problème (Gerston, 2004 cité par Goffin, 2007));
- *L'élaboration de l'action* devrait tenir compte des diverses solutions proposées par les divers acteurs (citoyens, universitaires, groupes d'intérêt);
- *Le processus décisionnel* est marqué par une logique de consensus, de compromis, de concertation, etc.;
- *La mise en œuvre* serait donc l'application de la politique publique par le système d'acteurs;
- *L'évaluation* trouverait son sens dans la mesure de la réponse aux besoins identifiés : « évaluer une politique c'est rechercher si les moyens juridiques, administratifs ou financiers mis en œuvre permettent de produire les effets attendus de cette politique » (Goffin, 2007, p. 4).

Nous savons déjà que ces différentes étapes sont des processus en partie interreliés, parfois même circulaire. Il s'agira néanmoins de voir dans quelle mesure ces différentes étapes ont été respectées dans l'élaboration des politiques de santé en faveur des personnes âgées pour en saisir la portée et la cohérence conformément au modèle classique d'élaboration des politiques tel que décrit plus-haut.

Quant aux effets de l'application des politiques, nous préconisons la méthode de l'évaluation réaliste (*realistic evaluation*) telle que développée par Pawson et Tilley (1997) en utilisant l'approche CMO (*context – mechanism – outcomes*). Selon cette approche, il existe quatre éléments pour expliquer et comprendre un programme :

- le contexte;
- les mécanismes;

- les patterns relatifs aux extrants (*outcome patterns*);
- l'interaction de ces composantes (CMOC) (*context-mechanism-outcome pattern configuration*) (Pawson & Tilley 2004, p. 6)

Cette approche complète bien l'idée de Walt et Gilson, cités par Ridde, soutenant que les facteurs à considérer dans l'étude des politiques publiques sont : « le contenu des politiques [...] le contexte dans lequel elles se déroulent et enfin, les acteurs affectés ou influents par rapport à cette nouvelle politique » (2004a, p. 29). Il faudra juste ajouter et spécifier les retombées (*outcomes*) à cette idée pour conforter l'approche CMO.

Étant donné l'insuffisance notoire, pour ne pas dire l'absence d'écrits scientifiques et de données probantes disponibles sur les politiques publiques de santé au Sénégal, il est en effet plus pertinent d'utiliser la méthode de la « *realistic evaluation* » (Pawson and Tilley, 2004) plutôt que celle de l'évaluation objective d'effets, même si nous reconnaissons que « les politiques publiques, et en particulier celles qui ont un impact sur la santé de la population, devraient être basées sur des données probantes » (Fafard 2008, p. 4). Donc à défaut de la disponibilité de données probantes conséquentes, nous optons pour la première méthode. Néanmoins, nous envisageons, à la lumière de la méthode de synthèse de connaissances sur les politiques publiques en matière de données, de dépasser les écrits scientifiques connus pour explorer aussi la littérature « grise » (Morestin, Gauvin, Hogue et Benoit 2010).

En somme, nous nous inscrivons dans la perspective de la recherche évaluative qui est définie comme étant une démarche qui consiste à poser un jugement *a posteriori* sur une intervention au moyen de méthodes scientifiques (Contandriopoulos et Champagne 1993). Cette évaluation vise à déterminer comment et dans quelle mesure l'application du plan « SÉSAME » atteint-elle les populations concernées. Elle serait donc « une démarche scientifique qui examine de façon systématique et objective les processus, les produits ou les effets d'une politique ou d'un programme public et qui, en fonction de critères définis, porte un jugement sur sa valeur et sa contribution » (Jacob 2010, p. 283).

La portée de cette approche est qu'elle permet d'identifier les causes et d'ajuster des interventions de divers acteurs et même de l'État (Pawson and Tilley, 1997). Cependant, il importe de préciser avec Blaise (2010) que l'évaluation réaliste ne teste pas la relation

causale entre l'intervention et son effet, mais teste la théorie selon laquelle l'intervention I produit son effet O dans un contexte C. Avec la méthode de l'évaluation réaliste, la question essentielle qui se pose dans la plupart des analyses et des études est "*What works for whom in what circumstances and in what respects, and how?*" (Pawson & Tilley, 2004, p. 2). Il faudrait également préciser avec Blaise que la question n'est pas « Est-ce que ça marche? » ou avec Westthorp et ses collègues (2011) "*It does not ask what works, or does this work*», mais elle est plus large : « est-ce que ça marche, comment, pour qui, et dans quelles circonstances? » (Blaise, 2010, p. 6). Il s'agit donc de décrire les mécanismes actionnés par l'intervention, pour produire ses effets observés, dans un contexte donné (Blaise, Marchal, Lefèvre et Kegels, 2010) et d'en identifier des régularités. Ainsi, pour apporter des éléments de réponse à ces questionnements, nous envisageons d'exploiter les composantes du CMO selon Bilodeau et Bélanger (2007).

Tableau 1: Cadre d'exploitation des composantes de l'approche CMO

Contexte	<p>✓ Particularités des conditions dans lesquelles le programme est introduit : contexte socio-économique et politique (Bilodeau et Bélanger, 2007; Evans and Killoran, 2000)</p> <p>✓ Lieu (Bilodeau et Bélanger, 2007)</p> <p>✓ Catégories de personnes âgées comme déterminants et indicateurs</p> <p><i>“Context describes those features of the conditions in which programmes are introduced that are relevant to the operation the programme mechanisms. Realism utilises contextual thinking to address the issues ‘for whom’ and ‘in what circumstances’ a programme will work” (Pawson and Tilley, 2004, p. 7)</i></p>
Mécanismes	<p>✓ Comment le programme se traduit-il en résultats? (logique d'action, logique d'intervention, manière dont les sujets intègrent les messages) (Pawson and Tilley, 1997)</p> <p>✓ Ressources (humaines, matérielles, financières)</p> <p><i>“Mechanisms describe what it is about programmes and interventions that bring about any effects” (Pawson and Tilley, 2004, p. 6)</i></p>
Effets / Retombées	<p>✓ Effets (outcomes) voulus ou non en termes d'effectivité des services : quels services pour quelles catégories de personnes âgées?</p> <p><i>“Outcome-patterns comprise the intended and unintended consequences of programmes, resulting from the activation of different mechanisms in different contexts” (Pawson and Tilley, 2004, p. 8)</i></p>

Dans ce cadre précis, nous avons choisi délibérément de nous limiter à ces trois composantes de l'approche réaliste (CMO) parce que le but de l'étude est de rendre compte des effets de la politique « SÉSAME » en lien avec le contexte et les mécanismes

plutôt que d'établir une configuration générale *Context-Mechanism-Outcome Patern Configuration* (CMOCs) transférables à d'autres réalités, compte tenu de la dimension exploratoire de l'étude. En tous les cas, le processus d'évaluation est une suite logique et inévitable de toute initiative de mise en œuvre de programmes et « il n'est plus possible aujourd'hui de proposer la mise en œuvre d'interventions dans le champs des politiques publiques sans devoir rendre compte de leurs effets (Blaise et *al.*, 2010, p. 289).

Concernant les effets du plan « SÉSAME », il s'agira de voir comment la mise en œuvre du plan « SÉSAME » contribue-t-elle ou non à l'accès aux soins et à l'utilisation des services par les différentes catégories de personnes âgées? Autrement dit, nous chercherons à savoir si l'application du plan « SÉSAME » a atteint effectivement les catégories de personnes âgées visées au départ, le cas échéant, dans quelle mesure? Sinon quelles sont les implications négatives (ou effets non recherchés) de son application?

I-1.2. Cadre conceptuel

De prime abord, il convient de rappeler que c'est l'analyse des politiques publiques de santé, en l'occurrence le plan « SÉSAME » et l'application de celui-ci, qui constituent le point focal de l'objet de la recherche. Ainsi, analyser le niveau d'application des politiques publiques de santé au travers du plan « SÉSAME » reviendrait à examiner dans la mise en œuvre du programme la *portée* de la politique, au sens de son effectivité sur les populations concernées. Le concept de *portée* dans ce cas de figure revêt un sens multidimensionnel qui pourrait être analysé aussi bien sur le plan quantitatif que qualitatif. À cet égard, le choix des critères d'analyse est basé sur la dimension qualitative.

En réalité, il existe une pléthore de critères pertinents qui pourraient être utilisés dans le cadre d'une recherche évaluative dans le domaine de la santé ou des politiques, selon les approches. Les trois critères que l'on retrouve le plus dans les écrits scientifiques sont : équité, efficacité et efficience (Salamon, 2000; Ridde, 2004a; Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland, & Nguyen 2005; Bernier et Lachapelle, 2010). En plus de ces trois critères, Morestin et ses collaborateurs (2010) ont ajouté dans leur cadre d'analyse des politiques les « coûts », la « faisabilité » et l'« acceptabilité ». Ces critères ou ces dimensions d'analyse s'appliquent bien à notre objet, mais nous ne

retiendrons pas celui de l'efficacité défini comme étant le rapport entre les intrants et les extrants, c'est-à-dire le rapport entre les efforts et les résultats obtenus (Lemieux, 2009), qui serait difficile à mettre au point du fait de l'absence ou des difficultés d'accès aux données afférentes comme ce fut le cas avec Ridde dans ses travaux en contexte africain (2004a; 2007).

I-1.2.1. Définitions opératoires des critères retenus

Équité

C'est un concept difficile à cerner parce qu'« il existe autant de définitions de l'équité, que de conceptions différentes de ce qu'est la justice sociale » (Potvin *et al.*, 2008 cité dans Morestin *et al.*, 2010). Toutefois, « l'équité en santé renvoie à un jugement sur la valeur de justice sociale. Elle réfère au redressement du caractère injuste d'une inégalité observée soit dans la distribution d'une ressource qui permet la santé ou dans un état de santé » (Potvin, Moquet et Jones, 2010, p. 30). En effet, le concept d'équité peut être analysé sous plusieurs angles : équité financière, équité d'accès, équité sanitaire (Champagne *et al.*, 2005). Dans cette étude, nous nous inscrivons dans la même mouvance que Ridde (2007) en considérant les deux premières acceptions de l'équité évoquées. Il s'agira donc d'aborder le concept en termes d'accès aux soins de santé et des coûts, sous l'angle spécifique du programme en tant que système complexe plutôt qu'à l'état de santé des populations concernées, ce qui est, encore une fois, une dimension très difficile à circonscrire de façon rigoureusement scientifique au Sénégal.

Analysé sous l'angle des « implications des politiques publiques », nous ferons référence aux notions de “*basic fairness*” et de *redistribution* (Salamon, 2000) qui correspondent respectivement à l'*équité horizontale* « qui se manifeste par le traitement semblable des individus aux besoins semblables » et à l'*équité verticale* « qui s'exprime par le traitement des individus aux besoins différents, en proportion des différences qui existent entre eux (concrètement : ceux ayant davantage de besoins reçoivent davantage, et inversement) » (Morestin *et al.*, 2010, p. 7). En somme, nous chercherons à comprendre l'équité dans les effets, c'est-à-dire les effets différentiels de la politique publique étudiée (en termes d'accès et d'utilisation des soins) auprès des trois catégories de personnes âgées au Sénégal.

Par ailleurs, cette dimension de l'équité concernant l'accès aux soins et l'utilisation des services est un corollaire de l'équité du financement (Ridde, 2007), car l'auteur estime que sans financement équitable, l'iniquité dans la fréquentation des centres perdure. En somme, l'équité sera analysée ici sous l'angle de l'accès aux services et de ses conditions. Aussi, nous focaliserons-nous sur la dimension qualitative de la contribution financière des institutions impliquées : il s'agit de voir l'appréciation qui est faite des subventions allouées aux structures pour asseoir l'exécution du programme du point de vue des acteurs.

Efficacité

Le premier élément d'appréciation du succès d'une politique publique est son efficacité (Morestin *et al.*, 2010, p. 5). "*Effectiveness is the most basic criterion for gauging the success or public action. It essentially measures the extent to which an activity achieves its intended objectives*" (Salamon, 2000, p. 1647). Ainsi, il s'agit essentiellement de voir en quoi les objectifs initialement visés ont été concrètement atteints (Ridde, 2007). Selon l'auteur, l'efficacité fait référence à la relation qui existe entre le processus (politique, programme) et les effets (finalités) (Ridde, 2007). Dans le cadre de notre étude, il est question d'examiner la *portée* de la mise en œuvre du plan « SÉSAME » sur les catégories de personnes âgées en termes d'accès et de l'utilisation des soins par l'exemption du paiement des soins et de certains médicaments, soit l'objectif de la politique d'améliorer les conditions de vie des aînés.

Ce critère sera également analysé avec prudence, car le concept d'efficacité aussi peut être abordé sous plusieurs angles. La dimension qui nous intéresse ici est celle de l'utilisation des services. Nous avons donc décidé d'axer notre analyse sur « l'efficacité d'utilisation » (Contandriopoulos et Champagne 1993) en analysant, dans un contexte naturel, les effets de la mise en œuvre du programme sur les catégories de personnes âgées. Donc la question est est-ce que la politique « SÉSAME » atteint véritablement et effectivement toutes les catégories visées de personnes âgées et dans quelle mesure? En d'autres termes, il s'agit d'analyser le critère efficacité sous l'angle de l'effectivité du programme au regard de ses finalités officielles.

En réalité, les effets sont corrélatifs au critère efficacité dans la mesure où ils permettent de jauger l'efficacité du programme. Seulement ces effets peuvent être protéiformes.

Lors de l'analyse des effets, il est important de considérer non seulement ceux qui ont été voulus, mais aussi ceux qui n'ont pas été désirés [...].

Dans l'analyse des effets, il est également important d'analyser, quand cela est possible, non seulement les effets à court terme, mais aussi les effets à long terme. (Contandriopoulos et Champagne, 1993, p. 6).

Dans le cadre de cette étude, les effets dont il est question avec le critère « efficacité » sont tous les effets « positifs » voulus ou non, anticipés ou pas, et qui permettent de rendre compte de la portée du programme. Cependant, il importe de souligner qu'il peut y avoir absence d'effets, voire des effets « négatifs » de la politique qui aggraveraient le problème visé (Morestin et *al.*, 2010). Tous les effets « positifs » ou « négatifs » de la politique auraient pu être pris en compte dans la même dimension efficacité (Morestin et *al.*, 2010), mais nous avons choisi volontairement d'examiner les effets « négatifs » dans une rubrique à part que nous avons dénommée « effets non recherchés » afin de mettre en exergue éventuellement l'écart existant entre les objectifs visés au départ et les manifestations concrètes de la mise en œuvre du plan à différents niveaux.

Effets non recherchés (effets pervers)

Il s'agit donc des effets « négatifs » ou « pervers » produits dans le cadre de l'exécution du plan « SÉSAME ». Ils ne sont donc pas recherchés à l'origine. Autrement dit, ils révèlent les travers de l'exécution du plan. Selon Morestin et ses collaborateurs « les effets non recherchés apparaissent parce que les politiques publiques sont appliquées dans des systèmes complexes caractérisés par de multiples processus entrecroisés, qui interagissent entre eux de manière non linéaire, et s'adaptent aux changements » (2010, p. 6). Ces effets « non recherchés » peuvent concerner aussi bien le degré d'atteinte des cibles que les implications matérielles et/ou financières, les institutions médicales, etc., d'autant plus qu'« une politique publique peut avoir des effets non recherchés dans toutes sortes de domaines : aspects de la santé autre que le problème visé, économie, politique, environnement, relations sociales, etc. » (2010, p. 6).

Coûts

Ce critère fait référence aux coûts associés à l'application de la politique (Morestin *et al.*, 2010) en termes de « budget alloué au projet, reflétant ainsi les efforts et les coûts investis dans le projet » (Champagne et al., 2005, p. 35) par le gouvernement. Dans la présente étude, nous nous intéressons spécifiquement au mode de financement du plan c'est-à-dire la subvention de l'État pour l'exécution du programme mais aussi, dans une certaine mesure, à la contribution des maillons impliqués dans l'exécution du plan en l'occurrence l'IPRES et les collectivités publiques. D'autres parts, nous avons jugé utile d'évoquer les implications financières de l'exécution du plan pour les bénéficiaires eu égard au critère « effets » du programme. La pertinence de ce critère réside dans le fait que, présentement, bon nombre d'hôpitaux ont cessé d'exécuter le plan « SÉSAME » à cause des implications budgétaires défavorables ainsi que des difficultés de recouvrement des dettes de l'État (Lèye, 2010). En plus, ce critère permettra directement ou indirectement de mieux cerner celui de la faisabilité au regard de l'applicabilité du plan.

Faisabilité

En matière de politique publique, la faisabilité peut être analysée sous deux dimensions : la faisabilité technique et la faisabilité politique (Morestin *et al.*, 2010). Notre analyse porte plus sur la faisabilité technique, c'est-à-dire au niveau opérationnel de la politique dans les structures sanitaires en termes de disponibilité du personnel, des ressources matérielles et des technologies (au sens large) requises (Morestin *et al.*, 2010). Ainsi, l'on se pose la question de savoir si les structures de santé disposent des ressources nécessaires (Bernier, 2010) pour mener à bien l'exécution de la politique :

- Ressources humaines (Bernier, 2010; Morestin *et al.*, 2010) : disponibilité du personnel (qualification professionnelle, formation requise, nombre) ;
- Ressources matérielles et technologiques (Morestin *et al.*, 2010) : disponibilité du matériel requis, d'un plateau technique adéquat pour faciliter la mise en œuvre du plan « SÉSAME ».

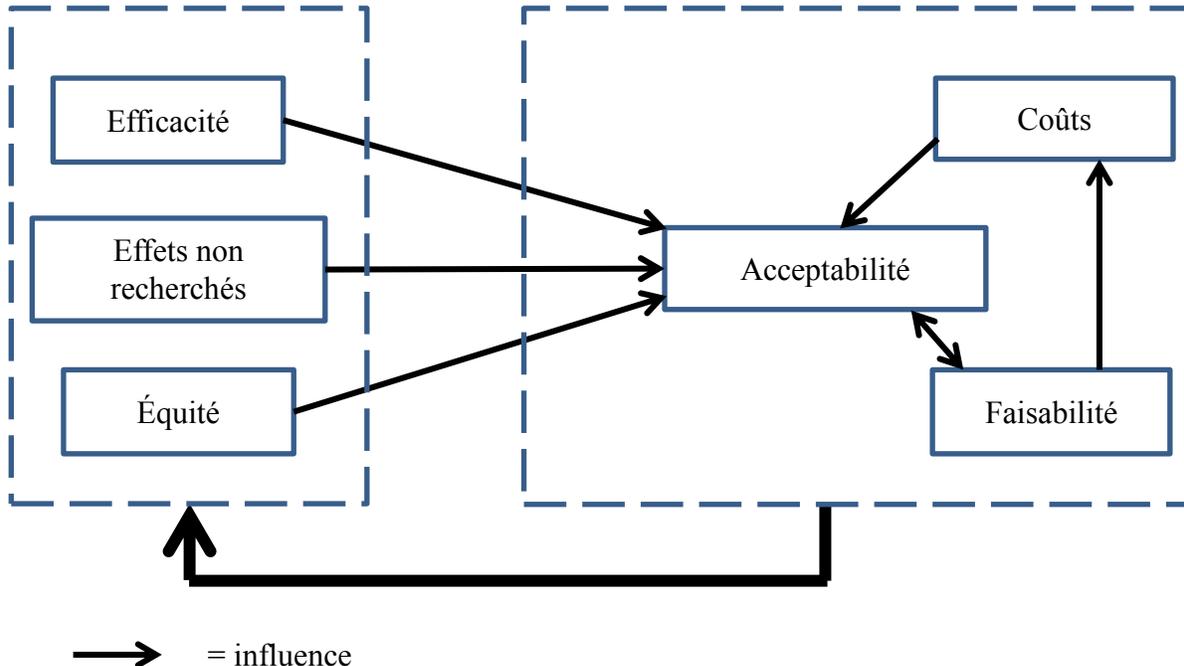
Il s'agit en quelque sorte de faire de façon succincte l'état des lieux des structures dans la mise en œuvre du programme et de voir si les ressources matérielles, humaines et

techniques disponibles se prêtent effectivement à l'exécution du plan. Pour ce faire, nous avons exploité toutes les données afférentes aux ressources disponibles dans les deux structures mais aussi les témoignages des participants. Cela nous a permis de traiter en même temps la question de la faisabilité politique du point de vue des participants en rapport avec le critère d'acceptabilité de la politique : « les aspects de la faisabilité politique sont traités dans la dimension "acceptabilité" » (Morestein *et al.*, 2010).

Acceptabilité

L'acceptabilité concerne la façon dont les parties prenantes jugent une politique publique (Swinburn *et al.*, 2005 cité dans Morestin *et al.* 2010). Il s'agit donc pour nous de recueillir et d'analyser l'avis des divers acteurs impliqués directement ou indirectement dans la mise en œuvre de cette politique de santé en l'occurrence les décideurs, les professionnels de la santé, les bénéficiaires, les universitaires, etc. Nous reconnaissons que l'acceptabilité est une dimension complexe et transversale qui est certainement liée aux autres critères déjà définis parce qu'influencée par ceux-ci, mais qu'elle dépend aussi de facteurs qui lui sont extérieurs, car « la position de chaque acteur est déterminée par ses connaissances, croyances, valeurs, ainsi que par ses champs d'intérêt (politiques, économiques, symboliques...) » (Peters, 2002, cité dans Morestin *et al.*, 2010, p. 10). Ainsi, l'acceptabilité concerne l'appréciation que les participants font des effets (recherchés ou non) en termes d'équité, d'efficacité, de coûts et de faisabilité. Tous ces critères ont une influence sur l'acceptabilité qui, elle-même, est influencée par la faisabilité comme le montre la figure qui suit.

Relations entre les six dimensions d'analyse des politiques publiques



Source : Morestein *et al.*, (2020)

En résumé, nous avons retenu six critères pour l'analyse des politiques publiques. Parmi ces critères l'efficacité, les effets non recherchés et l'équité rendent compte des effets produits par les politiques publiques tandis que les coûts, la faisabilité et l'acceptabilité relèvent de l'application des politiques (Morestein *et al.*, 2010).

Tableau 2. Dimensions d'analyse des politiques publiques

Effets	Efficacité	Quels sont les effets de la politique étudiée sur le problème visé?
	Effets non recherchés	Quels sont les effets non recherchés de cette politique?
	Équité	Quels sont les effets pour les différentes catégories de personnes âgées?
Application	Coûts	Quels sont les coûts financiers de cette politique?
	Faisabilité	Cette politique est-elle techniquement faisable?
	Acceptabilité	Les parties prenantes acceptent-elles cette politique?

Source : inspiré de Morestein *et al.*, 2010.

I-1.2.2. Indicateurs

Après le choix et la définition opératoire des critères d'analyses de la politique publique, nous nous proposons maintenant de cerner les indicateurs qui permettent d'illustrer adéquatement les différentes dimensions évoquées. Ces indicateurs permettent selon les termes de Ridde (2007) le passage d'une formulation abstraite des concepts à une observation concrète.

Nous savons que les principaux critères de sélection d'un indicateur sont la disponibilité, la fiabilité et la validité (Champagne *et al.*, 2005), mais dans ce contexte précis, nous avons choisi des indicateurs en fonction de leur capacité à renseigner et en fonction de leur disponibilité. Ainsi, nous avons considéré les catégories de personnes âgées comme seules variables caractéristiques dans la mesure où, à la suite des enquêtes préliminaires, nous nous sommes rendu compte qu'il nous est très difficile d'accéder aux données sur les catégories plus empiriquement fondées telles que l'âge, le sexe, le statut social ou professionnel, l'éducation, le lieu de résidence, les revenus, etc., du fait des difficultés d'accès ou de l'absence de données enregistrées ou des problèmes d'archivage dans certaines structures. En effet, la plupart des structures n'enregistrent que les prénoms et noms, l'âge, le sexe, le lieu de provenance et les coordonnées téléphoniques par exemple. Il aurait été possible d'intégrer la dimension genre pour englober l'examen de l'équité entre hommes et femmes mais cela aurait rendu l'étude plus complexe.

Dans ce choix d'indicateurs, nous nous sommes inspiré de la grille élaborée par Morestin et ses collaborateurs (2010). Tous les indicateurs ont été renseignés principalement par les informations recueillies au travers des entrevues mais aussi par les données disponibles dans les rares documents au niveau des structures sises à l'étude. De même, une importance non négligeable a été accordée aux données d'observation sur le terrain pour les besoins de vérification objective de certaines allégations des participants.

Tableau 3. Dimensions, critères d'analyse et indicateurs

	Critères	Indicateurs
Effets	<i>Équité</i>	<p>Effets différentiels de la politique de santé sur les populations (catégories de personnes âgées)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès aux soins (exemple : quelle catégorie de personnes âgées a effectivement accès aux soins via le programme plus qu'une autre?) • Utilisation des services de santé (exemple : quelle catégorie en fait un usage optimal autrement dit quel service pour quelle catégorie de personnes âgées?)
	<i>Effets non recherchés</i>	<p>Effets non recherchés positifs ou négatifs, anticipés ou pas (iniquités dans l'accès et l'utilisation des services, implications financières défavorables pour les structures de santé, non respects des procédures etc.)</p>
	<i>Efficacité</i>	<p>Effets du plan « SÉSAME » sur les usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> • facilité d'accès aux soins? (exemple : validation des procédures, accès aux établissements de soins, temps d'attente avant la consultation, qualité de la prise en charge) • Augmentation de l'affluence des usagers? • Gratuité des soins et des médicaments? • Satisfaction des usagers? • Niveau d'information des acteurs sur le programme?
Application	<i>Coûts</i>	<p>Coûts financiers du plan « SÉSAME »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Budget alloué au programme par les différentes institutions • Implications financières pour les structures sanitaires et pour les aînés
	<i>Faisabilité</i>	<p>Faisabilité technique du programme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme • Ressources disponibles (personnel requis, ressources matérielles, « technologies » requises, infrastructures)
	<i>Acceptabilité</i>	<p>Acceptabilité de la politique par les acteurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appréciation de son efficacité, ses effets, ses coûts, sa faisabilité par les acteurs. • Acceptabilité du processus de décision du point de vue des acteurs • Acceptabilité du processus de mise en œuvre • Acceptabilité de la reddition des comptes

Source : Inspiré de Morestin et al. (2010).

Cette grille de codage est l'outil de base qui a guidé la conduite de notre travail de recherche sur le terrain. Quant aux indicateurs, nous avons cherché à les renseigner par des données qualitatives à partir du point de vue des acteurs, d'où la pertinence des entretiens comme méthode de collecte des données. Ainsi, nous n'avons pas la prétention de procéder à une mesure d'impact, mais plutôt à une documentation de type qualitatif. Qui plus est, puisqu'il s'agit d'une étude exploratoire, nous nous sommes contenté de renseigner les éléments ciblés et non la totalité des indicateurs pertinents dans leur exhaustivité. Ce faisant, il s'est agi de repérer les informateurs clés et de miser sur la qualité des informations qui puissent rendre compte véritablement de l'opinion du groupe que les participants représentent.

Les éléments consignés dans la grille, outre leur utilité pour l'analyse des politiques de santé au Sénégal, servent aussi dans leur grande majorité à argumenter les différentes composantes de l'approche CMO. Ainsi, la grille s'arrime bien avec l'approche CMO dans l'appréhension du phénomène que nous étudions.

I-2. Méthodes / Stratégies de recherche

Le but de cette étude est de décrire et de comprendre un phénomène complexe dans un contexte donné, soit un cadre institutionnel dans lequel s'allient des activités, des pratiques organisationnelles et individuelles. De ce fait, nous avons choisi la méthode de l'étude de cas (Yin, 2003) pour appréhender le phénomène à l'étude. Dans ce cadre d'analyse, nous nous intéressons à la mise en œuvre d'une politique publique de santé, en l'occurrence le plan « SÉSAME », au Sénégal.

Le cas peut avoir plusieurs acceptions selon les auteurs et selon les angles d'analyse. Pour Bichindaritz, le cas est « un ensemble de données empiriques » (1995, cité dans Leplat, 2002). Leplat considère que « très généralement, un cas est un objet, un événement, une situation constituant une unité d'analyse » et qui « s'inscrit donc dans un contexte qui ne doit pas être négligé » (2002, p. 1). Stake, quant à lui, pense que le cas est juste « un support, facilitant notre compréhension de quelque chose d'autre » (1995, cité par Hamel, 1998, p.126), ce qui amène Hamel à préciser que le « cas ne doit pas être strictement assimilé à un lieu physique ou géographique tel un village » (Hamel, 1998, p.126). Dans cette étude, c'est le plan « SÉSAME » en tant que politique publique de

santé qui constitue le cas à travers deux sites qui constituent les unités d'observation et d'analyse.

