**REPUBLIQUE DE GUINEE**

**-------------**

Travail - Justice - Solidarité

**MINISTERE DE LA SANTE**



**Etats Généraux de la Santé**

**Document des Groupes techniques pour l’Organisation des sessions**

**Octobre 2019**

# INTRODUCTION

Le Ministère de la Santé, avec l’appui technique et financier de ses partenaires, a élaboré un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvrant la période 2015 – 2024 pour améliorer la performance de son système de santé.

A mi-chemin de la mise en œuvre de ce PNDS, force est de constater que des résultats encourageants ont été obtenus. En effet, on note : (i) l’élimination de la MVE en 2016, (ii) la réduction du taux de mortalité maternelle, passant de 724 en 2012 à 550 pour 100 000 naissances vivantes en 2016 ; (iii) la réduction du taux de mortalité infanto juvénile, passant de 125‰ en 2012 à 111‰ en 2018 ; (iv) l’augmentation de la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié qui est passé de 43% en 2012 versus 55% en 2018, (v) la réduction de la prévalence du paludisme de 44% en 2012 à 15% en 2016.

Malgré ces progrès, les évaluations récentes du système de santé mettent en relief des problèmes dans les domaines de l’offre de soins médicaux, de la pratique pharmaceutique, de la technologie médicale, de la gestion des ressources humaines et du financement de la santé.

Sur ces points, les populations, les prestataires de soins et les pouvoirs publics posent un certain nombre de questions essentielles :

1. Pourquoi le service public de la santé n’est pas en mesure de fournir des prestations de qualité et comment y parvenir dans les meilleurs délais ?
2. Le secteur privé médical prolifère de façon incontrôlée avec des effets négatifs sur la santé des populations et comment y remédier à court terme ?
3. Pourquoi la disponibilité et la gestion des produits de santé dans le secteur public sont encore en deçà des attentes et quelles solutions réalistes faut-il mettre en œuvre en vue de les résoudre ?
4. Pourquoi le secteur privé pharmaceutique est dominé par le marché illicite au point de constituer un danger de santé publique et comment l’assainir à l’image de certains pays de la sous-région ?
5. Pourquoi le niveau technologique dans le domaine de la santé est de qualité douteuse au point qu’il oblige à de nombreuses évacuations et comment résoudre ce problème ?
6. Pour quelles raisons, les besoins en ressources humaines dans le secteur public ne sont pas couverts, la fidélisation au poste insuffisante et comment y remédier pour favoriser la couverture sanitaire universelle ?
7. Pour quelles raisons le personnel du secteur privé n’est pas organisé et intégré dans l’offre globale de santé et comment le faire dans le cadre de la promotion de l’emploi jeune et du partenariat public – privé ?
8. Bien que le niveau de financement soit encore faible, pourquoi les ressources mobilisées ne permettant pas d’améliorer l’accès financier aux soins et comment y parvenir pour garantir la politique d’équité du Gouvernement ?

 Pour répondre à ces questions, l’autorité au plus haut niveau a demandé d’organiser les Etats Généraux de la Santé (EGS).

L’objectif de ces EGS est de contribuer à l’amélioration de l’efficacité, de l’équité et de la qualité des pratiques de la Médecine, de la Pharmacie et de diagnostic au bénéfice de la population guinéenne. Leur organisation repose sur la participation de l’ensemble des parties prenantes à la santé, à savoir : les pouvoirs publics, les professionnels de la santé, les bénéficiaires et les partenaires techniques et financiers (PTF). Elle est faite en deux étapes, une phase préparatoire et une phase de tenue des assises.

La phase préparatoire est faite en trois temps :

* L’analyse compréhensive des problèmes du secteur ;
* L’analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM) aux niveaux central et décentralisé ;
* La détermination des thèmes prioritaires qui peuvent être différents des piliers du Système de santé tels que proposés par l’OMS.

Pendant les assises proprement dites, l’accent est mis sur les échanges en travaux de groupe et plénières, de manière à capitaliser les idées de toutes les parties prenantes (administration, prestataires, populations, société civile, etc.) sur les questions de santé soulevées.

