

REPUBLIQUE GABONAISE
UNION- TRAVAIL – JUSTICE



**MINISTRE DE LA SANTE, DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA
SOLIDARITE ET DE LA FAMILLE**

PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

2011-2015

Décembre 2010

SOMMAIRE

Liste des abréviations et acronymes	3
Préface	5
Vision	6
Chapitre 1 : Arrière-plan et réalisations	7
1.1 Historique (arrière plan)	7
Chapitre 2: Analyse de la situation	9
2.1 Contexte général	9
2.2 Contexte sectoriel	11
2.3 Problèmes prioritaires	25
Chapitre 3: Priorités sanitaires stratégiques	26
3.1 Objectif général	26
3.2 Objectifs spécifiques, indicateurs et cibles	26
3.3 Axes stratégiques du PNDS	30
Chapitre 4: Besoins en ressource pour mettre en œuvre le PNDS	
4.1. Ressources humaines	37
4.2. Infrastructures physiques	37
4.3. Matériels et fournitures	37
4.4. Ressources financières et gestion	37
4.5. Communication / Information	38
Chapitre 5: Plan financier	
5.1 Calcul des coûts du plan	39
5.2 Coût estimé des interventions	39
5.3 Evaluation des fonds disponibles et prévus	39
5.4 Détermination de l'insuffisance du financement	39
5.5 Description des moyens de remédier à l'insuffisance de financement	
Chapitre 6: Cadre de la mise en œuvre	46
6.1. Cadre logique (buts, orientations stratégiques, objectifs, indicateurs vérifiables, cibles et moyens de vérification)	47
6.2. Les acteurs de mise en œuvre, rôles et inter relations	51
Chapitre 7: Suivi et Evaluation	53
7.1. Mécanisme de suivi et l'évaluation	53
Conclusion	56
Annexes	

Abréviations et acronymes

ACD :	Atteindre Chaque District
CDMT :	Cadre de Dépense à Moyen Terme
CEEAC :	Communauté Economique des Etats de l'Afrique Centrale
CEMAC :	Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale
CENAREST :	Centre National de Recherche Scientifique et Technologie
CIRMF :	Centre International de Recherches Médicales de Franceville
CTA :	Centre de Traitement Ambulatoire du VIH
CUSS :	Centre Universitaire des Sciences de la Santé
CNAMGS :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale
CNSS :	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CPNR :	Consultation Pré Natale Recentrée
DGRHMG :	Direction Générale des Ressources Humaines et des Moyens Généraux
DMP :	Direction du Médicament et de la Pharmacie
DSCRP :	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction Pauvreté
DTC :	Diphtérie – Tétanos – Coqueluche
DOTS :	Traitement sous observation direct
EASSML :	Ecole d'Application des Services de Santé Militaire de Libreville
EGEP :	Enquête Gabonaise pour l'Evaluation de la Pauvreté
ENASS :	Ecole Nationale d'Action Sanitaire et Sociale
EPS :	Education Pour la Santé
FMSS :	Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé
GEF :	Gabonais Economiquement Faible
HIABO :	Hôpital des Instructions des Armées Omar Bongo Ondimba
IELE :	Institut d'Epidémiologie et de Lutte contre les Endémies
IEC :	Information Education et Communication
INFASS :	Institut National de Formation d'Action Sanitaire et Sociale
IST :	Infection Sexuellement Transmissible
MSPP :	Ministère de la Santé Publique et de la Population
MST :	Maladie Sexuellement Transmissible
NEPAD :	Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
OMD :	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé

ONG :	Organisation Non Gouvernementale
OPN :	Office Pharmaceutique National
OUA :	Organisation de l'Unité Africaine
PCIME :	Prise en Charge Intégré des Maladies de l'Enfant
PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PIB :	Produit Intérieur Brut
PMA :	Paquet Minimum d'Activités
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME :	Prévention Transmission Mère Enfant
PVVIH :	Personne vivant avec le VIH
SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
UA :	Union Africaine
UNICEF :	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNHCR :	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
USD :	Dollar US
USS :	Université des Sciences de la Santé
VAT :	Vaccin Anti Tétanique
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Préface

La quête d'une meilleure santé de la population pour assurer le développement du pays est une constante des Gouvernements à travers le monde. Le Gabon s'est inscrit dans cette logique depuis plusieurs années par son adhésion aux différentes initiatives aussi bien nationales qu'internationales tendant à l'amélioration des conditions de vie des populations.

A cet effet, de nombreuses actions sont entreprises en accord avec la communauté internationale et avec l'appui des partenaires au développement pour l'élaboration des politiques, des stratégies et des plans et leur mise en œuvre. C'est dans ce cadre que le Gabon a souscrit à la Déclaration d'Alma Ata en 1978 en faveur de la Santé pour Tous par le biais des soins de santé primaires, au Scénario africain de développement sanitaire en trois phases en 1985 à Lusaka en Zambie, à la Déclaration du sommet des chefs d'Etat à Abuja au Nigeria en l'an 2000 etc.

Le Plan National d'Action Sanitaire mis en œuvre entre 1998 et 2003 se décline dans cette logique, tout comme la loi n°012/95 du 4 septembre 1995 portant orientation de la politique de la santé en République Gabonaise. Les difficultés de mise en œuvre du PNAS ont conduit les autorités à le réviser plusieurs fois. Mais l'insatisfaction des populations vis à vis du système sanitaire et une forte demande de soins de qualité demeurent ; tout comme les difficultés d'accès aux soins des couches les plus défavorisées dans un contexte de pauvreté inquiétante.

Face à cette situation, et pour insuffler une nouvelle dynamique dans notre système sanitaire, le Gouvernement décide de l'organisation des états généraux de la santé précédé des foras régionaux. L'objectif étant de faire une analyse exhaustive du système de santé Gabonais et de proposer des pistes de solutions.

Ces Etats Généraux de la santé avaient pour objectif de :

- Partager l'état des lieux existant et de l'enrichir par une large consultation des acteurs des régions et des autres secteurs de la santé.
- Faire émerger les priorités de santé publique acceptées par tous.
- Permettre à des groupes de travail multisectoriels et pluridisciplinaires d'approfondir l'analyse de ces priorités et de proposer des solutions réalistes à des problématiques de santé partagées.

Le résultat attendu est donc l'élaboration d'un Plan National de Développement sanitaire décrivant les objectifs et les stratégies qui devront être mises en œuvre pour répondre aux différents problèmes de santé des populations.

Ce processus va connaître des difficultés de mise en œuvre liés aux différences d'approches entre experts mais également aux contingences politiques.

L'élection en 2009, du Président de la République, Chef de l'Etat, son Excellence Ali BONGO ONDIMBA dont la santé est une priorité majeure de son programme de société l'Avenir en confiance va permettre l'élaboration et l'adoption de la politique nationale de santé et relancer l'élaboration du Plan National de Développement sanitaire.

Le Plan National de Développement Sanitaire qui est proposé ici a donc pour ambition de participer à la lutte contre la pauvreté entreprise par le Gouvernement de la République dans le cadre du Document Stratégique de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR), de permettre une plus grande implication des populations dans l'amélioration de leur état de santé et d'assurer un véritable partenariat entre les populations, l'Etat et les partenaires au développement. Il ambitionne de traduire en actes concrets la Politique Nationale de Santé (PNS) qui vient d'être adoptée par le Gouvernement qui s'appuie sur la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et le renforcement des Systèmes de Santé.

Ce PNDS qui s'appuie sur les six piliers du système de santé vise l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (ODM).

Malgré l'immensité des besoins, le PNDS que nous proposons est resté réaliste et en parfaite harmonie avec les prévisions et les capacités budgétaires de l'Etat pour les cinq prochaines années tel que déclinées dans le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT).

Les nombreux investissements consentis par l'Etat pour accroître et étendre l'offre de soins de qualité et la mise en place de la caisse d'assurance maladie et de garantie sociale devant permettre l'accès aux soins de toute la population marquent un engagement politique majeur.

Ces efforts doivent convaincre la communauté internationale d'accompagner le Gabon dans l'amélioration de ses indicateurs de santé et asseoir dans le pays un système de santé cohérent, performant et accessible à tous.

Libreville, le

/Ministre de la Santé Publique/

Vision stratégique du développement sanitaire

La politique nationale de santé au Gabon vise à doter la nation, à l'horizon 2020, d'un système de santé cohérent et performant mettant l'individu au centre des soins de santé, accessible à tous les citoyens et reposant sur la stratégie des Soins de Santé Primaires. Cette stratégie assure le respect des droits Humains, notamment le droit à la santé et porte les valeurs d'équité dans l'accès aux soins et de justice sociale. Elle garantit des prestations de qualité sur toute l'étendue du territoire national et permet ainsi aux populations de jouir d'un bon état de santé, gage de développement durable du pays.

Dans cette optique, le système de santé sera organisé de façon à faciliter la collaboration intersectorielle avec d'autres acteurs et départements dont les interventions renforcent ou facilitent l'action sanitaire, telle que la lutte contre la pauvreté, contre l'ignorance et contre l'insalubrité. Il mettra l'accent sur l'éthique et le respect de la dignité humaine dans la pratique et la dispensation des soins de qualité, le renforcement des capacités, l'intégration des activités de soins, la déconcentration et la décentralisation du secteur et le développement du partenariat. Le système va intégrer l'approche genre et le devoir de solidarité entre les citoyens, favoriser la responsabilisation des populations et la participation communautaire, encourager et valoriser l'implication des femmes et des jeunes dans le développement sanitaire.

Chapitre 1 : Arrière plan et réalisations

I.1. Evolution de l'action sanitaire

Au lendemain de son indépendance, le Gabon était doté d'un système de santé qui n'était que le prolongement du système colonial marqué par une forte présence de médecins militaires français dont l'activité était principalement orientée vers la prévention (vaccination de masse et promotion de l'hygiène) et la lutte contre les principales épidémies et grandes endémies de l'époque (Paludisme, Trypanosomiase Humaine Africaine, Tuberculose, Lèpre). A cela s'ajoutait la pratique d'une chirurgie d'urgence.

La priorité du Gouvernement gabonais dans les années 60 s'est axée essentiellement sur le renforcement des formations sanitaires existantes, la construction de nouvelles structures et la formation des personnels de santé. Le souci de développement des ressources humaines s'est traduit par la création dans les années 60 d'une école d'infirmiers devenue l'Ecole Nationale d'Action Sanitaire et Sociale (ENASS) pour la formation des personnels paramédicaux. En 1971 un Centre Universitaire des Sciences de la Santé (CUSS) est créé pour la formation locale des médecins et certains paramédicaux. Ce Centre est actuellement érigé en une Université des Sciences de la Santé. Par ailleurs, des filières de formation des personnels administratifs de santé ont été ouvertes à l'Ecole Nationale d'Administration (ENA) et à l'Ecole de Préparation aux Carrières Administratives (EPCA). En plus de la formation locale, l'Etat poursuit le développement des ressources humaines du secteur sanitaire par le biais de la coopération avec d'autres pays (financement de formation à l'étranger, recrutement des personnels expatriés).