L'étude de cas s'applique bien à notre objet d'étude du fait qu'elle est une méthode qui consiste, comme le conçoit Yin (2003), à répondre au « comment » et au « pourquoi » sur des phénomènes contemporains. En outre, « un des avantages de l'étude de cas est de fournir une situation où l'on peut observer le jeu d'un grand nombre de facteurs interagissant ensemble, permettant ainsi de rendre justice à la complexité et la richesse des situations » (Mucchielli, 1996, p.77). Ainsi, face à la complexité de la situation et à la méthode de recherche adoptée, une importance capitale est accordée au contexte tant par Mucchielli que par Hamel. En effet pour le premier, l'étude de cas consiste à « rapporter une situation réelle prise dans son contexte, et à l'analyser pour voir comment se manifestent et évoluent les phénomènes auxquels le chercheur s'intéresse » (1996, p.77), alors que pour Hamel, elle consiste « à rapporter un événement à son contexte et à le considérer sous cet aspect pour voir comment il s'y manifeste et s'y développe » (1997, p. 10). Et l'auteur d'ajouter qu' « en d'autres mots, il s'agit, par son moyen, de saisir comment un contexte donne acte à l'événement que l'on veut aborder » (1997, p. 10). Cette posture générale légitime le choix de l'approche CMO pour analyser la mise en œuvre des politiques publiques de santé par le plan « SÉSAME ». D'ailleurs, selon Contandriopoulos et Champagne (1993), les méthodes appropriées pour analyser l'implantation d'un programme sont principalement les études de cas. Donc, durant toute la recherche, l'on est resté en permanence dans le contexte réel de l'application du plan « SÉSAME » au CGGO et au CMS de l'IPRES.

En définitive, nous nous inscrivons dans la même mouvance que Yin qui conçoit quelque part l'étude de cas comme une stratégie de recherche globale pouvant avoir une visée exploratoire, descriptive ou explicative. Mais dans la présente étude, il s'agit d'une étude de cas descriptive à visée exploratoire et descriptive ayant pour but de comprendre différentes facettes de l'exécution du plan « SÉSAME ».

1-3. Contexte de l'étude

Nous avons effectué nos travaux de recherche au Sénégal, précisément à Dakar. La région de Dakar constitue, à notre avis un cadre idéal pour cette étude exploratoire du fait

de sa masse démographique, de l'hétérogénéité de sa population et de sa forte proportion de personnes âgées, avec un taux de 17 % en 2002 (Recensement général de la population et de l'habitat de 2002) comparée à la proportion des aînés dans les treize autres régions du pays (Ministère de l'Économie et des Finances, 2006).

I-3.1. Cadre de l'étude

Dakar abrite plusieurs structures sanitaires dont certaines ont été financées dans le cadre du Plan « SÉSAME ». Mais, étant donné que « le choix du site ou de la situation à étudier dépend de considérations théoriques, sociales et pratiques » (Jaccoud et Mayer, 1997, p. 224), ce sont le CGGO et le CMS de l'IPRES⁶, seuls établissements spécialisés dans les soins gériatriques, qui correspondent le mieux à l'environnement et au contexte de l'étude. Et selon Jaccoud et Mayer, « un site est un contexte dans lequel se produisent un ensemble de phénomènes et peut contenir plusieurs cas d'intérêt pour le chercheur, lesquels doivent faire également objet de sélection » (1997, p. 224). Ainsi, ces établissements sont susceptibles de fournir un ensemble étoffé de ressources répondant aux besoins de l'étude car le CGGO reçoit toutes les catégories de personnes âgées dans le cadre de l'exécution du plan « SÉSAME » et, le CMS/IPRES est la structure de référence qui prend en charge les anciens salariés du secteur privées. Le choix de cette dernière structure revêt donc une importance stratégique pour l'analyse de l'équité nécessitant des éléments de comparaison.

I-3.2. Déroulement de l'étude

Dans cette phase, nous avons procédé à une description claire et exhaustive des outils méthodologiques préconisés pour la collecte et l'analyse des données de terrain. Cela participe à asseoir un meilleur cadrage théorique et pratique de la démarche adoptée conformément aux exigences méthodologiques dans toute activité de recherche.

I-3.2.1. Technique d'échantillonnage et procédure de recrutement

Échantillonnage

Comme dans la quasi-totalité des méthodes qualitatives de recherche, nous avons fait un échantillonnage théorique. L'échantillon est composé essentiellement des décideurs

⁶ Le centre médico-social prend en charge les retraités (salariés du secteur privé) affiliés à l'IPRES. Donc nous avons choisi cette structure pour ne pas écarter les personnes âgées issues du secteur privé et qui sont donc pris en charge par ce centre dans le cadre du plan « SÉSAME ».

politiques (ministère de la santé), des professionnels de la santé (CGGO et CMS), des personnes âgées usagères du plan « SÉSAME » et d'un universitaire (diplômés dans le domaine de la gérontologie). Il s'agit précisément d'un échantillonnage raisonné où nous avons effectué des choix pertinents sur la base des objectifs de la recherche. Partant de l'idée de Pires selon laquelle un échantillon est considéré comme « une petite quantité de quelque chose pour éclairer certains aspects généraux du problème » (1997, p. 122), nous avons sélectionné un nombre restreint de personnes susceptibles de se prononcer sur la question en raison de leurs connaissances sur l'objet. La sélection de l'échantillon a été faite en fonction de critères que nous jugeons « pertinents théoriquement parlant » (Savoie-Zajc, 2007, p. 101) : profession gérontologue-gériatre ou professionnel au CGGO et au CMS, expérience ou connaissance du plan « SÉSAME », membre de bureau d'une association de personnes âgées, etc. Ainsi, nous avons veillé à ce que l'échantillon soit composé de personnes ressources qui représentent adéquatement leurs homologues au sujet de la mise en œuvre du plan « SÉSAME ». L'échantillon est composé de 10 participants qui ont été choisis en fonction de caractéristiques précises (Deslauriers et Kérisit, 1997) que nous cherchions à étudier.

Procédure de recrutement

Le recrutement a été réalisé avec l'aide des directeurs des structures sanitaires sélectionnés ainsi que du coordonnateur national du plan « SÉSAME » qui sont à même d'identifier les personnes ressources impliquées directement ou indirectement dans ledit programme, comme par exemple les présidents des associations de personnes âgées, les universitaires, les membres d'organismes non gouvernementaux, etc.

Nous avons rencontré dans un premier temps des membres de bureaux d'associations de personnes âgées pour cibler les aînés susceptibles de participer à l'étude. Quant aux professionnels de la santé, le recrutement a été facilité par les responsables du CGGO et du CMS et nous avons ciblés ceux qui étaient le plus imprégnés de la gestion et du fonctionnement du plan « SÉSAME » dans leurs structures respectives. De même, nous avons coopté des personnes ressources au niveau de la coordination nationale du plan « SÉSAME » mais aussi un participant « indépendant » diplômé en gérontologie.

Ainsi, le premier contact avec les participants potentiels a été effectué par appel téléphonique pour solliciter une rencontre au cours de laquelle nous avons procédé à la présentation de l'étude proprement dite en précisant les objectifs, la pertinence, les considérations éthiques, les attentes, etc., avant de solliciter leur collaboration pour un entretien. À cet effet, nous leur avons soumis le formulaire d'information et de consentement en prenant le soin de préciser certains points et de répondre aux questions le cas échéant. Certains participants ont signé le formulaire de consentement dès la première rencontre; d'autres, par contre, ont eu la latitude de prendre quelques jours voire quelques semaines de réflexion afin de prendre davantage connaissance du document avant de le signer. *In fine* nous avons obtenu un consentement écrit de l'ensemble des participants.

À ce sujet, nous sommes conscient du fait qu'au Québec, eu égard aux considérations éthiques, le recrutement peut se faire par une personne autre que le chercheur. Mais dans le contexte sénégalais, la réalité est autre puisque les gens se sentent souvent redevables à une autorité ou une personne qui a un certain statut socioprofessionnel ou encore à une personne qui leur a rendu un quelconque service et, de ce fait, ils peuvent accepter de participer à l'étude sans grande conviction. Donc, nous avons pensé que le consentement des personnes âgées serait plus libre et volontaire à la demande de l'étudiant lui-même qui ne présente que son projet comme argument sans aucun autre moyen de pression implicite. De plus, au Sénégal, c'est d'habitude le chercheur ou l'étudiant qui contacte directement les participants. Le choix des participants a été guidé par leur niveau de connaissances générales ou techniques sur le sujet : le choix porte sur les acteurs socialement compétents pour reprendre Savoie-Zajc (2007) spécifiquement des acteurs impliqués dans la coordination et dans l'exécution du programme (exemple : membres du bureau « SÉSAME » du ministère de la santé et de la protection sociale, cadres et professionnels des structures sises à l'étude), des personnes âgées des différentes catégories. Par ailleurs, nous avons également sollicité, en dehors même des participants recrutés, la collaboration de tierces personnes susceptibles de livrer des informations complémentaires utiles pour renseigner les dimensions de l'étude déjà cernées.

Participants

Une des caractéristiques de l'échantillon de cette étude est le caractère hétérogène des participants. En effet, il a été question de diversifier le mieux possible les participants afin d'avoir des opinions différentes sur un même objet, ce qui participe à accroître la validité des données.

En ce qui concerne les personnes âgées, les critères d'inclusion sont les suivants :

- être âgé de 60 ans ou plus;
- être à la retraite pour les anciens salariés ou être inactif pour les PAF;
- être membre actif d'une association de personnes âgées pour les retraités;
- avoir bénéficié au moins une fois du système d'assistance « SÉSAME ».

Pour les mêmes cibles, les critères d'exclusion sont :

- avoir bénéficié du programme pour cas de maladie grave ou d'extrême urgence;
- avoir un lien de parenté directe avec un responsable du programme ou avec un professionnel ou une professionnelle d'une des deux structures;
- être dans l'incapacité de supporter un entretien d'environ une heure.

Notre échantillon est composé de 10 participants répartis comme suit :

- ✓ 2 participants au CGGO
- ✓ 2 participants au CMS
- ✓ 2 participants au niveau de la coordination nationale du plan
- ✓ 3 personnes âgées dont une de chaque catégorie (FNR, IPRES, PAF)
- ✓ 1 participant « indépendant » diplômé en gérontologie.

Le groupe des personnes âgées est composé de trois (3) personnes ressources de situations différentes. Le tableau suivant fait état de quelques caractéristiques les concernant : les autres informations ne sont pas révélées pour des raisons de sécurité liées à l'anonymat.

Tableau 4: Caractéristiques des participants du groupe des personnes âgées

Catégories de PA ⁷	PAF	PA IPRES	PA FNR
Âge	71 ans	67 ans	70 ans
Sexe	Masculin	Féminin	Masculin
Nombre d'usage du plan	3 fois	3 fois	4 fois
Appartenance à une association de PA	Non	Oui	Oui
Profession exercée	Paysan	Agente administrative	Instituteur

Il s'agit donc d'un groupe constitué d'une femme et deux hommes et c'est la personne âgée PAF qui est la plus âgée. Le retraité affilié au FNR a bénéficié quatre fois du plan « SÉSAME » alors que les deux autres l'ont utilisé trois (3) fois. Seul le paysan n'est pas membre d'une association de personnes âgées.

Les participants appartenant au groupe des professionnels de santé exerçant au CGGO et au CMS/IPRES et au groupe de la coordination nationale (Bureau des personnes âgées au ministère de la santé et de l'action sociale) ont été choisis par leur niveau de connaissance du plan et leur degré d'implication dans sa mise en œuvre.

Enfin le choix du participant indépendant est fondé sur l'importance de ses connaissances certifiées en gérontologie plus précisément sur les politiques sociales et/ou publiques à l'intention des personnes âgées au Sénégal.

Par ailleurs, nous avons eu des échanges informels avec quelques autres personnes rencontrées au CGGO et au CMS/IPRES dans le cadre des séances d'observation. Ces échanges informels ont concerné onze (11) informateurs dont sept (7) personnes âgées et quatre (4) agents au CGGO; quinze (15) échanges informels avec treize (13) personnes âgées affiliées à l'IPRES et 2 agents au CMS/IPRES. L'importance de ces échanges informels réside dans le fait qu'ils ont permis de vérifier plusieurs aspects des questionnements de recherche discutés avec les participants interviewés.

⁷ PA désigne ici les personnes âgées et ce sera ainsi pour la suite à travers ce document.

I-3.2.2. Recueil des données

Nous avons procédé dans un premier temps à l'identification des mesures de la politique « SÉSAME » contenues dans les documents afférents. De cette identification se fonda l'analyse des différentes facettes de la mise de la mise en œuvre de la dite politique et, dans un second temps, de l'approche CMO. Toutefois, ces deux procédés furent combinés dans la méthode globale de la recherche évaluative via l'étude de cas.

Concernant les données, elles sont de type qualitatif pour l'essentiel. Les données quantitatives ont été constituées essentiellement de données produites dans divers travaux (rapports officiels, mémoires et thèses de doctorat) sur le plan « SÉSAME » au Sénégal. Les données qualitatives quant à elles ont été collectées et analysées sur la base des résultats de la recherche de terrain. Cette approche s'applique bien à la méthodologie adoptée c'est-à-dire aussi bien l'évaluation réaliste (Pawson and Tilley, 1997) que l'étude de cas.

Partant de la définition de Yin (1983) selon laquelle l'étude de cas est « une enquête empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte de vie réelle, où les limites entre le phénomène et le contexte ne sont pas évidentes, et dans lequel des sources d'information multiples sont associées » (cité dans Mucchielle, 1996, p.77), il était requis de diversifier les sources d'informations.

- La recherche documentaire

Cette stratégie occupe une place incontournable dans notre dispositif de recherche. En effet, c'est la recherche documentaire qui sert de prélude à l'analyse de contenu de la politique. Ainsi, nous avons collecté l'ensemble des documents disponibles dans lesquels sont consignées les mesures politiques à l'endroit des personnes âgées : lois, textes de lois, décrets, textes administratifs, discours politiques, communications, bref, tout texte qui oriente les politiques publiques de santé en faveur des personnes âgées au Sénégal. Dans un cadre plus général, concernant les travaux scientifiques (mémoires et thèses), nous avons adopté la stratégie de la recherche documentaire par « boule de neige » : « dès que quelques références pertinentes ont été trouvées, leurs bibliographies permettent de repérer d'autres références sur le même sujet » (Morestin *et al.*, 2010, p. 28).

Cette recherche documentaire s'est appliquée également au niveau local, c'est-à-dire au CGGO et au CMS sur les documents administratifs internes, l'organisation structurelle, les enregistrements des consultations au bureau d'accueil, tout autre document susceptible de fournir des informations pertinentes sur le fonctionnement de la structure. Cependant, l'on doit préciser que nous n'avons pas pu accéder aux enregistrements des fréquentations journalières au CMS.

La recherche documentaire a permis non seulement de faciliter l'analyse du contenu de la politique « SÉSAME » mais aussi de documenter des informations recueillies par le moyen d'autres techniques de recueil de données : « for case studies, the most important use of documents is to corroborate and augment evidence from other sources » (Yin, 2003, p. 87).

- L'entretien semi-directif

Les informations disponibles pour l'analyse des politiques publiques étant hétérogènes (Bongrand et Laborier, 2005), nous avons effectué, en plus de la recherche documentaire, des entrevues qui constituent l'une des sources les plus importantes dans une étude de cas (Yin 2003), comme source d'information complémentaire aux documents. D'ailleurs, « une information n'existe que si elle a été donnée par au moins deux sources indépendantes l'une de l'autre, si possible de première main » (Thoenig cité dans Bongrand et Laborier 2005, p. 5). Ces auteurs précisent que même si l'analyse documentaire est indispensable, « c'est dans l'interview que l'on peut faire émerger les éléments essentiels des structures de sens que constituent les référentiels d'action collective et les référentiels d'action publique » (Muller cité dans Bongrand et Laborier, 2005, p. 7), d'où l'importance des entretiens qui « paraissent une méthode incontournable » (Bongrand et Laborier, 2005, p. 14) en politiques publiques. L'interview : « est une technique de collecte des données qui est plus utilisée que le questionnaire dans l'étude des politiques publiques » (Lemieux, 2009, p. 168). Ainsi, nous avons choisi l'entretien comme autre moyen de collecte d'informations parce qu'« il est un moyen simple, et efficace, voire "facile", de production de données » (Bongrand et Laborier, 2005, p. 23). Ce choix est motivé aussi par le fait que « l'entretien est l'outil de prédilection de la phase exploratoire d'une enquête dans la mesure où [...] il est lui-

même un processus exploratoire » (Blanchet et Gotman, 1992, p. 43). Étant donné la nature exploratoire et descriptive de l'étude ainsi que le niveau de connaissance lacunaire de la situation à étudier, nous avons utilisé précisément le type d'entretien semi-structuré pour parer à d'éventuels manquements. À ce propos, Blanchet et Gotman apportent les précisions suivantes :

C'est ainsi que l'on peut distinguer les entretiens à structure faible ou forte. Le choix de l'un ou l'autre de ces types dépend de la connaissance de la situation que l'on veut analyser.

L'entretien peu structuré s'emploie lorsque cette connaissance est faible (entretiens exploratoires), alors que l'entretien structuré s'emploie lorsqu'on dispose d'informations plus précises sur le domaine étudié et sur la façon dont il est perçu et caractérisé (enquête principale ou complémentaire) (1992, pp.61-62).

Ainsi, nous avons effectué l'entretien semi-directif qui n'est donc « ni totalement fermé, ni totalement ouvert » (Vilatte, 2007, p. 8) afin de mieux centrer les interventions et de mieux cerner l'objet de la recherche. À cet effet, les participants ont été invités à se prononcer sur la problématique de recherche suivant un guide d'entretien préalablement défini, mais ouvert à changements en cours de réalisation. Le guide d'entretien est conçu en fonction de l'objet d'étude (Blanchet et Gotman, 1992) et comporte des thèmes en rapport avec les indicateurs que nous cherchons à renseigner. L'objectif est de recueillir le point de vue des participants, des informations particulières sur le plan « SÉSAME ». Ainsi, le guide d'entretien comporte des thèmes centraux sur lesquels portent les questions à poser aux participants c'est-à-dire les « questions-guides », mais en même temps, il permet, comme le suggèrent Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt (1995) d'amener la personne interrogée à s'exprimer avec un grand degré de liberté sur les thèmes suggérés par un nombre restreint de questions relativement larges, afin de laisser le champ ouvert à d'autres réponses que celles que nous aurions pu explicitement prévoir dans notre travail de construction préliminaire. C'est donc dire que les questions ont été ouvertes et flexibles. La plupart des questions ont été formulées de manières suivantes : « *Parlez-moi de ...* »; « *que pensez-vous de ...?* », « *quelle est votre appréciation sur ... ?*»; « *comment avez-vous perçu ...* »; « *décrivez l'organisation de ...* »; etc.

Dans la pratique, nous avons pris le soin d'aviser d'avance le participant sur les conditions du déroulement de l'entretien individuel : le choix de l'heure et de l'endroit a

été décidé d'un commun accord. Ainsi, les entretiens se sont déroulés dans le bureau des participants ou à leur domicile ou dans un bureau emprunté au CGGO. Ce sont des entrevues face-à-face qui ont duré en moyenne une heure.

Nous avons prévu un ordre de passage des intervenants en alternance en fonction du type de participant : par exemple, respectivement un professionnel du CGGO, un autre du CMS puis un représentant du bureau « SÉSAME » du ministère de la Santé, une personne âgée et enfin un universitaire, ainsi de suite. L'objectif visé à travers cet ordre de passage était de commencer par nous imprégner davantage de « ce qui est » et de « ce qui se passe » afin d'avoir l'information générale avant de recueillir les témoignages des personnes âgées et du participant indépendant. Mais ce planning a été chamboulé par les réalités de terrain du fait des contraintes de disponibilité des uns et des autres. Ainsi, pour rester dans les délais de notre échéancier, nous avons déroulé les entrevues en fonction de la disponibilité des participants. C'est ainsi que nous avons commencé l'entretien avec une personne âgée affiliée à l'IPRES suivie d'une autre affiliée au FNR; ensuite des agents du CGGO et du CMS; puis une PAF, le participant indépendant et enfin les participants de la coordination nationale du plan « SÉSAME ».

En ce qui concerne les guides d'entretien, il nous est arrivé de faire des réaménagements dans l'administration des questions à la suite de la première entrevue. Ces réaménagements ont consisté à changer l'ordre de passage d'un certain nombre de questions dans la mesure où nous nous sommes rendu compte à la première question déjà (« *Parlez-moi des services gérontologiques que vous avez reçus dans le cadre du plan SÉSAME* ») que la participante a eu tendance à se prononcer sur plusieurs aspects des questions qui suivent, sans cependant les approfondir. Cela compliqua un peu la tâche dans la mesure où soit nous lui demandions à l'instant précis de se prononcer davantage sur le point évoqué ou bien nous l'invitions ultérieurement à revenir plus amplement sur la question. Alors, cette dernière alternative donne à l'interviewée l'impression de se répéter, ce qui lui fait dire souvent « *c'est ce que j'ai dit avant...* », ou « *comme je l'ai dit tout à l'heure...* ». C'est ainsi que dès la deuxième entrevue nous avons changé l'ordre des questions mais en restant flexible et en nous adaptant à l'orientation de la discussion.

Les entretiens ont été effectués en langue nationale (Ouolof) et/ou en français selon la préférence du participant. En effet, le choix leur a été donné de s'exprimer dans l'une ou l'autre langue ou dans les deux pour éviter que la barrière linguistique affecte la richesse des informations à recueillir.

La quasi-totalité des entrevues, excepté une seule, a été enregistrée avec un dictaphone parce qu'« enregistrer c'est garder une trace complète de ce qui a été dit et donc la possibilité de revenir dessus » (Vilatte 2007, p. 17). Donc un seul participant n'a pas consenti à l'enregistrement de l'entrevue pour des raisons personnelles, malgré l'explicitation des considérations éthiques concernant le respect de l'anonymat et de la confidentialité ainsi que les dispositifs sécuritaires pour la conservation des documents audio et écrits. Pour ce cas précis, c'est la prise de notes qui s'est imposée. Tous les enregistrements d'entrevues ont été retranscrits en français sous forme de verbatim pour les besoins de l'exploitation des données.

Par ailleurs, nous avons procédé durant toutes les entrevues à des prises de notes d'autant plus qu'il est tout à fait possible et même conseillé, au fur et à mesure que l'interviewé parle, de noter sur un carnet certains de ses propos, de noter ses propres remarques, de conserver ainsi des traces que l'on peut reprendre ensuite au cours de l'entretien (Vilatte, 2007) pour des besoins d'explicitation, de réorientation, de relance ou même de complément d'information. Cela constitue en quelque sorte notre « journal de bord » (Gagnon, 2012), qui sert également à l'enregistrement des données d'observation.

- L'observation

Enfin, nous avons utilisé l'observation comme autre source d'information, car comme l'écrit Yin “*observational evidence is often useful in providing additional information about the topic being studied*” (2003, p. 93). D'autre part, l'acte d'observation permet non seulement d'enregistrer des phénomènes qui n'auraient pas surgi dans les entretiens, que ce soit par omission intentionnelle ou non des informateurs, mais également de repérer les écarts qui peuvent se manifester entre ce qui se dit et ce qui se fait (Mucchielli, 2011). Dans ce cas-ci, l'objectif visé à travers l'acte d'observation est de constater directement la véracité de certains faits, événements ou situations pertinents susceptibles d'étayer, de compléter ou d'infirmer des informations obtenues à travers les

autres sources. À cet égard, nous avons adopté la méthode de l'observation directe non participante dans les structures concernées par l'étude. Nous avons consacré dans chacune de ces structures deux journées à l'observation des faits sous deux angles.

Le premier angle d'observation a concerné la structure en tant que telle par l'identification des dispositifs matériels, techniques et organisationnels en rapport avec la dimension « application » du programme.

Le second est en rapport avec la dimension « effet » de l'exécution du plan « SÉSAME ». À ce niveau, l'observation est axée sur les bénéficiaires du programme et consiste à relever des données observables telles que le flux des personnes âgées en consultation, le temps d'attente dans un service, le service de l'accueil et de l'orientation, leurs comportements, etc. Cela nous a permis d'avoir une idée, indépendamment de l'avis des acteurs sur, par exemple, la facilité d'accès des personnes âgées, l'accueil qui leur est réservé, la dynamique de l'orientation dans la structure, le temps moyen d'attente avant les consultations, etc.

Cette technique sert à recueillir des données relatives à des comportements ou à des conditions environnementales observables en étant présent dans le milieu. Ce peut être une collecte de données formelle, caractérisée par un protocole d'observation visant à mesurer un certain comportement durant certaines périodes de temps en un lieu donné. Mais elle couvre aussi une collecte informelle où toute visite d'un lieu est prétexte à une collecte spontanée de données (Gagnon, 2012, p. 61).

Ainsi, nous avons engagé aussi des échanges informels (Laperrière, 2009; Patton, 2003) avec certains bénéficiaires en vue de recueillir leur avis sur quelques points en rapport avec les indicateurs retenus. Il s'agit donc d'une observation ouverte. Les avantages de ce type d'observation sont la minimisation des tensions éthiques, la plus grande mobilité physique et sociale, et le questionnement plus systématique et exhaustif qu'il permet au chercheur (Laperrière, 2009). C'est donc dire que la méthode de l'observation directe joue un rôle majeur dans le processus de collecte des informations au même titre que les entretiens et la recherche documentaire. De toute manière, « il est rare que les entretiens exploratoires ne soient pas accompagnés d'un travail d'observation ou d'analyse de documents ». Autrement dit, « entretiens, observations et consultations de documents

divers vont souvent de pair au cours d'un travail exploratoire » (Quivy et Campenhoudt, 1995, p. 78).

En somme, ces trois méthodes de collecte de données, combinées au caractère hétérogène de l'échantillon, nous ont permis d'accroître la diversification des sources de données et de réaliser ce que Leplat appelle la « triangulation des types de données et celle des méthodes » (2002, p. 7). Yin insiste particulièrement sur la nécessité, dans une étude de cas, de multiplier ce qu'il appelle « sources of evidence », car cela permet d'atteindre « ce but de croiser les angles d'études ou d'analyse » (Hamel, 1997, p. 103). En effet, selon cet auteur, « les méthodes sont choisies dans le but de placer l'objet d'étude sous le feu d'éclairages différents dans l'espoir de lui donner tout son relief » (1997, p. 104). Il convient de préciser avec Hamel que « ce sont moins les méthodes qui sont « triangulées » que les informations ou les données fournies par leur moyen et qui, croisées, font voir l'objet sous un large horizon » (1997, p. 105). De ce point de vue, nous avons mis l'accent plus sur la pertinence des informations recueillies sous des angles différents à travers les trois sources susmentionnées que sur la variété des méthodes, l'objectif étant « d'amasser beaucoup d'informations et de s'assurer que celles-ci représentent bien la réalité » (Gagnon, 2012, p. 59-60). Ainsi, la triangulation consiste ici « à vérifier systématiquement si l'information recueillie d'une source est corroborée par d'autres sources » (Gagnon, 2012, p. 60).

I-3.2.3 Les outils de collecte des données

Abstraction faite de la recherche documentaire et de la technique de l'observation comme autres moyens de collecte d'informations, les outils formels qui ont servi à recueillir les données des participants sont les questionnaires sociodémographiques et les guides d'entretien.

Les questionnaires sociodémographiques

Ils ont servi à recueillir des informations sur les participants eux-mêmes concernant leur situation sociodémographique. Ces renseignements ont été collectés non pas pour des fins d'analyse quantitative mais pour des besoins d'identification (pour l'étudiant chercheur), de renseignement du profil des participants et subséquemment, de vérification du conformisme avec les critères de sélection établis. Néanmoins, ces informations ont une

grande importance dans la mesure où certaines caractéristiques sociodémographiques telles que le lieu de résidence, la profession exercée, le nombre d'usage du plan permettent non seulement de mieux appréhender le discours de la personne âgée par exemple, en faisant le lien avec ces données mais aussi de fournir des éléments d'appréciation utiles à l'analyse et à l'interprétation des données.

Par ailleurs, il y a une légère différence entre le questionnaire sociodémographique destiné aux personnes âgées et celui destinés aux autres types de participants d'autant plus que les attentes ne sont pas forcément les mêmes d'un type de participant à l'autre. Ainsi le questionnaire sociodémographique administré aux participants comporte des questions qui ont été jugées utiles et pertinentes pour l'exploitation des données d'entrevues.

Tableau 5 : Questionnaires sociodémographiques destinés aux participants

Questionnaire sociodémographique (personnes âgées)	Questionnaire sociodémographique (autres participants)
Participant n° : Âge : Sexe : Profession exercée : Catégorie de retraité : Association de personnes âgées : Fonction dans l'association de personnes âgées : Lieu d'habitation : Nombre d'usage du plan « SÉSAME » :	Participant n° : Âge : Sexe : Profession : Fonction : Structure :

Les guides d'entretien

Les guides d'entretien ont été conçus en rapport avec les informations recherchées visant à renseigner les indicateurs de la grille d'analyse. Ces indicateurs sont directement rattachés aux différents critères de l'évaluation de politiques publiques. Ces guides comportent des questions ouvertes générales avec des sous-rubriques en guise d'approfondissement, de précision ou de clarification mais aussi des questions spécifiques à chaque catégorie de participants. Cependant il faut préciser que

l'administration des guides a connu une grande souplesse autant dans la forme que dans le fond en fonction des dispositions personnelles de chaque participant ainsi que de l'orientation de la discussion sans pour autant biaiser la quintessence du contenu.

Les questions destinées aux personnes âgées portent fondamentalement sur leurs expériences, leurs connaissances, leur perceptions, leur opinion, leurs appréciations des faits (Patton, 2003) sur divers éléments de l'exécution de la politique « SÉSAME ».

