

Qu'est-ce que l'AHOP ?

La plateforme de l'Observatoire africain de la santé sur les systèmes et politiques de santé (AHOP) est un partenariat régional qui promeut l'élaboration de politiques reposant sur des bases factuelles. L'AHOP est hébergée par le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique (OMS/AFRO) par l'intermédiaire de l'Observatoire africain intégré de la santé (IAHO). Il s'agit d'un réseau de centres d'excellence issus de toute la Région, qui tire parti des collaborations nationales et régionales existantes. Au nombre des centres nationaux figurent actuellement le College of Health Sciences (CHS), Université d'Addis-Abeba (AAU), Éthiopie ; KEMRI Wellcome Trust (KWTRP), Kenya ; le Health Policy Research Group (HPRG), Université du Nigeria ; l'École de santé publique (SPH), Université du Rwanda ; et l'Institut Pasteur de Dakar (IPD), Sénégal. L'AHOP bénéficie du soutien d'un consortium technique comprenant l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, la London School of Economics and Political Science (LSE) et la Fondation Bill & Melinda Gates (BMGF).

Visitez le site web de l'AHOP à l'adresse <https://ahop.aho.afro.who.int>

Qu'est-ce que le profil AHOP des systèmes et services de santé nationaux ?

Les profils nationaux de l'AHOP fournissent une description détaillée des systèmes de santé de pays ainsi que de l'évolution des politiques et des réformes au cours des dix dernières années. Chaque profil comprend 11 chapitres couvrant différents aspects du système de santé du pays concerné ainsi qu'une analyse de la performance des systèmes de santé et de la couverture des services de santé. Les partenaires de l'AHOP ont développé conjointement un modèle détaillé et des guides de processus éditoriaux/de rédaction pour faciliter la production des profils de pays.

Modèle de profil

Le modèle de profil AHOP fournit des orientations détaillées pour la rédaction d'un profil de pays. Le modèle s'inspire du « Cadre d'action » de la Région africaine pour la réalisation de la CSU et d'autres cibles des ODD liées à la santé, ainsi que de l'expérience de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé en matière de production de données probantes et de mobilisation de connaissances pour aider les décideurs politiques dans le cadre de sa série « Systèmes de santé en transition ». Le modèle présente les principaux sujets, questions et définitions à inclure et fournit des exemples pour guider les rédacteurs. Le format normalisé des profils permet des comparaisons entre pays. Le modèle sera révisé périodiquement afin d'améliorer la production et la lisibilité.



Sources des données

Les profils AHOP reposent sur un ensemble de sources de données cohérentes et comparables, notamment : 1) des sources de données internationales/régionales, 2) des sources de données nationales/intérieures et 3) la littérature scientifique. Les auteurs reçoivent des tableaux et des figures de données de base préremplis tirés des ensembles de données mondiales et de la Région africaine de l'OMS. Lorsque des données nationales ou infranationales plus précises sont disponibles, les auteurs travaillent avec les éditeurs pour les intégrer et mettre en évidence les perspectives infranationales. Les sources de données sont identifiées selon les critères suivants :

- Crédibilité et validité des données
- Portée nationale et possibilité de fournir des détails au niveau infranational
- Disponibilité et cohérence des données dans le temps et d'une source à l'autre
- Ponctualité des données
- Capacité à étayer des analyses touchant des sous-groupes et des affections spécifiques ;
- accessibilité publique des données
- transposabilité des données/résultats au contexte général du pays.

Contenu et structure

Chaque profil a une structure et une table des matières standard.

Table des matières

19	Chapitre 1 : Contexte
26	Chapitre 2 : Organisation et gouvernance du système de santé
35	Chapitre 3 : Financement de la santé
59	Chapitre 4 : Personnels de santé
69	Chapitre 5 : Produits médicaux et technologies sanitaires
76	Chapitre 6 : Infrastructures et équipements de santé
83	Chapitre 7 : Prestation de services
101	Chapitre 8 : Informations sanitaires et systèmes d'information
112	Chapitre 9 : Performance du système de santé – réalisations
121	Chapitre 10 : Couverture des services de santé et résultats du système
127	Chapitre 11 : Conclusions et principales considérations



Chaque profil est divisé en deux parties. Les deux parties doivent contenir des données fondamentales spécifiques pour garantir la comparabilité des profils. Voir quelques exemples d'orientations et de données ci-dessous.