Pour faciliter les échanges lors de ces assises, le présent livret du participant est élaboré sous forme de résumé des résultats issus de la phase d’analyse autour des thématiques suivantes :

* Offre de soins dans les sous-secteurs public et privé ;
* Technologie médicale dans les sous-secteurs public et privé ;
* Pratique pharmaceutique dans les sous-secteurs public et privé ;
* Ressources Humaines ;
* Financement de la santé.
* Système d’information sanitaire
* Gouvernance et Leadership

# ANALYSE THEMATIQUE

L’analyse thématique a consisté à la description de la situation, l’identification des problèmes, leurs causes principales et les approches de solutions.

## Offre de soins

L’offre de soinsenglobe le paquet de prestationde services et de soins publics, parapublics et privés pour répondre à la demande de la population.

###  Offre de soins dans le sous-secteur public

Dans le sous-secteur public, les prestations de services concernent : i) les soins de santé primaires et ambulatoires au niveau des Centres de santé, ii) les soins de référence au niveau des hôpitaux.

* **Principaux problèmes et leurs causes**

L’analyse du sous -secteur public permet de relever les problèmes et leurs causes :

* **L’insuffisance de couverture du pays en santé communautaire due à :**
* La faiblesse de l’engagement financier de l'Etat à la mise en œuvre de la politique nationale de la santé communautaire ;
* Le non alignement de certains partenaires à la stratégie nationale de Santé Communautaire.
* **L’iniquité dans la répartition géographique des infrastructures sanitaires au niveau du pays en raison de :**
* L’insuffisance de financement pour la construction des structures de santé dans des zones enclavées ;
* Le non-respect de la carte sanitaire.
* **La faible utilisation des structures sanitaires publiques entrainée par :**
* La faible accessibilité géographique et financière.
* **Le non-respect des textes règlementaires occasionné par :**
* L’existence de nombreux « bénévoles » dans les structures de soins ;
* L’utilisation des matériels et équipements privés dans le public.
* **Le faible niveau de la qualité des prestations dû à :**
* L’insuffisance de la supervision interne ;
* La faible utilisation des outils de rationalisation des actes médicaux ;
* Le mauvais accueil ;
* Les conditions d'hygiène défectueuses.
* **Le faible niveau de satisfaction des usagers entrainé par :**
* La non fonctionnalité du comité de relation avec les usagers (CRU) ;
* Le non-respect de la gratuité des soins (accouchement et césarienne, vaccination, Nutrition, Prise en charge du paludisme, de la Tuberculose, du VIH…).
* **L’insuffisance de transparence dans la gestion des structures sanitaires due à :**
* L’insuffisance de la fonctionnalité des instances (conseil d’administration, comité médical consultatif…).
* **Le faible niveau des indicateurs de santé en raison de :**
* La non intégration des données des interventions à haut impact (Consultation prénatale, Accouchements, Césarienne, Vaccination, Nutrition, Planification Familiale) des hôpitaux nationaux, de l’INSE, des services des armées et des privés.
* **Approches de solutions**
* Poursuivre le plaidoyer pour l'extension de la santé communautaire dans tout le pays ;
* Actualiser la carte sanitaire ;
* Organiser le plaidoyer auprès du gouvernement pour la construction des structures sanitaires dans les zones enclavées ;
* Renforcer/améliorer les stratégies avancées ;
* Organiser des contrôles périodiques pour le respect des tarifs officiels et la gratuité des soins (césarienne, accouchement, vaccination…) ;
* Appliquer les mesures de sanction disciplinaires ;
* Etablir des contrats de prestation de service avec les structures privées agrées ;
* Renforcer les supervisions internes à tous les niveaux ;
* Mettre en œuvre le monitorage amélioré dans les hôpitaux et centres de santé comme outil d’amélioration de la qualité de soins ;
* Mettre à jour et rendre disponibles les ordinogrammes, les guides thérapeutiques et les protocoles de soins ;
* Veiller à l’application des mesures d'hygiène, de prévention et de contrôle des infections dans toutes les structures sanitaires ;
* Mettre en place ou redynamiser les comités de relation avec les usagers autour des hôpitaux ;
* Appliquer les textes règlementaires relatifs au fonctionnement des différentes instances ;
* Mettre en place un cadre de concertation entre tous les acteurs de la santé (public, privé, armée, minier, ONG…) en vue de l'intégration des données statistiques.

###  Offre de soins dans le sous-secteur privé

Le sous-secteur privé de soins est constitué de :

* Privé à but lucratif qui est composé de plusieurs types de structures de production de soins appartenant à des personnes physiques ou morales et avec comme objectif essentiel de faire des profits.
* Privé à but non lucratif qui est constitué essentiellement des structures confessionnelles et de celles des ONG.