Pour les professionnels du CGGO et du CMS de l'IPRES, il s'est agi en somme de faire la description des modalités de mise en œuvre dans leurs structures respectives, de livrer leur impression et leur appréciation des faits eu égard à l'exécution du plan « SÉSAME » en général...

Quant aux participants de la coordination nationale du plan, les questions ont trait, entre autres, aux éléments de contexte, aux principes de base qui sous-tendent cette politique, aux mécanismes de mise en œuvre (fonctionnement et procédures), au bilan de l'exécution du plan.

Enfin, le participant indépendant a été invité à livrer sa lecture et son opinion sur presque l'ensemble thèmes abordés avec les autres participants le but étant d'avoir une vision scientifique et objective d'ensemble de l'exécution du plan à travers un « observateur extérieur ».

En bref, les guides d'entretien sont constitués de onze (11) questions générales pour les personnes âgées, douze questions pour le participant indépendant et quatorze (14) questions générales pour les autres types de participants.

I-3.3. Stratégies d'analyse

La démarche adoptée pour l'exploitation des données est l'analyse de contenu. Cette stratégie « porte sur des messages aussi variés que des œuvres littéraires, des articles de journaux, des documents officiels [...] des déclarations politiques, des rapports de réunion ou des comptes rendus d'entretiens semi-directifs » (Quivy et Campenhout, 1995, p. 229). Ainsi, nous concevons l'analyse de contenu comme étant un ensemble d'instruments méthodologiques qui s'appliquent à des « discours » extrêmement diversifiés, fondé sur la déduction ainsi que l'inférence (Wanlin, 2007). Ce faisant,

l'analyse porte sur les documents ciblés à cet effet; sur les données issues des entretiens individuels semi-directifs ainsi que sur les notes d'observation selon une logique inductive

définie comme un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, ces procédures étant essentiellement guidées par les objectifs de recherche. Elle s'appuie sur différentes stratégies utilisant prioritairement la lecture détaillée des données brutes pour faire émerger des catégories à partir des interprétations du chercheur qui s'appuie sur ces données brutes (Blais et Martineau, 2006, p. 3).

En effet, l'approche d'analyse inductive est une approche particulièrement appropriée pour l'analyse de données provenant d'objets d'étude à caractère exploratoire (Blais et Martineau, 2006) pour lesquels nous cherchons à faire apparaître des dimensions peu explorées. Au demeurant, la démarche retenue pour analyser l'ensemble de ces données est fondée sur le modèle d'analyse proposé par Gagnon (2012), qui se résume en trois types d'activité : l'épuration, le codage et l'analyse.

L'épuration des données s'applique aux verbatims. Il s'agit ici de « préparer les données brutes » (Blais et Martineau, 2006, p. 10) afin de les mettre dans un « format approprié à leur codification » (Gagnon, 2012, p. 72). Cette phase a consisté à mettre en forme les textes afin de les rendre plus intelligibles, plus accessibles et donc de les mettre sous une forme appropriée à l'exploitation des données. Les tâches principales dans cette phase ont consisté à :

- Élaguer certains mots ou expressions répétés plusieurs fois pour exprimer la même chose, les tics, les interjections répétitives, les phrases inachevées reprises, les erreurs rectifiées, tant que cela n'affecte pas le sens de l'idée exprimée. Certaines répétitions ne sont pas éliminées puisqu'elles peuvent être révélatrices de l'état d'esprit, des sentiments ou même de l'insistance du participant sur un fait;
- Corriger les lapsus en mettant les mots appropriés;
- Mettre en marge les commentaires personnels de l'intervieweur ou les notes d'observation dans la transcription. Exemple : téléphone qui sonne, interruption de l'entrevue pour une raison précisée, attitudes du participant ...;

- Reconsidérer et corriger les ponctuations en tenant compte de la structure des idées;
- Corriger les fautes de langue française
- Etc.

Ensuite, nous avons procédé à la codification des données de façon à organiser et trier les données pour en faciliter l'analyse (Gagnon, 2012). Il s'agit dans ce processus de codage-triage d'identifier et de coder des passages des textes évoquant les catégories et les concepts qui décrivent le phénomène étudié (Gagnon, 2012). Ici commence un travail de thématisation qui se fait en continue: cette démarche en continue permet une analyse fine et riche du corpus (Paillé et Mucchielli, 2008).

Au commencement de cette activité de codification, chaque verbatim a été lu plusieurs fois afin d'en saisir le sens global. Puis nous avons relevé les thèmes centraux qui se dégagent du corpus en les subdivisant en unités d'information (Gagnon, 2012) puis en unités de signification (Paillé et Mucchielli, 2008; Bardin, 2003) qui sont codées. Ce codage a été réalisé selon une procédure ouverte et inductive dite *bottom-up* permettant de faire émerger les catégories des unités d'information contenues dans les textes (Gagnon, 2012). Cela implique « un effort d'identifications de thèmes, de construction d'hypothèses (idées) émergeant des données ainsi que de clarification du lien entre les données, les thèmes et les hypothèses conséquentes » (Tesch, 1990 cité dans Wanlin, 2007, p. 251).

Il s'agit de rassembler ou de recueillir un corpus d'informations concernant l'objet d'étude, de le trier selon qu'il y appartient ou non, de fouiller son contenu selon les ressemblances « thématiques », de rassembler ces éléments dans des classes conceptuelles, d'étudier les relations existant entre ces éléments et de donner une description compréhensive de l'objet d'étude (Wanlin, 2007, p. 252).

Ce processus de codification/catégorisation a été effectué avec le logiciel Word, considérant la petite taille de l'échantillon ainsi que la structuration en amont de la grille d'analyse. Nous avons en effet toujours gardé en repérage la grille de base des dimensions et des critères d'analyse comme étendard durant tout le processus. Tout cela a été facilité par le fait que toutes ces tâches ont été effectuées par le même chercheur, de la

conception du projet à l'exploitation des données, en passant par la collecte et la transcription.

Ainsi, nous avons extrait dans un premier temps des sous-catégories pour l'ensemble des verbatims à partir des unités de signification elles-mêmes composées d'unités d'information qui renvoient aux mêmes types de renseignements. À la suite de la codification du premier verbatim, il émanait de chacun des textes suivant des sous-catégories déjà enregistrées ou de nouveaux codes. La différence des codes variait dans une moindre mesure d'un participant à l'autre dans la même catégorie mais, davantage d'une catégorie de participants à une autre. Cela peut s'expliquer d'une part par la diversification des informations recherchées à travers les guides d'entretien et par la différence des niveaux de connaissances et des champs d'intérêt et de compétences. Il est arrivé également que des unités d'information soient classées dans des codes distincts. Mais en définitive, les sous-catégories ont été par la suite mises en relation et classées dans des catégories qui renvoient aux critères correspondant le mieux au sens et à l'information recherchés. Et chaque critère est référé naturellement à la dimension qui l'englobe. C'est ainsi que les six (6) critères d'évaluation retenus ont été renseignés.

Enfin, dans l'étape de l'analyse des données, nous avons commencé par trier et rassembler tous les documents pertinents se rapportant à l'objet de la recherche (Gagnon, 2012; Wanlin, 2007). Au demeurant, il s'est agi de donner un sens à des corpus de données brutes (Blais et Martineau, 2006) qui sont donc traitées de manière à être significatives et valides (Wanlin, 2007; Bardin, 2003), et de voir si des tendances ou « *patterns* » s'en dégagent (Gagnon, 2012). Ces *patterns* sont synthétisés et mis en relation en rapport avec la problématique et la question de recherche pour des fins de description exhaustive dans le contexte réel de l'application du plan « SÉSAME ». Ainsi, pour garder ce fil conducteur, nous avons gardé constamment le souci de renseigner les indicateurs qui sont corrélativement liés aux questions spécifiques de recherche. Tout compte fait, l'analyse et l'interprétation des données brutes telles que classifiées dans l'étape précédente permettent non seulement de renseigner les indicateurs mais aussi et surtout de donner des réponses aux questions de recherche. C'est la raison pour laquelle nous avons articulé l'analyse et l'interprétation des données sur les objectifs de

recherche. Il s'agit donc de rendre compte des résultats de recherche en fonction des objectifs fixés au départ.

Dans cette même logique d'analyse des données, nous avons arrimé les résultats à l'approche réaliste en intégrant à chaque niveau les différentes composantes de l'évaluation réaliste, d'autant plus que la “ *realistic evaluation*” « *is appropriate when the goal of the evaluation is learning about the program* » (Westhorp *et al.*, 2011, p. 11). Ainsi, cette seconde phase de l'analyse a commencé par l'identification et la description des éléments de contexte qui ont prévalu à la mise en œuvre du plan « SÉSAME » eu égard à la situation des personnes âgées en général et à leurs besoins de prise en charge sanitaire en particulier. Il s'agit là de mettre en exergue les circonstances dans lesquelles le programme est introduit en s'appuyant sur le cadre dans lequel s'opère le plan « SÉSAME » en lien avec les structures sanitaires à l'étude. Parmi ces éléments de contexte, l'accent a été mis particulièrement sur les dimensions socio-économiques et politiques. Ce faisant, il a fallu exploiter les documents existants disponibles ainsi que l'ensemble des données d'entrevues afin de bien circonscrire ces dimensions essentielles à la mise en œuvre du plan.

Ensuite, on a procédé au décryptage de la logique de fonctionnement du programme en décrivant les orientations, les objectifs (que l'on retrouve généralement dans les documents officiels), les composantes (du programme) ainsi que les procédures (modes opératoires) liées à l'application du plan : “Program ‘mechanisms’ relates to ‘how’ programmes work” (Whesthorp, 2011, p. 5), “*it is not programmes that work but the resources they offer to enable their subjects to make them work*” (Pawson and Tilley, 2004, p. 6). C'est par l'examen de ces divers éléments qu'on peut saisir les mécanismes actionnés dans la mise en œuvre du plan, d'autant plus qu'« un mécanisme est généralement caché » et qu'il est « sensible aux variations du contexte » (Ridde, Robert, Guichard, Blaise et Van Olmen, 2012, p. 3). Les mécanismes sous-jacents, plus explicites et plus perceptibles, ont été considérés comme étant des stratégies conçues pour produire des effets. Ces stratégies constituent en quelques sortes des sous-mécanismes qui permettent d'éclairer le mécanisme implicite général. Donc, au lieu de parler par exemple de mécanismes (M1, M2, M3) pour un même contexte (C1), l'on a préféré considérer la formule mécanisme (M1) puis stratégies (S1, S2, S3...), de façon à comprendre les

modes opératoires ou la logique d'action publique en question (Draelants et Maroy, 2007). Au final, l'objectif principal est de voir comment ces stratégies et, subséquemment, ces mécanismes se traduisent en résultats dans un contexte donné.

L'analyse des effets transcende les « outputs », considérés comme « les actes de mises en œuvre d'une politique publiques », et réfère plutôt aux « *outcomes* » qui englobent « les effets visés et non voulus, souhaités et non souhaitables, directs et indirects » (Knoepfel *et al.*, 2001 cités dans Draelants et Maroy, 2007, p. 5). Dans ce cas précis, l'examen des « *outcomes* » concerne les effets de la politique « SÉSAME » sur les catégories de personnes âgées et sur les institutions impliquées dans sa mise en œuvre (État, IPRES, CGGO, CMS/IPRES). Cependant, il ne faut pas perdre de vue que cette analyse des effets se fait en termes d'équité dans l'accès et l'utilisation des services par les catégories de personnes âgées via le plan « SÉSAME ». Ce que l'on cherche à comprendre, en définitive, peut se résumer en ces termes : est-ce que l'application du plan « SÉSAME » fonctionne, comment, pour quelle catégorie de personnes âgées et dans quel contexte? Les effets (*outcomes*) que l'on cherche à mettre en évidence procèdent de l'interaction entre les mécanismes et les contextes, conformément à l'approche de Pawson et Tilley (1997). Cependant, on ne cherche pas à vérifier des effets constants et reproductibles mais plutôt à observer des régularités ou des tendances dans les effets positifs ou négatifs (Ridde *et al.*, 2012), voulus ou non.

À ce niveau d'analyse, la démarche est inductive, donc les théories qui émergent de l'analyse sont empiriques et portent sur ce qui est (Daigneault, 2011). Néanmoins, l'on doit préciser que les conclusions qui en résultent ne sont pas généralisables à l'ensemble des contextes, mais permettent néanmoins d'édifier la réalité sur les « *outcomes* » induits par les mécanismes de fonctionnement du plan « SÉSAME » dans des contextes donnés. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous n'avons pas eu la prétention d'élaborer une théorie de grande portée qui établit une configuration générale avec une mise en relation contexte-mécanismes-effets telle que préconisée par Pawson et Tilley (1997), ni de proposer des explications causales (Ridde, Queuille *et al.*, 2012), mais plutôt de décrire « le mécanisme (M) actionné par l'intervention pour produire ses effets (E) dans un contexte donné (C) » (Ridde, Robert *et al.*, 2012, p. 3).

C'est donc sur la base de ces analyses que des enseignements seront tirés de l'application de la politique « SÉSAME » pour ainsi proposer des pistes réflexion qui puissent servir aux différents acteurs.

II – Difficultés

Conscient des difficultés qui peuvent éventuellement surgir, nous avons pris la précaution de faire une première descente sur le terrain en guise d'imprégnation. Lors de cette phase pré-enquête, nous avons échangé avec certaines personnes ressources sur la nature du phénomène à étudier, ce qui sert « à prendre connaissance de la nature et de l'envergure du matériel à traiter, et à prévoir les obstacles susceptibles de nuire aux travaux » (Roy, 2009, p. 217). Malgré tout, la réalisation de l'étude a été ponctuée de difficultés parmi lesquelles on peut noter :

- la complexité du système d'assistance « SÉSAME » qui présente des facettes dont plusieurs acteurs ne maîtrisent pas tous les arcanes;
- les difficultés d'accès à certains documents administratifs tels les textes officiels qui organisent l'application du plan ainsi que ceux explicitant les dispositions internes dans les structures de santé où les prescriptions sont parfois inconnues;
- la disponibilité de certaines personnes ressources pour l'entrevue en raison de leurs responsabilités professionnelles. Certains participants ont mis plusieurs semaines avant de trouver une plage horaire pour l'entrevue;
- La pression politique ou administrative a fait surface également dans quelques rares situations, d'autant plus que certains participants ont hésité à signer le formulaire d'information et de consentement.

Par ailleurs, la rigueur scientifique et la constance dans la démarche, le professionnalisme des acteurs sur le terrain et leur connaissance du problème ont contribué à minimiser les biais, à contourner les difficultés et à limiter les risques afin de produire un travail qui reflète le mieux la réalité empirique dans les conditions idoines.

III – Considérations éthiques

Cette étude n'aurait pu être réalisée sans l'approbation du projet par le comité d'éthique de la recherche du CSSS-IUGS. C'est sur la base des principes éthiques en vigueur dans ce comité que la recherche a été effectuée.

Alors, à l'entame de l'activité de recherche, une lettre de présentation de l'étude ainsi que la lettre d'approbation finale du comité d'éthique furent présentées aux participants dès la première rencontre. Par la suite, nous avons soumis à chaque participant le formulaire d'information et de consentement pour leur signature validant leur consentement. Nous n'avons recruté qu'un seul participant analphabète pour qui nous avons pris la précaution d'expliquer en langue nationale le contenu des différentes lettres en lui demandant au besoin de solliciter la traduction d'une tierce personne pour se rassurer. Un exemplaire signé du formulaire a été donné à chaque participant.

Tous les principes de base des considérations éthiques furent expliqués clairement aux participants et des réponses ont été apportées à leurs questionnements. Parmi ces principes éthiques valables pour toute la durée de l'étude, nous pouvons citer :

- La participation libre et volontaire sans pression aucune;
- Le désistement possible à tout moment sans préjudice associé à l'acte;
- Le caractère strictement confidentiel de l'entrevue et l'usage scientifique des données recueillies;
- L'anonymisation des données;
- Le respect de la dignité humaine pendant tout le processus de la recherche.

De même, il a été précisé aux participants que l'étude ne présente pas d'inconvénient pour les bénéficiaires du programme (les personnes âgées) et nous veillons à ce qu'elle ne présente pas non plus de risques pour les autres types de participants. À cet effet, nous avons décidé de faire fi des renseignements médicaux des personnes âgées pendant les entrevues mais aussi de faire en sorte que les informations sensibles ne puissent en aucun cas être reliées aux sources.

DEUXIÈME PARTIE : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Chapitre 1. Analyse du contexte de mise en œuvre du plan « SÉSAME »

I – Conditions d’émergence de la politique « SÉSAME » : éléments de contexte

I-1. Contexte économique

Au Sénégal, la conjoncture économique se fait sentir autant chez les jeunes que chez les âgées parce que ces derniers ne sont pas exempts de responsabilités exigeant des ressources financières. Or la situation de retraite ou l’inactivité professionnelle ont des répercussions sur la situation économique en termes de baisse du pouvoir d’achat des personnes âgées qui, en grande partie, tirent le diable par la queue alors qu’elles ont généralement des charges financières dans divers domaines. Cette déclaration d’un retraité permet d’avoir une idée des responsabilités qui leur incombent parlant de l’opportunité du plan « SÉSAME ».

(Participant n° 2) « C’est opportun parce que justement les personnes âgées sont une frange de la population! Et dans notre société, comme les personnes âgées qui constituent les, qui contrôlent, qui gèrent les 38 à 39% des ménages, il est bien évident que cette question-là soit portée au plus haut sommet. ».

C’est donc dans un contexte de paupérisation de cette frange de la société que l’initiative du plan « SÉSAME » a émergée.

I-2. Contexte social

Le plan « SÉSAME » a été initié au Sénégal dans un contexte de transition démographique où le vieillissement de la population se pose non seulement en proportion mais aussi et surtout en termes d’effritement des valeurs de solidarité intergénérationnelle. Face à cette situation, les aînés regroupés en association de personnes âgées et de retraités ont travaillé sur un mémorandum où sont notifiées l’ensemble de leurs préoccupations en matière de santé et d’action sociale. Ils ont interpellé à plusieurs reprises les autorités sur ces questions, principalement sur l’accès aux soins de qualité qui semblait plus pressant. Ainsi, les autorités ont été sensibles à ces doléances qui ont interpellé la collaboration et l’engagement des techniciens de la santé pour mettre en place un plan de solidarité national envers les aînés.

I-3. Contexte politique et institutionnel

Avant l'avènement du plan « SÉSAME », il y avait déjà un bureau de la santé pour la prise en charge médicale des personnes âgées au ministère de la Santé et un bureau au ministère de l'Action sociale pour leur prise en charge sociale. De même, la volonté ambitieuse d'instaurer une carte « SÉSAME », qui serait une carte prioritaire d'accès aux soins pour les personnes âgées, traduit l'intérêt des autorités d'alors de mettre en place un système d'assistance médicale en leur faveur. C'est ainsi qu'en 2003 le président Abdoulaye Wade a annoncé solennellement la mise en œuvre du plan « SÉSAME » en ces termes :

Comme vous le savez, j'ai décidé d'accorder les médicaments gratuits aux personnes âgées. Cet acte traduit l'idéal de solidarité intergénérationnelle si caractéristique de notre peuple. En effet, chez nous, chacun nourrit le rêve secret de vivre avec ses parents et de prendre soin d'eux. Mais, lorsque, par la force des choses, ce rêve ne peut être réalisé, il est juste que la Nation s'en charge. C'est pourquoi j'ai instruit le ministre de la Santé et de la Prévention médicale de concevoir, avec les partenaires comme l'Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES), le Fonds national de retraite FNR, la faculté de médecine de Dakar et les collectivités locales, un plan de couverture médicale permettant aux personnes âgées de bénéficier de soins gratuits dans des hôpitaux, centres et postes de santé sélectionnés sur l'ensemble du territoire national. Une subvention de 700 millions de francs CFA sur fonds propres de l'État sera dégagée à cet effet pour couvrir ce nouveau système de solidarité dénommé "SÉSAME" ».

Extrait du discours à la nation du président de la république du 03 avril 2006

À la suite de ce discours, l'exécution du plan « SÉSAME » fut lancée en septembre 2006, soit cinq mois plus tard, à travers le territoire national sous la houlette du ministère de la Santé, où se trouve le bureau de la santé des personnes âgées communément appelé bureau « SÉSAME ». L'organisation de cette mise en œuvre est assurée par une équipe incluant le coordonnateur national du plan.

II – Mesures d'application du plan « SÉSAME »

L'extrait de discours du président consacrant la naissance du plan « SÉSAME » rend compte pour l'essentiel des dispositions prises au sommet pour la réalisation de ce programme de couverture médicale pour les personnes âgées confiée au ministère de la Santé et de la Prévention médicale de l'époque en partenariat avec l'IPRES, le FNR, les collectivités locales et la Faculté de médecine de l'université Cheikh Anta Diop de Dakar.

II-1. Dispositions formelles réglementant l'offre des services

Les dispositions générales sont stipulées dans le décret n° 2008-381 du 7 avril 2008 (République du Sénégal, 2008a) instituant le système d'assistance « SÉSAME » :

- Le système d'assistance « SÉSAME » est en faveur des personnes de nationalité sénégalaise âgées de 60 ans et plus;
- Les bénéficiaires ont droit à la gratuité ou à la réduction du coût des prestations médicales sur l'étendue du territoire national ainsi qu'à un accès aux services sociaux.
- Les personnes âgées peuvent bénéficier du système sur présentation de la carte nationale d'identité numérisée qui leur donne une priorité d'accès aux services de santé;
- L'organisation des modalités de fonctionnement sont fixés conjointement par le ministère de la Santé et de la Prévention; le ministère de l'Économie et des Finances et du ministère de la Femme, de la Famille et du Développement social.

Découle de la promulgation de ce décret des arrêtés ministériels qui organisent le processus de mise en œuvre du plan.

Au niveau opérationnel, un manuel de procédures a été élaboré pour définir l'organisation technique des modalités d'exécution du plan au niveau national. Ce manuel de procédure décline de manière générale comme suit:

- Les services médicaux éligibles pour les 60 ans et plus dans le cadre du plan, dont gratuité des soins et des médicaments essentiels;
- Des services sont exclus du plan, par exemples:
 - Soins de dialyse rénale;
 - Prothèses (dentaires, de hanches, etc.);
 - Implants sauf les implants oculaires;
 - Pace maker;
 - Évacuation sanitaire pour l'étranger;
 - Médicaments de spécialités (des officines privées);
 - IRM;
 - Scanners sauf urgence;
 - Hospitalisation en 1^{ère} et 2^{ème} catégorie;
 - Soins de beauté et chirurgie esthétique;
 - Bilan systématique.

- Le respect de la pyramide sanitaire : le poste de santé d'abord, ensuite le centre de santé et, enfin, l'hôpital;
- Le système de référence contre référence.

II-2. Procédures opérationnelles dans l'exécution du plan « SÉSAME »

De prime abord, il convient de préciser que la configuration du système de soins sénégalais repose sur une échelle pyramidale à trois niveaux. À la base de la pyramide se situe le district sanitaire qui comprend la case de santé au plus bas niveau de l'échelle, puis le poste de santé, ensuite le centre de santé et, enfin, l'hôpital de région. Ces différentes structures de soins constituent le niveau opérationnel où sont exécutés les politiques et programmes de santé. Ensuite, il y a au niveau intermédiaire la région médicale qui coiffe et supervise les activités des districts. Enfin, au sommet de la pyramide, se situe la direction de la santé au ministère de tutelle qui est chargée de la conception et de l'élaboration des politiques et programmes de santé.

En ce qui concerne l'exécution du plan « SÉSAME », les procédures opérationnelles en vigueur dépendent des circonstances et des cas de figures conformément aux dispositions contenues dans le manuel de procédures. Ainsi, il y a trois étapes dans le processus de prise en charge des personnes âgées avec le plan.

Première étape

La personne âgée doit se présenter munie de sa pièce d'identité numérisée au poste de santé le plus proche, donc au premier niveau de la pyramide. La prise en charge au poste de santé nécessite l'établissement d'un dossier. Ce dossier comprend :

- La photocopie de la carte d'identité numérisée de la personne âgée
- La demande de remboursement (fournie par le poste de santé et qui spécifie les prestations effectuées).

Ce sont ces deux documents administratifs qui constituent le dossier à acheminer au bureau « SÉSAME » via la région médicale pour le traitement et le remboursement. Ceci est la procédure normale quand l'état de santé ou la prise en charge médicale de la personne âgée ne nécessitent pas un transfert à un niveau supérieur.

Deuxième étape

Au cas où la situation de la personne âgée nécessite un transfert, on lui remet un bulletin de référence qui confirme que la personne âgée a été référée dans un centre de santé donné, où un autre dossier est établi. Ce dossier, également administratif, comprend :

- Une copie de la carte nationale d'identité numérisée de l'ayant droit;
- Le bulletin de référence;
- Une demande de remboursement.

Si l'état de santé de la personne âgée ne nécessite pas un transfert ou une référence à l'hôpital, et donc qu'elle est prise en charge entièrement au centre de santé, ce dossier également est envoyé au bureau « SÉSAME » pour le remboursement.

Troisième étape

Si la situation de la personne âgée nécessite un transfert à l'hôpital, un autre dossier administratif de référence sera produit à l'hôpital. La composition du dossier au niveau de l'hôpital est :

- Le bulletin de référence établi au centre de santé;
- Une photocopie de la carte d'identité numérisée de la personne âgée;
- Une lettre de garantie délivrée par un médecin habilité : ce ne sont pas tous les médecins qui sont habilités à délivrer des lettres de garantie
- Un document justifiant les prestations faites.

Ce sont ces documents qui parviennent au bureau « SÉSAME » du ministère en provenance des hôpitaux pour chaque personne âgée prise en charge.

S'ajoute à ces mesures concernant les personnes âgées de 60 ans et plus en général, des dispositions spécifiques eu égard à la prise en charge des retraités. En effet, les retraités de la fonction publique sont censés faire usage du plan « SÉSAME » en complément de l'imputation budgétaire qui couvre déjà les 4/5 des prestations médicales. Ainsi, avec cette imputation budgétaire, seul le cinquième (1/5) restant des dépenses serait à la charge du plan en plus des médicaments gratuits.

Quant aux retraités affiliés à l'IPRES, c'est la carte IPRES qui leur donne accès au plan « SÉSAME »/IPRES au CMS et dans les centres médico-sociaux régionaux de

l'institution. Au besoin, ces retraités peuvent être référés dans les structures hospitalières concernées par la convention⁸ signée avec l'institution.

En définitive, les procédures sont similaires dans tous les cas sur présentation de la carte d'identité numérisée, mais à la seule différence que là où les PAF ont accès avec seulement leur carte d'identité, les retraités de la fonction publique devraient se présenter avec l'imputation budgétaire en plus, alors que ceux de l'IPRES doivent bénéficier des soins au CMS/IPRES à Dakar ou dans les régions avec leur carte IPRES.

Toutefois les personnes âgées, toutes catégories confondues, peuvent ne pas respecter cette procédure normalisée formelle dans certaines circonstances. Par exemple, elles peuvent se rendre directement à l'hôpital en cas d'urgence ou les fins de semaines ou jours fériés et, par la suite, remplir les formalités de base avec les justificatifs nécessaires.

III – Description des sites d'observation à l'étude

III-1. Le Centre de gériatrie et de gérontologie de Ouakam (CGGO)

Le CGGO est une structure gériatrique construite dans l'enceinte du centre de santé de la commune de Ouakam faisant partie du district Ouest de Dakar. Il est quasiment entièrement financé par la ville de Dakar, que ce soit pour la construction, les équipements, les dotations en moyens humains, etc., et par l'État, dont la contribution vient en appoint, surtout en termes de personnels. Le centre est également bien appuyé sous diverses formes par la fondation SONATEL dans le cadre du mécénat ou du partenariat entre les deux institutions.

Le CGGO constitue un pôle pluridisciplinaire qui permet d'assurer la prise en charge des personnes âgées dans diverses spécialités. Parmi ces spécialités, il y a les services dont le fonctionnement et les activités sont continus et les consultations avec des activités périodiques (hebdomadaires ou bihebdomadaires). Il s'agit principalement des spécialités suivantes :

1. Gériatrie
2. Consultation de cardiologie

⁸ Il faut rappeler que l'IPRES a signé une convention avec l'ensemble des structures hospitalières du territoire national pour permettre à ses affiliés l'accès au système public à des tarifs préférentiels à la charge de l'institution.

3. Consultation de neurologie
4. Consultation de dermatologie
5. Consultation d'ORL
6. Service d'urologie (chirurgie)
7. Service d'ophtalmologie (chirurgie cataracte)
8. Prestations de kinésithérapie
9. Consultation de psychiatrie
10. Activités de radiologie

En ce qui concerne le matériel existant, le centre est sous-équipé, et l'équipement dont il dispose est le plus souvent obsolète, comme par exemple le matériel d'échographie ou la lampe à fente pour la recherche de cataractes. Sinon, le centre ne dispose pas de matériels qui lui sont propres pour les autres types de diagnostic, d'analyses ou d'interventions chirurgicales en dehors de la cataracte et de la prostate. Et il arrive que des entrepreneurs privés apportent leurs matériels pour certains services, moyennant un pourcentage sur les coûts des prestations. De même, le centre souffre du manque de salles d'hospitalisation puisqu'il ne compte qu'un seul bloc avec trois cabines pour les patients.

En définitive, le CGGO est à même d'assurer une pléthore de prestations mais ce sont les ressources matérielles qui font défaut.