- La partie A (chapitres 1 à 8) fournit une description approfondie du système et des services de santé du pays, en se focalisant sur les éléments constitutifs du système ou les apports/investissements dans le système.

Chapitre 3 : Financement de la santé

3.2 Dépenses de santé



Commentez les tableaux et figures suivants qui sont tous pré-remplis.

Les questions pertinentes peuvent comprendre les suivantes :

- principales tendances des dépenses de santé au cours du temps ;
- raisons expliquant les changements ou la position par rapport aux autres pays ;
- différences entre les sources de données nationales et internationales
- dépenses d'investissement contre dépenses courantes
- niveau de financement par rapport à la cible d'Abuja (% des dépenses publiques) et moyennes régionales
- la part des dépenses salariales (si disponible) ou la part des dépenses salariales dans le budget.

3.9 Réformes récentes du financement de la santé



Veillez décrire les réformes et initiatives politiques nationales majeures ayant eu un impact substantiel sur le financement du système de santé depuis 2010.

Les questions pertinentes peuvent comprendre les suivantes :

- objectifs et contexte
- processus des politiques publiques
- contenu et mise en œuvre
- principaux problèmes sous-tendant la préparation de chaque réforme
- dans quelle mesure les objectifs ont été atteints
- rôle des principaux acteurs nationaux et internationaux, des groupes d'intérêt, des accords ou groupes de pression internationaux et des projets pilotes
- tout obstacle majeur.



Veillez parler des réformes importantes qui n'ont pas été mises en œuvre. Indiquez les raisons pour lesquelles elles n'ont pas été mises en œuvre, parlez des évaluations indépendantes des réformes et des perspectives de mise en œuvre future.

Chapitre 7 : Prestation de services

7.1 Organisation et gouvernance de la prestation des services

7.1.1 Politiques et cadres de prestation de services



Veillez décrire le rôle de réglementation des pouvoirs publics auprès des prestataires publics et privés aux niveaux national et infranational (par exemple, en fixant une orientation stratégique, une réglementation, des normes et des lignes directrices).

Les questions pertinentes peuvent comprendre les suivantes :

- stratégies nationales ou politiques de prestation de services
- existence de politiques ou de plans concernant des domaines spécifiques aux maladies ou des prestataires particuliers
- organisations s'acquittant d'une fonction de réglementation, par exemple le Ministère de la santé ou l'organisme d'accréditation des établissements de santé.



À l'aide des documents pertinents au niveau national, veuillez énumérer les agences et les organismes responsables de la réglementation des prestataires publics et privés aux niveaux national et décentralisé, le cas échéant (tableau 7.1).

7.4 Soins communautaires



Veillez décrire l'organisation et la prestation des soins communautaires (publics et privés).

Les questions pertinentes peuvent comprendre les suivantes :

- la gamme de services fournis
- les différentes catégories d'agents de santé communautaires
- le rôle des distributeurs de produits de base privés
- les liens formels entre les soins communautaires et les établissements de santé.



Veillez décrire la répartition et la qualité des soins communautaires.

Les questions pertinentes peuvent comprendre les suivantes :

- la répartition géographique des établissements/praticiens ;
- les programmes nationaux d'amélioration de la qualité
- toute donnée des rapports officiels d'assurance qualité
- les écarts entre les régions
- les écarts entre les zones urbaines et rurales
- les raisons de tout écart important.



Veillez décrire les principaux changements survenus dans la prestation des soins communautaires au cours des 10 dernières années, les problèmes/défis actuels et les plans de réforme.



- La partie B (chapitres 9 à 11) présente une analyse des réalisations et des résultats ainsi qu'une vue d'ensemble de la performance du système de santé.

Chapitre 9 : Performance du système de santé - réalisations

9.1 Accès aux services essentiels

L'accès aux services essentiels a trois composantes vitales, à savoir : 1) l'accès physique ; 2) l'accès financier ; et 3) l'accès socioculturel.