A ceux-ci s’ajoute l’existence de structures informelles.

* **Principaux problèmes et leurs causes**

L’analyse du sous -secteur privé permet de relever les problèmes et leurs causes :

* **L’insuffisance et l’inadaptation de la règlementation relative au sous-secteur privé en raison de :**
* Retard dans la révision des textes en vigueur et dans l’élaboration des textes manquants ;
* L’insuffisance de personnel entraînant des charges de travail élevées ;
* L’absence d’accompagnement par les partenaires techniques et financiers et les autres parties prenantes.
* **La faible capacité du Ministère de la santé dans l’encadrement, le suivi, l’évaluation, le contrôle et la mise en conformité des structures sanitaires du sous-secteur occasionnée par :**
* L’insuffisance de fonctionnalité des ordres professionnels ;
* L’insuffisance de moyens matériels et financiers de l’Inspection Générale de la Santé (IGS) et de la Direction Nationale des Etablissements Hospitaliers et de l’Hygiène Sanitaire ;
* La non prise en compte des besoins des structures privées dans la répartition des ressources sanitaires par les structures centrales et déconcentrées ;
* L’interférence socio-politique dans les initiatives de régulation du sous-secteur ;
* Le faible accompagnement du Ministère de la santé par les autres départements sectoriels dans la gestion du sous-secteur privé médical.
* **Le faible développement du partenariat public-privé aux différents niveaux de la pyramide sanitaire due à l’absence de :**
* De politique nationale de contractualisation dans le secteur de la santé ;
* D’organe représentatif du sous-secteur privé médical.
* **Approches de solution**

Face aux problèmes identifiés, les priorités d’actions envisagées sont :

* Mettre en place un comité chargé de réviser les textes législatifs et règlementaires régissant le fonctionnement du sous-secteur privé médical ;
* Faire le recensement exhaustif des structures de soins privées en collaboration avec les autres départements concernés ;
* Finaliser, adopter et valider le document de politique de contractualisation dans le secteur de la santé d’ici fin 2019 ;
* Réaliser des supervisions et contrôles périodiques des structures sanitaires privées ;
* Renouveler et dynamiser les ordres professionnels ;
* Intégrer les structures privées qui fournissent les prestations de Soins Obstétricaux Néonatals d’Urgence dans la répartition des kits ;
* Prévoir dans le budget du Ministère de la santé des subventions d'accompagnement des structures privées qui développent les prestations prioritaires gratuites de santé publique ;
* Elaborer et mettre en œuvre un programme d’intégration du sous-secteur privé médical dans le système national d’information sanitaire ;
* Intégrer les prestataires du sous-secteur privé médical dans les différents programmes de formation mis en œuvre par le Ministère de la santé ;
* Mettre en place un organe représentatif du sous-secteur privé médical qui sera le principal interlocuteur du Ministère de la santé.

## Technologies médicales

### Technologies médicales dans le sous-secteur public

Les technologies médicales sont l’ensemble des dispositifs et services pour la santé, caractérisé par des produits hétérogènes qui se déclinent entre autres en instrumentation biomédicale, imagerie médicale, implants, prothèses, handicaps, matériels dentaires etc.

Elles constituent un outil efficace et indispensable de diagnostic, d’exploration et de thérapeutique dans le domaine de la médecine et des disciplines connexes.

* **Principaux problèmes et leurs causes**

Les principaux problèmes et leurs causes se résument comme suit :

* **La faiblesse du plateau technique des structures publiques causée par :**
* Le sous financement dans le domaine de technologie médicale ;
* L’insuffisance d’équipements à tous les niveaux**.**
* **L’absence de partenariat public privé (PPP) occasionné par :**
* Le faible niveau de connaissance sur le partenariat public privé dans le domaine de la technologie médicale.
* **L’insuffisance de personnel qualifié en raison de** :
* L’insuffisance de formation spécialisée ;
* **La faible accessibilité financière aux examens avec pour causes:**
* Les tarifs en vigueur ne sont pas respectés ;
* L’insuffisance du système de partage de coût.
* **Approches de solution**
* Équiper les services en matériels de technologie médicale sur la base des besoins ;
* Promouvoir le partenariat public privé (PPP) ;
* Former des techniciens et des spécialistes pour les services de technologies médicales ;
* Renforcer le système de protection sociale.