III-2. Le Centre médicosocial (CMS) de l'IPRES

Au Sénégal, c'est l'Institution de prévoyance retraite du Sénégal (IPRES) qui est chargée de l'organisation et la gestion du régime de retraite pour les travailleurs du secteur privé régi par le code du travail. Ainsi, le centre médicosocial de l'IPRES est une polyclinique de soins spécialisée en gériatrie mise en place depuis 1982, réhabilité en 2005, et qui prend en charge les retraités affiliés à l'institution ainsi que leurs familles. À ce jour, il est un centre hospitalo-universitaire de gériatrie conventionné à la faculté de médecine de l'université Chekh Anta Diop de Dakar. Le centre médico-social de l'IPRES est situé dans une zone industrielle de Dakar. Depuis sa réhabilitation, il est doté d'une pluralité d'unités de soins que sont :

1. Médecine gériatrique
2. Médecine générale

3. Gynécologie obstétrique
4. Odontostomatologie
5. Ophtalmologie
6. ORL
7. Urologie
8. Rééducation fonctionnelle
9. Pédiatrie
10. Soins chirurgicaux
11. Service d'hospitalisation de jour

Le plateau technique du centre est bien fourni en matériel nécessaire aux différents services (ophtalmologie, radiologie, bloc chirurgical, laboratoire d'analyse biologique) et pour diverses activités, à l'exception du scanner et de la mammographie. Le centre assure également un service d'hospitalisation de jour avec un bon dispositif de prise en charge des malades. Il dispose aussi d'une ambulance médicalisée pour les besoins d'évacuations de certains malades. Le centre compte un nombre important de médecins (titulaires et vacataires) et de personnel paramédical et administratif.

Ainsi, le CMS est considéré en définitive comme un centre de référence gériatrique qui participe en plus de l'offre de soins à la formation des médecins gériatres et des paramédicaux.

Chapitre 2. Présentation des résultats sur l'exécution du plan « SÉSAME »

I – Les modalités de mise en œuvre du plan « SÉSAME »

I-1. Ressources financières : modes de financement et de remboursement

À l'annonce de l'exécution du plan « SÉSAME », l'État du Sénégal s'est engagé à mettre à disposition une enveloppe annuelle de 700 000 000 de francs CFA. Seulement, selon certains participants, ce montant connaît des fluctuations au fil des années; tantôt à la hausse, tantôt à la baisse.

L'Institution de prévoyance retraite du Sénégal décaisse une enveloppe annuelle de 300 000 000 francs consacrée exclusivement au système d'assistance « SÉSAME » pour ses retraités. De source fiable, ce montant est à la hausse depuis le lancement du plan. Toute proportion gardée, l'institution met plus d'argent que l'État considérant la proportion du nombre de retraités qu'elle gère comparativement à l'État qui a en charge la totalité des personnes âgées. Les collectivités locales sont en droit de poser des actes dans le système de santé en général, ne serait-ce que dans le cadre du transfert des compétences⁹ régi par le code des collectivités locales. Depuis le lancement du plan, il n'y a que la collectivité locale de Thiès qui a dégagé une enveloppe de 30 000 000 de francs CFA en guise d'appui à l'hôpital régional de la même région en 2006. C'est donc dire que le financement du plan « SÉSAME » ne repose que sur ces trois sources avec un fond annuel qui tourne autour de 1 milliard de francs.

À l'origine, les fonds alloués par l'État servent à couvrir le cinquième de l'imputation budgétaire des anciens fonctionnaires ainsi que la totalité de la prise en charge des PAF. Leur répartition se fait au prorata de la répartition géographique des personnes âgées sur l'ensemble du territoire national, mais aussi en fonction du niveau de l'hôpital, nous confie le participant n° 10. Les fonds de l'IPRES sont destinés à honorer les dépenses liées à la prise en charge de leurs retraités dans les établissements publics de santé.

Les modalités de remboursements des prestations effectuées se font en fonction du statut des établissements de santé.

⁹ Santé, population et action sociale constitue un des neuf domaines de compétences transférées par la loi n° 96-07 du 22 mars 1996 portant sur le code des collectivités locales.

S'agissant des hôpitaux, c'est un système de préfinancement qui est en vigueur, c'est-à-dire que l'argent est pré positionné dans leurs comptes respectifs pour l'exécution du plan. Mais compte tenu des retards dans les versements, il arrive que ces hôpitaux encaissent les montants après les prestations de services.

Les postes de santé et les centres de santé, quant à eux, sont remboursés en nature, précisément en médicaments. En effet, c'est la pharmacie nationale d'approvisionnement (PNA) qui a en charge le remboursement dans ces structures de santé en médicaments génériques essentiels, disponibles avec l'Initiative de Bamako pour les prestations effectuées dans le cadre du plan « SÉSAME ». Selon un professionnel de la santé, la difficulté avec cette logique de remboursement est que la plupart des médicaments ne sont pas remboursés par la PNA parce que ceux qui sont destinés au traitement des pathologies chroniques des personnes âgées ne font pas partie des médicaments essentiels.

I-2. Ressources matérielles et infrastructurelles

De prime abord, il faut rappeler que le plan « SÉSAME » est exécuté dans les établissements de santé construits avant son avènement, et que parmi ces établissements sanitaires, il n'y a que le CGGO et le CMS/IPRES qui sont spécialisés en soins gériatriques.

L'activité d'observation menée au cours de la recherche a permis de constater que l'architecture et la configuration du CMS/IPRES répond aux « normes » adéquates, conformes à un environnement qui accueille des aînés : un grand espace bien aéré avec un grand hall; beaucoup de sièges pour les patientes et les patients; des écrans de télévision; des pavés bien aménagés et nivelés facilitant ainsi le déplacement des aînés; etc.

Quant au CGGO, l'aménagement de l'espace reste classique, avec un espace d'accueil pas assez grand pour plus d'une centaine de visiteurs. De même, les escaliers ne facilitent pas le déplacement des patientes et des patients sur une chaise roulante.

Donc, force est de constater qu'un problème d'infrastructures se pose par rapport à l'application du plan, ce qui est renforcé par l'absence d'unités gériatriques dans les différents hôpitaux.

Concernant les ressources matérielles, le témoignage d'un des participants reflète éloquentement la situation qui prévaut.

Participant no 4 « ... les hôpitaux, c'est l'État aussi. Donc tout ce qui existe là-bas, tout ce qui est matériel là-bas, c'est l'État. Donc on dit que peut-être le plan « SÉSAME » bénéficie de ces moyens de l'État... Donc là on considère que c'est les biens, quoi! Mais, néanmoins, j'ai pas connaissance que les matériels soient créés uniquement pour le plan « SÉSAME », ou bien que les matériels soient donnés pour dire que c'est pour le plan « SÉSAME ». Sincèrement je n'en ai pas connaissance. »

C'est donc dire qu'il n'y a pas de matériels acquis exclusivement pour accompagner l'application du plan, celle-ci se faisant avec les moyens matériels du bord, d'où la vétusté de la plupart de l'existant au CGGO, contrairement au CMS/IPRES qui est bien équipé.

Et même pour le bureau « SÉSAME », par exemple, une des recommandations de l'inspection générale des finances en 2009 sur la question de l'encours de la dette du plan « SÉSAME » en direction des hôpitaux fut de mettre à disposition un local approprié et équipé de matériels et mobiliers de rangements pour l'archivage des pièces justificatives jointes à l'appui des demandes de remboursements. Il y a donc là aussi un manque de moyens.

I-3. Ressources humaines

Au moment de la recherche, le bureau « SÉSAME » était composé de trois personnes dont :

- Un coordonnateur national qui s'occupe des aspects techniques et de coordination;
- Un agent chargé des hôpitaux;
- Une agente chargée des districts.

Cela veut dire qu'il n'y a que deux agents qui sont chargés du traitement de l'ensemble des dossiers de remboursement sur tout le territoire national.

Dans les établissements de santé, c'est le personnel en service régulier qui exécute les activités afférentes au plan « SÉSAME ». Cependant, il faut signaler qu'il n'y a que

quatre gériatres au Sénégal, tous regroupés dans la région de Dakar : deux au CGGO, un au CMS/IPRES, et un autre à l'hôpital Le Dantec.

II – Les stratégies de mise en œuvre du plan

II-1. Information/communication

La cellule chargée de la communication au ministère de la Santé est le Service national d'éducation pour la santé. Il y a eu, selon une personne ressource un programme de communication dans le cadre du plan « SÉSAME » pour atteindre les cibles : dépliants, kits de communication à la télé et à la radio, en français et en langues nationales. Il a même été initié une émission à la télé intitulée « *Caddu mag* » c'est-à-dire « la voix des anciens » animée par les retraités de la Radiodiffusion télévision sénégalaise, en langue nationale, mais cela n'a duré que le temps de quelques émissions.

II-1.1. Canaux d'accès à l'information des personnes âgées

À la question 3 du guide d'entretien destiné aux personnes âgées (« *Comment avez-vous perçu l'initiative de la mise en œuvre du plan « SÉSAME » en 2006 par les autorités publiques?* »), nous demandions aux participants de dire le canal ou les canaux par lesquels ils ont eu l'information. Ainsi, les réponses des participants ont révélé que les canaux d'accès à l'information sur le plan « SÉSAME » varient en fonction des catégories de personnes âgées. En effet, les retraités interviewées ont pris connaissance du plan à travers les média audiovisuels, les associations de personnes âgées et les rencontres diverses avec les autorités. La personne âgée sans couverture sociale l'a appris par la radio en 2013, soit six ans après le lancement du plan.

II-1.2. Niveau d'information des personnes âgées sur le plan

Un autre axe de discussion de la question 3 est ce qui a été compris du plan « SÉSAME ». Manifestement, les retraités connaissent tout au moins le fonctionnement du programme : les structures qui les prennent en charge, les procédures, les conditions, la gratuité des médicaments essentiels, etc. Par contre, la personne âgée non retraitée n'en sait pas plus qu'elle peut se faire consulter et accéder aux soins gratuitement sur présentation de sa carte d'identité et du dernier rendez-vous d'hôpital :

Participant n° 8 « Comme je vous l'ai fait savoir sur le plan « SÉSAME », tout ce que j'en sais c'est ce que j'ai entendu à la radio et là où j'en suis aux soins. Pour le moment, c'est tout ce que j'en sais, pas autre chose à part ce

que je viens de vous en dire, que je l'ai appris par la radio. En tout cas, quand j'ai été informé, chaque fois que je viens et que je présente ma carte d'identité, on me fait bénéficiaire du plan qui, à la fin de chaque mois, se renouvelle suite à la présentation de la carte d'identité et du dernier rendez-vous ».

Cette personne âgée ne sait même pas que certains médicaments sont gratuits et il confie que c'est lui qui paie de sa poche toutes ses ordonnances.

II-2. Mécanismes de gestion dans le processus de mise en œuvre

II-2.1. Gestion administrative

Tous les dossiers concernant la prise en charge des retraités du FNR et des PAF sont traités finalement au bureau « SÉSAME » pour les besoins de remboursement des établissements de santé qui exécutent le plan. La fiche de remboursement rassemble des informations sur l'identification de l'utilisateur ainsi que l'appartenance à une catégorie de personnes âgées, les services effectués et les montants des prestations.

C'est à l'IPRES que les dossiers de ses affiliés sont traités, et le paiement des services effectués au niveau des hôpitaux publics se fait directement par la même institution. L'IPRES parvient à filtrer ses allocataires par la carte IPRES (au CMS) alors que les formations sanitaires publiques identifient l'appartenance à une catégorie précise de personnes âgées sur la base de la déclaration des usagers. Autrement dit, il n'y a pas un moyen de distinguer les retraités et les PAF dans la mesure où les cartes « SÉSAME » ne sont pas encore confectionnées. Par conséquent, les retraités peuvent déclarer faire partie de la catégorie des PAF et donc bénéficier entièrement de la gratuité des soins au même titre que ces dernières.

Ainsi, les dossiers qui parviennent au bureau « SÉSAME » sont traités sur la base des informations fournies au niveau des structures de santé sans aucun moyen de contrôle de la véracité des faits. De même, lors des échanges informels, une personne âgée a avoué avoir fait bénéficier son jeune frère de moins de 60 ans du plan « SÉSAME » en lui prêtant sa carte d'identité. C'est donc dire que le plan « SÉSAME » est non seulement sujet à des difficultés de filtrage mais aussi à des cas de fraude.

Un autre aspect de la gestion administrative est que la lettre de garantie qui donne accès aux hôpitaux (en cas de transfert d'un patient) est délivrée par quelques médecins

désignés à cet effet situés à des endroits différents pour les personnes âgées usagères du plan en général, tandis que les retraités de l'IPRES peuvent se la procurer au CMS/IPRES. La difficulté à ce niveau est que les PAF ne savent pas forcément qu'il leur faut cette lettre ni à quels endroits et par quel médecin celles-ci sont délivrées.

II-2.2. Gestion financière

Un des défis majeurs à relever dans la mise en œuvre du plan « SÉSAME » est l'administration financière. Certains participants pensent que la distribution des montants alloués aux hôpitaux se fait de façon inéquitable et arbitraire. Au niveau des districts, le remboursement en médicaments essentiels n'est pas non plus une formule qui favorise la durabilité du programme. Qui plus est, ces remboursements sont soit tardifs soit à moitié ou à un tiers selon un participant :

Participant n° 5 : « Ah, oui. Ça aussi c'est un problème. Nous, on fait des prestations et on nous rembourse en nature, en médicaments. On ne nous rembourse pas en argent et tu es obligé de vendre, de trouver des stratégies, de vendre les médicaments pour rentrer dans les fonds ou bien pour pouvoir payer les fournisseurs. Ça aussi c'est un goulot d'étranglement ».

Face à cette situation ainsi qu'à la pression des fournisseurs, les établissements de santé mettent en place des stratégies qui leur permettent de renouveler dans les meilleurs délais les stocks de médicaments. Ces stratégies consistent souvent à revendre les médicaments pour en acheter d'autres aussi utiles, mais aussi à demander à certaines personnes âgées de payer, ou tout au moins de contribuer financièrement pour certaines prestations.

D'autre part, la tarification et la facturation des prestations sont effectuées par des agents de santé en services dans les différentes structures de soins. À ce niveau, il n'y a aucun mécanisme de contrôle extérieur pour vérifier l'effectivité des prestations mentionnées dans les outils de gestion. Autrement dit, il s'agit d'une sorte de « marché libre » dans la tarification pour reprendre les mots d'un participant. Or, le ou les contrôleurs au bureau « SÉSAME » ne peuvent pas vérifier à l'évidence plusieurs semaines, voire plusieurs mois plus tard, si les prestations mentionnées dans les documents de remboursement ont été effectuées.

Pour ce qui concerne la reddition des comptes, aucun participant ne s'est prononcé de façon claire sur ce qui en est concrètement, d'où toute la problématique de l'évaluation de l'exécution du programme.

III – Les effets de l'exécution du plan « SÉSAME »

III-1. Les effets positifs

Les effets directs positifs de l'exécution du plan « SÉSAME » sur les objectifs visés au départ sont à rechercher en toute priorité dans l'accès et l'utilisation des services par les personnes âgées.

III-1.1. Accès aux services médicaux

Théoriquement, l'accès aux services éligibles dans le cadre du plan « SÉSAME » est ouvert à toutes les personnes de nationalité sénégalaise âgées de 60 ans et plus sans distinction aucune, dans le respect des règles et procédures. Cependant, il faut rappeler que l'accès au CMS/IPRES est réservé exclusivement aux allocataires de l'IPRES tandis que le CGGO ainsi que les structures publiques de santé sont en devoir de recevoir toute personne âgée sans distinction de catégorie d'appartenance.

Ainsi, depuis le lancement du plan, il y a eu un accroissement de la fréquentation des structures de soins par les personnes âgées. La proportion de la fréquentation est évaluée à 124 000 par an, selon un responsable du plan.

La fréquentation journalière au CGGO tourne autour de la cinquantaine, mais cette estimation est souvent dépassée pendant les journées de consultations de spécialité. Au CMS/IPRES, le nombre de personnes âgées qui viennent en consultation ou aux soins se compte par centaines.

Chacune des deux structures a mis en place un bureau pour l'accueil et l'orientation des aînés dans l'établissement mais aussi pour la collecte d'informations supplémentaires concernant la suite de la prise en charge. La plupart des aînés apprécient bien la qualité de l'accueil et de l'orientation, même si certains d'entre eux pensent que ce service doit être amélioré et que, pour ce faire, les personnes âgées sont plus à même de comprendre et d'aider leurs semblables. Toutefois, ce service d'accueil et d'orientation est d'une importance capitale dans la facilitation de l'accès et de l'utilisation des services.

III-1.2. Utilisation des services

Dans ce contexte-ci, il faut comprendre par utilisation des services la fréquence d'utilisation et la capacité de faire usage du plan « SÉSAME ».

Sans conteste, toutes les catégories de personnes âgées ont accès en principe au programme, mais leur fréquence d'utilisation n'est pas facile à déterminer avec une étude qualitative de ce genre, mais aussi à cause de l'absence de données fiables. Toutefois, les données d'observation fournissent des indices qui permettent de corroborer l'idée que les retraités de l'IPRES font fortement usage du plan, en tout cas au CMS, avec le « plan SÉSAME/IPRES »¹⁰. Le dénominateur commun entre le plan « SÉSAME/IPRES » et le plan « SÉSAME » national est la gratuité de la prise en charge. Donc, vu sous l'angle de la gratuité de la prise en charge, les retraités de l'IPRES bénéficient du programme aussi bien au CMS que dans les établissements publics de santé. Les échanges informels ont permis de constater que plusieurs retraités de l'IPRES se présentent au CGGO pour des soins au même titre que les autres.

La grande différence dans l'utilisation des services réside dans les motivations des personnes âgées. Il se trouve que les PAF n'utilisent les services qu'en cas de maladie ou de sensation de présence d'une maladie (dans une moindre proportion) ou encore de recommandation d'un professionnel de la santé, contrairement aux retraités qui font usage des services dans ces mêmes situations, aussi pour des bilans médicaux, par mesure de prévention. Or, un participant agent de santé confie qu'il arrive qu'une même personne âgée de cette catégorie fasse plusieurs fois la même analyse ou les mêmes bilans médicaux à des endroits différents, avec l'appui financier du plan, ce qui crée une iniquité dans l'accès aux services. Les retraités, qui sont pour la plupart instruits, ont une meilleure compréhension des procédures d'accès et une bonne connaissance des établissements qui exécutent le plan « SÉSAME » pour des services spécifiques. De ce fait, ils ont moins de difficultés par rapport à l'accès et à l'utilisation des services, alors que tel n'est pas le cas pour les PAF qui sont quelques fois découragés par certaines modalités.

¹⁰ Le plan SÉSAME/IPRES, comme l'appellent certains agents de la structure, est en effet la continuité de la longue tradition de soutien médical aux anciens salariés (et de leur famille) affiliés à l'institution mère.

Il ressort de tous ces éléments que ce sont les retraités qui bénéficient le plus du plan « SÉSAME », comme l'ont signifié les personnes âgées qui ont participé à l'étude.

III-1.3. Gratuités des services

Le principe de la gratuité s'applique, théoriquement, à tous les services éligibles au plan « SÉSAME ». Mais dans la pratique, les données de l'étude révèlent des réalités qui ne correspondent pas forcément aux prescriptions formelles. Au CMS/IPRES, l'ensemble des services disponibles sont entièrement gratuits : consultations, soins, analyses, médicaments, interventions chirurgicales, hospitalisation. De même, si l'état de la personne âgée nécessite d'autres prestations non disponibles dans ce centre, telles que le scanner, une lettre de garantie lui est délivrée par le médecin-chef pour la référence dans un hôpital concerné par la convention avec l'IPRES. Ainsi, la personne âgée peut accéder à l'hôpital de référence sans aucun frais : tout est à la charge de l'IPRES.

Au CGGO, les consultations, les soins et les médicaments essentiels disponibles sont gratuits. Cependant, certaines prestations, telles la radio et l'opération de la cataracte en ophtalmologie, peuvent être sujettes à des frais ou, tout au moins, à une contribution des personnes âgées pour payer les prestataires qui viennent souvent d'ailleurs et dont les services sont loués. En bref, selon ce participant du CGGO, ce sont surtout les prestations qui demandent des intrants qui sont payées par les personnes âgées dans le centre pour faire face à certaines dépenses, parce que, dit-il :

Participant n° 5 « ... le gros problème c'est que le « SÉSAME », on te rend, tu ne sais pas quand est-ce qu'on va te rembourser ; donc, alors que les fournisseurs qui te donnent des intrants, eux, le « SÉSAME » c'est pas leurs préoccupations. Tu leur donnes, [ils] apportent, ils t'amènent des produits et tu payes le mois qui suit sinon le système est bloqué quoi. Donc c'est des stratégies en fait pour survivre »

Au cas contraire, les personnes âgées ont la possibilité de se faire établir une lettre de garantie pour les mêmes soins, sans frais dans une autre structure. Mais le problème qui se pose alors est celui de l'éloignement des rendez-vous médicaux dans le temps. Alors les usagers préfèrent donner une contribution financière et se faire prendre en charge au CGGO dans les meilleurs délais.

III-1.4. Autres effets collatéraux

Un des effets collatéraux de l'exécution du plan est la **réduction des coûts médicaux** pour les aînés. En réalité, avec le plan, ceux-ci n'ont plus à assurer que les dépenses liés au transport pour se rendre dans les centres de soins, aux médicaments non disponibles ainsi que les médicaments de spécialités et les services non pris en charge. Cela fait tout de même un bon paquet de dépenses mais, quoi qu'il en soit, ils sont exemptés du paiement d'un certain nombre de services. D'ailleurs, certaines personnes âgées font des calculs qui leur permettent de réduire au mieux les dépenses. Par exemple, compte tenu de l'éloignement du CMS/IPRES, les anciens salariés habitant à Ouakam préfèrent se rendre au CGGO ou dans un centre de santé plus proche en tant que personne âgée, ce qui leur permet non seulement de limiter les dépenses liés au transport (qui peut coûter relativement cher) mais aussi de gagner du temps.

Le plan a aussi un effet considérable sur la **facilitation de l'accès aux soins et de l'utilisation des services** par les personnes âgées. En effet, le service de l'accueil et de l'orientation tient compte des valeurs qui consistent au respect des anciens, à leur accorder la priorité d'accès et bien d'autres privilèges dans l'orientation et l'accompagnement. Cependant, il est à signaler que l'attente et les délais d'accès à certains services peuvent dans la réalité s'avérer très longs.

De même, la courbe ascendante de la fréquentation des établissements de santé traduit **la motivation et l'incitation des personnes âgées à solliciter des soins** pour n'importe quel symptôme annonciateur d'un malaise ou d'une maladie. Et selon plusieurs participants, il y en a même des personnes âgées qui se rendent aux structures de soins pour avoir mal dormi la nuit précédente. Cela montre d'un côté le succès du programme, mais aussi sa limite, puisque celui-ci n'est pas assorti d'outils cliniques lui permettant de mieux contrôler l'accès aux services.

Outre ces effets sur les cibles, l'application du plan « SÉSAME » a permis aux professionnels de la santé et aux autorités de recueillir des **renseignements utiles sur le profil des pathologies les plus courantes** chez les personnes âgées au Sénégal. Ces renseignements sur les pathologies des aînés, combinés aux expériences de la mise en œuvre du plan, sont des faits très importants à considérer parce qu'ils peuvent servir et

profiter à la mise en œuvre de politiques ou de programmes de santé ultérieurs à l'intention des aînés.

III-2. Les effets non recherchés (effets négatifs)

Si la mise en œuvre du plan « SÉSAME » a porté ses fruits sur certains aspects du problème visé, il n'en demeure pas moins qu'elle a engendré des effets non recherchés qui vont à l'encontre des dispositions établies et des objectifs de départ. Ces effets non recherchés sont décelés aussi bien du côté des acteurs que des structures de santé et des institutions impliquées dans la mise en œuvre.

III-2.1. L'usage non-contrôlé des prestations

Concernant les acteurs, le problème le plus en vue est la question de l'indiscipline vis-à-vis de l'usage du plan. En effet, autant les bénéficiaires du plan que les prestataires de soins font des usages abusifs sur le compte du plan « SÉSAME ». Les abus de prestation par les usagers sont de plusieurs sortes :

- Consultations pour des faits anodins : « *pour un oui ou pour un non, c'est des consultations* » (Participant no 5);
- Usage du plan par des personnes âgées très riches qui ont largement les moyens de se prendre en charge;
- Beaucoup de bilans médicaux, même si l'indication ne se pose pas;
- Non-respect des procédures établies. Des retraités utilisent le plan « SÉSAME » en tant que PAF pour éviter d'aller chercher l'imputation budgétaire (soit le 1/5 des dépenses médicales qui devrait être à la charge du plan), et des retraités de l'IPRES vont directement dans les structures publiques pour le plan « SÉSAME » national. De même, la plupart des personnes âgées ne respectent pas le circuit de la pyramide sanitaire, et donc « *elles vont là où elles pensent que les soins sont plus efficaces et plus efficaces* » selon le participant no 5.
- Certains profitent de services exclus du plan par des subterfuges avec souvent la complicité de tierces personnes, en l'occurrence des prestataires de soins;
- Infiltration des bénéficiaires par des personnes non éligibles;
- Etc.

En ce qui concerne les prestataires de soins, on peut noter :

- Le non-respect du système de référence contre référence dans les procédures : traitement de faveur pour divers motifs;
- Les hospitalisations de complaisance;
- Le sur-traitement : prescription anarchique de médicaments
- Les surfacturations du plan « SÉSAME » dans certaines structures;
- Etc.

Cette question des usages non-contrôlés constitue une grande difficulté du programme qui fausse les prévisions dans le processus de sa mise en œuvre, surtout eu égard aux coûts et à sa capacité d'atteindre les personnes âgées qui en ont le plus besoin. Par ailleurs, le CMS/IPRES parvient quand même à pallier bon nombre de ces usages non conformes, comme par exemple les infiltrations et les abus de prestations, puisque les malades doivent impérativement présenter leur carte IPRES ainsi que des bulletins signés par les médecins habilités et portant le logo de l'institution.

III-2.2. Médicalisation injustifiée de certains problèmes des usagers

Avec la gratuité des médicaments, la tendance qui se dégage est la prescription de médicaments pour presque tous les problèmes des personnes âgées qui viennent en consultation. Cela est renforcé par la demande des aînés eux-mêmes qui s'obstinent à penser que leur état de santé nécessite un traitement pharmacologique. Il s'en suit alors une prescription anarchique de médicaments, alors que cela n'aide pas forcément la personne âgée en question, estime un participant professionnel de la santé.

III-2.3. Ruptures récurrentes des stocks de médicaments

La grande conséquence de cette forte consommation médicamenteuse est la rupture des stocks de médicaments dans les pharmacies des structures de santé. Cette donne est un des effets inattendus et non anticipés de la mise en œuvre du plan « SÉSAME », car les personnes âgées pâtissent des ruptures de stocks ou du manque de certains médicaments tout simplement. Voici les propos d'un participant à ce sujet.

Participant no 1 « Tu sais les médicaments, c'est difficile. Les soins, c'est difficile. Ce qui soigne celui-ci, celui-là, un tel autre ce n'est pas la même chose. Vraiment quand tu te rends à la pharmacie, tu te dis les médicaments

ne manquent pas. Mais si tu arrives, on te dit qu'il manque ceci ou cela, c'est difficile ».

Cette situation entraîne une rupture volontaire du traitement chez certaines personnes âgées, par manque de moyens, mais il y'en a d'autres qui préfèrent attendre le temps que ça durera pour ne pas avoir à déboursier de l'argent dans une pharmacie privée considérant que de toutes les façons, ils pourront en bénéficier gratuitement avec le plan.

III-2.4. Pression financière subie par les structures de santé

Apparemment, la pression financière est plus ressentie dans les structures publiques de santé qu'au CMS/IPRES, dans la mesure où les participants n'ont pas exprimé cette préoccupation dans cette dernière structure, mise à part la question des ruptures de médicaments. Cette thèse de la pression financière est néanmoins confortée par l'arrêt de l'exécution du plan dans plusieurs établissements publics de santé et par la réduction ou la limitation ou encore la sélection des services offerts dans le cadre du programme, stratégies managériales découlant toutes des effets budgétaires pervers du plan sur les finances des établissements de santé.

Au CGGO, cette pression financière est accentuée non seulement par les retards des remboursements (en médicaments), qui peuvent durer plusieurs mois lors d'une forte demande des services, mais aussi par le fait que les médicaments sont redistribués gratuitement aux personnes âgées alors qu'il y a des dépenses immédiates à faire. Partant de ces faits, le centre a adopté des dispositions spécifiques en interne, autrement dit des « stratégies de survie », pour faire face à la situation.

III-2.5. Faux sentiments d'accomplissement du programme

Au niveau des instances supérieures de l'État, certains considèrent le plan « SÉSAME » comme une aubaine pour les personnes âgées, et que son existence est en soi une réussite. Seulement, certaines personnes âgées ne sont pas de cet avis et vont même jusqu'à dire que le plan renferme des éléments d'une « arnaque sociale ».