A l'instar de la plupart des pays africains au sud du Sahara, le Gabon a adhéré à la déclaration d'ALMA ATA dont l'objectif était « santé pour tous en l'an 2000 » et a adopté la stratégie des Soins de Santé Primaires en 1978.

Les années 80 ont été marquées par un engouement en faveur des soins de santé primaires (mise en place des structures aux différents niveaux, formation des agents de santé des villages, constructions des cases de santé et mise en œuvre des différentes composantes des soins de santé primaires). Le Gabon a adhéré en 1985 au scénario de développement sanitaire en trois phases de LUSAKA dans l'optique de trouver des solutions aux faibles performances du système de santé. Dans ce cadre, il a été créé des directions provinciales de santé (actuelles Directions Régionales de Santé). Cependant, cette volonté de déconcentration administrative et de décentralisation opérationnelle avec la mise en place des districts ou départements sanitaires n'a pas encore connu le succès escompté.

En 1987, lorsque la communauté internationale lance l'initiative de BAMAKO avec le principe du recouvrement des coûts et de la participation communautaire, le pays ne s'engage pas dans cette voie en raison de la conjoncture économique favorable de l'époque marquée par une forte production pétrolière. **Au cours de cette période sont créées dans toutes les régions sanitaires du pays les structures sanitaires de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) avec des prestations quasiment gratuites pour les salariés affiliés.**

Durant la même période, des plans quinquennaux de développement intégrant la santé sont mis en œuvre dans le secteur public. Au cours de la décennie 80, le Gabon traverse une grave crise économique et financière qui réduit les efforts du pays dans la mise en place d'un système de santé performant. En 1995, est adoptée l'ordonnance 001/95 du 14 janvier 1995, portant orientation de la politique de santé en République Gabonaise. Tout en rappelant les priorités sanitaires, ce texte met fin au concept de gratuité des soins et introduit le concept de participation de tous les citoyens à l'effort de santé, rejoignant ainsi les principes de l'Initiative de Bamako.

Les grands axes stratégiques de la politique sanitaire du Gabon sont définis dans l'ordonnance 01/95 PR du 14 janvier 1995, portant orientation de la politique de la santé au Gabon. Ils s'articulent autour des points suivants : (i) le renforcement du système de prévention (santé maternelle et infantile, médecine préventive, hygiène publique et assainissement, l'éducation

pour la santé et la promotion sanitaire) ; (ii) la protection des populations vulnérables. Ces axes mettaient essentiellement l'accent sur les soins promotionnels et les soins préventifs.

Conformément aux orientations de cette ordonnance, le pays élabore en 1998 son premier Plan National d'Action Sanitaire (PNAS) qui sera révisé en 2000.

Une évaluation du système de santé a été réalisée en février 2004 avec comme recommandations (i) la réorganisation du système de santé pour améliorer son fonctionnement, (ii) la recherche de modalités de pérennisation et de fiabilisation du financement de la santé.

Par ailleurs, bien que ne faisant pas partie des pays pauvres très endettés (PPTÉ) le Gabon s'est engagé dans un processus d'élaboration d'un Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR). Ce document a deux objectifs principaux à savoir : (i) permettre la mise en place des programmes de réformes structurelles visant à créer la richesse et (ii) favoriser la réduction de la pauvreté par la mise en place d'une véritable politique de redistribution des fruits de la croissance. Cette redistribution est faite aussi par l'amélioration des services sociaux de base fournis aux populations, notamment dans les domaines de l'eau, de l'habitat, du logement, de l'éducation de base et des soins de santé primaires.

La volonté politique a permis, en début d'année 2005, la tenue des Etats Généraux de la Santé. Ce processus de planification participative a conduit à l'élaboration d'un Plan National de Développement Sanitaire 2007-2010 qui n'a pas pu être adopté.

Ces évolutions successives dans l'orientation politique du secteur traduisent ainsi la volonté d'adaptation de la politique sectorielle aux nouvelles données en rapport avec l'évolution de la situation sanitaire et les besoins d'une meilleure articulation et intégration des politiques générales de développement du pays.

La relance des Soins de Santé Primaires (SSP) au niveau mondial traduite par l'adhésion des pays Africains dont le Gabon à la Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et le renforcement des systèmes de santé en 2008 ont permis de recentrer les politiques nationales autour des valeurs et des principes des soins de santé primaires.

L'engagement politique des nouvelles autorités a conduit à l'adoption de la Politique Nationale de santé à l'horizon 2020 et l'élaboration du plan national de développement sanitaire 2011-2015.

Chapitre 2: Analyse de la situation

I. Contexte général

Le Gabon, traversé par l'équateur, présente une superficie de 267 667 Km² avec 800 kilomètres de côte et 85% de couverture forestière.

Situé en Afrique centrale, il est limité au Nord Ouest par la Guinée Equatoriale, au Nord par le Cameroun, à l'Est et au Sud par le Congo et à l'Ouest par l'Océan Atlantique.

Le climat est de type équatorial, chaud et humide, avec deux saisons de pluies et deux saisons sèches. La durée moyenne des pluies est de 140 jours par an. La température moyenne annuelle est de 26°C et l'hygrométrie est de plus de 80%.

La population totale était de 1.587 685 habitants en 2005¹ avec une densité de la population de 5,9 habitants / Km² et un taux d'accroissement annuel de 2,5%. Le sexe ratio est de 0,9 avec 48% d'hommes contre 52% de femmes. 41% de la population a moins de 15 ans, 46% entre 15 et 49 ans et 11,5% pour la tranche d'âge de 50 ans et plus.

Près de 85%² de la population vit en zone urbaine dont 50% à Libreville et Port – Gentil. Le reste est dispersé à l'intérieur du pays, en particulier le long des axes routiers et fluviaux et des principales agglomérations urbaines.

On compte 86% des personnes alphabétisées. Le taux net de scolarisation des enfants de 6 à 14 ans est estimé à 96,5% avec une parité de 0,99.

La liberté de culte garantie par la constitution permet de distinguer une mosaïque de religions dont le christianisme, l'islam et les religions traditionnelles.

Le PIB per capita est passé de 4000 dollars en 2000 à plus de 10 000 dollars en 2010. L'encours de la dette par rapport au PIB était de 12% en 2008. Les principales ressources de l'économie gabonaise demeurent le pétrole, le manganèse et le bois.

Près de 33% de la population vit en dessous du seuil national de pauvreté et 60% en dessous du seuil de pauvreté relative³.

L'indice de développement humain (IDH) estimé à 0,653 plaçait le Gabon au 103^{ème} rang sur 174 pays selon le rapport Mondial 2006 du PNUD sur le développement Humain. Cet indice contraste avec les données du PIB.

Le Gabon est divisé sur le plan administratif en 9 provinces, 47 départements, 26 districts, 125 cantons, 50 communes, 26 arrondissements et 3304 villages et regroupements de villages. La capitale politique est Libreville et Port-Gentil la capitale économique.

Sur le plan politique, la Constitution Gabonaise consacre un régime semi présidentiel avec un parlement bicaméral.

¹ Arrêté de la Cour constitutionnelle sur les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2003

² Enquête Démographique et de Santé, 2000

³ Enquête Gabonaise pour l'Evaluation de la Pauvreté (EGEP)



Figure 1 : Carte administrative du Gabon

II. Contexte sectoriel

2.1. L'organisation du système de santé

Le Gabon est subdivisé en 10 régions sanitaires et 52 départements sanitaires. Le système de Santé Gabonais actuel repose sur trois secteurs de Santé et la médecine traditionnelle qui cohabitent sans relation formelle de complémentarité. Ces secteurs sont les suivants :

- Le secteur public civil et militaire ;
- Le secteur parapublic essentiellement composé des structures de la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) ; ce secteur fait l'objet d'une réforme en vue de son intégration dans le secteur public civil.
- Le secteur privé lucratif et non lucratif.

Le secteur public civil a une organisation pyramidale à trois niveaux :

- le niveau central ou niveau stratégique comprend l'ensemble des directions centrales y compris les programmes, les instituts et les structures de soins et de diagnostics de référence ;
- le niveau intermédiaire ou niveau d'appui technique est essentiellement composé de dix (10) directions régionales de santé et de neuf (9) hôpitaux ou centre hospitaliers régionaux implantés dans les chefs lieux des régions. Ces centres hospitaliers régionaux servent de référence aux structures du premier niveau de la pyramide sanitaire ;
- le niveau périphérique ou niveau opérationnel appelé département sanitaire est le premier niveau de la pyramide sanitaire et est composé des centres médicaux, des dispensaires, des centres de santé de district ou urbain et des cases de santé. Le centre médical, implanté au niveau du chef lieu du département sert de référence à ce niveau. Le pays compte 52 départements sanitaires.

Le secteur public militaire dépend directement du ministère de la Défense. Il se compose d'un grand hôpital moderne bénéficiant d'un plateau technique performant ; l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO), de centres de santé militaires et d'un vaste réseau d'infirmieries, et d'une Ecole d'Application des Services de Santé Militaire de Libreville (EASSML). Par ailleurs, le service de santé militaire peut déployer des hôpitaux de campagne, version tentes et version motorisée.

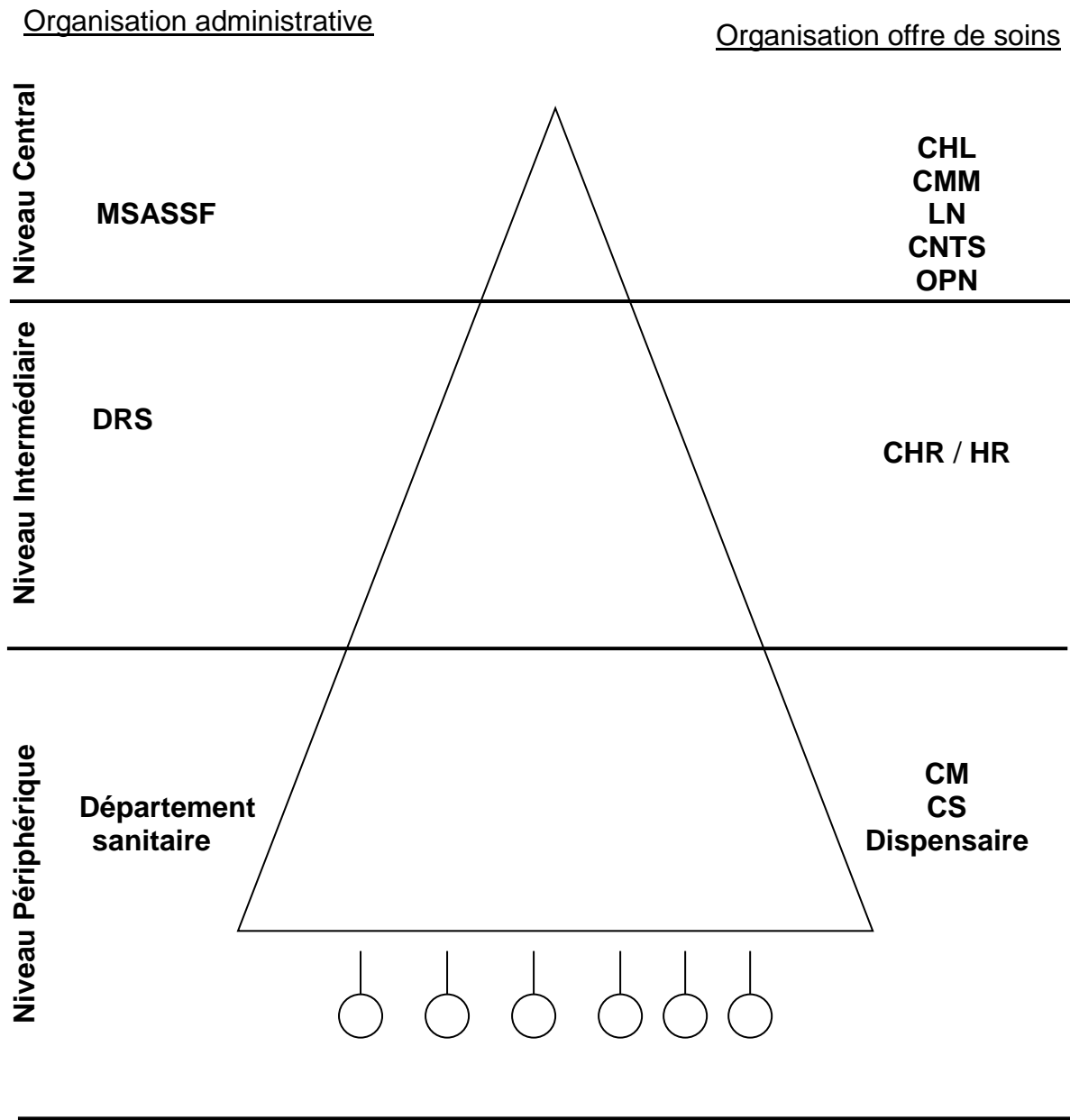
Le secteur parapublic (CNSS) dispose de deux hôpitaux généraux (la fondation Jeanne Ebori à Libreville et l'hôpital Paul Igamba à Port-Gentil), d'un Hôpital spécialisé (l'Hôpital pédiatrique d'Owendo), de deux polycliniques et de sept centres médico-sociaux repartis sur l'ensemble du territoire.