### Technologies médicales dans le sous-secteur privé

Dans le sous-secteur privé, les actes de technologie médicale s’exécutent principalement dans les structures confessionnelles, cliniques privées et d’un certain nombre de structures qui exercent la profession de manière informelle.

Ces structures sont implantées pour la plupart à Conakry, dans les chefs-lieux de Région et dans les cités abritant les sociétés minières.

* **Principaux problèmes et leurs causes**

Les principaux problèmes de ce sous-secteur et leurs causes se résument comme suit :

* **L’absence de données fiables et actualisées de la cartographie nationale en raison de :**
* L’absence de contrôle de l’exercice dans le privé.
* **L’absence de partenariat public privé (PPP) occasionné par :**
* Le faible niveau de connaissance sur le PPP dans le secteur.
* **L’insuffisance de personnels qualifiés en raison de :**
* L’insuffisance de formation spécialisée.
* **La faible accessibilité financière aux examens due à :**
* L’absence de soutien et d’accompagnement de l’Etat au secteur privé ;
* Le coût élevé des examens ;
* L’insuffisance du système de partage de coût ;
* La faible demande de service.
* **Approches de solution**
* Établir la cartographie des services ;
* Organiser des missions d’inspection et d’audit ;
* Promouvoir le partenariat public privé (PPP) ;
* Veiller à la disponibilité du personnel qualifié en technologie médicale ;
* Renforcer la collaboration avec les systèmes de protection sociale ;
* Accorder des exonérations sur les équipements, réactifs et consommables ;
* Former les prescripteurs à l’utilisation des guides de diagnostic.

## Secteur pharmaceutique et produits de Santé

###  Pratique pharmaceutique dans le sous-secteur public

Le sous-secteur pharmaceutique public est constitué de la Pharmacie Centrale de Guinée (PCG), des Pharmacies des hôpitaux publics et des points de vente des formations sanitaires de base.

La Pharmacie Centrale de Guinée assure l’approvisionnement en produits de santé de qualité, des structures sanitaires, des ONG participant au service public, des projets de coopération bi et multilatérale, des universités, des institutions et autres établissements pharmaceutiques autorisés par le Ministère de la santé.

* **Principaux problèmes et leurs causes**

Suite à l’analyse de la situation, les problèmes prioritaires et leurs causes sont les suivants :

* **L’exercice illégal de la profession par les non pharmaciens en raison de :**
* Le manque de contrôle ;
* L’absence de sanctions.
* **L’absence de contrôle systématique des médicaments à l’enregistrement due à :**
* Le non-respect des procédures d’enregistrement ;
* L’insuffisance de contrôle de qualité.
* **La faible disponibilité des produits de santé dans les structures sanitaires occasionnée par :**
* La faible capacité financière de la Pharmacie Centrale de Guinée à satisfaire la demande ;
* Le non-respect des engagements de l’Etat envers la Pharmacie Centrale de Guinée ;
* La non maitrise des besoins pour une meilleure quantification des produits de santé.
* **Les difficultés de conservation des produits de santé thermosensibles en raison de :**
* La faible capacité de la chaine de froid
* **Mauvaise répartition des structures pharmaceutiques privées (une officine pour 10000 habitants à Conakry contre une officine pour plus de 100 000 habitants à l’intérieur du pays) ;**
* **Faible capacité de la PCG y compris ses dépôts sur le plan technique, logistique, et financier ;**
* **Prolifération de la vente illicite de produits pharmaceutiques ;**
* **Absence de transparence dans la passation des marchés,**
* **Absence de pharmacovigilance et d’hémovigilance, système de logistique intégrée déficient.**
* **La faible accessibilité financière de la population entrainée par :**
* La faiblesse de la couverture sociale ;
* Le manque de contrôle des prix.
* **Approches de solutions**
* Finaliser le statut de la Pharmacie Centrale de Guinée pour lui permettre de bénéficier d’une recapitalisation de la part de l’Etat ;
* Allouer des subventions spéciales à la Pharmacie Centrale de Guinée ;
* Finaliser et faire appliquer les textes d’application de la loi pharmaceutique ;
* Renforcer les capacités de l’autorité de réglementation Pharmaceutique et du Laboratoire de contrôle de qualité des médicaments ;
* Systématiser le contrôle de qualité des produits de santé à l’enregistrement, à l’importation et en post marketing ;
* Renforcer la collaboration entre les autorités du secteur pharmaceutique et les organes consultatifs (Ordre des Pharmaciens…) ;
* Utiliser en priorité la Pharmacie Centrale de Guinée comme structure d’achat, de stockage et de distribution des produits de santé pour le secteur public et les partenaires (logistique intégrée) ;
* Réviser la structure des prix et superviser son application ;
* Doter/renforcer les infrastructures et équipements de chaine de froid à tous les niveaux.