Participant n° 2 « Voilà, quand quelqu'un dit, gratuité ... [le politicien] il va dire oui, oui, maintenant c'est fini, nous, nous avons pris en charge gratuitement [les personnes âgées]; gratuité totale; ce n'est même pas, mais il ne faut pas rêver! On ne peut pas avoir la gratuité totale encore une fois. Dans notre pays où les moyens manquent; euh ça fait partie des éléments de l'arnaque sociale. Ça c'est pour dire aux gens, en tout cas ça va très bien, et

puis le commun des mortels va dire oui telle personne, hum, wé, quand même euh, oui vraiment, a une grandeur d'âme! Voyez-vous? Cette personne a donné à toutes les personnes âgées alors que c'est pas ça. Oui c'est, c'est en somme des politiques, qui font des effets d'annonce qui n'ont rien à voir avec la réalité. Si les annonces ne cadrent pas avec la réalité, ça pose problème... ».

Et un autre participant de préciser, lors de la fin de l'entrevue :

Participant n° 1 « Parce qu'on dit tout simplement que le plan « SÉSAME » c'est le gouvernement, tout est nickel. Mais non, tout n'est pas nickel. Tout n'est pas nickel. Oui, parce que si le gouvernement lance, je te dis, tout le monde dit oui le gouvernement a déjà versé l'argent, ce sont les médecins qui ne savent pas soigner... Non. C'est la raison pour laquelle je dis que le gouvernement doit mettre le ministre dans de bonnes conditions, parce que lui, il a déjà lancé son plan. Ils ont dit, le plan « SÉSAME », il te soigne, il te fait ça, mais il y a des vieux qui, ils, ils éprouvent de la déception parce qu'ils n'ont pas accès au plan « SÉSAME » avec tout ce à quoi ils sont confrontés ».

Cela nous amène à considérer les préoccupations d'un dernier participant qui dit ceci :

Participant n° 7 « Pour moi le plan « SÉSAME », sur le principe c'est bien parce que ça prend en charge quand même la santé des personnes âgées. Ok ! Mais dans la manière dont il est conçu ; de la manière dont il est conçu et dans la manière dont il est conduit, ben ça pose énormément de problèmes. Et je dis, faisons attention à ce que ce ne soit l'arbre qui cache la forêt. Que l'on pense qu'en mettant en plan, le plan « SÉSAME » on a tout fait pour les personnes âgées alors qu'en réalité, on n'a encore rien fait pour les personnes âgées ».

Ces trois extraits de verbatim vont à l'encontre des jugements positifs sur la portée du plan « SÉSAME », qui serait un programme achevé et qui aurait atteint ses objectifs. De même, ils constituent un baromètre de l'opinion des usagers sur l'effectivité et l'efficacité du programme. S'il est vrai que l'existence du programme constitue une avancée certaine pour le Sénégal, l'écart observé entre sa mise en œuvre réelle et ses finalités nous indique ce qu'il reste à faire pour accomplir les objectifs publics du plan.

IV – Appréciation des critères d'analyse de la mise en œuvre par les participants

Tous les participants ont été invité à livrer leur opinion sur la mise en œuvre du programme eu égard à chacun des critères d'analyse évoqué dans l'entrevue. Et les opinions de ces derniers convergent dans bien des cas, même si l'on peut noter des points

de divergences entre les usagers, les professionnels de la santé et les membres de la coordination nationale sur d'autres aspects plus techniques.

IV-1. Appréciation de l'équité dans l'accès et l'utilisation des services

Les participants pensent que toutes les catégories de personnes âgées bénéficient effectivement du plan, même si certains usagers reconnaissent que ce sont les retraités qui en profitent le plus au détriment des PAF. Les agents au CGGO se sont prononcés avec beaucoup de réserve sur cette question en arguant qu'ils reçoivent toutes sortes de personnes âgées sans chercher à distinguer ou à vérifier leur appartenance à une catégorie précise : de toutes les façons, les usagers se présentent avec leur carte d'identité pour la gratuité de la prise en charge. Néanmoins, ces agents du CGGO pensent qu'ils reçoivent beaucoup de personnes âgées démunies. Cette situation ne se pose pas au CMS/IPRES puisque l'établissement ne reçoit que ses allocataires.

IV-2. Appréciation des effets

L'appréciation des participants sur les effets du programme s'articule autour de deux axes : les effets positifs et les effets non recherchés. Concernant les effets positifs, les discours s'accordent sur le fait que l'exécution du plan a contribué indéniablement à l'allègement des coûts médicaux pour les usagers. Le seul hic relevé par les bénéficiaires est la charge des médicaments de spécialités qui coûtent chers et, certains usagers se plaignent du coût du transport pour se rendre aux établissements de soins. Les professionnels de la santé ont apprécié aussi l'adhésion des usagers à la culture des consultations et des soins dans les établissements de santé au moindre symptôme annonciateur d'une maladie.

Quant aux effets non recherchés, ce sont principalement les situations d'abus qui ont été mal vues par quasiment tous les participants, plus particulièrement les professionnels de la santé. De même, autant les usagers que le personnel pensent que le plan devrait profiter plus aux plus démunies, en l'occurrence les PAF qu'aux autres, du fait qu'ils sont les plus nécessaires et qu'ils n'ont jamais bénéficié d'aucune forme de couverture sanitaire.

IV-3. Appréciation de l'efficacité/effectivité

Le critère efficacité a été perçu différemment selon les catégories de participants et cela s'est reflété dans les réponses apportées par ces derniers à la question « *Quelle est votre*

opinion sur l'effectivité des services à travers l'exécution du plan "SÉSAME" ? ». Nous avons choisi volontairement de poser la question sous l'angle de l'effectivité des services parce que nous nous sommes rendu compte que c'est ce concept qui permet de recueillir plus d'informations que le terme efficacité. De même, l'appréciation de l'effectivité permettra en même temps de renseigner un des indicateurs prévus dans la grille d'analyse, soit le niveau de satisfaction des usagers.

Ainsi, l'opinion des bénéficiaires porte essentiellement sur la gratuité ainsi que sur la qualité des services. En effet, ils ont fait une appréciation positive de la qualité des services, nonobstant les lenteurs par moments sur certaines questions (temps d'attente pour accéder aux services, rendez-vous éloignés). Concernant la gratuité, ils déplorent le manque de médicaments et la non inclusion des médicaments de spécialité.

Les professionnels de la santé ont, quant à eux, axé leur appréciation sur l'impact de la levée de la barrière « accessibilité financière » des soins pour les personnes âgées, ce qui permet d'anticiper et de prendre en charge les pathologies de ces dernières au moment opportun.

Les participants de la coordination nationale pensent que l'exécution du programme est efficace considérant l'accroissement de la fréquentation des établissements de santé par les personnes âgées à travers le territoire national. Pour le participant indépendant, la prise en charge des problèmes de santé des personnes âgées est un acquis, mais le programme, dans ses mécanismes de mise en œuvre, « *n'est que l'aspect médical d'une problématique plus globale* ».

IV-4. Appréciation des coûts de l'exécution du plan

Sur dix participants à l'étude, neuf ont jugé que le budget alloué à l'exécution du plan est insuffisant et qu'il faudrait d'avantage de financement pour mieux asseoir et pérenniser le programme. Le seul participant qui pense que ce budget est suffisant juge qu'il faudrait juste en faire une utilisation plus rationnelle en évitant les gâchis et les abus.

IV-5. Appréciation de la faisabilité

Il était prévu dans cette étude d'analyser ce critère, particulièrement sous l'angle de la faisabilité technique, en mettant donc l'accent sur la dimension application avec les

ressources mises à contribution. Les données recueillies permettent a minima de relever des éléments d'appréciation de la faisabilité théorique.

Ainsi, concernant cette faisabilité théorique, les participants ont trouvé que la mise en œuvre du programme était « théoriquement » faisable. Seulement, ils pensent que le processus aurait dû être précédé d'un ensemble de préalables. Plusieurs exemples ont été donnés dans ce sens par les participants. Certains pensent qu'il fallait d'abord instaurer des dispositions institutionnelles fortes qui réglementent de façon rigoureuse l'initiative de prise en charge des populations cibles et que cela fasse l'objet d'une loi votée à l'assemblée nationale. D'autres pensent qu'il devrait y avoir des concertations larges et inclusives pour examiner et discuter des modalités de mise en œuvre parce que, selon un participant (no 2), « *ce ne sont pas des médicaments de l'Initiative de Bamako, des aspirines et consort qui vont régler les problèmes des personnes âgées* ». Il y a aussi des participants qui ont évoqué l'idée que c'est le processus même d'élaboration de la politique qui a été biaisée par l'absence d'étude et de réflexion profonde sur la question. Un dernier exemple est celui d'un participant qui pense qu'il y a eu une mauvaise conceptualisation dans la diffusion de l'information à destination du grand public.

Par ailleurs, il y a eu des avis divergents eu égard à la question de la faisabilité technique du programme au niveau opérationnel. En réalité, ce sont surtout les participants de la sphère de décision qui ont estimé sans ambiguïté que cette politique était « techniquement » faisable, pourvu que les règles et procédures soient respectées par les différents acteurs. Selon ces participants, les conditions étaient réunies pour mettre en œuvre le programme, même s'ils reconnaissent que les fonds alloués par l'État devraient être augmentés pour combler le déficit.

Par contre, les autres types de participants ne sont pas du même avis puisque la quasi-totalité d'entre eux pense que l'exécution du plan « SÉSAME » devrait reposer sur des piliers fondamentaux que constituent les ressources financières, humaines, matérielles, infrastructurelles, etc. Selon eux, l'ensemble de ces ressources disponibles ne se prêtent pas à l'application du plan au niveau national même si certains reconnaissent une situation plus favorable pour le plan « SÉSAME »/IPRES. Pour ne citer que quelques exemples, les participants ont évoqué le manque de compétences techniques ou médicales

spécialisées en gériatrie; la faiblesse des ressources humaines dans la coordination du programme; les problèmes de maillage territorial et l'insuffisance des infrastructures sanitaires adéquates pour la prise en charge des aînés; la vétusté, voire le manque d'équipements dans les structures sanitaires; etc. En définitive, les propos du participant n° 1 résume bien les opinions sur l'applicabilité de la politique « SÉSAME » : « *c'était précipité, c'était prématuré parce que la santé a un coût* ».

IV-6. Acceptabilité de la mise en œuvre de la politique « SÉSAME »

L'acceptabilité s'applique à l'appréciation que font les participants sur l'ensemble des critères précédents, mais aussi sur la mise en œuvre du plan « SÉSAME » de manière globale. En effet, plusieurs éléments d'appréciations ont été relevés déjà mais, ici, il s'agit d'identifier la position des acteurs, leur jugement sur l'acceptabilité des mécanismes de mise en œuvre et de leurs effets.

IV-6.1. Opportunité/rationalité de la politique « SÉSAME »

Tous les participants sans exception saluent l'initiative de l'autorité suprême de l'époque de mettre en œuvre cette politique, et ils considèrent que c'est véritablement une idée généreuse, opportune et « *qui charrie nos valeurs traditionnelles vis-à-vis des personnes âgées* » (Participant n° 7). C'est donc dire, selon les participants, que cette politique est acceptable en termes de volonté, de principe et d'intentions.

Cependant, beaucoup de participants pensent que cette politique « SÉSAME » souffre du manque de rationalité dans la mesure où elle découle d'un acte volontariste d'une seule personne, le chef de l'État, sans même une réflexion profonde et un éclairage sur les tenants et les aboutissants en amont. D'ailleurs, d'aucuns considèrent que cette décision a été prise dans un contexte de campagne électorale, donc avec des finalités électoralistes que certains ont qualifiées d'« utopie ». En somme, la plupart des participants pensent que cette politique, telle qu'elle est conçue, conduite et appliquée, n'est pas pleinement rationnelle et fonctionnelle, bien que souhaitable.

IV-6.2. Acceptabilité du processus de prise de décision

En plus de l'idée d'une décision « très personnelle » au chef de l'État, un participant (n° 7) affirme que « *la prise de décision a été pratiquement faite en catimini* » parce que, toujours selon ce dernier, il n'y a pas eu l'ouverture qu'il fallait sur l'ensemble des

compétences professionnelles et techniques dans la planification et dans la mise en œuvre du plan. Donc, le processus de prise de décision n'est pas conforme à la démarche d'une approche inclusive et participative qui impliquerait l'ensemble des acteurs.

IV-6.3. Implication des acteurs dans le processus de mise en œuvre

La position des participants sur la question de leur implication dans le processus de mise en œuvre est ambiguë dans certains cas. En effets, les retraités, par exemple, se sentent impliqués quand il s'agit de réunions d'information ou de discussion sur certaines questions à travers des rencontres avec les autorités et les décideurs. Ces derniers affirment qu'ils ont invité tous les acteurs à s'impliquer, mais que ceux-ci ne jouent pas toujours le jeu, que ce soit les travailleurs, les partenaires sociaux ou encore les personnes âgées par exemple qui ne veulent surtout pas faire du bénévolat. Les personnes âgées par contre ne se sentent pas impliquées dans les mécanismes d'exécution et de gestion, et une personne âgée de rappeler l'idée selon laquelle « *tout ce qui se fait sans les bénéficiaires, ça se fait contre les bénéficiaires* » (participant no 2). En somme, la tendance générale sur cette question est que les acteurs ne se sentent pas pleinement impliqués dans les mécanismes de mise en œuvre du programme.

IV-6.4. Acceptabilité de la politique par ses effets : satisfaction des acteurs

Les décideurs semblent tirer une grande satisfaction des effets généraux du plan « SÉSAME », bien qu'ils se rendent compte qu'il y a des choses à améliorer, des failles à corriger. Quant aux usagers, ils accueillent à bras ouverts le plan. Seulement, les PAF ont exprimé une satisfaction plus prononcée que les retraités qui trouvent toujours des insuffisances à améliorer sur presque chaque aspect des effets positifs évoqués. En effet, les retraités aspirent à beaucoup plus que la gratuité des médicaments génériques qui ne coûtent pas chers parce qu'ils en ont les moyens pour la plupart. De même, ils ont toujours bénéficié d'une exonération sur les prestations en tant que salariés ou retraités et donc, la différence sur les coûts de la prise en charge n'est pas aussi importante avec le plan « SÉSAME ». Cette différence a un plus grand impact sur l'allègement des coûts de la prise en charge chez les PAF usagères qui se prenaient totalement en charge.

Par rapport aux effets « négatifs », les décideurs regrettent et récusent les attitudes et comportements de certains usagers qui, à leur tour, surtout les retraités, imputent la

responsabilité aux premiers eu égard aux failles dans les dispositifs de contrôle mis en place.

IV-6.5. Acceptabilité de l'exécution du plan : applicabilité

La position des acteurs sur ce point se fonde sur leur appréciation de la faisabilité technique du programme. En effet, l'avis de ce participant est assez révélateur de la position des acteurs :

Participant no 9 « C'est une excellente idée, une excellente initiative du président mais le plan doit être revu sous toutes les formes. Mettre une équipe étoffée, des ressources humaines et matérielles conséquentes; décentraliser au niveau des points focaux dans les régions, solder les dettes envers les hôpitaux, former des personnels médicaux et paramédicaux parce qu'il n'y a que 3 ou 4 géiatres je crois, former des médecins, des assistants sociaux etc. »

C'est donc dire que les ressources humaines, matérielles et techniques ne sont pas suffisamment en place pour l'application véritable du plan. De même pour les coûts, une personne âgées (Participant n° 1) déclare : « *C'était pas que c'est juste cet argent qui est disponible, on n'a qu'à le commencer, ce qui entraine un blocage au milieu du processus...* ». Un autre participant apporte la précision que l'exécution du plan ne tient pas qu'à une question d'argent. Il faudrait également tenir compte des ressources infrastructurelles adaptées à la prise en charge des aînés.

En définitive, la position des participants sur l'acceptabilité de l'exécution de la politique est fortement associée à leur appréciation de sa faisabilité : théoriquement faisable, techniquement difficile; acceptable dans le principe et les intentions, inacceptable dans la forme et les procédures techniques actuelles.

**TROISIÈME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRÉATION DES
DONNEES, DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS**

Chapitre 1. Analyse et interprétation des données

I – Analyse de l'équité dans l'accès et l'utilisation des services par les catégories de personnes âgées

L'analyse de l'équité dans l'accès et l'utilisation des services passe inéluctablement par l'examen des manifestations des dispositions formelles qui accompagnent la mise en œuvre du programme et de leurs implications.

I-1. Manifestation des mesures de mise en œuvre du plan sur les catégories de personnes âgées

I-1.1. Diffusion de l'information

Les canaux d'accès à l'information diffèrent en fonction des catégories de personnes âgées et des possibilités qui s'offrent aux unes et aux autres. Les personnes âgées à leurs propres frais ont accès à l'information via les postes radio et télévision, sous réserve qu'elles comprennent la langue de communication utilisée. D'ailleurs, il y en a des PAF qui comprennent les grandes orientations du plan sans pour autant savoir de quoi il s'agit concrètement.

Les retraités, quant à eux, disposent en plus des média audiovisuels et de la presse écrite, des regroupements de personnes âgées à travers leurs associations respectives, des rencontres d'informations et de travail diverses avec les autorités publiques. De plus, l'IPRES profite des occasions du paiement des pensions de retraite pour informer ses allocataires. Ces faits montrent que les retraités ont plus de possibilité d'accès à l'information que les PAF, ce qui crée une iniquité entre segments de la population.

I-1.2. Compréhension des procédures d'accès et d'utilisation des services

La compréhension des procédures dépend aussi des aptitudes personnelles des usagers. Néanmoins, partant du fait que ce sont les retraités qui sont plus représentatifs dans les associations de personnes âgées qui constituent des espaces d'échanges et de concertations larges, il en résulte que ceux-ci sont plus enclins à maîtriser les arcanes des procédures que les PAF. Ces dernières ont plus de mal à comprendre le principe du respect de la pyramide sanitaire ou du système de référence contre référence, d'autant plus que, dans la majeure partie des cas, elles ne font pas la différence entre postes de santé, centre de santé et hôpital (elles ont tendance à appeler hôpital toute structure de

soins de santé) ou entre médecins et infirmiers. Donc, sur ce plan également, les retraités comprennent mieux les procédures d'accès que les PAF.

I-1.3. Validation des procédures

Seule la carte d'identité nationale numérisée est exigée pour l'accès des PAF au premier niveau des soins, c'est-à-dire aux postes de santé. C'est avec la référence au centre de santé puis à l'hôpital qu'elles éprouvent des difficultés eu égard aux moyens de transport, mais surtout à la délivrance de la lettre de garantie délivrée par quelques médecins habilités qui ne sont pas au même endroit.

Les anciens fonctionnaires doivent se munir en plus de la carte d'identité et de l'imputation budgétaire pour accéder au plan au niveau des postes de santé. L'imputation budgétaire est délivrée au niveau de la direction de la solde, des pensions et des rentes viagères au ministère de l'Économie et des Finances. Mais dans les faits, les anciens fonctionnaires font fi de cette imputation budgétaire et ils font usage du plan comme étant des personnes âgées de 60 ans et plus, à l'instar des PAF : ils en font usage même si ce n'est pas conforme aux principes de base qui sous-tendent le plan « SÉSAME ».

Les retraités de l'IPRES ont accès au plan « SÉSAME »/IPRES au CMS de l'institution par la présentation de la carte d'identité nationale numérisée et de la carte/IPRES. Il faut rappeler que le CMS/IPRES a pratiquement un rang d'hôpital et que la lettre de garantie en cas de référence dans les hôpitaux publics est délivrée sur place par le médecin chef de la structure. Cela témoigne de la simplicité des procédures pour ces anciens salariés. En outre, ils ont la possibilité, à l'instar des retraités de la fonction publique, de bénéficier du plan « SÉSAME » national dans les structures de santé publiques tout comme les PAF.

En somme, il apparaît que les retraités ont l'avantage de bénéficier au même titre que les PAF du plan « SÉSAME » malgré les dispositions spécifiques retenus à leur égard, et à l'encontre du constat généralisé d'insuffisance de ressources pour combler tous les besoins de la population.

I-1.4. Respect de la pyramide sanitaire

Le respect de la pyramide s'applique aux usagers pour tout accès au Plan « SÉSAME » mais il se trouve que les retraités ont l'avantage de maîtriser la carte sanitaire : structures qui exécutent le plan, services disponibles dans chaque structure, qualité des soins, etc. En plus, les retraités ne respectent pas le principe du respect de la pyramide sanitaire et donc, ils se rendent directement dans les établissements de soins où ils pensent que les services seront le plus efficace et le plus efficient possible. Pendant ce temps, les PAF n'ont d'autre alternative que de se conformer aux prescriptions. Les retraités de l'IPRES dérogent à cette règle puisqu'ils doivent se présenter directement au CMS/IPRES où ils bénéficient d'un large éventail de services à l'exception des prestations telles que le scanner ou la mammographie. Le principe du respect de la pyramide sanitaire, dans ce contexte, est largement favorable aux retraités de l'IPRES puis à ceux du FNR qui usent de plusieurs subterfuges pour contourner les règles, contrairement aux PAF qui sont quasiment obligés de s'y conformer.

I-1.5. Gratuité des services

Les retraités de l'IPRES bénéficient d'une gratuité totale des services que ce soit au CMS/IPRES ou en cas de référence dans les hôpitaux publics avec le plan « SÉSAME »/IPRES. Par contre, les retraités du FNR et les PAF bénéficient d'une gratuité partielle de la prise en charge selon les circonstances et les prestations sollicitées au CGGO ou dans les établissements publics de soins avec le plan « SÉSAME » national. Un autre fait marquant davantage les iniquités dans la gratuité des services est que les retraités de l'IPRES ont la latitude de faire usage (et il y en a qui le font) du plan « SÉSAME » national pour des raisons diverses, par exemple pour ne pas avoir à payer le transport, gagner du temps dans le processus de prise en charge, éviter les formalités d'usage au CMS.

I-2. Facteurs déterminants pour l'usage du plan

Les facteurs déterminants dans l'accès et l'utilisation des services par les personnes âgées concernent en partie les usagers.

I-2.1. Le niveau d'information

Les principaux usagers du plan sont certainement ceux qui détiennent l'information et ceux qui sont le mieux informés sur le programme : personnes âgées instruites, membres d'associations de personnes âgées, citadins, bref les retraités ont plusieurs avantages.

I-2.2. La situation économique des personnes âgées

Les revenus jouent également un grand rôle dans l'accès et l'utilisation des services par les personnes âgées. En effets, il faut nécessairement un minimum de moyens pour y accéder, ne serait-ce que pour assurer le coût du transport ou le coût des médicaments non disponibles dans les établissements de soins, les médicaments de spécialités et les prestations payantes. De ce fait, les retraités ont un avantage certain sur les PAF puisque les premiers ont au moins une pension bimensuelle, même modique, et qu'ils sont exemptés de la totalité (retraités/IPRES) ou d'une partie (retraités/FNR) des dépenses médicales des membres de leur famille alors que les PAF sont généralement très démunies, à l'image du paysan qui ne compte que sur les recettes de la récolte une fois par an sans aucune forme de couverture médicale pour sa famille. Il convient de préciser que la situation de pauvreté n'est pas facile à cerner dans ce contexte précis dans la mesure où il y en a des PAF qui sont très riches tout comme on peut retrouver des aînés très pauvres dans le groupe des retraités.

I-2.3. Le facteur géographique

Une autre caractéristique majeure des principaux usagers du plan est la proximité avec les structures de soins. Il y a certes des postes de santé un peu partout dans les différentes zones, mais les centres de santé et les hôpitaux sont implantés plus dans les centres urbains. Or, les données sur les usagers montrent que ce sont les PAF qui habitent dans la majeure partie des cas en banlieue, comparativement aux retraités qui sont plus proches des centres villes, donc des hôpitaux et des centres de santé.

I-2.4. Les facteurs adjacents

En plus des caractéristiques des usagers, il y a des facteurs externes qui contribuent à l'utilisation des services par les personnes âgées : c'est la cote des structures de soins qui exécutent le plan « SÉSAME ». En effet, les usagers avertis tiennent compte du niveau du plateau technique et de la disponibilité des compétences et des services dans ces

structures. Donc, à ce niveau également, ce sont les retraités qui sont au courant de ces renseignements.

III – Analyse de la mise en œuvre du plan par l’approche CMO

Il s’agit ici de faire une description exhaustive de l’enchevêtrement des éléments caractéristiques de chacune des composantes de l’approche CMO, puis des liens qu’elles ont entre elles. Pour ce faire, nous avons commencé par identifier des éléments de contexte pertinents qui ont joué un rôle prééminent dans la mise en œuvre du plan : particularités des conditions dans lesquelles le programme est introduit (contexte social, économique, politique). C’est en lien avec ces éléments de contexte que les logiques d’intervention prennent leur sens, à travers des mécanismes actionnés pour produire des effets. Ces mécanismes s’articulent autour des différentes ressources mises à contribution pour l’application du plan. Chaque mécanisme commande des stratégies plus explicitement élaborées par rapport à des situations spécifiques. Enfin, les effets produits par les mécanismes via les stratégies sont évalués en fonction de leur impact positif ou négatif sur le problème visé, corrélativement au contexte. Ainsi, l’analyse situationnelle de la mise en œuvre du plan a permis de déceler quatre contextes fondamentaux; chaque contexte appelle un mécanisme principal destiné à produire un ou des effets, et ceux-ci ne sont compris qu’à travers les effets induits par les stratégies actionnées dépendamment du contexte en question.

➤ *Contexte 1 : conditions sociosanitaires des personnes âgées*

La précarité des conditions de vies des personnes âgées au Sénégal est renforcée par leur situation de retraite, d’inactivité, de vulnérabilité et de présence probable de maladies. Mais c’est surtout ce dernier aspect de la situation qui constitue la priorité du programme.

Mécanisme 1: l’axe d’intervention consiste dans ce contexte précis à rendre les services de soins accessibles aux personnes âgées.

Stratégie 1 : la diffusion de l’information constitue un des premiers leviers activés pour atteindre les cibles et les inciter à solliciter les services de santé dans des conditions favorables.

Effets (stratégie1) : lacunes du plan de communication qui n'est pas adapté à toutes les cibles et, par conséquent, l'information n'est pas accessible à tous à un même niveau. Ainsi, il y a eu une appropriation différenciée de l'information par les catégories de personnes âgées avec un avantage réel pour les retraités.

Stratégie 2 : ciblage et ouverture des structures de soins qui doivent exécuter le plan « SÉSAME » ainsi que les services éligibles afin de garantir l'accès à tous les groupes cibles.

Effets (stratégie 2) : ce ne sont pas toutes les structures qui exécutent ou continuent d'exécuter le plan; offres sélectives ou superflues des services, accès et usage différenciés des services par les catégories de personnes âgées, et iniquité ville-campagne.

Effets (mécanisme) : théoriquement, l'accès aux structures de soins et aux services éligibles est ouvert et accessible à toutes les cibles, mais dans les faits, il y a des inégalités dans l'accès et l'utilisation des services selon les catégories de personnes âgées. De plus, certaines structures se désengagent des services aux personnes âgées en raison d'effets pervers en termes de remboursements.

➤ **Contexte 2 : pauvreté des personnes âgées**

Une des difficultés majeures qui affectent la génération des 60 ans et plus, au Sénégal, est la baisse considérable de leur pouvoir d'achat. Cela est valable aussi pour les retraités que pour les PAF, mais de façon plus dramatique pour ces derniers.

Mécanisme 2 : rendre les services de soins de santé gratuits.

Stratégie 1 : elle consiste en la gratuité des consultations dans l'ensemble des structures de soins concernées (au CMS/IPRES pour les retraités de l'IPRES).

Effets (stratégie 1) : les personnes âgées usagères sont effectivement exemptées du paiement des consultations dans tous les centres de soins qui exécutent le plan. Cela s'est traduit par l'accroissement de la fréquentation des centres de soins par les personnes âgées. Cependant, il y en a de plus en plus des établissements qui arrêtent son application à cause de la pression financière qu'ils subissent tandis que d'autres exécutent le plan à moitié, c'est-à-dire pour quelques services sélectionnés. En définitive, la gratuité est totale au CMS/IPRES alors qu'elle est partielle dans les établissements publics comme au CGGO.

Stratégie 2 : Gratuité des analyses et autres diagnostics

Effets (stratégie 2) : l'effectivité de la gratuité des analyses et des diagnostics médicaux dépend des structures de santé et des services demandés. Tous les services sont gratuits au CMS/IPRES, mais au CGGO, la gratuité ne s'applique désormais qu'aux prestations qui ne demandent pas d'intrants. Donc à ce niveau, le CGGO met en œuvre des stratégies de survie pour assurer le fonctionnement normal de la structure.

Stratégie 3 : Gratuité des médicaments

Effets (stratégie 3) : le remboursement en médicaments essentiels est effectif dans toutes les structures qui exécutent le plan « SÉSAME », mais l'octroi des médicaments de spécialité pose problème d'autant plus que ceux-ci ne sont pas inclus dans le principe de gratuité. Cette politique de gratuité des médicaments entraîne par ailleurs des ruptures récurrentes des stocks à cause de la forte demande, combinée aux retards des remboursements. Il s'en suit alors l'adoption de stratégies de compensation avec la vente des médicaments dans certaines structures publiques comme au CGGO pour pallier les pressions budgétaires qu'elles subissent. L'octroi des médicaments de spécialité pose d'énormes difficultés aux personnes âgées, d'autant plus que ceux-ci ne sont pas concernés par la gratuité et, de surcroît, ils coûtent chers. Ce sont surtout les difficultés d'accès aux médicaments de spécialité qui constituent le principal motif de l'insatisfaction des usagers.