Le secteur privé non lucratif est représenté par le Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF), l'Hôpital Albert Schweitzer de Lambaréné, l'Hôpital Evangélique de Bongolo de Lébamba dans la Ngounié et les dispensaires des Organisations Non Gouvernementales (ONG), du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) et des missions catholiques et protestantes.

Le secteur privé lucratif comprend les polycliniques, les cliniques, les cabinets médicaux, dentaires, de soins infirmiers, les laboratoires d'analyses médicales, les grossistes répartiteurs de produits pharmaceutiques, les officines de pharmacie, les dépôts de produits pharmaceutiques, une unité de fabrication de médicaments et un centre de réadaptation et d'appareillage.

Par ailleurs, la médecine traditionnelle fréquentée par une bonne partie de la population est en cours d'organisation.

Graphique n°1 : Représentation du système national de santé



2.2 Le fonctionnement du système de santé

- **La gouvernance et le leadership**

La loi 12/95 du 14 janvier 1995 fixe les orientations de la politique de santé en République Gabonaise. Elle fixe trois grandes priorités :

- la protection de la mère et de l'enfant ;
- le renforcement du système de prévention, en insistant en particulier sur la médecine préventive, l'hygiène publique et l'assainissement, l'Information l'Education et la Communication en matière de santé ;
- la protection des groupes de population vulnérables tels que les malades mentaux, les handicapés et les personnes âgées.

- Elle crée un service public de santé diversifié faisant intervenir plusieurs acteurs et dont l'efficacité implique une véritable coordination au niveau des investissements et une recherche systématique des complémentarités.
- Elle définit la carte sanitaire comme l'instrument fondamental de coordination et de planification de la politique nationale de santé.
- Elle redéfinit les mécanismes de financement du service public de santé afin d'assurer à tous, l'équité des contributions à l'effort de santé et l'égalité des conditions d'accès aux soins. Cette redéfinition implique une réforme institutionnelle de la protection sociale.
- Elle prévoit le transfert de certaines responsabilités aux formations sanitaires, par la réforme des procédures budgétaires et la décentralisation de leur gestion.
- Elle précise les grandes lignes à suivre pour redynamiser les ressources humaines par une administration rationnelle des personnels existants, la planification du recrutement et de la formation, l'amélioration des conditions de vie et de travail des professionnels de la santé.
- Elle définit la politique des médicaments et des matériels médico-chirurgicaux qui vise à assurer :
 - la permanence, dans toutes les structures du service public de santé, des médicaments et des matériels nécessaires à leur fonctionnement ;
 - la sécurité des consommateurs des médicaments.

Le Ministère de la Santé est régi par le décret n°1158/PR/MSPP du 4 septembre 1997 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la Population. Il comprend :

Le Cabinet du Ministre auquel est rattachée la Direction du Médicament et de la Pharmacie.

L'Inspection Générale de la Santé qui a pour mission de veiller au respect de la législation et de la réglementation en vigueur. Elle dépend directement du Ministre de la Santé.

Le Secrétariat Général auquel sont rattachées trois Directions Générales et les dix Directions Régionales de Santé.

- **La Direction Générale de la Santé** est chargée de coordonner et d'évaluer les programmes de Santé, de veiller à la qualité des soins, d'élaborer et faire appliquer la réglementation régissant l'exercice des professions de santé et le fonctionnement des établissements sanitaires.
- **La Direction Générale de la Planification, des Infrastructures et des Equipements** a pour mission de rendre les soins accessibles à tous, grâce à un réseau de structures sanitaires bien réparties sur l'ensemble du territoire national et bien équipées. Elle est chargée d'élaborer et de mettre à jour la carte sanitaire et les Schémas d'Organisation Sanitaire.
- **La Direction Générale des Ressources Humaines et des Moyens Généraux** est chargée d'élaborer et faire appliquer le plan directeur de développement des ressources humaines, de mettre en œuvre la politique de formation du ministère, planifier les recrutements et suivre l'évolution de la carrière des personnels, de proposer, de suivre et de contrôler le budget du département, d'assurer la gestion des locaux et des équipements de l'administration centrale et de participer à la gestion d'une banque de données sanitaires en liaison avec la Direction Générale de la Santé.

On note en outre **des établissements sous tutelle** :

- le Centre Hospitalier de Libreville ;

- le Laboratoire National d'Analyses Médicales qui est un établissement de référence, chargé de l'exécution de la politique de l'Etat en matière de biologie clinique ;
- le Centre National de Transfusion Sanguine chargé de coordonner la mise en œuvre de la politique nationale de transfusion sanguine ;
- l'Office Pharmaceutique National (OPN) chargé de l'approvisionnement et de la distribution des médicaments et des matériels médico-chirurgicaux nécessaires au fonctionnement des formations sanitaires ;
- le Centre des Malades Mentaux ;
- l'ENASS.

Le secrétariat général coordonne également les 10 régions sanitaires et cinquante départements sanitaires créés par le décret 000488/PR/MSPP du 30 mai 1995.

Le cadre organique du Ministère de la Santé défini par ces deux textes présente des lacunes. Plusieurs services créés par eux ne sont pas dotés de leurs textes particuliers, ce qui a pour conséquence leur inexistence de fait ou leur fonctionnement sans base réglementaire.

D'une manière générale, les incohérences du décret n°1158/PR/MSPP nuisent fortement aux directions centrales du Ministère ainsi qu'aux institutions de réglementation dans l'exécution de leurs missions, ce qui affaiblit le leadership du Ministère en charge de la Santé et ralentit l'exécution des programmes de développement en général et des programmes de santé en particulier.

L'absence de structure de coordination des trois secteurs de santé (public, parapublic et privé) se traduit par des dysfonctionnements importants. Ainsi, on observe de nombreux chevauchements et duplications dans l'offre de soins, l'absence d'harmonisation de la tarification des actes et l'insuffisance de contrôle du Ministère de la Santé sur les secteurs de santé parapublic et privé, notamment pour ce qui est des normes de constructions, du financement et de l'approvisionnement en médicaments.

L'engagement politique des autorités nationales et de leurs partenaires en faveur du secteur de la santé est réel. Mais ces nombreux écueils qui subsistent font que le système de santé au Gabon demeure incapable de produire des résultats à la mesure des ressources engagés.

▪ ***La coordination et la collaboration intersectorielles***

De nombreux déterminants de la santé ne relèvent pas directement de la compétence du ministère de la santé, bien qu'ayant des effets certains sur la santé des populations. Il en est ainsi des problèmes d'accès à l'eau potable, d'assainissement, d'alimentation, d'habitat salubre, d'éducation, etc.

Or, les modalités de collaboration du ministère de la santé avec les départements en charge de ces domaines ne sont pas clairement définies et formalisées, entraînant une insuffisance dans la coordination et la collaboration intersectorielle, avec pour conséquence des interventions souvent fragmentaires et cloisonnées.

▪ ***Le système national d'information sanitaire et de surveillance en santé publique***

Le décret n°1158/PR/MSPP, crée trois entités responsables de la gestion de l'information sanitaire :

- la Direction de l'Informatique et des Statistiques ;
- le Service de la Carte Sanitaire et du Schéma d'Organisation Sanitaire ;
- l'Institut d'Epidémiologie et de Lutte contre les Endémies.

Depuis la mise en place de ces organes, plusieurs activités ont été menées, notamment la définition du circuit de l'information sanitaire, la fixation des délais de transmissions des données, la validation des outils de collecte ainsi que leur diffusion dans les régions sanitaires, et la formation des personnels à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Malgré ces efforts, les difficultés restent nombreuses dont la faible complétude, la faible promptitude et la non exhaustivité des rapports d'activités des structures sanitaires.

La fiabilité de l'information sanitaire est une des conditions essentielles pour une programmation objective et pertinente des actions de santé. Or, le système national d'information sanitaire se limite pour l'instant à la production d'un annuaire statistique dont la parution est irrégulière. Les données à enregistrer sont complexes par rapport au niveau de compétence des agents. Les outils de recueil de données ne sont pas toujours disponibles. Les circuits et les délais de transmission des données ne sont pas respectés. Le traitement des données n'est effectué ni au niveau du département sanitaire, ni au niveau de la région. Il n'existe quasiment pas de rétro-information ni entre le niveau central et le niveau régional, ni entre ce dernier et le niveau départemental.

Les données du secteur privé et parapublic ne sont pas intégrées dans le système d'information sanitaire actuel.

Par ailleurs, l'équipement et le matériel informatique sont insuffisants à tous les niveaux. L'intégration des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le système d'information est encore embryonnaire.

A cause de tous ces dysfonctionnements, le système d'information sanitaire est peu efficace.

▪ **L'offre de soins**

En matière d'infrastructures et d'équipements, l'orientation politique était tournée vers le développement des structures de soins curatifs. Le pays compte environ 959 structures de soins depuis les cases de santé jusqu'aux hôpitaux nationaux, tous secteurs de santé confondus. Il existe près de 700 structures de premier contact entre la population et le système de santé (dispensaires, infirmeries, cabinets de soins) et 5 hôpitaux nationaux⁴. Le nombre de lits est estimé à environ 4000 pour l'ensemble du système de santé, soit un ratio de 25 lits pour 10 000 habitants⁵. Ces chiffres cachent les dysfonctionnements de la majorité des structures du premier niveau de la pyramide sanitaire. De nombreux dispensaires sont fermés et/ou ne répondent à aucune norme. Les centres médicaux sont majoritairement dans un état de décrépitude.