###  Pratique pharmaceutique dans le sous-secteur privé

Le sous-secteur pharmaceutique privé comporte un établissement de fabrication, des sociétés grossistes répartiteurs, des officines agréées, des agences de promotion médicale et de nombreux points de vente dans les cliniques et cabinets médicaux.

* **Principaux Problèmes et leurs causes de ce sous-secteur**
* **La disparité de la couverture nationale en établissements pharmaceutiques due à :**
* La non-application de la loi pharmaceutique.
* **La détention et la manipulation des produits de santé (y compris les produits dopants et psychotropes) par des non-professionnels occasionnée par :**
* La non-application de la loi pharmaceutique et des textes d'application ;
* L’insuffisance d’inspection et de contrôle.
* **La pléthore de sociétés grossistes entrainée par :**
* La non-application de la loi pharmaceutique.
* **La circulation des produits contrefaits due à :**
* L’importation incontrôlée des produits de santé**;**
* La faible utilisation du laboratoire de contrôle de qualité des produits de santé.
* **Le non-respect des procédures de distribution en raison de :**
* La méconnaissance des bonnes pratiques de distribution, …) ;
* L’insuffisance de contrôle de la chaine de distribution au niveau des grossistes et des officines.
* **La non-conformité des locaux et équipements par endroits due au :**
* Non-respect des normes relatives aux infrastructures et équipements.
* **L’absence de contrôle des prix du médicament occasionné par :**
* L’insuffisance d'inspection et de contrôle.
* **Approches de solutions**

Pour faire face à la situation, il est nécessaire de :

* Appliquer la loi pharmaceutique ;
* Informer, sensibiliser les professionnels sur le contenu de la Loi L 2018/024/AN ;
* Appliquer en permanence la loi par la brigade MEDICRIME ;
* Renforcer le laboratoire de Contrôle de qualité des produits de santé ;
* Assurer la formation continue sur les normes et procédures de distribution ;
* Instaurer un système de surveillance analytique (comptabilité) des sociétés grossistes et des pharmacies d'officine (pour éviter que les médicaments ne soient redirigés vers le marché parallèle) ;
* Veiller au respect des normes relatives aux infrastructures et équipements ;
* Renforcer les capacités de l'inspection générale de la santé.

## Ressources Humaines

La gestion des ressources humaines est un élément essentiel de la mise en œuvre de la politique nationale de santé dont les dimensions sont : le recrutement, les affectations, le plan de carrière, la formation et la motivation.

L’analyse de la situation montre que le ratio actuel est de 1 agent pour 1000 habitants contre la norme minimale de 2,5 pour 1000.

* **Principaux problèmes et leurs causes**
* **L’insuffisance des effectifs en Ressources Humaines dans le secteur Public en raison de :**
* La centralisation du recrutement ;
* La non actualisation des textes et cadres organiques à tous les niveaux de la pyramide.
* **La faible fidélisation du personnel à leur poste de travail occasionné par :**
* Le faible niveau des mesures incitatives (primes de zone, de transport, installation, logement) ;
* La caducité du statut particulier du personnel de santé.
* **La non maitrise des effectifs du personnel de santé évoluant dans le secteur privé due à :**
* L’absence de mécanisme de suivi-évaluation de l’effectif dans le secteur privé ;
* **L’inadéquation des programmes de formation aux besoins du marché de l’emploi entrainée par :**
* La faible concertation entre les départements en charge de la formation et le Département de la Santé ;
* La pléthore des institutions de formation.
* **La mauvaise organisation de la formation continue et du perfectionnement occasionnée par :**
* La faible coordination des programmes de formation ;
* La non application du document de programme de formation continue.
* **Le faible niveau de motivation du personnel de santé due à :**
* L’absence de plan de carrière ;
* Le faible niveau de financement de la formation.
* **Approches de solution**
* Finaliser, valider et diffuser la politique de développement des Ressources Humaines en Santé ;
* Actualiser le Plan stratégique de développement des Ressources Humaines en Santé ;
* Elaborer et mettre en œuvre un plan Triennal de recrutement du personnel de santé ;
* Actualiser et appliquer intégralement le statut particulier du personnel de santé ;
* Elaborer le Plan de Carrière et suivre rigoureusement son application ;
* Renforcer la collaboration entre la Direction Ressource Humaine et les ordres professionnels pour le suivi du personnel au niveau des structures privées ;
* Actualiser les textes et cadres organiques des structures du Ministère de la Santé ;
* Appliquer l’arrêté conjoint concernant la fonction publique locale ;
* Mettre en place un cadre de concertation entre le Ministère de la Santé et les Ministères en charge de la formation initiale des personnels de santé ;
* Mettre en œuvre le plan stratégique de formation continue et de perfectionnement du personnel de santé.