Effets (mécanisme2) : le principal effet induit par ce mécanisme est l'allègement des charges médicales liées aux consultations et aux soins dans quelques structures, aux analyses et autres diagnostics dans d'autres et, enfin, aux hospitalisations dans certaines

autres. Ainsi, l'impression qui se dégage dans la gratuité des services est qu'il y a une sorte de *deux poids deux mesures* dans la mesure où l'ensemble des services sont gratuits au CMS/IPRES alors que tel n'est pas le cas au CGGO et dans les centres de santé publics.

➤ **Contexte 3 : préoccupations des aînés et engagement des techniciens de la santé**

Les conditions de vie sociales et sanitaires précaires des aînés constituent des préoccupations majeures rapportées à plusieurs reprises aux autorités de l'État. D'ailleurs c'est cet état de fait qui est à la base de la mise en œuvre du plan « SÉSAME » qui ne peut être exécuté qu'avec l'implication de l'ensemble des acteurs concernés par cette problématique. C'est donc dans cette perspective que ce programme d'assistance médicale a été initié pour répondre à ce besoin de prise en charge des aînés.

Mécanisme 3 : Améliorer les conditions socio-médicales des aînés

Stratégie 1 : la tentative d'améliorer les conditions de vie des aînés passe inévitablement par la matérialisation d'un programme qui tiennent compte de leurs préoccupations. C'est ainsi que les autorités et les professionnels de la santé ont conçu et élaboré la politique « SÉSAME » à l'intention des personnes âgées au Sénégal.

Effets (stratégie1) : la mise en œuvre du plan est rattrapée par les défaillances dues au non-respect de l'agenda des procédures nécessaires au processus de l'élaboration d'une politique publique et à la faible consultation des usagers. La conséquence directe de cette « précipitation » est que la mise en œuvre du programme est biaisée par l'inconsistance de certaines modalités, d'où la perméabilité des mesures adoptées. Par exemple, l'impression qui se dégage par moment est qu'il existe des mesures à la fois communes à toutes les catégories de personnes âgées et d'autres spécifiques pour chacune d'elles. Ainsi, certaines mesures semblent superflues et inextricables.

Stratégie 2 : Financement de la politique pour son exécution

Effets (stratégie 2) : les fonds alloués à l'exécution du plan « SÉSAME » sont largement insuffisants d'autant plus qu'il n'y a pas eu de budgétisation en amont sur la base des besoins réels évalués ni sur des statistiques fiables concernant la population réelle des personnes âgées. Cette insuffisance des fonds entraîne un blocage dans le processus de

l'exécution du plan, d'où les pressions financières subies par les centres de santé et les difficultés d'accès et d'utilisations de certains services par les personnes âgées.

Stratégie 3 : Exécution de l'application du plan le 1^{er} septembre 2006

Effets (stratégie3) : l'application du plan « SÉSAME » a suscité un afflux de personnes âgées vers les structures de soins surtout dans les premiers moments de la mise en œuvre. Aujourd'hui, le rythme de son exécution a connu une baisse en intensité eu égard à l'offre des services dans les structures publiques de soins. De plus, plusieurs failles ont été décelées dans le processus de mise en œuvre autant dans les mécanismes, que dans la gestion, le suivi et l'évaluation. Ainsi, ces failles constituent des limites qui endommagent sérieusement la viabilité et la durabilité du programme, mais surtout l'atteinte de ses propres objectifs en termes de santé publique.

Effets (mécanisme 3) : le plan « SÉSAME » conçu à l'origine comme un programme englobant des services sociaux et médicaux ne se réduit finalement qu'à la prise en charge de quelques aspects du volet médical. Ce faisant, il y a eu une parcellisation des préoccupations des personnes âgées. D'autre part, la précipitation, ou la rapidité, de l'exécution du plan a provoqué des lacunes dans la conception et la mise en œuvre de la politique entraînant subséquentement des défaillances dans les mécanismes de gestion, de suivi et d'évaluation, d'où les nombreuses difficultés enregistrées à ce jour.

➤ **Contexte 4 : Configuration des institutions médicales au Sénégal**

Mécanisme 4 : Mettre en place des procédures opérationnelles pour régler les conditions d'usage du plan

Stratégie 1 : pour faire usage du plan, il faut obligatoirement présenter la carte d'identité nationale numérisée au poste de soins. Les retraités de l'IPRES doivent également présenter la carte IPRES au CMS. La carte d'identité prouve la nationalité sénégalaise et la carte IPRES l'affiliation à l'institution de prévoyance retraite du Sénégal. Ce sont les seules pièces, à ce jour, qui permettent d'identifier les usagers et de vérifier leur éligibilité au système d'assistance « SÉSAME ».

Effets (stratégie 1) : ces mesures ont effectivement facilité aux usagers l'accès et l'utilisation des services, mais elles posent un problème de filtrage des catégories de personnes âgées dans les structures sanitaires publiques. Au CMS, les usagers sont filtrés grâce à la carte IPRES.

Stratégie 2 : Respect de la pyramide sanitaire

Effets (stratégie 2) : la plupart des usagers font fi des postes de santé et se présentent directement dans les centres de soins de leur choix en fonction des nécessités du moment et des possibilités d'accès.

Stratégie 3 : Système de référence contre référence

Effets (stratégie 3) : à ce niveau aussi, les formalités d'usage sont contournées par certains usagers, parfois avec la complicité de prestataires de soins.

Effets (mécanisme 4) : les procédures opérationnelles ont des effets contraires au principe de facilitation de l'accès et de l'utilisation des services, mais surtout une importante conséquence, soit que beaucoup d'utilisateurs ne respectent pas les prescriptions formelles à cause de la complexité de celles-ci.

Chapitre 2. Discussion

Le Sénégal est le seul pays en Afrique à mettre en œuvre une politique de gratuité des soins pour les personnes âgées (Mbaye, Kâ et Bâ, 2012). Cette politique découle d'une initiative volontariste du président de la république d'alors de venir au secours de cette frange de la population. Cela correspond aussi à une nouvelle vision de l'État voulant mettre en place des programmes et des politiques accompagnant, voire promouvant, les transformations de la société (Muller, 2011). Cette initiative est donc en phase avec l'idée selon laquelle « de plus en plus, faire de la politique consiste à faire des politiques publiques » (Muller, 2011, p. 50).

Dans la plupart des écrits scientifiques sur la réalisation des politiques publiques, il est fait état d'un processus séquentiel partant de la mise à l'ordre du jour à l'évaluation. Compte tenu du délai entre l'annonce de la politique « SÉSAME » et sa mise en application, il est indéniable que l'ensemble des étapes n'ont pas été respectées avec fermeté, surtout que cette politique n'a pas été assortie d'une stratégie d'évaluation. Il aurait fallu adopter une démarche qui tienne compte de certains préalables :

Le gouvernement identifie le problème à résoudre, ses causes et ses symptômes, clarifie et classe les objectifs à atteindre, énumère les différentes options, prédit les effets de chaque possibilité et l'évalue selon des standards préétablis d'efficacité et d'équité. Il choisit ensuite l'option qui répond le mieux aux objectifs et aux critères d'évaluation » (Bernier et Lachapelle, 2010, p.13-14).

Certainement, l'application de la politique « SÉSAME » n'a pas été précédée d'une étude des besoins réels des cibles ni des coûts de son exécution encore moins de ses effets prévisibles. Il s'est agi d'une exécution sur la base de la seule volonté d'une autorité publique.

I – Efficacité de l'exécution du plan « SÉSAME »

Dans ce contexte précis, il est difficile d'évaluer l'efficacité de la politique dans la mesure où les objectifs ne sont pas clairement explicités de manière à pouvoir les mesurer avec des données quantifiables. Le principal objectif, « contribuer à l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées » (Ridde, Queuille, Kafando et Robert, 2012, p. 267) est donc trop général et englobant.

Les objectifs spécifiques recensés par Ridde, Queuille et leurs collaborateurs (2012) pour le plan « SÉSAME » sont :

- Accéder gratuitement à tous les niveaux de la pyramide sanitaire aux prestations médicales;
- Faciliter les modalités de paiement des factures d'eau, d'électricité et de téléphone;
- Faciliter l'accès aux crédits;
- Faciliter l'accès au logement;
- Réserver des sièges dans les transports en commun;
- Créer des guichets destinés aux personnes âgées (banques, sociétés d'électricité etc.).

En réalité, la politique « SÉSAME » ne se reflète que dans la prise en charge médicale des aînés dans les structures sanitaires. Et à ce propos, le plan a effectivement permis, dans une certaine mesure, l'accessibilité des structures de soins par la levée de la barrière financière pour certaines prestations (Mbaye, Kâ et Bâ, 2012); la preuve en est qu'il y a eu un accroissement de la fréquentation des structures de soins par les personnes âgées depuis 2006. Cependant, cette accessibilité des structures de soins est limitée par la faiblesse de la communication, puisque les informations données sont diffuses, imprécises et non accessibles à l'ensemble des groupes cibles (Robert, Kafando, Queuille et Ridde, 2012) : plus de la moitié des usagers ont connu le plan par les médias (Lèye, 2010). L'accessibilité est également rendue ardue par la complexité des conditions d'usages (système de référence, respect de la pyramide sanitaire, lettres de garantie, imputation budgétaire pour les anciens fonctionnaires), ce qui explique le contournement des procédures par la plupart des usagers, parfois avec la complicité des prestataires de soins.

Sous un autre angle, l'efficacité de la politique est affectée par l'insuffisance des ressources matérielles, humaines (Mbaye et *al.*, 2012) et financières (Wade, 2011) : les équipements sont dérisoires, le personnel insuffisamment qualifié à la prise charge des personnes âgées, les fonds très limités.

En outre, la faiblesse de l'implication de l'ensemble des acteurs, mais surtout des bénéficiaires, autant dans la conception que dans l'exécution de la politique a également eu des conséquences non négligeables dans son fonctionnement. Il aurait fallu adopter une démarche plus inclusive en attribuant à chaque catégorie d'acteurs des tâches qu'ils pourraient assumer sans pour autant déroger à la règle de l'homme qu'il faut à la place qu'il faut.

En ce qui concerne les coûts de la prise en charge, l'exécution du plan ne se répercute pas de façon significative sur les économies des personnes âgées (Mbaye et *al.*, 2012) dans la mesure où celles-ci doivent se payer les médicaments de spécialités qui coûtent chers, et même, souvent, les médicaments essentiels en cas de rupture d'approvisionnement sans compter les prestations non éligibles.

Une autre donnée affectant l'efficacité du plan est l'« anarchie » qui émaille l'utilisation des services renforcée par des mesures de contrôle peu efficaces ou à plusieurs vitesses. C'est la raison pour laquelle les usagers ont des appréciations différentes de l'efficacité du plan : les retraités de l'IPRES ont une plus grande satisfaction, au CMS (Wade 2011) que les autres catégories d'ainés, et les anciens fonctionnaires sont plus exigeants et en veulent plus que les PAF, qui semblent se suffire du peu qu'elles ont en attendant d'avoir mieux.

La politique « SÉSAME » aurait pu avoir des effets communs du point de vue de la qualité et de l'efficacité si elle s'adressait à des groupes cibles aux besoins semblables, donc dans une logique de prise en charge horizontale comme ce fut le cas avec la politique de gratuité de la césarienne ou des antirétroviraux. Aujourd'hui encore, l'initiative de la gratuité des soins de santé pour les enfants âgés de 0 à 5 ans lancée par l'actuel président de la république semble s'inscrire dans la même perspective que le plan « SÉSAME ». Il y a lieu de tenir compte dans l'exécution d'une politique ou d'un programme public de la dimension verticale des besoins des groupes cibles pour parer aux difficultés éventuelles qui pourraient survenir.

II – Équité dans l'accès et l'utilisation des services

Ceci est la première étude évaluative qui se penche sur l'équité dans l'accès et l'utilisation des services par les aînés eu égard à la mise en œuvre du plan « SÉSAME ».

Il n'apparaît dans aucun des documents (officiels ou non) exploités un seul passage faisant état du principe d'équité dans l'usage du plan. Tout se concentre sur les principes et les mécanismes d'organisation et de fonctionnement à propos de l'exécution du plan, d'une part, et sur les conditions d'usage des services, d'autre part. Autrement dit, « ce sont les questions d'administration et de gestion qui ont pris le pas sur les préoccupations d'accès aux soins » (Ridde, 2004b, p.187). Cet état de fait corrobore l'idée qu'en Afrique, la conduite des politiques publiques de santé est axée davantage sur l'efficacité (eu égard aux objectifs politiques) plutôt que sur l'aspect équité qui est relégué au second plan (Ridde, 2004b, 2006), voire laissé en rade. À l'origine, l'on pourrait penser que la différence des mesures pour chaque catégorie de personnes âgées était destinée à prendre en compte cette notion d'équité en regard des disparités entre les groupes. Et même dans ce cas, la politique ne tiendrait compte que du statut de retraite des groupes cibles. Or, selon Ridde (2004b), l'équité dans l'usage des services doit exclusivement se fonder sur les besoins des individus et non sur des considérations économiques, politiques ou sociales. La logique profonde du plan apparaît donc technico-administrative plutôt que clinique. En tous les cas, l'application du plan « SÉSAME » a laissé paraître de profondes iniquités géographiques, économiques et sociales.

Iniquités géographiques : ce sont les aînés des centres urbains qui ont le plus accès aux soins de qualité dans les structures de soins en haut de la pyramide sanitaire, qui plus est, les ressources gériatriques sont en ville précisément à Dakar (Ridde, Queuille, Kafando et Robert, 2012). Pourtant, la grande majorité des PAF habitent en campagne ou dans les banlieues, à plusieurs kilomètres parfois des centres villes. Ainsi, les inégalités géographiques d'offres de soins constituent une menace pour l'équité (Lombrail et Pascal, 2010) dans l'usage du plan.

Iniquités Sociales : le statut de retraité confère aux anciens fonctionnaires et aux allocataires de l'IPRES plusieurs avantages sociaux dont la prise en charge partielle ou totale des soins médicaux de ces derniers et de leur famille.

Iniquités économiques : les retraités ont au moins régulièrement leur pension de retraite bimensuelle, si modique soit-elle, contrairement aux paysans, par exemple, qui ne comptent que sur les recettes de la récolte (annuellement).

Ainsi, dans la prise en compte de l'équité, il serait primordial comme le suggère Ridde (2006), de définir le concept selon une perspective éémique, c'est-à-dire du point de vue des acteurs. Aussi, comme il s'agit d'un plan de solidarité nationale qui s'inscrit en principe dans une logique de justice sociale, la notion d'équité devrait être rattachée à la situation de pauvreté des bénéficiaires corrélativement à leurs besoins de prise en charge. Sans cela, les inégalités dans l'usage des services de santé via le plan « SÉSAME » persisteront, voire s'accroîtront.

Ainsi, satisfaire le principe de l'équité dans l'usage du plan « SÉSAME » n'est pas chose facile et cela suppose l'option d'un choix parmi plusieurs possibilités eu égard à des modèles en vigueur dans d'autres contrées. Toutefois, la logique distributive juste (équité horizontale) qui satisferait toutes les cibles à un même niveau, sans aucune forme de discrimination est un objectif idéologique selon certains auteurs, alors que répondre aux besoins des moins bien nantis (Potvin, Ridde et Mantoura, 2008) serait logique dans un contexte d'inégalités des chances et des avantages entre les catégories de personnes âgées ce qui suppose la considération de l'équité verticale qui consiste à traiter différemment les individus ou les catégories en fonction des besoins et des ressources.

III – « Paradoxe » des effets de la mise en œuvre de la politique « SÉSAME »

Le plan « SÉSAME » a été exécuté sans spécification préalable des valeurs d'équité, ce qui permet de camoufler l'augmentation des inégalités (Potvin, Ridde et Mantoura, 2008) entre les catégories de personnes âgées. Ces auteurs pensent qu'il y a quatre sources potentielles d'inégalité et d'iniquité associées aux interventions en promotion de la santé.

La première source est liée au processus de la planification, c'est-à-dire, quand les interventions ne sont pas conçues dès le départ dans le but de réduire les inégalités comme ce fut le cas avec le plan. Une telle politique publique pourrait contribuer malencontreusement à les reproduire, voire les renforcer.

La deuxième source est associée au processus d'implantation du programme. Il est en effet rare que les planificateurs se soucient des caractéristiques spécifiques des groupes cibles dans l'exécution des politiques (logique populationnelle vs logique distributive) afin d'atteindre les populations véritablement nécessiteuses, mais ils se penchent plus sur les mécanismes de mise en œuvre pour satisfaire le critère d'efficacité. Ainsi, le véritable

problème des effets du plan « SÉSAME » est le faible degré de pénétration du programme dans la catégorie des PAF.

Ensuite, la troisième source a trait aux effets de l'intervention. Il s'agit là de s'intéresser aux effets différentiels de la politique sur les différents groupes. Tout compte fait, le plan « SÉSAME » a permis dans une certaine mesure la levée de la barrière financière pour les usagers, mais l'écart des privilèges et des avantages entre les retraités et les PAF ne cesse de se creuser davantage eu égard à l'accès aux soins et à l'utilisation des services.

Enfin, la dernière source d'inégalités et d'iniquités se rapporte aux impacts des interventions. La politique « SÉSAME » est supposée avoir un même impact sur l'amélioration de la santé des cibles, abstraction faite des caractéristiques contextuelles. Mais encore faut-il que toutes les personnes âgées en bénéficient effectivement. Il ressort de l'étude que ce sont les retraités qui bénéficient le plus du plan que les PAF et les retraités de l'IPRES davantage que les anciens fonctionnaires. Or, on est en droit de penser que ce sont les PAF qui ont plus besoin du système d'assistance « SÉSAME » en vue d'améliorer leur santé que les retraités, dans la mesure où il est établi avec la théorie du gradient social de santé eu égard aux inégalités sociales en santé (Potvin, Moquet et Jones, 2010) que l'état de santé des populations s'améliore au fur et à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale : les personnes les plus défavorisées socialement ont des comportements individuels les moins favorables à la santé (Potvin Ginot et Moquet, 2010). Il existe bel et bien des différences socioéconomiques dans l'usage du plan « SÉSAME » entre les catégories de personnes âgées au Sénégal aussi bien dans la réceptivité des messages, dans le recours aux soins, que dans l'utilisation des services à titre préventif (Potvin, Moquet et Jones, 2010). De ce point de vue, le plan « SÉSAME » participe à creuser l'écart déjà existant entre les retraités et les PAF, ce qui confirme l'hypothèse selon laquelle « un des effets inattendus des interventions qui visent à accroître la santé de l'ensemble de la population serait de creuser les écarts existants entre les groupes sociaux qui jouissent d'une meilleure santé et ceux qui accusent un déficit sanitaire » (Potvin, Ginot et Moquet, 2010, p. 54). Ridde et ses collaborateurs évoquent, dans cette même logique, l'hypothèse de l'équité inverse pour dire que les interventions de santé publique atteignent d'abord les plus riches, qui sont en meilleure santé, avant de toucher les plus pauvres (Ridde, Pommier et Jabot, 2010).

Finalement, la politique « SÉSAME » a permis l'accessibilité des structures de soins pour les personnes âgées, mais elle n'a pas réussi à estomper les iniquités dans l'accès et l'utilisation des services entre les catégories de personnes âgées. Autrement dit, le plan « SÉSAME » impacte davantage sur les retraités que sur les PAF, et donc ce sont les moins « nécessiteux » qui en bénéficient plus que ceux qui en ont le plus besoin, en l'occurrence les moins nantis sur le plan socioéconomique, ce qui corrobore la théorie du paradoxe en santé publique avec l'approche populationnelle (Frohlich et Potvin 2008; Potvin, Ginot et Moquet, 2010; Potvin, Ridde et Mantoura 2008). Cet état de fait installe une situation de redoublement des désavantages de la catégorie défavorisée, à savoir les PAF, en termes d'accès et de qualité des soins (Aiach et Fassin, 2004), ou une sorte d'équité inverse telle que mentionné par Ridde et ses collaborateurs (2010).

Chapitre 3. Recommandations

L'exécution du plan « SÉSAME » est incontestablement bénéfique aux personnes âgées qui en font usage, mais elle aurait pu avoir un plus grand impact sur les groupes cibles tant du point de vue de la portée, de l'efficacité que du point de vue de l'équité dans l'accès et l'utilisation des services. À cet effet, il serait important de tenir compte d'un certain nombre de considérations sur le contenu de la politique, les dispositions institutionnelles et administratives, les mécanismes de mise en œuvre, la conduite et la gestion, et l'évaluation.

I – Suggestions de principes à adopter

De prime abord, la politique « SÉSAME » a besoin d'un **meilleur ancrage institutionnel** en faisant l'objet d'une loi qui serait adoptée dans les grandes instances parlementaires. Cette option permettra de réduire au mieux l'écart entre les discours officiels et les réalités de l'exécution. Dans le même sillage, cela renforcerait davantage les espoirs des aînés qui en arrivent parfois à renoncer au plan, simplement parce que la prise en charge médicale leur est refusée dans certaines structures de soins pour des raisons déterminées.

Ensuite, le plan doit être accompagné d'un **meilleur plan de communication** qui permet une diffusion large de l'information, accessible de façon équitable à tous les acteurs, spécialement les différentes catégories de personnes âgées. Les informations diffusées à travers les radios et les télévisions sont souvent lacunaires et s'adressent à un auditoire limité dans l'espace et dans le temps. Il faudrait penser à impliquer par exemple les collectivités locales, les structures sanitaires, les organisations communautaires, etc., à travers des campagnes d'information et de sensibilisation.

En outre, la réussite de l'implantation de la politique doit passer inéluctablement par **l'implication effective des personnes âgées et de l'ensemble des acteurs** à travers des concertations larges et ouvertes à tous les niveaux du processus. Un comité aviseur permanent pourrait être créé en ce sens.

Il est également nécessaire de **procéder de façon systématique et régulière à l'évaluation de l'exécution du plan au niveau national** afin de cerner les forces et les faiblesses et d'apporter les correctifs nécessaires.

Aussi, **l'État doit s'impliquer** de façon rigoureuse et objective dans la conduite, la gestion, le suivi et l'évaluation du plan en veillant à la formulation de règles de contrôle et d'usage du plan, et à leur application stricte à tous les niveaux et pour toutes les parties prenantes.

Enfin, il y a nécessité de procéder à une **évaluation des besoins réels des bénéficiaires** pour que le peu de ressources disponibles soit destiné en priorité aux nécessiteux en fonction des besoins. Pour ce faire, l'adoption d'un outil clinique standardisé (comme le RAI, le GEVA ou l'OEMC-SMAF) devrait être envisagé.

Qui plus est, d'aucuns considèrent que le plan « SÉSAME » est sous-financé. À ce propos, l'étude de Wade (2011) a montré qu'il existe bien des sources de financement fiables, mais le problème qui se pose est qu'il n'y a pas de mécanismes de financement efficace pour supporter les charges imputables à cette politique. Le ministère de la Santé doit en outre développer une stratégie d'intervention sur les effets pervers sur les structures de santé des difficultés de remboursement à la suite des demandes provenant des usagers.

En définitive, la prise en compte de ces quelques considérations pourrait en même temps permettre d'apporter des solutions durables aux problèmes subsidiaires rattachés aux difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du plan « SÉSAME ».

II – Proposition de pistes de réflexion pour une mise en œuvre efficace et équitable

Il y a trois messages politiques qui peuvent être retenus de cette étude. En effet, il y a trois options possibles qui s'offrent aux autorités de l'État du Sénégal dans la mise en œuvre du plan « SÉSAME » :

1. Faire une politique universelle,
2. Faire une politique ciblée,
3. Faire un « Faux universel, faux ciblé »

❖ Nous pensons que l'État du Sénégal doit renoncer à cette dernière option (***Faux universel, faux ciblé***), qui est exécutée de manière presque involontaire en ce moment et qui consiste à prôner l'universalité de principe sans cependant déployer des dispositifs à la hauteur de ce principe. L'écart entre les deux est un puissant facteur d'iniquité et

d'accroissement des écarts de santé pour les PAF. Cette position se justifie par le fait que les frontières entre le plan « SÉSAME » IPRES et le plan « SÉSAME » national restent floues et perméables pour une même politique d'exemption du paiement des soins pour les âgées de 60 ans et plus. De même, il n'y a pas encore de mécanismes de filtrage efficace avec le plan « SÉSAME » national pour distinguer les différentes catégories de personnes âgées dans la mesure où les cartes « SÉSAME » ne sont pas encore confectionnées.

Les conséquences de cette option sont :

- ✓ Iniquités sur le plan géographique quant à l'accès à l'information, aux infrastructures sanitaires de qualité, aux soins de qualité, etc.;
- ✓ Iniquités sur le plan socioéconomique en fonction des statuts socioprofessionnels, des possibilités et des moyens matériels et financiers des personnes âgées;
- ✓ Frustrations des défavorisés et de ceux qui n'ont pas accès au plan.

Si l'État persiste à continuer avec cette option, alors il devra trouver un mécanisme de filtrage efficace des catégories de personnes âgées en confectionnant des cartes « SÉSAME ». Autrement, on pourrait **demande systématiquement un certificat de non inscription dans les fichiers des retraités (IPRES et/ou FNR) pour tout usage du plan** (comme solution provisoire de rechange) **à la place de la carte « SÉSAME »**. Ce procédé permettra de distinguer les PAF avec le certificat de non inscription et dans le même temps exiger la délivrance de l'imputation budgétaire pour les retraités inscrits au FNR, et obliger les retraités affiliés à l'IPRES à faire usage du plan « SÉSAME »/IPRES conformément aux dispositions en vigueur. Seulement, ce dispositif ne réglerait que la problématique du filtrage mais non les iniquités géographiques et socioéconomiques à propos de l'usage du plan.

❖ Il est envisageable d'adopter l'option de la politique « *universelle* » qui s'appliquent à toutes les personnes âgées sans distinction de catégorie d'appartenance. Cette option suppose la prise en compte des conditions suivantes :

- Âge et nationalité comme seuls critères d'éligibilité et d'accès au plan;

- Procédures et conditions d'accès et d'utilisation des services uniformisées pour toutes les personnes âgées, mais à partir d'une évaluation clinique rigoureuse des besoins;
- Application effective du plan dans toutes les structures publiques de soins ainsi qu'au CMS/IPRES qui accueillerait toutes les catégories de personnes âgées;
- Mettre à contributions les moyens (matériels, humains et financiers) nécessaires à l'exécution de la politique, ce qui nécessite un investissement lourd.

Le hic avec cette option est qu'elle maintiendrait les différentes formes d'iniquités décelées jusque-là :

✓ Iniquités sur le plan géographique parce que les aînés qui habitent en profondeur ou loin des structures de soins auront plus de mal à accéder au plan abstraction faite des moyens de déplacement : la quasi-totalité des hôpitaux sont implantées dans les centre urbains ce qui rend difficile l'accès des ruraux aux soins de qualité.

✓ Iniquités sur le plan social dans la mesure où les retraités ont déjà des privilèges liés à la couverture sociale et médicale dont ils bénéficient (ainsi que les membres de leur famille) alors que tel n'est pas le cas pour les PAF. De ce fait, les avantages des retraités s'accroîtront creusant ainsi les écarts avec les PAF.

✓ Iniquités sur le plan économique parce que les retraités par exemple ont au moins régulièrement une pension de retraite contrairement aux PAF qui n'en perçoivent pas du tout. Ainsi, ceux qui ont le minimum de moyens bénéficieront des mêmes services que ceux qui n'en ont pas ce qui n'est pas en phase avec le principe d'équité.

❖ L'option de la politique **ciblée** est une formule qui profiterait bien à l'État du Sénégal, dans l'optique d'une prise en charge équitable et efficace des personnes âgées dans leur hétérogénéité, dans un contexte où l'État ne peut pas combler tous les besoins. Il existe différentes possibilités avec cette option de ciblage : cibler des structures de référence ou cibler des pathologies et/ou des services spécifiques ou encore cibler les personnes âgées en fonction de leurs besoins cliniques, plutôt que leur catégorie de retraite.

☞ **Cibler des structures de références** par découpage administratif pour l'exécution du plan « SÉSAME ».

Conditions :

- Créer des unités gériatriques opérationnelles dans ces structures et mettre les moyens qu'il faut (personnel, moyens matériels et financiers);
- Mettre en place un dispositif de gestion rigoureux dans chacune de ces structures;
- Mettre en place un dispositif huilé d'accompagnement et de suivi des patients du domicile à la structure.

Conclusion : cette formule de ciblage réduirait les iniquités géographiques mais ne résout pas la problématique des iniquités socioéconomiques tant que l'on ne priorise pas les personnes âgées dans le besoin clinique.

☞ **Cibler des pathologies et/ou des services spécifiques** à prendre en charge pour les cibles

Conditions :

- Âge, nationalité et pathologies et/ou Services retenus comme critères d'éligibilité;
- Créer des unités gériatriques bien équipées dans chaque hôpital régional;
- Créer des comités de gestion de l'exécution dans chaque unité gériatrique;
- Mettre en place un dispositif huilé d'accompagnement et de suivi des patients du domicile à l'hôpital.

Conclusion : cette option aussi règle le problème des iniquités géographiques et sociales mais non l'iniquité économique parce que ceux qui ont les moyens de se prendre en charge bénéficieraient des mêmes services gratuits que les démunis.