Tableau 9.1 : Indicateurs indirects pour chaque signe vital d'accès aux services essentiels

Dimension	Indicateur	Dernière valeur disponible	Source
Accès physique	Nombre d'agents de santé pour 1 000 habitants		
	Nombre d'infirmiers et de sages-femmes pour 1 000 habitants		
	Nombre d'établissements de santé publique au km ²		
	Nombre de lits d'hôpital pour 10 000 habitants		
Accès financier	Dépenses de santé des administrations publiques nationales consacrées aux ménages en pourcentage des dépenses totales de santé actuelles		
	Dépenses de santé des administrations publiques nationales consacrées aux ménages en pourcentage des dépenses générales de l'État		
	Dépenses directes de santé en pourcentage du total des dépenses courantes de santé		
	Dépenses directes par habitant (dollars internationaux)		
	Incidence des dépenses des ménages (%) à 10 % du total du revenu ou des dépenses du ménage		
Accès socioculturel	Pourcentage de femmes achevant leurs études primaires		
	Pourcentage de femmes achevant leurs études secondaires		
	Pourcentage de femmes achevant leurs études secondaires		
	Pourcentage de femmes signalant des cas de violence exercée par un partenaire intime (15 à 49 ans)		



Commenter les données du tableau 9.1. En vous appuyant sur le contenu des chapitres précédents, commentez les disparités dans l'accès aux services essentiels.

9.4 Résilience du système de santé pour maintenir la prestation des services essentiels

Deux critères essentiels ont été définis dans l'indice de performance du système de santé qui porte sur la résilience du système de santé. 1) les principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (RSI), ou la capacité à répondre aux menaces et à minimiser leur impact et leur durée ; et 2) la résilience inhérente des systèmes de santé, ou la capacité intrinsèque à anticiper les chocs, à les absorber et à se transformer en leur présence.

Analysez brièvement les données sur les indicateurs indirects énumérés dans le tableau 9.4.

Tableau 9.4 : Indicateurs indirects pour chaque signe vital liés à la résilience du système de santé

Dimension	Indicateur	Dernière valeur disponible (année)	Source
Capacités essentielles requises en vertu du Règlement sanitaire international	Indices des capacités requises en vertu du RSI pour la préparation		
	Indices des capacités essentielles requises en vertu du RSI pour la détection		
	Indices des capacités essentielles requises en vertu du RSI pour la riposte		
Résilience intrinsèque des systèmes	Sensibilisation aux capacités et aux risques du système		
	Diversité des services et des risques		
	Capacité de mobilisation des ressources au niveau local		
	Capacité à apprendre et à se transformer		



Outre les instructions générales de rédaction ci-dessus, veuillez discuter des politiques, mesures et concertations au niveau national sur le renforcement de la résilience des systèmes de santé.

Chapitre 10 : Couverture des services de santé et résultats du système

10.3 Protection contre les risques financiers

La protection contre les risques financiers vise à réduire les obstacles qui empêchent les communautés d'accéder aux services essentiels en veillant à ce que leurs coûts d'utilisation baissent pour les ménages et les particuliers. Les paiements directs sont reconnus comme l'un des grands obstacles à l'accès aux services essentiels, car une personne ne peut utiliser ces services que si elle possède les ressources requises à cet effet.

La protection financière est assurée en suivant la proportion de la population dont les dépenses liées à la santé sont élevées par rapport au pourcentage des dépenses totales des ménages (dépenses de santé catastrophiques).

Commenter les données du tableau 10.3 sur la base des rapports de suivi mondiaux sur la couverture sanitaire universelle de Ta2b0le1010au.3e : tinc2id0e1n5c.e des dépenses de santé catastrophiques

Seuil	2010	2015	Dernière année disponible	Source	Moyenne de la Région africaine (2010)	Moyenne de la Région africaine (2015)
10%						
25%						



Décrire et analyser les tendances, les moteurs et les mécanismes d'adaptation aux dépenses de santé catastrophiques, y compris le lien avec les points de référence fournis. Commenter les lacunes en matière de données ou d'informations relatives à la protection contre les risques financiers.

Chapitre 11 : Conclusions et principales considérations



La longueur maximale de ce chapitre est de 1 000 mots (hors références, tableaux et figures).

Le chapitre devrait s'efforcer de développer un cadre narratif en évitant de reprendre les chapitres précédents. Il doit être préparé en collaboration avec l'éditeur une fois les autres chapitres terminés.



Le présent chapitre vise à :

- mettre en évidence les principaux enseignements tirés des récents changements et réformes des systèmes de santé dans le pays.
- résumer les défis qui subsistent et les perspectives futures, en particulier en ce qui concerne les objectifs relatifs à la CSU et aux SSP.