Les formations sanitaires du premier niveau présentent des insuffisances en équipements. Il se pose de surcroît des problèmes de maintenance.

Tableau 1 : Répartition des structures sanitaires par secteur (à actualiser, voir carte sanitaire)

Secteurs	Publics	Parapublic CNSS	Privé lucratif	Privé non lucratif	Humanitaire	Total
Hôpitaux Généraux	12	2		2 ^(*)		16
Hôpitaux Spécialisés (bases incluses)	12	1				13
Cliniques			19			19
Polycliniques		1	1			2
Centres médicaux	41	9				50
SMI	51					51
Dispensaires	413			4 ^(**)		417
Cases de santé	157					157
Infirmeries	37				8	45
Cabinets			79			79
Laboratoires d'analyses			4			4
Pharmacies			33			33
Total	729	13	136	6	8	884

(*) HG Schweitzer et Bongolo

(**) Missions catholiques et protestantes

⁴ Carte sanitaire 2008, Ministère de la Santé

⁵ Estimation nationale.

En matière de prestations des soins, le système de santé reste orienté vers l'hospitalo-centrisme. Ceci a pour conséquence une prédominance de la prise en compte du volet curatif, matérialisé par l'orientation préférentielle des investissements vers les structures hospitalières, au détriment des structures de santé de base. Le volet préventif et promotionnel demeure insuffisamment soutenu.

L'absence de mise à jour et de diffusion dans toutes les structures des schémas thérapeutiques standardisés crée des problèmes de prise en charge des malades, notamment au niveau des structures de bases.

La non-mise en œuvre des paquets essentiels de services de santé par niveau de structure a pour conséquence l'absence de maîtrise de l'offre ou son inadéquation.

Le continuum de soins depuis la communauté jusqu'au niveau de référence nationale n'est pas assuré, la prise en charge communautaire étant défaillante ou inexistante, et le système de référence et de contre-référence peu performant.

L'appropriation et la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires demeurent insuffisantes, de même que la participation communautaire.

Les expériences d'implantation de la démarche qualité dans les structures sanitaires restent marginales. Peu de structures possèdent leur projet d'établissement, qui est l'élément-clé pour planifier l'offre de soins et asseoir dans la structure les éléments constitutifs de la qualité des soins.

La prise en charge des maladies non transmissibles, en particulier l'hypertension artérielle, le diabète et les cancers, demeure insuffisante, notamment à l'intérieur du pays.

Tous ces manquements entraînent des prestations de soins de qualité insuffisante et un alourdissement de la charge de mortalité et de morbidité générales.

▪ ***Les technologies pour la santé***

Malgré l'existence d'une politique pharmaceutique nationale, d'une liste nationale de médicaments essentiels et des structures de gestion du secteur, tant sur le plan réglementaire qu'organisationnel, la gestion du médicament présente des déficits à tous les niveaux.

Le cadre réglementaire est faible et très peu respecté. Le personnel chargé de gérer les stocks n'a pas souvent la formation requise. Les conditions d'approvisionnement, de distribution et de stockage des produits ne sont pas satisfaisantes. Les ressources financières affectées à l'achat du médicament ne sont pas suffisantes. Les problèmes de disponibilité des produits pharmaceutiques favorisent en partie le développement du commerce illicite de médicaments dont ceux contrefaits, dangereux pour la santé.

Il n'existe pas de laboratoire de contrôle de qualité du médicament, et les ressources humaines spécialisées dans ce domaine sont insuffisantes.

Le cadre réglementaire ne prend pas en compte les produits issus de la pharmacopée traditionnelle.

Depuis quelques années, le pays est en indépendance vaccinale et assure l'approvisionnement régulier en vaccins et consommables pour les enfants de moins d'un an et les femmes enceintes. Cependant la disponibilité d'une chaîne de froid pour la conservation des vaccins au niveau des structures périphériques limite l'offre de service de vaccination de façon continue aux chefs lieux de départements.

Les services d'aide au diagnostic sont insuffisants et concentrés dans les grands centres urbains. Le fonctionnement des services d'examens de biologie et d'imagerie médicales souffre d'un déficit en ressources humaines qualifiées, d'une absence d'équipement et de rupture fréquente de réactifs et de films.

La sécurité transfusionnelle, assurée au niveau de Libreville, est plutôt relative à l'intérieur du pays, notamment dans les capitales provinciales et les chefs-lieux de départements. En outre, le prix élevé d'une poche de sang (entre 10.000 et 30.000 FCFA l'unité) limite l'accès à une transfusion sécurisée. Il faut aussi relever la difficulté de recruter des donateurs de sang dans le contexte actuel d'infection à VIH et de pesanteurs culturelles et religieuses.

▪ **Les ressources humaines en santé**

Les ressources humaines pour la santé sont estimées à environ 12 000 personnes pour l'ensemble du pays, dont 9500 pour le secteur public. En termes de ratio, il y a environ dans le secteur public 4 médecins, 50 infirmiers et 4 sages-femmes pour 10 000 habitants⁶.

Si l'on prend en compte l'ensemble du système de santé, ces chiffres passent à environ 6 médecins et 4 sages-femmes pour 10 000 habitants. Concernant les sages-femmes, si l'on considère uniquement la population des femmes en âge de procréer, le ratio est de 15 sages-femmes pour 10 000 femmes en âge de procréer.

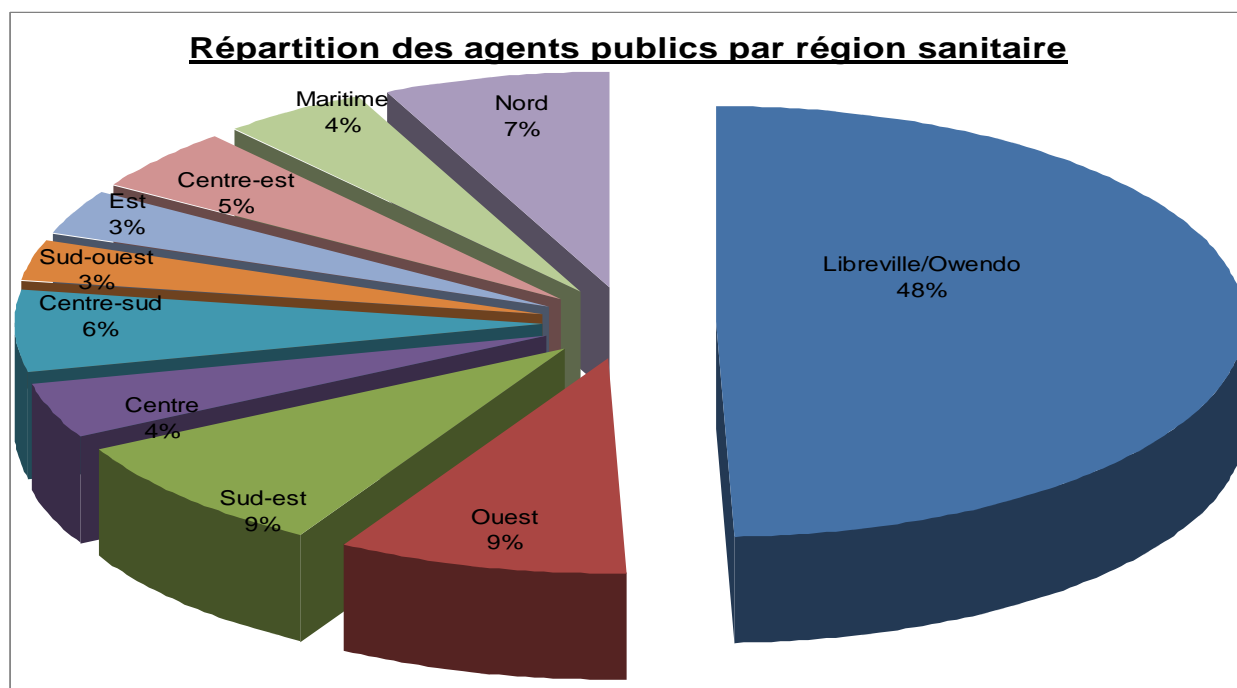


Figure 2 : Répartition des agents publics par région sanitaire

L'existence d'institutions de formation (Faculté de Médecine, Institut National de Formation d'Action Sanitaire et Sociale, Ecole Nationale d'Administration et Ecole de Préparation aux Carrières Administratives) devrait contribuer à accroître les ressources humaines dans le secteur de la santé.

C'est plutôt un constat alarmant sur le terrain dans certaines spécialités médicales et administratives importantes pour la performance de notre système de santé.

En effet, l'absence d'une réelle politique formelle de développement des ressources humaines est à l'origine du déficit quantitatif et qualitatif en personnels dans les domaines prioritaires tels que : la santé publique, l'épidémiologie, la chirurgie, la gynécologie obstétrique, la pédiatrie, l'anesthésie-réanimation, la médecine des urgences, la psychiatrie, la médecine transfusionnelle, d'autres spécialités médicales cliniques et la gestion des systèmes de santé sollicitées à différents niveaux de la pyramide de soins.

Par ailleurs, en l'absence de plan de carrière, l'effectif des sages femmes en exercice diminue d'année en année et en plus, très peu de jeunes étudiantes choisissent cette profession. Si rien n'est fait pour la rendre plus attractive, le Gabon court le risque d'un déficit grandissant en

⁶ Statistiques sanitaires mondiales

sages femmes avec pour conséquences la non sécurisation des accouchements et partant une élévation de la mortalité maternelle et périnatale.

L'inexistence d'un plan de développement des ressources humaines fait que la formation de base et la formation en cours d'emploi des personnels de santé sont souvent inadaptées par rapport aux besoins des entités utilisatrices.

La gestion des ressources humaines reste caractérisée par la non maîtrise des effectifs, la mauvaise répartition du personnel par rapport aux besoins et la démotivation du personnel de santé du fait de l'absence de plan de carrière, des mauvaises conditions de vie et de travail. Enfin, le recrutement et la gestion des agents sont fortement dépendants du Ministère en charge de la Fonction Publique et celui en charge du Budget, qui constituent ainsi de véritables (goulots d'étranglements) fourches caudines pour le Ministère de la santé en ce qui concerne la satisfaction des besoins en ressources humaines.

C'est pourquoi, il devient très urgent d'élaborer, valider, adopter et mettre en œuvre un véritable plan de développement des ressources humaines.

▪ **Le financement de la santé**

Pendant longtemps, le postulat politique du Gouvernement a été la gratuité des soins pour les populations, médicament compris. Mais depuis quelques années, la notion de participation des populations à la dépense de santé, chacun selon ses ressources, a été introduite. C'est sur cette base nouvelle que le Gouvernement et les autres acteurs de la santé ont entrepris de mobiliser les ressources.