☞ **Cibler les personnes âgées dans leur hétérogénéité clinique:** procéder pour tout usage du plan à une évaluation clinique et multidimensionnelle au cas par cas et que la prise en charge soit déterminée par les besoins réels évalués. Le postulat de base ici est la théorie du « maximin » qui consiste à assurer le maximum pour ceux qui disposent du minimum (Ridde, 2006; Potvin, Ridde et Mantoura, 2008).

Conditions :

- Développer des pratiques évaluatives et élaborer un outil d'évaluation des besoins et des services pour la prise en charge de chaque usager du plan;
- Raffermer les règles de la politique par une évaluation standardisée selon des critères définis;
- Faire le portrait de l'ensemble des besoins de l'ayant droit en intégrant les variables socioéconomiques.

Conclusion : Cette option est la meilleure formule de ciblage des ayants droits pour un plan « SÉSAME » efficace, efficient, durable et qui qui réduirait au mieux les iniquités dans l'accès aux soins et l'utilisation des services par les PA.

CONCLUSION

Le système d'assistance « SÉSAME » est une expérience unique de politique publique de santé qui cible les personnes âgées dans toute l'Afrique. D'autres politiques de gratuité de soins l'ont précédé certes, mais le plan « SÉSAME » exécuté depuis 2006 au Sénégal se caractérise par les particularités des conditions et des mécanismes de sa mise en œuvre.

Au demeurant, le plan « SÉSAME » traduit l'acte volontariste d'une autorité publique – fortement empreinte d'enjeux politiques – de venir en aide aux personnes âgées sur bien des aspects de leurs conditions de vie. La matérialisation de cette volonté politique a été affectée par le manque de rigueur dans la démarche de conception et d'implantation de la politique publique. Il aurait fallu respecter les phases essentielles qui sous-tendent toute politique publique, à savoir la conception ou formulation, la mise en œuvre et l'évaluation, toutes ces phases étant reliées de façon systémique. La formulation de la politique « SÉSAME » a partiellement failli par le manque de concertations larges et inclusives mais aussi par la non prise en compte des besoins réels exprimés et des réalités du moment. Quant au processus de mise en œuvre, c'est surtout l'insuffisance des ressources (financières, humaines, matériels, techniques, infrastructurelles et organisationnelles) qui constitue la grande faille du plan « SÉSAME », mais aussi des stratégies de contrôle, dont l'inefficacité a conduit à des usages inadéquats de cette politique. En ce qui concerne la phase de l'évaluation, la plupart des études se consacrent prioritairement aux effets de la politique en question selon des critères déterminés. De plus en plus, les évaluations de politiques publiques de santé s'intéressent au critère équité et sur tout ce qui a trait aux inégalités dans l'accès aux soins et la présente étude ne déroge pas à cette dynamique.

Incontestablement, la mise en œuvre du plan « SÉSAME » a contribué à l'accroissement de la fréquentation des structures de soins par les personnes âgées qui ont bien accueilli la politique dans son principe et dans ses intentions. La grosse difficulté en termes d'effets concerne l'accessibilité aux médicaments spécifiquement les médicaments de spécialités qui sont très chers pour les personnes âgées. Il s'y ajoute la portée assez limitée du plan qui n'atteint pas la grande majorité des groupes cibles à cause des failles décelées dans le processus et dans les mécanismes de mise en œuvre. De ce fait, la mise en œuvre du plan laisse paraître des iniquités – comme effets inattendus et non voulus – sur les plans

géographique, social et économique dans l'accès et l'utilisation des services entre les catégories de personnes âgées : le plan « SÉSMAE » profite davantage à ceux qui ont plus de privilèges (les retraités) qu'à ceux qui ne bénéficient d'aucune forme de couverture sociale ou médicale (les PAF). C'est donc une sorte de cycle de reproduction sociale des avantages de la prise en charge avec le système formel au détriment de la grande majorité des personnes âgées constituée de paysans, éleveurs, pêcheurs, artisans, marchands, etc., d'où toute l'importance de la théorie du paradoxe en santé publique avec l'approche populationnelle eu égard à l'analyse des politiques publiques de santé. Ainsi, il serait opportun de mener une réflexion profonde sur le principe de l'équité en faisant une analyse situationnelle des besoins réels des groupes cibles dans une perspective de redistribution des avantages liés à la politique de gratuité des soins : cela passe par une étude sur la problématique du ciblage.

Finalement, la mise en œuvre du système d'assistance « SÉSAME » a eu des effets positifs sur l'allègement des charges médicales pour les usagers mais les modalités de sa conception et de son implantation constituent des limites objectives qui affectent considérablement sa portée et son efficacité. Il est facile de constater qu'il existe des écarts entre les prescriptions et la réalité de l'exécution dans la mesure où il subsiste toujours un décalage entre ce que l'on a prévu de faire et ce que l'on a réalisé (Ridde, Pommier et Jabot, 2010; Ridde, 2004a) dans l'implantation d'une politique publique. Cependant, les effets positifs ne doivent pas occulter les effets pervers non recherchés à l'image des discours dithyrambiques des *implementors* qui portent à croire que la mise en œuvre du plan « SÉSAME » est une réussite totale, une aubaine pour les personnes âgées : attention à l'arbre qui cache la forêt!

Références

- Bardin, L. (2003). *L'analyse de contenu*. Paris, Presses Universitaires de France.
- Bernier, L. (2010). La mise en œuvre des politiques publiques. Dans S. Paquin, L. Bernier et G. Lachapelle (Dir.), *L'analyse des politiques publiques* (255-277). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bernier, L. et Lachapelle, G. (2010). L'étude des politiques gouvernementales. Dans S. Paquin, L. Bernier et G. Lachapelle (Dir.), *L'analyse des politiques publiques* (9-35). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bilodeau, A., et Bélanger, J. (2007). L'évaluation de l'efficacité des mesures innovantes de soutien sur les compétences et la réussite scolaire au primaire. Rapport de recherche déposé dans le cadre du Programme de recherche sur la persévérance et la réussite scolaires du Fonds québécois de recherche sur la société et la culture du Ministère de l'Éducation, du loisir et du sport du Québec.
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Blaise, P. (2010). L'évaluation réaliste une méthode adaptée à la complexité des interventions de réduction des inégalités sociales de santé. Symposium : Cadre de réflexion et d'action pour les interventions visant à réduire les inégalités de santé. 20th IUHPE World conference on Health Promotion 11-16 July 2010, GEDETA, Switzirland.
- Blaise, P., Marchal, B., Lefèvre, P. et Kegels, G. (2010). Au-delà des méthodes expérimentales : l'approche réaliste en évaluation. Dans L. Potvin, M.-J. Moquet et C. Jones, (sous la dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action. 380p.
- Blanchet, A. et Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris, Nathan.
- Bongrand, P. et Laborier, P. (2005). L'entretien dans l'analyse des politiques publiques : un impensé méthodologique? *Revue française de science politique*, vol. 55, n° 1, 73-111.

- Champagne, F., Contandriopoulos, A-P., Picot-Touché, J., Béland, F. & Nguyen, H. (2005). Un cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS. Rapport présenté dans le cadre du mandat accordé par le conseil de la santé et du bien-être. www.csbe.gouv.qc.ca
- Chapuis-Lucciani, N., Hane, F., Signaté, A., Macia, E., Coumé, M., Saliba-Serre, B., et Gueye, L. (2010). Une approche synchronique du vieillissement : Exemple d'étude de la population sénégalaise âgée. *L'anthropologie du vivant : objets et méthodes*, 77-78.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F. et al. (1993). L'évaluation dans le domaine de la santé : Concepts et méthodes. *Bulletin*, 33(1), 12-17.
- Coumé, M., Touré, K., Ka, M. M., et Moreira, T. D. (2011). Prise en charge institutionnelle des personnes âgées au Sénégal. Actes du Colloque International de Meknès (Maroc, 17 – 19 mars), 868-871.
- Daigneault, P-M. (2011). Introduction général. Dans P-M. Daigneault (dir.), *Les approches théoriques en évaluation* (1-6). Performance et évaluation, no 4. http://www.capp.ulaval.ca/upload/cahier_49.pdf
- Deslauriers, J. P. et Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, P. Mayer, & A.P. Pires, *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (85-111). Montréal : Gaëtan morin.
- Draelants, H. et Maroy, C. (2007). L'analyse des politiques publiques : un panorama. *Revue de la littérature* (partie 1). http://knowandpol.eu/IMG/pdf/lr.tr.draelants_maroy1.fr.pdf consulté le 20 juillet 2013.
- Enguéléguélé, M. (2008). Quelques apports de l'analyse de l'action publique à l'étude du politique en Afrique subsaharienne. *Politique et Sociétés*, vol. 27, n° 1, 3-28. <http://id.erudit.org/iderudit/018045ar>

- Evans, D. and Killoran, A. (2000). Tackling health inequalities through partnership working: learning from a realistic evaluation, *Critical Public Health*, vol. 10, n° 2, 125 – 140.
- Fafard, P. (2008). Données probantes et politiques publiques favorables à la santé : pistes fournies par les sciences de la santé et la science politique. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Institut national de santé publique Québec. www.ccnpps.ca
- Frohlich, K. L. and Potvin, L. (2008). Transcending the Known in public health practice. The inequality paradox: the population approach and vulnerable population. *Government Politics and Law*, vol. 98, n° 2, 216 – 221.
- Gagnon, Y.-C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Goffin, C. (2007). Les politiques publiques. Projet INTERFORM, Note Séminaire des 3 et 4 avril 2007. www.interform-eu.org/UserFiles/File/Formation/sem-politiques-publiques/Note_docu_politiques-publiques.pdf
- Golaz, V. et Antoine, P. (2011). Quelles sont les personnes âgées en situation de vulnérabilité? Estimations à partir de données censitaires en Ouganda et au Sénégal. Dans W. Molmy, M. Sajoux et L. Nowik (Eds). *Vieillesse de la population dans les pays du sud : Famille, condition de vie, solidarité publiques et privées, ... État des lieux et perspectives* (393 - 412). Actes du Colloque International de Meknès (Maroc, 17 – 19 mars), 868-871. Les numériques du CEPED.
- Hamel, J. (1997). *Études de cas et sciences sociales*, Montréal, Québec : L'Harmattan.
- IPRES (nd). Les guides de l'IPRES : assistance sociale et plan SESAME. www.ipres.sn
- Hamel, J. (1998). Défense et illustration de la méthode des études de cas en sociologie et en anthropologie : quelques notes et rappels. *Cahiers internationaux de sociologie*, 104, 121–138.
- Jaccoud, M. et Mayer, R. (1997). L'observation en situation et la recherche qualitative. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, P. Mayer, & A.P.

- Pires, *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (211-249). Montréal : Gaëtan morin.
- Jacob, S. (2010). L'évaluation des politiques publiques. Dans S. Paquin, L. Bernier et G. Lachapelle (Dir.), *L'analyse des politiques publiques* (279-308). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Kane, M. (1990). La situation des retraités de Dakar : étude descriptive. Mémoire de maîtrise, École des gradués, Université Laval, Québec.
- Kane, M. (1996). Étude des stratégies de résolution de problèmes des personnes âgées retraitées de Dakar, en vue de l'élaboration, à leur bénéfice, d'une politique de protection sociale, dans une perspective de développement social. Thèse de doctorat en service social, Université Laval, Québec.
- Laperrière, A. (2009). L'observation directe. Dans B. Gauthier (Dir.), *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données* (311-336), Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Lemieux, V. (2009). *L'étude des politiques publiques : Les acteurs et leur pouvoir*. Québec, Les presses de l'université de Laval.
- Leplat, J. (2000). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie : Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes*. Toulouse : Octarès.
- Leplat, J. (2002). De l'étude de cas à l'analyse de l'activité. *PISTES*, Vol. 4, No. 2, 1–31.
- Lèye, M. M. M. (2010). Évaluation du plan sesame au niveau des hôpitaux nationaux du Sénégal. Mémoire de D.E.S. de Santé publique à l'Institut de santé et développement, Université Cheikh Anta Diop de Dakar.
- Lèye, M. M. M. (2011). Analyse du fonctionnement du plan de prise en charge gratuite des soins chez les personnes âgées « PLAN SESAME » au niveau des hôpitaux nationaux du Sénégal après quatre années de mise en œuvre (2006 – 2009). Thèse de doctorat en médecine, Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontologie (UCAD).

- Lombrail, P. et Pascal, J. (2010). Rôle des soins dans les stratégies de réduction des inégalités sociales de santé. Dans L. Potvin, M.-J. Moquet et C. Jones, (sous la dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé* (219-226). Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action. 380p.
- Ly, A. H., Cissé, O., Fall, S. T., Lom, A. d, Mbodj, M., Sall, F. L., Savané, M. et Sow, A. (1999). *Diagnostic des politiques sociales au Sénégal*. Dakar, RRPS/AOC, CRDI, SN; no.1, 67 pages. <http://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/24446/4/112816.pdf>
- Mbaye, E., Kâ. O. et Bâ, C. T. (2012). Le plan Sésame : une initiative d'exemption des paiements pour les personnes âgées affectée par sa mise en œuvre. Dans V. Ridde, L. Queuille et Y. Kafando (eds.), *Capitalisations de politiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest* (183-210). Ouagadougou : CRCHUM/HELP/ECHO.
- Ministère de l'Économie et des Finances (2004). Rapport de synthèse de la deuxième enquête sénégalaise auprès des ménages. Direction de la Prévision et de la statistique.
- Ministère de l'Économie et des Finances (2006). Résultats du troisième recensement général de la population et de l'habitat – 2002 : Rapport national de présentation. République du Sénégal. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD).
- Ministère du Développement Social et de la Solidarité Nationale (2001). Communication de Madame Aminata Tall, Ministre du Développement Social et de la Solidarité Nationale. Conseil interministériel sur la politique sociale et la problématique du vieillissement au Sénégal, Dakar, le 13 novembre 2001.
- Morestin, F., Gauvin, F.-P., Hogue, M.C. & Benoit, F. (2010). Méthodes de synthèse de connaissances sur les politiques publiques. Centre de Collaboration Nationale sur les politiques publiques et la santé. www.ccnpps.ca
- Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

- Mucchielli, A. (2011). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris : Armand Colin.
- Muller, P. (2011). *Les politiques publiques*. Paris : Presses Universitaires de France (9^e éd.)
- Nations Unies (2002a). Rapport de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, Madrid, 8-12 avril. http://www.monitoringris.org/documents/norm_glob/mipaa_french.pdf
- Nations Unies (2002b). Une société pour tous les âges. Promouvoir la Santé et le bien être des personnes âgées : le vieillissement actif. Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement – Madrid (Espagne) – 8-12 avril 2002. <http://www.un.org/french/ageing/chap3.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé (2007). Guide mondial des villes-amies des aînés. Vieillesse et qualité de la vie, santé familiale et communautaire.
- Ortiz, I. (2007). Politique Sociale. Stratégies de développement nationales : Notes d'orientation. Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales (DAES/ UNDESA). http://esa.un.org/techcoop/documents/SocialPolicy_French.pdf
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (Éds). (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2^e éd.). Paris : Armand Colin.
- Patton, M.Q. (2003). Evaluation Checklists Project. www.wmich.edu/evalctr/archive_checklists/qec.pdf
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G. & Walshe, K. (2005). Realist review: A new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 10, Suppl. 1, 21–34.
- Pawson, R. et Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Pawson, R. et Tilley, N. (2004). Realist evaluation. <http://www.communitymatters.com.au/gpage1.html>
- Pin, S. (2005). Les solidarités familiales face au défi du vieillissement. *Presse de science politiques : les tribunes de la santé*, no 7, 43–47.

- Pires, A. P. (1997). De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, P. Mayer, & A.P. Pires, *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (3-54). Montréal : Gaëtan morin.
- Potvin, L., Ginot, L. et Moquet, M.-J. (2010). La réduction des inégalités : un objectif prioritaire des systèmes de santé. Dans L. Potvin, M.-J. Moquet et C. Jones, (sous la dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé* (52-61). Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action. 380p.
- Potvin, L., Moquet, M.-J. et Jones, C. (sous la dir.) (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action. 380p.
- Potvin, L., Ridde, V. et Mantoura, P. (2008). Évaluer l'équité en promotion de la santé. In K. Frohlich, N. De Koninck, P. Bernard, L. Demers (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec* (355-378). Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- République du Sénégal (1996). Loi n° 96-07 du 22 mars 1996 portant code des collectivités locales. JO N° 5689 du 20/05/1996.
- République du Sénégal (2001a). Constitution de la république du Sénégal du 22 janvier 2001
- République du Sénégal (2001b). Directives de madame le premier ministre à l'issue du conseil interministériel sur la problématique du vieillissement et la politique sociale au Sénégal. Ministère du développement social et de la solidarité nationale.
- République du Sénégal, (2002). Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté I. <http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Senegal/PRSP/Senegal%20PRSP%20French.pdf>
- République du Sénégal, (2006). Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté II. <http://siteresources.worldbank.org/INTSENEGALINFRENCH/Resources/DSRP-II.pdf>
- République du Sénégal, (2008a). Décret no 2008-381 du 7 avril 2008. J.O. No 6415 du Samedi 5 juillet 2008. <http://www.jo.gouv.sn/spip.php?article6956>

- République du Sénégal, (2008b). Rapport du plan Sésame de soins gratuits pour les personnes âgées de 60 ans et plus au Sénégal : revue 2008/ Méridien président.
- Ridde, V. (2006). La question de l'équité dans l'accès aux soins de santé au Burkina Faso. Le point de vue de quelques infirmiers et membres de comité de santé. Etude Récit no12. Ouagadougou : Laboratoire Citoyennetés. 36 p.
- Ridde, V. (2007). *Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*. Paris, l'Harmattan.
- Ridde, V. (2004a). L'initiative de Bamako 15 ans après : un agenda inachevé. Health, Nutrition and Discussion (HNP) Discussion Paper. 40 pages.
- Ridde, V. (2004b). Kingdon à Bamako : conceptualiser l'implantation d'une politique publique de santé en Afrique. *Politique et sociétés*, vol.23, no 2-3, 183-202.
- Ridde, V., Pommier, J. et Jabot, F. (2010). Spécificité de l'évaluation des programmes visant la réduction des inégalités. Dans L. Potvin, M.-J. Moquet et C. Jones, (sous la dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé* (257-269). Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action. 380p.
- Ridde, V., Queuille, L. et Kafando, Y. (eds.) (2012). *Capitalisations de politiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest*. Ouagadougou : CRCHUM/HELP/ECHO.
- Ridde, V., Robert, E., Guichard, P. et Van Olmen, J. (2012). L'approche réaliste à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes. *Revue canadienne d'évaluation de programme*. Special issues in complex evaluation, 26, (3), 1 – 14.
- Ridde, V., Queuille, L., Kafando, Y. et Robert, E. (2012). Les politiques d'exemption du paiement des soins dans six pays d'Afrique de l'Ouest : résultats de capitalisations nationales. Dans V. Ridde, L. Queuille et Y. Kafando (eds.), *Capitalisations de politiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest* (259-287). Ouagadougou : CRCHUM/HELP/ECHO.
- Robert, E., Kafando, Y., Queuille, L. et Ridde, V. (2012). État des lieux des connaissances disponibles sur les politiques et les programmes d'exemption des paiements directs des soins en Afrique de l'Ouest. Dans V. Ridde, L. Queuille et Y.

- Kafando (eds.), *Capitalisations de politiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest* (15-108). Ouagadougou : CRCHUM/HELP/ECHO.
- Roy, S. N. (2009). L'étude de cas. Dans B. Gauthier (Dir.), *Recherche sociale: De la problématique à la collecte des données* (199-225). Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Salamon, L. M. (2000). The new governance and the tools of public action: An introduction. *Fordham Urban Law Journal*, volume 28, Issue 5, 1611-1674.
<http://ir.lawnet.fordham.edu/ulj>
- Savard, J-F. (2010). La cohérence des politiques publiques. Dans S. Paquin, L. Bernier et G. Lachapelle (Dir.), *L'analyse des politiques publiques* (309-335). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives*, Hors Série, numéro 5, 99-111.
- Sow, B., Ndiaye, S., Gaye, A. et Sylla, A. H. (2000). Enquête Sénégalaise sur les indicateurs de santé (ESIS) 1999. Santé pour tous. Ministère de la santé/Groupe SERDHA. Sénégal.
- Touré, P. M. A. (2012). Évaluation du coût de la prise en charge médicale chez les personnes âgées. Étude menée au centre de gériatrie et de gérontologie de Ouakam. Thèse de doctorat, Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontologie (UCAD).
- Vilatte, J-C. (2007). L'entretien comme outil d'évaluation. Formation « Évaluation » 1-4 décembre 2007 à Lyon. www.lmac-mp.fr/telecharger.php?id_doc=48
- Quivy, R. et Campenhoudt, L. V. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : DUNOD.
- Wade, A., (2011). Contribution à l'évaluation du financement du plan "SESAME" de 2006 à 2010 au Sénégal. Mémoire de D.E.S.S. en Économie de la santé. Institut supérieur de Management de la santé (CESAG).
- Wakeu Toko, P. (2009). L'analyse des politiques publiques en Afrique noire.
<http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/39/77/56/PDF/APP.pdf>

- Wanlin, P. (2007). L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Recherche qualitative*, Hors Série, numéro 3, 243-272. Actes du colloque BILAN ET PROSPECTIVES DE LA RECHERCHE QUALITATIVE.
- Westhorp, G., Prins, E., Kusters, C. S. L., Hultink, M., Guijt, I. H. A. M et Brouwers, J. (2011). Realist evaluation: An overview. Seminar Report from an Expert Seminar with Dr. Gill Westhrop on March, 29, 2011, Wageningen UR Center for Development Innovation in Collaboration with Learning by Design and Context international cooperation. http://www.cdi.wur.nl/NR/rdonlyres/9C9EC0AD-65EA-4172-97D3-F2AB9DBD855F/143307/2011_WP_RealistEvaluationSeminar_CecileKusters.pdf
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research: Design and Methods* (Third Edition). Thousand Oaks, CA: Sage.

ANNEXES

Lettres d'approbation du comité d'éthique du CSSS-IUGS

PAR COURRIEL SEULEMENT

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE EN MATIÈRE DE RECHERCHE SUR DES HUMAINS

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (volet Institut) atteste :

1. Qu'il exerce ses activités de manière conforme aux *Bonnes pratiques cliniques*;
2. Qu'aucun des membres n'était en conflit d'intérêts lors de l'évaluation des documents soumis par le chercheur;
3. Qu'il a dûment évalué et approuvé les documents qui lui ont été soumis.

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

Analyse des politiques publiques de santé à l'endroit des personnes âgées au Sénégal. Le cas de la mise en œuvre du système d'assistance « SESAME »

LA PRESENTE APPROBATION A ETE DEMANDEE PAR :

Professeur Yves Couturier, Ph.D.

Chercheur

Centre de recherche sur le vieillissement

CSSS-IUGS

↳ L'approbation éthique pour ledit projet de recherche est valide jusqu'au 23 janvier 2014

Le numéro de dossier attribué au projet cité en rubrique par le CÉR est le 2012-38 / COUTURIER

Présidente

MS/sf.

c.c.t.

PAR COURRIEL SEULEMENT

Sherbrooke, le 23 janvier 2013

Objet : Approbation finale de votre projet de recherche
Analyse des politiques publiques de santé à l'endroit des personnes âgées au Sénégal. Le cas de la mise
en œuvre du système d'assistance « SESAME »
Dossier 2012-38 / COUTURIER

Le Comité d'éthique de la recherche du CSSS-IUGS accuse réception de la documentation que vous lui avez transmise le 19 décembre 2012. Ainsi, le Comité a évalué, en comité restreint, les documents suivants :

- Formulaire de demande d'évaluation, dûment complété et daté
- Protocole de recherche, non daté
- Formulaire d'information et de consentement à la recherche, version non datée
- Lettre d'appui de la Ford Foundation International Fellowships Program, datée du 28 avril 2011
- Ford Foundation International Fellowships Program – Statement of Acceptance of IFP Grant Agreement
- Guide d'entretien pour personnes âgées
- Guide d'entretien pour les agents du CGGO et du CMS
- Guide d'entretien pour les agents du bureau « SESAME » du ministère de la santé
- Guide d'entretien pour les participants indépendants
- Questionnaire destiné aux personnes âgées

Au vu de l'ensemble du dossier, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé.

Le Comité comprend que les particularités culturelles du Sénégal, le pays où s'effectuera la cueillette des données, font en sorte que recueillir un consentement écrit de la part des participants pourrait être difficile, voire même impossible. Pour ces raisons, le Comité estime qu'il est approprié que le consentement soit recueilli verbalement.

Comme vous le savez déjà, il faudrait éviter que les données non-dénominalisées des participants soient sauvegardées à même le disque dur d'un ordinateur portatif, et ce pour parer au bris de confidentialité possible en cas de perte ou de vol de ce dernier. La clé de code des participants au projet devra être conservée en lieu sûr. **Nous vous demandons donc de bien vouloir vous assurer de prévoir le nécessaire afin de préserver la confidentialité des données stockées en cas de perte ou de vol du portable.**

La présente approbation éthique est valide pour un an à compter du 23 janvier 2013, date de l'approbation finale. Deux mois avant la date d'échéance, vous devrez faire une demande de renouvellement auprès du comité d'éthique de la recherche du CSSS-IUGS en utilisant le document du comité prévu à cet effet.

En acceptant le certificat d'éthique joint en annexe, vous vous engagez à :

- Soumettre, pour approbation préalable au comité, toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le comité pour la réalisation de votre projet.
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance et s'il y a lieu :
 - les réactions indésirables graves, les réactions indésirables et inattendues et les accidents observés en cours de recherche, et ce, dans les six jours ouvrables qui suivent;
 - tout nouveau renseignement sur des éléments susceptibles d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'accroître les risques et les inconvénients des sujets, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un sujet de recherche de continuer sa participation au projet de recherche;
 - toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies;
 - la cessation prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente;
 - tout problème identifié par un tiers, lors d'une enquête, d'une surveillance ou d'une vérification interne ou externe;
 - toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation;
 - toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthique ainsi que des résultats de la procédure.

Les formulaires pourront être complétés à partir du logiciel Nagano, que vous retrouverez sous l'onglet « Recherche » de la page web du CSSS-IUGS.

Concernant le formulaire d'information et de consentement, nous joignons en annexe une copie modifiée de ce document. Nous vous prions de bien vouloir en prendre connaissance et de nous faire part de tout désaccord ou modification que vous jugerez à propos.

La présente décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences. En plus du suivi administratif d'usage, le CÉR pourra effectuer un suivi actif au besoin selon les modalités qu'il juge appropriées.

En terminant, nous vous rappelons que vous devez conserver pour une période d'au moins un an suivant la fin du projet, un répertoire distinct comprenant les noms, prénoms, coordonnées, date du début et de fin de la participation de chaque sujet de recherche.

Le Comité d'éthique de la recherche du CSSS-IUGS est institué par le ministre de la Santé et des Services sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec et respecte les règles émises par l'Énoncé de politique des trois conseils et les Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Je vous prie d'accepter, Professeur Couturier, mes meilleures salutations.

Présidente

MS/sf

p. j. Certificat éthique et FIC dûment approuvé

Lettre d'introduction et formulaire de consentement



Lettre d'introduction

Bonjour

Par la présente, je certifie que monsieur Ibrahima Diallo, étudiant en maîtrise de gérontologie au Centre universitaire de formation en gérontologie (Université de Sherbrooke), travaille sur un projet de mémoire sous ma direction intitulé *Analyse des politiques publiques de santé à l'endroit des personnes âgées au Sénégal. Le cas de la mise en œuvre du système d'assistance « SESAME »*.

Pour mener à bien ce travail de recherche, il lui est nécessaire de collaborer avec divers acteurs impliqués dans la mise en œuvre du plan « SESAME », en l'occurrence des membres de la coordination nationale dudit plan, des agents du Centre de gériatrie et de gérontologie de Ouakam ainsi que ceux du Centre médico-social de l'IPRES (Institution de prévoyance retraite du Sénégal), des personnes âgées bénéficiaires du plan et des membres de la société civile.

À cet effet, nous sollicitons votre précieuse collaboration pour la collecte des données dans l'accomplissement de ce travail de fin formation qui sera sanctionné par l'obtention d'un diplôme de maîtrise en gérontologie.

Veillez agréer l'expression de nos sentiments les meilleurs.



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE

Titre du projet

Analyse des politiques publiques de santé à l'endroit des personnes âgées au Sénégal. Le cas de la mise en œuvre du système d'assistance « SESAME »

Chercheur responsable :

Étudiant :

Conseiller interne :

Organisme subventionnaire :

Préambule

Nous sollicitons votre participation à ce présent projet de recherche qui s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de maîtrise en gérontologie de l'Université de Sherbrooke.

Avant d'accepter de participer à cette recherche et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Il s'agit d'une étude qui consiste en une évaluation qualitative de la mise en œuvre du plan « SESAME » dans le but de voir s'il existe un décalage entre ce que le programme prévoit et la réalité de l'exécution de cette politique publique de santé sur les différentes catégories de personnes âgées au Sénégal et, le cas échéant, d'en comprendre les caractéristiques. Ainsi, l'étude nous permettra de voir quelle(s) catégorie(s) de personnes âgées bénéficient effectivement des services offerts par le plan « SESAME ».