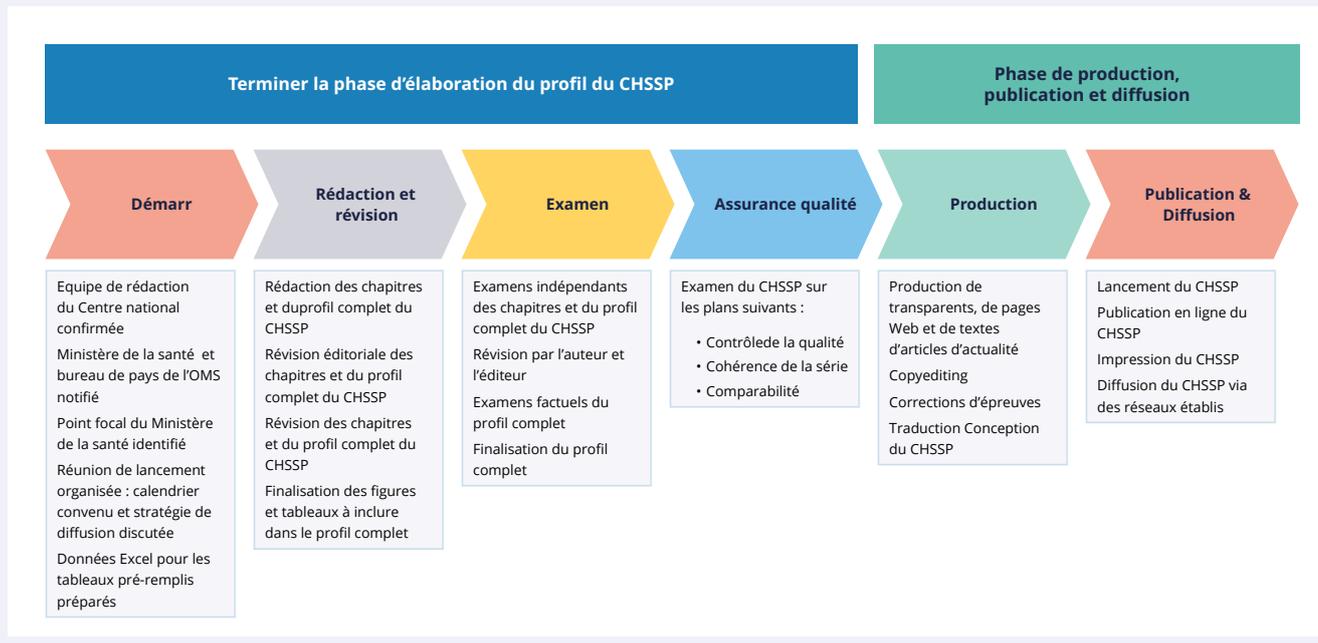
Orientations à l'intention des auteurs et des éditeurs

Des documents d'orientation pour les auteurs et les éditeurs afin de soutenir le processus de production, de la mise en service à la diffusion, en définissant les rôles, les calendriers et les étapes clés, et en encourageant l'apprentissage transnational dans l'ensemble du partenariat.



Table des matières	
4	À propos de l'AHOP
5	Remerciements
6	Aperçu
7	Processus de développement du CHSSP
9	Acteurs clés et leurs rôles
9	Auteurs
11	Éditeurs
12	Réviseurs
13	Parties prenantes nationales
14	Équipe de communication
15	Équipe de production
15	Comité de rédaction du CHSSP
17	Annexes
17	Annexe A : Liste de contrôle des étapes de développement du CHSSP
19	Annexe B : Projet d'ordre du jour de la réunion de lancement du CHSSP
21	Annexe C : Outil de chronologie du CHSSP
23	Annexe D : Stratégie de diffusion du CHSSP
24	Annexe E : Modèle de diffusion des résultats de l'AHOP

Figure 1: Processus de production simplifié, étape par étape, du CHSSP



Le modèle de CHSSP et les directives sur les processus y relatifs sont des documents internes destinés à l'usage des partenaires du projet. Ces documents seront utilisés par les Centres nationaux de l'AHOP pour produire une première série de profils de pays. Les documents seront révisés sur la base des enseignements tirés de ce processus et rendus publics. Les profils à venir seront disponibles sur le [site internet](#) de la Plateforme.