L'absence des comptes nationaux de la santé ne permet pas de disposer de données fiables sur les différents postes de dépenses et leur importance dans le secteur de la santé. On estime à près de 200 milliards de francs CFA (soit 400 millions de dollars US) les dépenses totales de santé, dont 138 milliards de francs CFA pour le secteur public en 2009⁷. Ces dépenses représentent 4,6%⁷ du PIB du pays. Les dépenses totales de santé per capita en dollars US ont doublé entre 2000 et 2007, passant de 185 dollars US à 373 dollars US.

Ces dépenses publiques de santé, bien qu'en augmentation en valeur absolue, sont passées de 67,9% en 2000 à 64,5% en 2007 des dépenses totales de santé. Ces chiffres indiquent que les dépenses publiques augmentent moins vite que les dépenses totales. Près de 50% de la part étatique du budget de la santé est consacré aux investissements (constructions, réhabilitations et équipements) et 50% au fonctionnement. Entre 40% et 50% du budget de fonctionnement du secteur public de la santé est consacré aux salaires des agents. Il en résulte qu'en réalité, seulement un quart des 138 milliards de francs CFA est consacré aux activités de santé, soit 30 milliards. L'analyse de cette part dévolue aux activités montre que 80% est affecté aux soins curatifs, contre moins de 20% pour les soins préventifs et promotionnels.

La proportion du budget de l'Etat consacré à la santé est de l'ordre de 5% du budget général du pays. Mais en pratique, les problèmes d'exécution budgétaire réduisent encore ce chiffre, et on reste en définitive très loin des 15% de la part de budget national que les Etats doivent consacrer à la santé, proportion préconisée par les Chefs d'Etats Africains en 2001 à Abuja, lors du sommet Africain sur le VIH/SIDA et les autres maladies infectieuses parrainé par l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA). Il est encore plus éloigné des recommandations de l'initiative 20/20 qui préconise que 20% des budgets des pays et 20% de l'aide publique au développement soient alloués aux services sociaux de base, notamment la santé et l'éducation.

⁷ Estimations nationales

Tableau n°2 : Budget de l'Etat attribué au Ministère de la Santé Publique (à actualiser)

Années	Budget Général de l'Etat (Base ordonnancement)	Budget alloué à la Santé	%/Budget de la Santé /Budget de l'Etat
2003	985 122 911 106	39 460 013 234	4%
2004	631 836 472 979	49 858 430 000	8%
2005	708 910 716 756	61 793 077 544	9%
2006	945 058 997 785	59 443 469 396	6%
2007	1 047 546 000 000	71 218 397 500	7%
2008	1 313 340 000 000*	67 799 397 500	5%

* Budget voté

Source : Ministère de l'Economie et des Finances, Direction Générale du Budget

Les dépenses privées de santé sont estimées à 35,5% des dépenses totales et 100% de ces dépenses privées sont à la charge des ménages. Le paiement direct reste encore prédominant dans les dépenses de santé des ménages. Toutes les populations concernées n'étant pas encore affiliées à la CNAMGS, la part du prépaiement reste encore très faible.

Enfin, les financements extérieurs de la santé ne représentent que 1,5% du total des dépenses de santé⁸.

Une telle situation requiert que la gestion des ressources financières soit améliorée et optimisée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

▪ **La recherche en santé**

La recherche en santé est peu structurée, caractérisée par l'absence d'un agenda de recherche officiel. Des travaux sont effectués au Centre National de Recherche Scientifique et Technique (CENAREST), au Centre International de Recherche Médical de Franceville (CIRMF), à l'Université des Sciences de la Santé (USS), à l'Unité de Recherche Médicale de la Fondation Internationale Albert SCHWEITZER, dans quelques laboratoires et services cliniques. Les travaux effectués ont très peu d'impact sur le système de santé. En effet, l'absence d'organisation en recherche opérationnelle, de ressources humaines formées en santé publique et en méthodologie de la recherche, de structures adaptées (notamment des centres hospitalo-universitaires) et le défaut de financement constituent des entraves au développement de la recherche.

Il existe des structures en charge de la pharmacopée traditionnelle implantées au sein des Ministères de la Recherche scientifique et de la Santé. Malgré ces efforts, beaucoup reste à faire pour la promotion de la médecine traditionnelle.

2.3. Les performances du système de santé

L'espérance de vie à la naissance en 2008, était de 58 ans chez les hommes et 62 ans chez les femmes. Par contre l'espérance de vie en bonne santé dans la même période chutait à 50 ans chez les hommes et 53 ans chez les femmes⁹.

L'indice synthétique de fécondité est estimé 3,3% en 2008 contre 4,1% en 2000.

⁸ Statistiques sanitaires mondiales 2010.

⁹ Statistiques sanitaires mondiales 2010.

Le ratio de mortalité maternelle est de 520 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. Les principales causes de mortalité sont les hémorragies notamment de la délivrance, les infections, les dysgravidies, l'hypertension artérielle et ses complications, les complications d'avortements provoqués clandestins¹⁰. Ce ratio n'a pas évolué depuis 2000, l'année de la dernière enquête démographique et de santé.

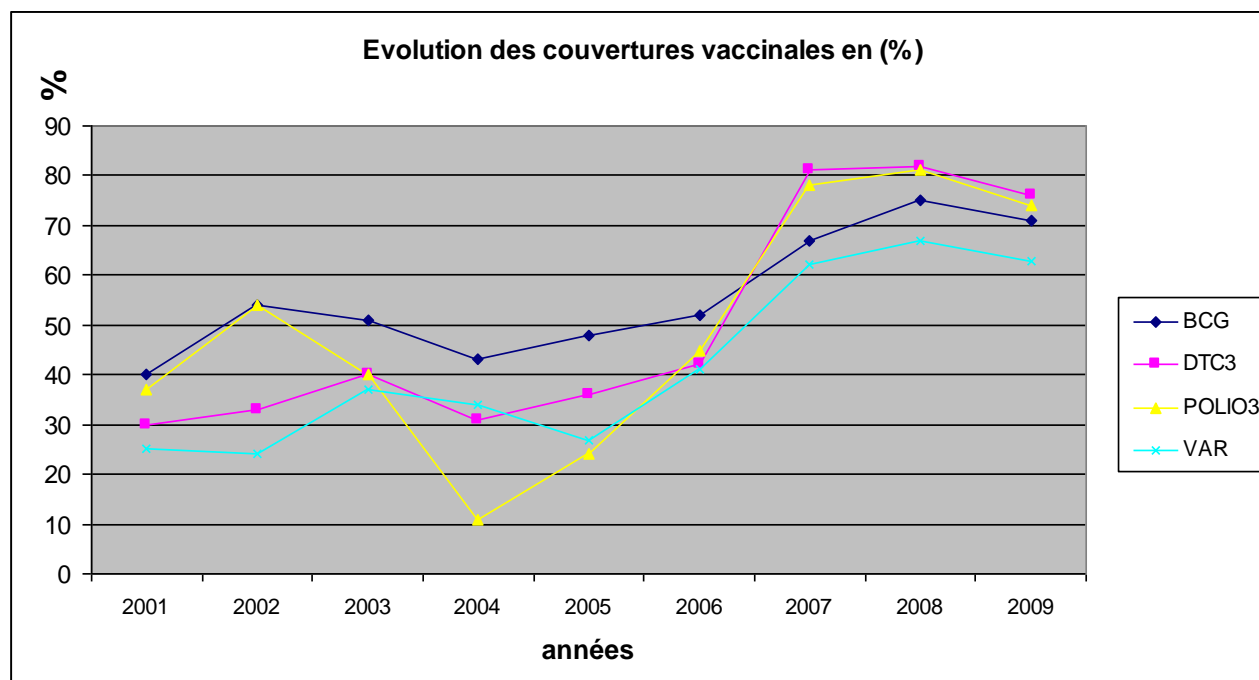
Le taux de mortalité néonatale en 2008 est estimé à 28 pour 1000 naissances vivantes. La probabilité de décès avant l'âge d'un an est de 57 pour 1000 pour les deux sexes. Le taux de mortalité infanto-juvénile (0-4 ans) est 77 pour 1000.

Le paludisme (29%), la prématurité (15%), les infections respiratoires aiguës (11%), le VIH (10%), les maladies diarrhéiques (6%) sont les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. La malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans est de 21% et la malnutrition sévère de 7%. Il est aussi observé un faible poids à la naissance (inférieur à 2500 grammes) chez 12% des enfants et la prévalence moyenne des troubles dus à la carence en iode (TDCI) est de 17,4%

La couverture vaccinale est passée de 44% en 2006 à 82% en 2008 pour la 3^{ème} dose de diphtérie, tétanos et coqueluche (DTC3), et de 43% à 65% pour la rougeole pour les mêmes périodes. La couverture pour la deuxième dose de vaccin anti-tétanique (VAT2+) chez les femmes enceintes est de 52% en 2008.

Les critères standards de certification de l'éradication de la poliomyélite ont été atteints au niveau national. Depuis 1999, date de la mise en place de la surveillance, aucun polio virus sauvage n'a été détecté.

Figure 3 : Evolution des couvertures vaccinales en pourcentage BCG, DTC3, Polio 3, VAR



¹⁰ Enquête sur l'évaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Gabon

Le paludisme reste la première cause de morbidité tout âge confondu au Gabon avec près de 200 000 (187 714) cas notifiés en 2008. Le taux de mortalité dû au paludisme est de 96 pour 100.000 habitants en 2009.

L'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'efficacité, malgré des progrès certains, reste encore insuffisante notamment chez les femmes enceintes.

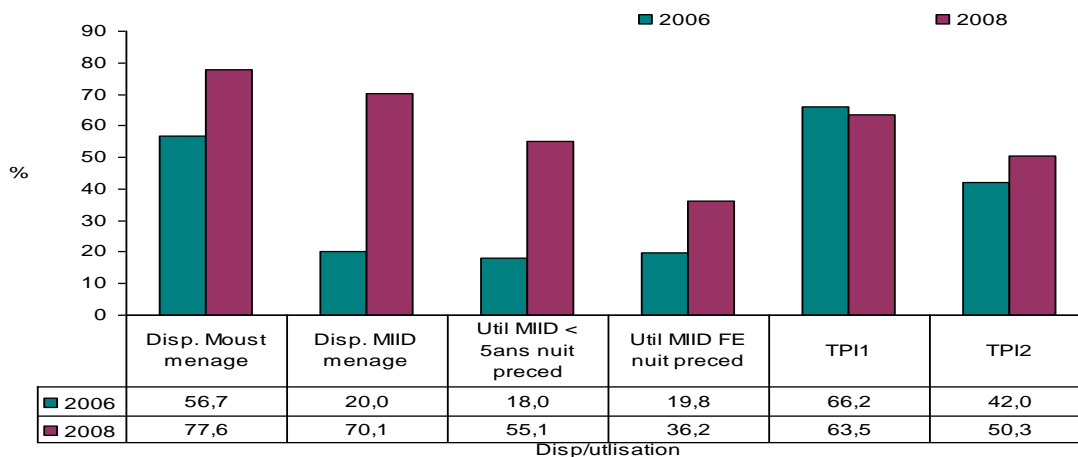


Figure 4 : Evolution du taux d'utilisation des MILDE chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans

La prévalence du VIH était estimée à 8,1% en 2004, 5,9% en 2007 et à 5,2% en 2009 à l'aide d'enquêtes sentinelles. Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) était estimé à 54 000 en 2007 et à 63.000 en 2009. La couverture nationale en thérapie antirétrovirale est passée de 43,7% en 2007 à 69,9% en 2009. La prévalence de la co-infection tuberculose/VIH est estimée à 40%. Le taux de mortalité lié au VIH/SIDA est de 173 décès pour 100 000 habitants.