Nature et objectifs du projet de recherche

Ce projet de recherche est une étude de cas de type exploratoire et descriptif visant à examiner les mécanismes de mise en œuvre de la politique « SESAME » et ses effets sur les usagers en fonctions des catégories de personnes âgées.

Ainsi, l'objectif général de l'étude est d'analyser le contenu des politiques publiques de santé à l'endroit des personnes âgées au Sénégal et, subséquemment, de procéder à une évaluation de l'application du plan "SESAME" dans le but d'identifier et de comprendre l'existence ou non de mécanismes différenciés de prise en charge des aînés.

Déroulement du projet de recherche

Si vous acceptez de participer à l'étude, nous nous engageons à effectuer les déplacements nécessaires à l'endroit qui vous convient pour le déroulement de l'entrevue.

Ainsi, votre participation au projet consistera à donner votre opinion sur des questions liées à la mise en œuvre du plan « SESAME » sous forme d'entrevue. La durée de l'entrevue est estimée à environ une heure trente minutes (1h30) et celle-ci sera enregistrée avec un dictaphone, avec votre permission.

Initiales du participant : _____

Version 2 datée du 22 janvier 2013

Dossier 2012-38

Page 1 de 3

Analyse des politiques publiques de santé à l'endroit des personnes âgées au Sénégal. Le cas de la mise en œuvre du système d'assistance « SESAME »

Ce projet n'implique pas d'examens médicaux, ni d'analyses ou de tests sous quelque forme que ce soit. Nous n'aurons pas non plus besoin d'accéder à vos dossiers médicaux.

Enfin, ce projet n'implique pas la collecte d'informations sensibles liées à votre état de santé ou à votre vie privée.

Risques associés au projet de recherche

Il n'y a pas de risque majeur prévisible associé à votre participation à ce projet. Nous veillerons, par la règle de l'anonymat et du respect de la confidentialité, à estomper toute possibilité de traçabilité des sources et des données sensibles afin de parer, le cas échéant, à d'éventuelles répercussions politiques négatives dans le cadre de l'exercice de leur fonction (pour les cadres et professionnels) ou de la prestation de services (pour les personnes âgées).

Inconvénients associés au projet de recherche

Abstraction faite du temps que vous accorderez pour l'entrevue, votre participation au projet ne présente pas d'inconvénients dans la mesure où nous avons prévu et pris les dispositions nécessaires pour vous éviter un investissement physique et financier contraignant.

Avantage associé au projet de recherche

Vous ne retirerez pas de gain personnel de votre participation à ce projet. Toutefois, les conclusions de l'étude contribueront à l'enrichissement des connaissances sur la mise en œuvre des politiques publiques de santé au Sénégal, spécifiquement du plan « SESAME ». De ce fait, l'étude sera profitable autant aux décideurs politiques, qu'aux professionnels de la santé et, par ricochet, aux usagers.

Confidentialité

Les données qui seront recueillies porteront sur vos opinions, vos appréciations et votre analyse sur des questions liées à l'exécution du plan « SESAME ». Il n'y aura pas de renseignements personnels vous concernant, à l'exception des données sociodémographiques générales, qui demeureront confidentielles lors de la diffusion des résultats.

Nous prendrons les dispositions nécessaires afin qu'il ne puisse pas y avoir de lien entre vous-mêmes et les renseignements fournis lors de ces communications. Toutes ces données seront traitées et interprétées uniquement pour des fins de rédaction du mémoire de maîtrise. Les données enregistrées seront sécurisées en lieu sûr et les bases de données seront détruites après la soutenance. Notez que l'enregistrement audio n'est pas une condition *sine qua non* pour participer à l'étude; il ne sera effectué que si vous y consentez.

Consentement du participant

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement ayant trait à ma participation à ce projet de recherche.

J'ai compris le contenu du document et donc les conditions qui sous-tendent ma participation au projet.

Je reconnais aussi que j'ai eu les éclaircissements nécessaires sur mes préoccupations concernant ma participation et que j'ai disposé du temps voulu pour prendre une décision sans aucune pression.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions énoncées dans ce document.

Nom et signature du participant

Date

Engagement et signature de l'étudiant

Je certifie avoir expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, avoir répondu aux questions qu'il avait à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à observer, durant tout le projet, les principes de base de l'éthique de la recherche, à savoir l'anonymat, le respect de la confidentialité des entrevues et des données et le respect de la dignité humaine.

En ce qui concerne le participant, sa participation est libre et volontaire et il lui sera possible de se retirer du projet à tout moment sans préjudice.

Date

Engagement et signature du chercheur responsable de la recherche

Je m'engage, ainsi que toute mon équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement, et à ce qu'une copie signée et datée du formulaire soit remise au participant.

Date

Outils de collecte de données

Questionnaire destiné aux personnes âgées

Caractéristiques sociodémographiques

Participant n° :

Âge :

Sexe :

Profession exercée :

Catégorie de retraité :

Association de personnes âgées :

Fonction dans l'association de personnes âgées :

Lieu d'habitation :

Nombre d'usage du plan « SESAME » :

Questionnaire destiné aux autres participants

Caractéristiques sociodémographiques

Participant n° :

Âge :

Sexe :

Profession :

Fonction :

Structure :

Guide d'entretien pour les personnes âgées

1. Parlez-moi des services gérontologiques que vous avez reçus dans le cadre du Plan « SÉSAME »
2. Étant donné que c'est le président Abdoulaye Wade qui a pris la décision de la création et du lancement de la politique « SÉSAME » lors de son discours à la nation le 03 avril 2006 ; quelle est votre appréciation de la rationalité ou de l'opportunité de cette prise de décision?
3. Comment avez-vous perçu l'initiative de la mise en œuvre du plan « SÉSAME » en 2006 par les autorités publiques?
 - Par quel moyen?
 - Ce qui a été compris
 - Attentes
4. En vous basant sur votre expérience propre, parlez-moi des mécanismes de fonctionnement du plan « SÉSAME » dans la prise en charge médicale des personnes âgées.
 - Formalités
 - Accès
 - Utilisation des services
5. Quelle est votre appréciation de l'exécution du plan « SÉSAME »
 - Formalités administratives
 - Accès aux soins
 - Utilisation des services
 - Médicaments
 - Efficacité de la prise en charge (qualité des services)
 - Gratuité des services
 - Affluence
6. Quelle est votre opinion sur l'effectivité des services dans l'application du plan « SÉSAME »?
7. Selon vous, quelles sont les caractéristiques des personnes âgées qui bénéficient réellement du plan « SÉSAME »?

8. Quel est votre avis sur la faisabilité au plan technique de la mise en œuvre du plan?

En termes de :

- Ressources financières
- Ressources humaines (personnel, acteurs impliqués dans l'exécution du plan)
- Ressources matérielles et/ou technologiques
- Ressources infrastructurelles
- Organisation administrative

9. Que pensez-vous de l'acceptabilité de la mise en œuvre de cette politique?

10. Selon vous, quels sont les effets négatifs éventuels de l'application du plan « SÉSAME »?

11. Quelle est votre appréciation globale de la mise en œuvre du plan « SÉSAME » en termes de satisfaction des besoins des usagers?

Guide d'entretien pour les agents du CGGO et du CMS

1. Dites-moi en quoi consiste réellement le plan « SÉSAME »?
2. Décrivez-moi en quelques phrases l'organisation de votre structure en termes de ressources dédiées à l'application du plan « SÉSAME ».
 - ressources humaines
 - ressources matérielles
 - ressources financières
 - organisation administrative
3. Quelles sont les prescriptions formelles dans le cadre de l'application du plan « SÉSAME » dans votre structure?
4. Qu'est-ce qui se fait concrètement dans votre structure eu égard à l'exécution du plan « SÉSAME »?
5. Quelles sont les caractéristiques des principaux usagers du plan « SÉSAME » dans votre structure?
6. Selon vous, quelle(s) catégorie(s) de personnes âgées bénéficient le plus du plan « SÉSAME »? (**Question destinée aux agents du CGGO uniquement**)?
7. Que pensez-vous de l'effectivité des services offerts à travers le plan « SÉSAME »?
8. Quelle est votre appréciation des effets de l'exécution du plan « SÉSAME » sur les usagers?
 - Accès aux soins
 - Utilisation des services
 - Médicaments
 - Efficacité de la prise en charge (qualité des services)
 - Gratuité des services
 - Affluence
9. Étant donné que c'est le président Abdoulaye Wade qui a pris la décision de la création et du lancement de la politique « SÉSAME » lors de son discours à la nation le 03 avril 2006 ; quelle est votre appréciation de la rationalité ou de l'opportunité de cette prise de décision?

10. Quel est votre avis sur la faisabilité au plan technique de la mise en œuvre du plan?

En termes de :

- Ressources financières
- Ressources humaines (personnel, acteurs impliqués dans l'exécution du plan)
- Ressources matérielles et/ou technologiques
- Ressources infrastructurelles
- Organisation administrative

11. Que pensez-vous de l'acceptabilité de la mise en œuvre de cette politique?

12. Quelles sont les implications financières de l'exécution du plan « SÉSAME » dans votre structure?

13. Selon vous, l'application du plan « SÉSAME » a-t-elle des effets pervers, si oui lesquels?

14. Quelle est votre appréciation globale de l'exécution du plan « SÉSAME »?

Guide d'entretien pour les agents du bureau « SÉSAME » au ministère de la santé

1. Quelles sont les conditions d'émergence de la politique du plan « SÉSAME » ?
 - Contexte social
 - Contexte économique
 - Contexte politique
2. Quels sont les principaux objectifs visés à travers le plan « SÉSAME » sur le plan national?
3. Faites une description exhaustive des mécanismes de mise en œuvre du plan « SÉSAME » pour atteindre ces objectifs (les différentes ressources mise à profit pour son exécution) sur le plan national.
4. Dans votre structure, quelles sont les dispositions prises pour atteindre les cibles en général?
 - pour les retraités de la fonction publique?
 - pour les retraités affiliés à l'Institution de prévoyance retraite du Sénégal?
 - pour les personnes à leurs frais
5. Comment ces dispositions profitent-elles aux différentes catégories de personnes âgées?
6. Quels sont les effets/ retombées réels de l'application du plan après six années de mise en œuvre?
 - Pour l'ensemble des usagers
 - Pour chaque catégorie de personnes âgées
7. Que pensez-vous de l'effectivité des services à travers l'exécution du plan « SÉSAME »?
8. Selon vous, l'application du plan « SÉSAME » a-t-elle des effets pervers, si oui lesquels?
 - Au plan social
 - Au plan économique
 - Au plan politique
 - Autres

9. Quels sont les coûts financiers de l'exécution du plan « SÉSAME » pour les différentes institutions impliqués dans sa mise en œuvre?

10. Quelle est votre point de vue sur la faisabilité technique (applicabilité) de cette politique?

- Acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme
- Ressources disponibles
- Autres

11. Étant donné que c'est le président Abdoulaye Wade qui a pris la décision de la création et du lancement de la politique « SÉSAME » lors de son discours à la nation le 03 avril 2006 ; quelle est votre appréciation de la rationalité ou de l'opportunité de cette prise de décision?

12. Que pensez-vous de l'acceptabilité de la mise en œuvre de cette politique?

- Processus de prise de décision
- Ressources disponibles
- Acteurs impliqués dans la mise en œuvre
- Déroulement de la mise en œuvre
- Reddition des comptes
- Autres

13. Quelle est votre opinion sur l'effectivité des services à travers l'exécution du plan « SÉSAME »?

14. Quelle est votre appréciation globale de l'exécution du plan « SÉSAME »?

Guide d'entretien pour le participant indépendant

1. Quelles sont les conditions d'émergence de la politique du plan « SÉSAME » ?
 - Contexte social
 - Contexte économique
 - Contexte politique
2. Selon vous, quels sont les principaux objectifs visés à travers le plan « SÉSAME »?
3. Que pouvez-vous me dire sur les mécanismes de mise en œuvre du plan « SÉSAME »?
4. Quelle est votre appréciation de l'usage du plan « SÉSAME » par chaque catégorie de personnes âgées?
5. Selon vous, quelles sont les effets (retombées) réels de l'application de cette politique sur les populations cibles?
 - Pour l'ensemble des usagers
 - Pour chaque catégorie de personnes âgées
6. Selon vous, quels sont les effets pervers de l'exécution du plan « SÉSAME »?
 - Au plan social
 - Au plan économique
 - Au plan politique
 - Autres
7. Que pouvez-vous me dire sur le financement du plan « SÉSAME »?
8. Quelle est votre point de vue sur la faisabilité technique (applicabilité) de cette politique?
 - Acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme
 - Ressources disponibles
 - Autres
9. Étant donné que c'est le président Abdoulaye Wade qui a pris la décision de la création et du lancement de la politique « SÉSAME » lors de son discours à la nation le 03 avril 2006 ; quelle est votre appréciation de la rationalité ou de l'opportunité de cette prise de décision?

10. Que pensez-vous de l'acceptabilité de la mise en œuvre de cette politique?

- Processus de prise de décision
- Ressources disponibles
- Acteurs impliqués dans la mise en œuvre
- Déroulement de la mise en œuvre
- Reddition des comptes
- Autres

11. Quelle est votre opinion sur l'effectivité des services à travers l'exécution du plan « SÉSAME »?

12. Quelle est votre appréciation globale de l'exécution du plan « SÉSAME »?

Textes officiels organisant le plan « SÉSAME »

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple - Un But - Une foi

Décret
n° 2008-381.....instituant un
système d'assistance
« Sésame » en faveur des
personnes âgées de 60 ans et plus

VU la Constitution;

VU la loi n° 2005-28 du 6 septembre 2005 instituant la Carte Nationale d'Identité Numérisée ;

VU le décret n° 2005-787 du 6 septembre 2005 portant fixation du modèle de la Carte Nationale d'Identité Numérisée, des libellés de son contenu, des conditions de sa délivrance et de son renouvellement, modifié ;

VU le décret n° 2007 – 826 du 19 juin 2007 portant nomination du Premier Ministre ;

VU le décret n° 2007 – 1493 du 12 décembre 2007 fixant la composition du gouvernement

VU le décret n° 2008 – 01 du 03 janvier 2008 portant répartition des services de l'Etat et du contrôle des établissements publics, des sociétés nationales et des sociétés à participation publique entre la Présidence de la République, la Primature et les Ministères ;

Sur le rapport du Ministre de la Santé et de la Prévention ;

DECRETE

Article premier : Il est institué un système d'assistance « sésame » en faveur des personnes de nationalité sénégalaise âgées de 60 ans et plus.

Article 2 : Le système «sésame» donne droit au bénéficiaire à la gratuité ou à la réduction des prestations médicales sur l'étendue du territoire national. Un arrêté

du Ministre de la Santé et de la Prévention définit les services dont l'accès est gratuit et les prestations qui font l'objet d'une réduction ainsi que les taux.

Le système donne également droit à un accès aux services sociaux et permet d'acquérir d'autres droits et / ou avantages définis par arrêté conjoint du Ministre de la Santé et de la Prévention et du Ministre dont le département est concerné.

Article 3 : Pour bénéficier du système, l'intéressé présente à la structure sa Carte Nationale d'Identité Numérisée. Le système lui donne une priorité d'accès aux services de santé.

Article 4 : Pour assurer la promotion, le suivi et l'évaluation du système « sésame », il est créé un Comité dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par arrêté conjoint du Ministre de la Santé et de la Prévention, du Ministre de l'Economie et des Finances et du Ministre de la Femme, de la Famille et du Développement social.

Article 5 : Le Ministre d'Etat Ministre de l'Economie et des Finances, le Ministre de l'Intérieur, le Ministre de la Santé et de la Prévention, le Ministre de la Femme, de la Famille et du Développement Social sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au journal officiel

Fait à Dakar, le ..07..AVRIL..2008...

Analyse : Arrêté définissant les services éligibles au Plan SESAME

VU la Constitution ;
VU le décret n°2004-1404 du 04 novembre 2004 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale ;
VU le décret n°2008-381 du 07 avril 2008 instituant un système d'assistance SESAME au profit des personnes âgées de 60 ans et plus ;
VU le décret n° 2009-451 du 30 avril 2009 portant nomination du Premier Ministre ;
Vu le décret n° 2009-1405 du 22 décembre 2009 portant répartition des services de l'Etat et contrôle des Etablissements publics, des sociétés nationales et sociétés à participation publique entre la Présidence de la République, la Primature et les Ministères ;
Vu le décret n°2009-1432 du 24 décembre 2009 mettant fin aux fonctions d'un ministre, nommant un nouveau ministre et fixant la composition du gouvernement ;

Arrête

Article premier : conformément aux dispositions de l'article 2 du décret n°2008-381 du 07 avril 2008, le présent arrêté définit les prestations médicales dont l'accès est gratuit ou à coût réduit pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

Article 2 : Les actes médicaux dans les structures publiques de santé sont accessibles gratuitement pour les bénéficiaires du Plan SESAME à l'exclusion des prestations suivantes :

- Soins de dialyses rénales,
- Prothèse (dentaires, de hanche, etc...)
- Implants sauf les implants oculaires,
- Pace maker,
- Evacuations sanitaires pour l'étranger,
- Médicaments de spécialités (des officines privées),
- IRM,
- Scanners sauf urgence,
- Hospitalisations en 1^{ère} et 2^{ème} catégorie,
- Soins de beauté,
- Chirurgie esthétique,
- Bilan systématique

Article 3 : la liste fixant les services offerts aux personnes concernées est révisable à tout moment par arrêté du ministre en charge de la santé.

.../...

Article 4 : le Directeur de la Santé, le Directeur des Etablissements publics de Santé, le Coordonnateur national du Plan SESAME sont chargés de l'exécution du présent arrêté qui sera enregistré, publié et communiqué partout où besoin sera.

Ampliations :

REPUBLIQUE DU SENEGAL
Un Peuple – Un But – Une Foi

Analyse : Décret instituant une carte prioritaire Sésame en faveur des personnes âgées.

Vu la Constitution, notamment en ses articles 43 et 76 ;
Vu le décret n° 2003-297 du 08 mai 2003 portant organisation du Ministère de l'Intérieur ;
Vu le décret n°.....portant organisation du Ministère de l'Economie et des Finances ;
Vu le décret n°.....portant organisation du Ministère de la Famille, du Développement social et de la Solidarité nationale ;
Vu le décret n° 2003-466 du 24 juin 2003 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Prévention ;
Vu le décret n°.....portant organisation du Ministère de la Justice ;
Vu le décret N° 2004-561 du 21 avril 2004 portant nomination du Premier Ministre ;
Vu le décret N° 2004-562 du 22 avril 2004 portant nomination des Ministres, modifié ;
Vu le décret N° 2004-564 du 23 avril 2004 portant répartition des Services de l'Etat et du contrôle des Etablissements publics, des Sociétés nationales et des Sociétés à participation publique entre la Présidence, la Primature et les Ministères, modifié ;

DECRETE

Article premier : Il est institué une carte sésame en faveur des sénégalais âgés de soixante cinq ans et plus.

Article 2 : La carte sésame donne droit aux prestations et médicaments existants au niveau des postes et centres de santé.

Au niveau du Poste de Santé :

- Gratuité des consultations
- Gratuité des soins
- Gratuité des médicaments essentiels disponibles avec l'Initiative de Bamako

Au niveau du Centre de Santé :

- Gratuité des consultations de médecine générale
- Gratuité des consultations dentaires
- Gratuité des actes médico-chirurgicaux

- Gratuité des soins
- Gratuité des médicaments essentiels disponibles avec l'Initiative de Bamako
- Gratuité de l'hospitalisation
- Réduction de 50% des consultations spécialisées
- Réduction de 50% des examens complémentaires (laboratoire, radiologie...).

Elle ouvre également droit à des prestations et médicaments au niveau des Etablissements publics de santé selon les conditions définies par des conventions signées entre l'Etat et ces Etablissements et à tous autres droits ou avantages sociaux définis par arrêté du Ministre compétent.

Article 3 : Le titulaire de la carte sésame est prioritaire pour l'accès aux services de santé et toute autre prestation prévue par les pouvoirs publics.

Article 4 : La demande de carte sésame est rédigée sur un imprimé spécial et déposée auprès de l'autorité administrative.

Article 5 : La carte sésame est délivrée ou renouvelée sur production des pièces suivantes :

- Une demande manuscrite adressée au Secrétaire Général du Gouvernement ;
- Une copie légalisée de la carte nationale d'identité en cours de validité ;
- Deux photos d'identité récentes.

Article 6 : Tout demandeur d'une carte sésame enregistré reçoit un numéro de matricule l'identifiant de manière unique qui se confond avec le numéro de la carte.

Article 7 : Le traitement, la mise en place de la base de données et le contrôle de la délivrance de la carte sésame sont assurés par la Direction de l'Automatisation des Fichiers (DAF) du Ministère de l'Intérieur..

Les modalités de mise en œuvre sont définies par arrêté conjoint du Ministère de l'Intérieur et du Ministère de l'Economie et des Finances.

La carte sésame est signée par le Secrétaire Général du Gouvernement.

Article 8 : La carte sésame indique le ou les prénoms du titulaire, son nom, son sexe, sa date et lieu de naissance, le numéro de sa carte nationale d'identité et son adresse.

Elle porte la date de délivrance et le numéro de matricule attribué au titulaire de la carte. Une photo récente du titulaire doit y être apposée.

La carte sésame est personnelle.

Article 9 : La perte ou le vol d'une carte sésame doit être signalé sans délai à l'autorité administrative qui prend les mesures pour éviter son utilisation frauduleuse par une tierce personne. La délivrance d'un duplicata au titulaire est faite sur présentation d'un certificat de perte et d'un certificat de vie.

Article 10 : Il est créé une Cellule chargée de la promotion, du suivi et de l'évaluation de la carte sésame dont les modalités sont fixées par arrêté conjoint du Ministre chargé de la santé, du Ministre chargé du Développement social, du Ministère de l'Economie et des Finances et du Ministère de l'Intérieur.

Article 11 : Le Ministre de la Santé et de la Prévention, le Ministre de l'Economie et des Finances, le Ministre d'Etat, Ministre de l'Intérieur et des Collectivités Locales, le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et le Ministre chargé du Développement social sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'exécution du présent décret.

Fait à Dakar, le

**Analyse : Arrêté portant création d'une
Unité de Gestion du Plan Sésame**

VU la Constitution ;
VU la loi n° 72 – 02 du 1^{er} février 1972 relative à l'organisation territoriale, modifiée ;
VU le décret n° 2002 – 166 du 21 février 2002 fixant le ressort territorial et le chef – lieu des régions et des départements, modifié ;
VU le décret n° 2004 - 1404 du 4 novembre 2004 portant organisation du Ministère de la Santé et de la Prévention médicale ;
Vu le décret n°2007-826 du 19 juin 2007 portant nomination du premier ministre ;
VU le décret n° 2008 – 1026 du 10 septembre 2008 portant répartition des services de l'Etat et du contrôle des établissements publics, des sociétés nationales et des sociétés à participation publique entre la Présidence de la République, la Primature et les Ministères ;
VU le décret n° 2008 – 1302 du 13 novembre 2008 nommant un Ministre d'Etat et fixant la composition du Gouvernement ;
VU la note de service n° 00876 MSP/DS du 17 février 2004 créant un Comité technique chargé de l'élaboration d'une carte prioritaire « SESAME » en faveur des personnes âgées ;

ARRETE

Article premier : Il est créé, au sein du Ministère de la Santé et de la Prévention, une Unité de Gestion du Plan SESAME.

Article 2 : L'Unité de Gestion du Plan Sésame comprend :

- un Coordonnateur ;
- un Coordonnateur adjoint ;
- un chargé des Hôpitaux ;
- un chargé des Districts ;
- un Responsable administratif et financier ;
- un Comptable des Matières ;
- un Secrétaire.

L'Unité peut s'adjoindre toute personne dont les compétences sont jugées nécessaires.

L'Unité se réunit sur convocation de son Coordonnateur.

Article 3 : L'Unité est chargé, sous l'autorité du Directeur de la Santé, de :

- coordonner l'exécution du Plan Sésame ;
- superviser les services bénéficiaires du Plan Sésame ;
- assurer le suivi et l'évaluation du Plan Sésame
- rendre compte régulièrement au comité de pilotage sur l'état d'exécution du Plan Sésame ;
- organiser les réunions du Comité de Pilotage du Plan Sésame ;
- élaborer les rapports trimestriels et annuels de l'exécution technique et financière du plan.

Article 4 : L'Unité peut bénéficier de l'appui de tous les services compétents du Ministère de la Santé ou de tout autre département ministériel.

Article 5 : Le présent arrêté sera enregistré, publié et communiqué partout où besoin sera.

Ampliations :

Outils de gestion du plan « SÉSAME »

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple - Un But - Une foi

MINISTRE DE LA SANTE ET DE
L'ACTION SOCIALE



DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

PLAN SESAME

FICHE DE REMBOURSEMENT (PLAN SESAME)

Centre de Santé de : _____

Identification du bénéficiaire

Nom : _____ Prénoms : _____ sexe: _____

Adresse : _____ Age : _____

N° CNIN _____

N° carte sésame : _____

Carte IPRES N°: _____

Carte FNR N : _____

Personne âgée à ses frais (PAAF)

Diagnostic

Prestations

Prestations	Montant
- Consultation	
- Médicaments	
- Labo	
- Radio	
- Autres examens	
- Hospitalisation	
TOTAL	

Patient

ICP

NB : Joindre à la présente la facture détaillée

Région Médicale de :
District Sanitaire de :

Formation Sanitaire de :

BULLETIN DE REFERENCE

N° 00001

Date et heure d'arrivée à la structure : le _____

Date et heure de prise de décision d'évacuation : le _____

Date et heure d'évacuation : le _____

Prénoms et Nom du malade : _____

Age : _____ Sexe _____ N° CNIN _____

Adresse : _____

Données cliniques : _____

o Plaintes : _____

o Poids : _____ kg ; Taille : _____ m ; T° : _____ °C ; TA : _____ mm Hg

o Fréquence respiratoire : _____ cycles/min ; Puls : _____ Puls./min

• Conscience : _____

• Déshydratation : _____

• Muqueuses : _____

Résumés cliniques et para cliniques (Prendre en compte les spécificités) :

Traitement reçu :

Réfère vers :

o Centre de Santé _____
Service _____

o Hôpital _____
Service _____

Motif de la référence : (à préciser) _____

o Moyens d'évacuation : _____

Identité, qualification et téléphone de l'agent référant : _____

Signature et cachet

Date et heure d'arrivée dans la structure d'accueil : _____

Date et heure de prise en charge : _____

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple - Un But - Une foi

MINISTERE DE LA SANTE ET DE
L'ACTION SOCIALE



DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

PLAN SESAME

REGION MEDICALE DE : _____

LETTRE DE GARANTIE
(PLAN SESAME)

Volet n°1

N° 0000

N°sésame: _____

IDENTITE DU MALADE

Prénoms : _____

NOM : _____

C. I. N° : _____

Retraite IPRES

Retraite FNR

Personnes âgées à ses frais

HOPITAL

Délivré à : _____

Le : _____

Pour le Directeur de la Santé

N° Saisie

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple - Un But - Une foi

MINISTERE DE LA SANTE ET DE
L'ACTION SOCIALE



DIRECTION GENERALE DE LA
SANTE

PLAN SESAME

REGION MEDICALE DE : _____

LETTRE DE GARANTIE
(PLAN SESAME)

Volet n°2

N° 0000

N°sésame: _____

A Monsieur le Directeur de :

Monsieur le Directeur,

Vous voudrez bien

M. ou Mme : _____

C. I. N° : _____ (1)

Délivré le : _____

Et m'envoyer votre facture

accompagnée du volet N° 3 (2)

Délivré à : _____

Le : _____

*Pour le Directeur de la Santé et
P.O. le Medecin Chef de Région*

*(1) Le Ministère de la Santé se réserve
tous les droits pour toute facture
recouvrée avec le volet N°3 qui est un
moyen de contrôle*

N° Saisie

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple - Un But - Une foi

MINISTERE DE LA SANTE ET DE
L'ACTION SOCIALE



DIRECTION GENERALE DE LA
SANTE

PLAN SESAME

REGION MEDICALE DE : _____

LETTRE DE GARANTIE
(PLAN SESAME)

Volet n°3

N° 0000

N°sésame: _____

FACTURATION (2)

A Monsieur le Directeur de la
Santé

Monsieur le Directeur,
J'ai l'honneur de vous adresser
ci-joint pour règlement, la facture
d'hospitalisation concernant M
ou Mme : _____

C. I. N° : _____ (1)

Délivré le : _____

Pour la période du _____

au _____

Pour le Directeur de l'Hôpital
Cachet Signature

*(2) Ce volet doit être retourné à la
région médicale accompagné du billet
d'hôpital et de la facture
d'hospitalisation*

N° Saisie

REPUBLIQUE DU SENEGAL

Un Peuple - Un But - Une foi

MINISTERE DE LA SANTE ET DE
L'ACTION SOCIALE



DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

PLAN SESAME

REGION MEDICALE DE : _____

LETTRE DE GARANTIE -
(PLAN SESAME)

Volet n°3

N° 0000

N°sésame: _____

BILLET DE SORTIE (3)

Je soussigné, Directeur de l'Hôpital certifie
que M. ou Mme : _____

A séjourné dans mes services
du _____
au _____

Pour le Directeur de l'Hôpital

Cachet Signature

(3) Ce volet devra être adressé à la région médicale

N° Saisie