## Financement de la Santé

Le financement du système de santé constitue un des principaux déterminants de la performance des services de santé. L’analyse classique du financement de la santé consiste à examiner la cohérence entre les capacités de mobilisation des ressources, la mise en commun des fonds et l’achat stratégique des prestations, afin de jeter les bases d’une politique fondée sur les principes d’équité, de solidarité et d’efficience qui sont également les fondements d’une stratégie de lutte contre la pauvreté.

En 2016 la dépense totale de santé (DTS) par habitant était estimée à 395 319,19 GNF, soit 43 USD ; alors qu’elle était de 187 US $ en Côte d’Ivoire et 107 US $ au Sénégal. Cette DTS correspond à 6,4% du PIB et par source de financement, elle est répartie comme suit :

* Etat 15,1% ;
* Ménages 46,4% des dépenses ;
* Reste du monde (PTF) 35,7%.

L’expérience des quatre années 2014 à 2017 montre que la part du budget de l’Etat alloué à la santé a augmenté passant de 2,4% en 2014 à 4,9% en 2017.

* **Principaux problèmes et leurs causes :**
* **Les dépenses de santé par habitant sont encore faibles à cause de :**
* La faiblesse de la pression fiscale ;
* La faiblesse du financement public de la santé par le budget de l’Etat ;
* La faible mutualisation des risques maladies à travers le développement des assurances (obligatoire, mutuelle, privée …) ;
* La faiblesse du leadership de l’Etat dans la mobilisation des ressources
* **Le poids excessif des dépenses de santé sur le budget des ménages occasionné par :**
* La faiblesse du dispositif assurantiel ;
* L’insuffisance du financement public ;
* Le mode de paiement direct des soins favorise les exclusions et les dépenses catastrophiques.
* **La non-coordination et intégration des différents guichets du financement due à :**
* La faiblesse de leadership de l’Etat ;
* La faiblesse du système d’information sur le financement dont les études et enquêtes ;
* L’absence de cadre formalisé de concertation des acteurs de financement.
* **La multiplicité des points de perception, expression de la marchandisation des soins en raison de :**
* Le manque de rigueur dans la gestion des structures ;
* La mauvaise application des principes de gestion de l’hôpital ;
* L’absence de contrôle des tarifs.
* **Le non-respect des tarifs entrainé par :**
* L’installation de la marchandisation dans les services de soins ;
* L’absence de contrôle des tarifs.
* **L’inefficience dans l’utilisation des ressources publiques mobilisées occasionnée par :**
* La faible capacité de gestion financière et matérielle ;
* L’inadéquation entre les dons et les besoins réels des structures sanitaires ;
* La faiblesse du système de contrôle ;
* L’absence du dispositif de redevabilité efficace ;
* Le manque de sanction.
* **La fragmentation du financement due à :**
* La faiblesse du leadership ;
* La forte dépendance du secteur au financement extérieur.
* **Le faible taux de décaissement du financement extérieur entrainé par :**
* La lourdeur des procédures de décaissement ;
* La non maitrise des procédures ;
* Le retard de la justification des fonds.
* **L’absence de redevabilité due à :**
* La faiblesse de système comptable garantissant la traçabilité des ressources financières ;
* L’absence de système de rapports standardisés ;
* L’absence de cadre de compte-rendu approprié à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
* L’absence d’audit et de contrôle.
* **Approches de solutions**
* Instituer des cadres spécifiques de concertation avec les acteurs du financement pour la formulation des stratégies de financement plus adéquates et le suivi de leur mise en œuvre (dialogue politique) ;
* Procéder à un système de tarification forfaitaire axé sur les groupes homogènes de maladies et actualiser les tarifs en vigueur ;
* Institutionnaliser des études et enquêtes périodiques sur le financement de la santé ;
* Mettre en place un système de contrôle de l’application des tarifs et d’audit des ressources générées par le recouvrement des coûts ;
* Renforcer le système de comptabilité (former le personnel, mettre en place des outils, assurer le contrôle) ;
* Renforcer les mécanismes de redevabilité de l’aide publique au développement.