La prévalence de la Tuberculose est de 410 pour 100 000 habitants avec une incidence évaluée à 450 pour 100 000 habitants. Le taux de détection est de 51% en 2009 y compris la couverture en traitement sous observation direct (DOTS) pour la même période. Le taux de succès thérapeutique est de 73% et le taux de perdus de vue est de 44%.

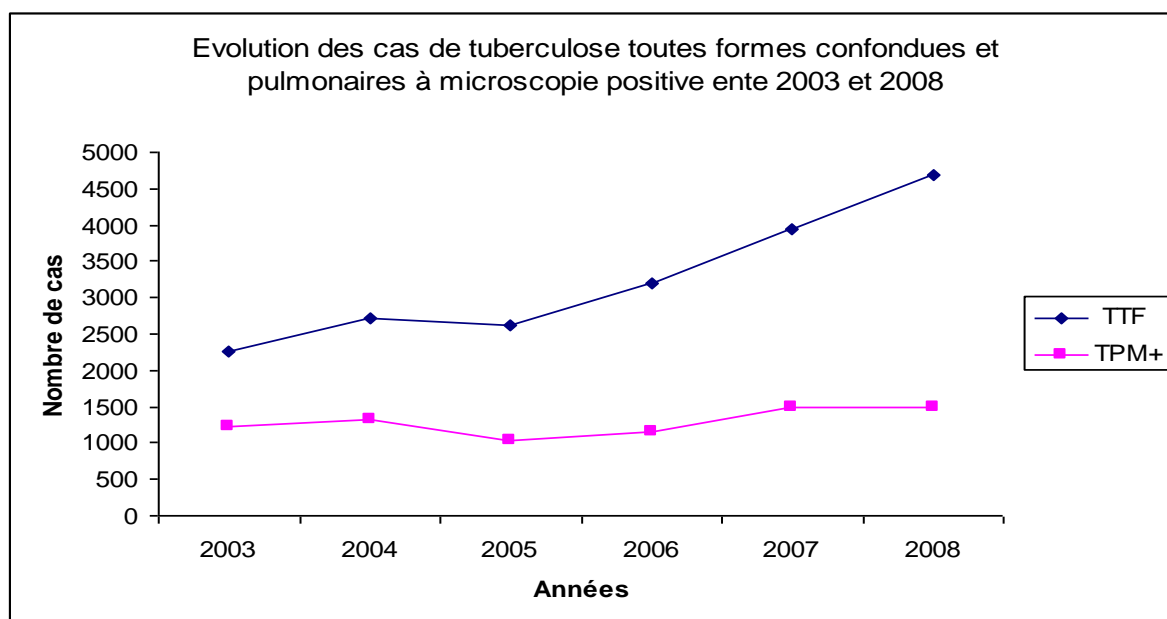


Figure 5 : Evolution des cas de tuberculoses de 2003 à 2008

L'incidence de la Trypanosomiase humaine Africaine (THA) est en augmentation avec un nombre croissant de cas ces dernières années. La couverture en prospection des foyers actifs est très faible. Depuis 2004, en moyenne 40 nouveaux cas sont détectés. Il s'agit d'une sous-estimation qui peut laisser entrevoir une explosion des cas.

Il en va de même pour la lèpre qui est loin d'avoir été éradiquée. Avec une trentaine de nouveaux cas identifiés chaque année, le risque de réémergence de cette maladie potentiellement invalidante persiste tandis que le nombre croissant de personnes guéries avec des incapacités à potentiel évolutif est estimé à un millier.

La drépanocytose touche près de 10% des enfants de moins de cinq ans et environ 2% de la population générale. On estime entre 20% à 30% la population porteuse du trait drépanocytaire au Gabon¹¹.

On note également l'émergence et la réémergence de pathologies telles que la Fièvre Hémorragique virale de type Ebola, le chikungunya, la dengue et l'Ulcère de Buruli, responsables de flambées épidémiques de 1994 à 2002 pour la fièvre hémorragique de type Ebola et depuis 2007 pour le Chikungunya.

Avec l'augmentation de la prévalence des maladies non transmissibles, notamment les affections cardiovasculaires, le diabète et les cancers, le profil épidémiologique du pays est en train de changer. Déjà, en 2004, le taux de mortalité pour 100 000 habitants lié aux maladies transmissibles étaient de 610 contre 716 pour les maladies non transmissibles. Les traumatismes attribuables aux accidents de la voie publique sont de plus en plus fréquents, représentant en 2004 la troisième cause de décès avec un taux de mortalité de 97 pour 100 000 habitants. La prévalence de la cécité est de 8%, soit 13 500 aveugles et 50 000 malvoyants. A cela, il faut ajouter l'importance des troubles psychosociaux et ceux liés aux effets nocifs de l'alcool, du tabac et autres substances psycho-actives sur la santé. On assiste vraisemblablement à une transition du profil épidémiologique national et il n'est pas impossible qu'à l'avenir le poids des maladies non transmissibles surpasse durablement celui des maladies transmissibles.

2.4. Les autres déterminants de la santé

Le système de santé constitue certes un déterminant important de la santé, mais il importe d'analyser les autres facteurs qui influent sur la santé des populations, qu'ils soient politiques, socioculturels, socio-économiques, environnementaux ou biologiques.

▪ Les facteurs politiques

Le droit à la santé est garanti par la constitution gabonaise, de même que la protection des personnes vulnérables. La loi 12/95 portant orientation de la politique de santé en République Gabonaise confirme cette disposition. Mais bien que la solidarité et la justice sociale soient garanties par la loi, il persiste des inégalités d'accès aux soins, notamment pour les plus démunies. Les mécanismes traditionnels d'entraide sociale s'effritent sans que l'Etat se soit organisé pour les relayer et à cause de la paupérisation grandissante, une partie toujours plus importante de la population se trouve de facto exclue du système de soins. Les pauvres ont ainsi moins accès aux services de santé, alors que ce sont eux qui en ont le plus besoin.

¹¹ OMS, la drépanocytose dans la région Africaine : situation actuelle et perspectives (2006)

- **Les facteurs socioculturels**

Le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR) révèle qu'en 2005, près de 13%¹² de la population vivait dans des ménages dont le chef n'avait aucune instruction. L'examen des informations recueillies auprès des responsables de la Direction générale de l'Éducation populaire montre que dans la société gabonaise, l'incidence de pauvreté est de 45% pour les ménages dont le chef n'a aucune instruction et de 43% pour ceux dont le chef a atteint le primaire¹³.

Actuellement, les rares chiffres disponibles établissent approximativement le taux d'analphabétisme à près de 40%¹⁴ pour la période 2008-2009, avec environ 63% de femmes contre 37% d'hommes. Par rapport au lieu de résidence, ces personnes vivaient en majorité en zones urbaines comme Libreville, Port-Gentil et Franceville et dans les six (6) autres capitales provinciales.

Le faible niveau d'éducation en matière de santé, les préjugés et la faiblesse des interventions de promotion de la santé influent significativement sur l'état de santé des populations en limitant l'acquisition des attitudes favorables.

L'alcoolisme, le tabagisme et les toxicomanies dont la tendance est à la hausse, sont responsables de maladies telles la cirrhose hépatique, l'hypertension artérielle, les cancers et les troubles mentaux.

Les comportements sexuels à risque (près de 43% de personnes ont eu des rapports avec plusieurs partenaires au cours des 12 derniers mois) constituent un facteur important de transmission élevée du VIH et des infections sexuellement transmissibles, entre autres les hépatites B et C responsables de cirrhose et de cancer primitif du foie.

- **Les facteurs socio-économiques**

La proportion des Gabonais vivant en-dessous du seuil absolu de pauvreté est de 33%. 75% des pauvres vivent en milieu urbain contre 25% en milieu rural. La pauvreté est plus importante (37%) dans les ménages où la femme est le chef (femmes célibataires), contre 25% quand c'est l'homme qui est le chef (hommes célibataires ou mariés).

Le faible pouvoir d'achat des populations limite grandement leur accès aux soins de santé. Selon l'Enquête Gabonaise pour l'Évaluation de la Pauvreté (EGEP), la probabilité de consulter dans un service de santé pendant les quatre dernières semaines varie selon le statut social, les ménages pauvres recourant largement moins aux services de santé que les ménages riches, avec une probabilité de 8% contre 16%.

Le taux de chômage est élevé, avoisinant les 26%¹⁴ de la population active. Les femmes sont plus touchées que les hommes.

Enfin, la protection sociale est faible. L'assurance maladie universelle, mise en place en décembre 2008, n'est que partiellement opérationnelle. Pour l'instant, elle ne prend en charge qu'une partie des indigents, appelés Gabonais Économiquement Faibles (GEF). Pour les travailleurs du secteur privé, il existe différents régimes de prise en charge par des assurances privées.

¹² Idem, P. 35

¹³ Ibidem, P. 37

¹⁴ Direction générale de l'éducation populaire. Source citée par UNESCO

¹⁴ Office National de l'Emploi

- **Les facteurs environnementaux**

De nombreux facteurs liés à l'environnement influent sur l'état de santé des populations.

En matière d'habitat, les schémas directeurs et les plans d'urbanisation sont insuffisants et très peu suivis, occasionnant une carence notoire en logements décents. En zone urbaine, 41% des logements sont précaires et sous-équipés.

L'approvisionnement en eau potable est assuré à 93,2 % des ménages en milieu urbain contre 39,3% en milieu rural. La qualité moyenne de cette eau est source de maladies diarrhéiques et parasitaires.

En matière d'hygiène et d'assainissement, la proportion de ménages disposant de latrines améliorées est de 6,5 % en milieu rural et de 18,8 % en milieu urbain. Pour ce qui est de l'évacuation et du traitement des déchets solides et liquides, le problème reste entier dans toutes les grandes villes (y compris Libreville) en l'absence de système efficace de voirie et de destruction des déchets. Le système d'évacuation des eaux pluviales est quant à lui peu performant, ce qui a pour conséquences les inondations, l'insalubrité et la prolifération des vecteurs de maladies, notamment l'anophèle, agent vecteur du paludisme.

Les changements climatiques et les catastrophes naturelles et humaines peuvent entraîner des urgences humanitaires.

Les accidents de la voie publique, en nette progression statistique, résultent du développement des villes avec une explosion du nombre de véhicules en circulation dans un contexte de sécurité routière défailante, de mauvais état des routes et de contrôles techniques inefficaces, ce qui augmente la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes.

Enfin, la sédentarité, la pollution, les accidents de travail et les maladies professionnelles nés du modernisme constituent autant de facteurs nouveaux qui affectent négativement la santé humaine.