**2.6. Système national d’information sanitaire et recherche**

La collecte des données de routine est effectuée à travers un système de rapport en cascade : enregistrement quotidien de données, puis synthèse mensuelle pour les centres de santé (CS) et les Hôpitaux Préfectoraux et Régionaux, aboutissant à l’élaboration d’un rapport mensuel pour les DPS ou les DCS et les Directions des hôpitaux selon le cas.  Les hôpitaux nationaux transmettent des rapports trimestriels. La participation des structures de santé privées reste encore faible dans le système d’information. Il en est de même des données liées à la médecine traditionnelle, à la médecine du travail, et à la santé mentale et scolaire.

La schématisation du circuit de l’information indique un dispositif très centralisé et unidirectionnel peu compatible avec la notion prônée de transfert des compétences dans le cadre de la décentralisation. En dehors du système de routine, il existe d’autres sources importantes qui permettent au secteur de la santé de disposer de l’information. Il s’agit des EDS, des enquêtes MICS, du recensement général de la population, et des enquêtes de suivi de la mise en œuvre des interventions.

**Les principales insuffisances**

* Faible promptitude dans la transmission des données ;
* Faible production des synthèses à tous les niveaux en dehors de la direction des établissements de soins pour les données hospitalières;
* Insuffisance de rétro information ;
* Informatisation insuffisante, peu d’utilisation des NTIC, insuffisance de contrôle de qualité des données ;
* Insuffisance et inadéquation des outils de suivi et évaluation
* Faible capacité des ressources humaines pour l’analyse et l’utilisation de l’information sanitaire pour la prise de décision;
* Développement de sous-systèmes d’information y compris la surveillance épidémiologique et d’alerte précoce.

#### **2.7. Gouvernance et leadership**

En matière de gouvernance, un certain nombre d’atouts sont relevés. Il s’agit entre autres de l’existence d’un cadre juridique, institutionnel et organisationnel du Ministère de la Santé avec un manuel de procédures, des organes et mécanismes de redevabilité du secteur (CCSS, CTC, CTRS, CTPS). Au-delà de ces éléments, le processus de décentralisation et de déconcentration en cours offre des opportunités pour l’amélioration de la redevabilité et un renforcement effectif de la participation communautaire et de la collaboration intersectorielle.

**Les principales insuffisances**

De manière générale, bien que reconnue comme secteur prioritaire dans le document de stratégie de réduction de la pauvreté, la santé ne bénéficie que d’une entrainant les conséquences mentionnées plus haut.

* ***Gouvernance politique*** :
	+ Insuffisance du cadre législatif et règlementaire, de la participation citoyenne, de la collaboration intersectorielle, du partenariat et de la contractualisation, de la lutte contre la corruption, du cadre de dialogue politique, de la responsabilité et de la redevabilité ;
	+ Absence d’encadrement du prix des médicaments ;
	+ Faible culture de redevabilité et de transparence ;
	+ Faible participation/implication effective des communautés à la base ;
	+ Manque de régulation et de contrôle des structures de prestations de soins du secteur privé, des institutions de formation et des pharmacies.
* ***Gouvernance organisationnelle*** :
	+ Organigramme et carte sanitaire non adaptés aux défis actuels du système de santé
	+ Capacités institutionnelles et de leaderships insuffisants ;
	+ Absence de mise en œuvre des plans de déconcentration et décentralisation du secteur de la santé ;
	+ Faibles capacités institutionnelles ;
	+ Partenariat public-privé presque inexistant ;
	+ Insuffisance de la coordination, du suivi-évaluation et du contrôle du secteur ;
	+ Absence de mécanismes de redevabilité et de mécanismes de motivation
	+ Faiblesse de la gestion des crises sanitaires et de l’échange d’information particulièrement en situation de crise.