- **Les facteurs biologiques**

Les maladies génétiques et métaboliques, notamment la drépanocytose et le diabète sucré, restent une préoccupation pour les populations. On estime que 25% à 30% de la population est porteur du trait drépanocytaire. La prévalence de la drépanocytose est estimée à 2%. En l'absence de prise en charge appropriée, l'espérance de vie de la majorité des malades n'excède pas 20 ans. Le poids économique et social de la prise en charge de la drépanocytose pèse sur les familles. Malgré l'existence d'un programme national de lutte contre la drépanocytose, les messages d'information et de sensibilisation des populations restent insuffisants.

III. Problèmes prioritaires

- 1. La mortalité maternelle et infanto-juvénile reste élevée et le poids de la maladie, notamment du paludisme, de l'infection à VIH, de la tuberculose, des maladies émergentes et ré-émergentes et des affections liées aux nouveaux modes de vie est important ;**
- 2. La gouvernance du secteur de la santé et le leadership du Ministère de la Santé sont peu affirmés, y compris dans le domaine de la collaboration intersectorielle ;**
- 3. Le système national d'information sanitaire est peu performant et la recherche en santé reste faiblement structurée ;**
- 4. La rupture des médicaments et dispositifs médicaux essentiels dans les formations sanitaires est fréquente et la disponibilité des services d'aide au diagnostic (services d'examen de biologie et d'imagerie médicales) reste faible ;**
- 5. Les ressources humaines sont insuffisantes et mal planifiées ;**
- 6. L'offre de soins de qualité et l'utilisation des services de santé sont insuffisantes, les infrastructures et équipements du premier niveau de la pyramide sanitaire sont souvent vétustes ;**
- 7. La gestion des ressources financières n'est pas optimale et leur répartition présente un gros déséquilibre en faveur du volet curatif au détriment du volet préventif et promotionnel, de même que des allocations inadéquates entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire ;**
- 8. La protection sociale reste encore insuffisante.**

Chapitre 3: Priorites sanitaires strategiques

Le PNDS 2011-2015 prend en compte de maniere harmonieuse les differentes preoccupations qui traduisent la demande des populations beneficiaires et les recommandations de la communaute internationale.

Les fora et les Etats Generaux de la Sante avaient mis l'accent sur (i) l'accueil et la qualite des soins (motivation des personnels, formation, remuneration et amelioration de la gestion des personnels); (ii) l'amelioration de l'acces aux medicaments et (iii) la necessite d'une reorganisation administrative et technique du secteur sanitaire.

Le PNDS doit aussi s'inspirer des orientations ratifiees par le Gabon, s'inscrivant (i) dans les grands programmes regionaux, notamment dans le cadre des politiques developpees par la Communaute des Etats d'Afrique Centrale; (ii) les grandes initiatives internationales en faveur du developpement humain et social; (iii) les conventions internationales de portee sanitaire et sociale et (iv) la necessite d'un developpement du secteur de la sante portant le respect du cadre des depenses a moyen terme (CDMT) convenu.

3.1. OBJECTIF GENERAL

Ameliorer l'etat de sante et le bien-etre des populations notamment des plus demunies.

3.2 Objectifs specifiques, indicateurs et cibles

L'atteinte de l'objectif general du PNDS est envisagee a travers les objectifs specifiques presentes dans cette section.

Objectifs d'impact	Indicateurs d'impact
Cible 1 : Reduire la mortalite maternelle de 519 decès pour 100 000 NV à 129 decès pour 100 000NV, d'ici 2015.	Ratio de mortalite maternel.
Cible 2 : Reduire la mortalite des enfants de moins de 5 ans de 92 pour 1000 NV à 30 pour 1000 NV, d'ici 2015	Taux de mortalite infanto-juvenile Taux de mortalite infantile Taux de mortalite neonatale
Cible 3 : Reduire d'au moins 50% l'incidence du VIH, d'ici 2015	Prevalence/Incidence du VIH
Cible 4 : Reduire d'au moins 50% la mortalite et la morbidite liees au paludisme d'ici 2015	Taux de mortalite specifique au paludisme Prevalence/Incidence du paludisme
Cible 5 : Reduire d'au moins 50% la mortalite et la morbidite liees à la tuberculose d'ici 2015	Taux de mortalite specifique au Tuberculose Prevalence/Incidence de la Tuberculose
Cible 6 : Eliminer la trypanosomiase humaine africaine en tant que probleme de sante publique et prendre en charge les	Taux de mortalite specifique de la THA Prevalence de la THA Prevalence de la lèpre

autres pathologies tropicales négligées	Prévalence de l'ulcère de Buruli
Cible 7 : Réduire d'au moins 50 % l'incidence des maladies émergentes (Chikungunya, Dengue, Ebola)	Incidence du Chikungunya, de la Dengue, et Ebola
Cible 8 : Réduire d'au moins 25% la mortalité et la morbidité liées au diabète, à l'hypertension artérielle, à la drépanocytose, aux maladies mentales et aux cancers d'ici 2015	Prévalence/Incidence du diabète Prévalence/Incidence de l'HTA Prévalence/incidence des cancers du col Prévalence/incidence de la Drépanocytose Prévalence/incidence des insuffisances rénales Taux de mortalité spécifique aux maladies
Cible 9 : Réduire d'au moins 30% la mortalité intra-hospitalière d'ici 2015	Taux de mortalité intra-hospitalière
Objectifs de résultats à moyen et long terme	Indicateurs de résultats
Assurer aux populations l'accès universel aux soins promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs continus et de qualité;	
Cible 10 : D'ici 2015, au moins 30% des femmes et des adolescents utilisent une méthode moderne de contraception (PF) ;	% des femmes et des adolescentes qui utilisent une méthode moderne de contraception
Cible 11 : D'ici 2015, 90% des femmes enceintes effectuent au moins 4 visites prénatales (CPNR complet) ;	% des femmes enceintes qui effectuent au moins 4 CPNR
Cible 12 : Atteindre un taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié d'au moins 90% d'ici 2015 ;	Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié
Cible 13 : D'ici 2015, au moins 80% des complications de l'accouchement aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né sont prises en charge selon les protocoles nationaux ;	% des complications de l'accouchement chez la mère et chez le nouveau-né pris en charge selon les protocoles nationaux
Cible 14 : Atteindre une couverture vaccinale d'au moins 90% au niveau national et d'au moins 80% dans tous les départements pour tous les antigènes d'ici 2015;	Taux de couverture vaccinale nationale et par département sanitaire
Cible 15 : D'ici 2015, au moins 20% des femmes pratiquent l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois ;	% des femmes pratiquant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois

Cible 16 : D'ici 2015, au moins 80% des cas de malnutrition chez les enfants bénéficient d'une prise en charge adéquate;	% des cas de malnutrition chez les enfants correctement pris en charge
Cible 17 : D'ici 2015, au moins 80% des cas de paludisme déclarés reçoivent un traitement correct dans les 24 heures	% des cas de paludisme déclarés recevant un traitement correct dans les 24 heures
Cible 18 : D'ici 2015 au moins 80% de la population (femmes enceintes et d'enfants de moins de cinq ans) dorment sous MIILDE ;	% de la population dormant sous moustiquaire imprégné
Cible 19 : D'ici 2015, au moins 80% des femmes enceintes reçoivent le TPI ;	% des femmes enceintes qui reçoivent le TPI 2 ;
Cible 20 : D'ici 2015, au moins 80% des femmes enceintes bénéficient des prestations PTME	% des femmes enceintes ayant bénéficiées des prestations de PTME ;
Cible 21 : Au moins 80% de PVVIH ont accès aux services de prévention, traitement et soins y compris les enfants d'ici 2015.	% de PVVIH ayant accès aux services de prévention, de traitement et de soins ; % d'enfants infectés par le VIH ayant accès aux services de prévention, traitement et soins ;
Cible 22 : Atteindre un taux d'utilisation du condom d'au moins 85% dans les groupes à risques.	Taux d'utilisation du condom dans les groupes à risque ;
Cible 23 : D'ici 2015, dépister au moins 70% des cas de tuberculose à microscopie positive et guérir au moins 85% d'entre eux.	Taux de dépistage de cas de tuberculose à microscopie positive ; Taux de guérison des cas de tuberculose ;
Cible 24 : D'ici 2015 au moins 95% des enfants malades bénéficient d'une prise en charge adéquate contre les principales pathologies (diarrhée, Infections respiratoires aiguës, infections urinaires...) ;	% d'enfants bénéficiant d'une prise en charge adéquate contre les principales pathologies parasitaires et infectieuses
Cible 25 : D'ici 2015, au moins 95% personnes à risque pour l'hypertension Artérielle, le diabète, les cancers, la santé mentale et la drépanocytose ont accès aux services de prévention, traitement et de soins.	Taux de dépistage par an ; Taux de cas traités par an ;
Cible 26 : D'ici 2015 dépister au moins 90% des cas de THA à parasitologie positive et	Taux des cas de THA dépistés (parasitologie positive) par an

traiter 100% des cas dépistés dans tous les foyers d'endémies.	Taux de cas de THA traités par an Taux de guérison des cas de THA Taux de cas de THA suivis pendant deux ans après le traitement
Cible 27 : D'ici 2015 réduire d'au moins 50% le taux d'invalidité imputable à la lèpre chez les patients sous poly chimiothérapie.	Taux d'invalidité imputable à lèpre
Cible 28 : D'ici 2015 dépister au moins 90% des cas d'ulcère de Buruli et traiter 100% des cas dépistés	Taux de cas d'ulcère Buruli dépistés Taux de cas d'ulcère Buruli traités et guéris
Cible 29 : D'ici 2015, au moins 90% des hôpitaux nationaux et régionaux offrent des prestations de qualité (selon le référentiel qualité)	% des hôpitaux nationaux/régionaux qui offrent des prestations de qualité

3.2 Les axes stratégiques d'interventions

Les stratégies globales du PNDS telles que définies ci-après sont des constantes retenues pour ce plan, qui traduisent la marche générique à suivre pour le développement du système de santé Gabonais. Ces stratégies globales s'adressent à l'ensemble des objectifs et interventions qui concourent à la réalisation de l'objectif général du PNDS. Cette marche à suivre constitue désormais le cadre d'orientation stratégique qui préside au développement du système de santé au Gabon. Ces stratégies visent avant tout le renforcement du système de santé

- **Renforcer la gouvernance du système de santé et le leadership du Ministère de la santé y compris la collaboration inter sectorielle**

La gouvernance du secteur de la santé est une fonction des pouvoirs publics qui doit guider et surveiller l'élaboration et la mise en œuvre des actions sanitaires. La gouvernance couvre également la formulation de la politique nationale et des plans de développement sanitaires ainsi que les politiques et plans spécifiques. Il s'agit donc pour le Ministère de la Santé de se doter d'un cadre institutionnel et d'une réglementation adaptée lui permettant de jouer son rôle d'orientation, de régulateur, de superviseur et de coordonnateur de la santé dans le pays.

Au delà de la réforme du cadre institutionnel du Ministère, il s'agit également de s'attaquer à la réforme hospitalière et celle du secteur pharmaceutique. Ces réformes sont aujourd'hui indispensables pour permettre à ces secteurs, piliers de l'offre de soins, de jouer pleinement leur rôle en les dotant d'instrument juridique adapté à leurs missions de services publics et qui tiennent compte de la nécessaire performance qu'exige les populations.

La régulation du secteur nécessite la formulation d'une réglementation forte et le renforcement des organes de régulation du Ministère capable de faire appliquer sur le terrain les normes et standards édictés par le Ministère. Dans ce cadre la réorganisation du secteur privé de santé constitue une priorité.

Le renforcement de la coordination et de la collaboration inter sectorielle est d'autant plus nécessaire au Gabon que trois secteurs de santé font partie du système et contribuent pour la prestation de soins de santé. La complémentarité entre ces trois secteurs dans le sens d'une prestation intégrée, est importante pour assurer une plus grande disponibilité de services et une équité dans l'accès aux soins de santé.

La médecine traditionnelle est aujourd'hui pratiquée et surtout utilisée par de milliers de personnes sur l'ensemble du territoire nationale. Il est de la responsabilité du Ministère de définir un cadre d'exercice et d'intégration dans le système de santé.

Interventions

1. *Actualiser le cadre institutionnel du Ministère en charge de la Santé ;*
2. *Actualiser la politique nationale de santé ;*
3. *Elaborer le plan national de développement sanitaire ;*
4. *Mettre en place la réforme du secteur pharmaceutique ;*
5. *Réformer (réorganiser) le secteur privé de santé ;*
6. *Mettre en place la réforme hospitalière ;*
7. *Rendre fonctionnel les organes (structures) de régulation du secteur de la santé (contrôle, inspections, ordres professionnels) ;*
8. *Elaborer et adopter un code de la santé publique au Gabon ;*
9. *Organiser la médecine traditionnelle et la pharmacopée locale ;*
10. *Mettre en place le cadre institutionnel de coordination du secteur de la santé.*

- **Assurer les prestations de services de santé de qualité et accessibles aux populations;**

Cette stratégie sera développée fondamentalement à travers des interventions visant l'élévation du niveau technique et de la capacité de réponse de toutes les formations et services de santé, pour rendre opérationnels les départements et les régions sanitaires.

La définition des normes et standards ainsi que des schémas thérapeutiques standardisés doit contribuer à harmoniser l'offre de soins et permettre à chaque structure de soins en fonction de son niveau dans la pyramide sanitaire de jouer son rôle de référence et contre référence. L'élaboration des paquets minimums d'activités et des paquets complémentaires de soins de chaque structure de soins doit orienter le type de plateau technique et le type de ressource humaine pour chaque structure pour une offre de soins optimale.

L'extension et l'amélioration de la qualité de l'offre de soins passe par la réhabilitation, la mise à niveau des infrastructures ou la construction au besoin de nouveaux établissements sanitaires notamment au premier niveau de la pyramide sanitaire. La poursuite du développement des pôles d'excellence au niveau national permettra de renforcer considérablement l'offre de soins de référence. Il s'agit de lutter efficacement contre l'inaccessibilité géographique aux soins.

La réhabilitation des plateaux techniques des structures de soins notamment du premier et du troisième niveau de la pyramide de soins contribuera à améliorer la qualité des soins. Ces investissements doivent s'accompagner d'une politique de formation à l'utilisation de ces équipements mais surtout de maintenance de ces derniers.

Ces stratégies de renforcement doivent s'accompagner d'une politique de formation et de gestion de ressources humaines optimale.

L'amélioration de la qualité de l'accueil et de la qualité des soins s'impose. Ça exigera des interventions pour pourvoir une gamme élargie de techniciens et spécialistes.

Le département sanitaire, unité opérationnelle du système de santé, lieu d'intégration des activités par excellence, sera renforcé afin de lui permettre d'offrir des soins de qualité répondant aux besoins sanitaires des populations. La mise en place des équipes cadres de santé dans chaque département et région sanitaire ainsi que des comités de santé permettra une meilleure prise en compte des besoins des populations.

Le département sanitaire et la région doivent assurer une supervision constante des structures de soins des 1^{er} et 2^{ème} niveau de la pyramide sanitaire. Il s'agit de veiller à l'application des normes de qualité et d'assurer le système référence et contre référence des malades nécessitant.

Les interventions

Augmenter l'offre de soins de qualité (des prestations sanitaires essentielles) d'au moins 50% à chaque niveau de la pyramide sanitaire

1. *Définir les normes, STS, PMA, PCA (paquets essentiels de services)*
2. *Garantir le continuum de soins en mettant en place les mécanismes (en créant des passerelles) entre les différents secteurs de santé*
3. *Rendre opérationnel au moins 90% des régions et départements sanitaires*
4. *Rendre fonctionnel au moins 90% des formations sanitaires du 1^{er} niveau de la pyramide sanitaire)*
5. *Mettre aux normes le plateau technique d'au moins 75% des structures de soins*
6. *Mettre aux normes SONUB ou SONUC au moins 80% des maternités*
7. *Mettre en place des structures de maintenance dans 75% des formations sanitaires*
8. *Mettre en place un programme d'assurance qualité dans au moins 80% des structures de soins y compris la SR ;*
9. *Réhabiliter au moins 50% des formations sanitaires du 1^{er} niveau de la pyramide sanitaire*
10. *Mettre en œuvre la PCIME dans au moins 90% des formations sanitaires*

11. *Mettre en œuvre l'ACD dans 100% des départements sanitaires*
12. *Mettre en œuvre le DOTS dans 100% des départements sanitaires*
13. *Mettre en œuvre la PECADOM dans 50% des départements sanitaires*
14. *Etendre la prise en charge des PVVIH dans 100% des départements sanitaires y compris le marketing social du préservatif*
15. *Institutionnaliser les services de santé au niveau communautaire*

- **Rendre disponible les médicaments et dispositifs médicaux essentiels de qualité ainsi que les vaccins, les produits sanguins et les services d'aide au diagnostic ;**

Les médicaments et dispositifs médicaux essentiels y compris les vaccins, la sécurité transfusionnelle et les services d'aide au diagnostic jouent un rôle majeur dans l'offre de soins de qualité. Leur absence ou leur dysfonctionnement compromettent gravement la qualité des soins offerts aux populations.

La réforme du secteur pharmaceutique notamment du système d'approvisionnement en médicaments essentiels, l'augmentation des ressources qui y sont consacrés et la poursuite de l'implantation des pharmacies régionales doivent permettre d'améliorer la disponibilité permanente des médicaments dans les formations sanitaires. La mise en place et l'extension en cours de la CNAMGS devrait contribuer à l'atteinte de cet objectif. L'accès à des médicaments de bonne qualité à un coût abordable permettra de lutter efficacement contre les médicaments de la rue.

Dans un contexte de forte mortalité maternelle due notamment aux hémorragies de la délivrance, d'endémie palustre marqué par des anémies fréquentes chez les enfants et d'épidémie généralisée de VIH, la sécurité transfusionnelle constitue une exigence prioritaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le développement des centres régionaux de transfusion sanguine doublé à la formation des ressources humaines devraient contribuer à améliorer la disponibilité du sang sécurisé dans les centres hospitaliers régionaux et les centres médicaux.

L'imagerie médicale et le laboratoire sont aujourd'hui des maillons faibles de l'offre de soins. L'offre dans ces deux domaines est insuffisante notamment au premier niveau de la pyramide de santé. Les dotations importantes mais mal adaptées du projet ICUATRO n'ont pas permis d'améliorer l'offre dans ce domaine malgré une forte demande. La dotation en équipements, la formation du personnel et l'approvisionnement régulier en réactifs et films doivent constituer les axes principaux d'interventions.

Depuis quelques années le pays est en indépendance vaccinale et des dotations suffisantes sont fournies pour l'approvisionnement régulier en vaccins. Depuis 2010, le pays a introduit le vaccin anti-haemophilus dans le calendrier vaccinal passant ainsi au PENTAVALENT. L'introduction prochaine du vaccin contre le Pneumocoque impliquera plus de ressources et un renforcement conséquent de la chaîne de froid. L'introduction des nouveaux vaccins entraîne une augmentation considérable des volumes d'où la nécessité d'augmenter les capacités de stockage et de conservation au niveau central mais également au niveau régional et départemental.

La gestion des déchets biomédicaux constitue un véritable défi pour l'ensemble des structures de soins. Il n'existe que très peu d'incinérateurs fonctionnels et à l'intérieur des services cette gestion n'est pas organisée depuis le tri, la collecte, le transport et la destruction. Seuls les techniques d'enfouissement ouvert ou fermé semblent être utilisés. Dans certaines structures cela est confié aux sociétés de gestion des déchets ménagers et déversés aux décharges publiques avec les risques sanitaires et environnementaux. La dotation des formations sanitaires du niveau national mais également du niveau régional et départemental d'incinérateur et d'un programme de gestion des déchets biomédicaux permettra de résoudre cette problématique.

Les interventions

1. Assurer un approvisionnement régulier en médicaments essentiels et dispositifs médicaux de qualité, en quantité suffisante et à moindre coût à tous les niveaux de la pyramide sanitaire y compris les ARV, les anti tuberculeux, les MILDDE et les préservatifs ;
2. Promouvoir les médicaments traditionnels améliorés ;
3. Mettre en place des systèmes de pharmacovigilance et de contrôle qualité des médicaments ;
4. Promouvoir les pratiques optimales de prescription et éduquer les consommateurs à l'utilisation sûre et optimale des médicaments ;
5. Assurer la sécurité transfusionnelle dans 100% des structures de référence de la pyramide sanitaire;
6. Garantir la disponibilité des services d'imagerie médicale fonctionnel, fiable et accessible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
7. Renforcer les capacités des laboratoires des formations sanitaires de référence du 1^{er} et 2^{ème} niveau de la pyramide sanitaire ;
8. Assurer la disponibilité et la conservation des vaccins et consommables à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
9. Assurer la gestion des déchets biomédicaux dans l'ensemble des formations sanitaires du pays.

- **Développer les ressources humaines ;**

Les ressources humaines en santé forment le noyau de chaque système de santé, elles sont indispensables pour l'offre de soins. La réalisation des prestations de soins de qualité nécessite la présence de ressources humaines en santé suffisante, bien formés et disponibles sur l'ensemble du territoire national et équitablement reparti. Cela implique une bonne connaissance des besoins du système de santé en matière de ressources humaines pour la santé en fonction du profil épidémiologique. L'élaboration du plan permet donc de planifier et programmer les besoins du système de santé en matière de ressources humaines pour la santé afin de combler les insuffisances quantitative et qualitative observées.

L'évolution du profil épidémiologique et la relance des soins de santé primaires nécessitent une adaptation de la formation des personnels de santé aux besoins réels des populations. La révision des curricula de formation des personnels de santé est une exigence pour renforcer les compétences et améliorer la qualité des prestations. Cela implique une réforme de l'ENASS pour s'adapter aux nouvelles exigences du système de santé mais également une implication plus forte du Ministère dans les programmes de formation de la Faculté de Médecine, de l'ENA et de l'EPCA. La définition des profils de carrière ainsi que la formation continu ou en cours d'emploi doit être organisée pour favoriser une plus grande professionnalisation des personnels dans leur branche et éviter les nombreux changements de corps de métiers faute débouché dans la branche d'origine.

La répartition équitable des personnels de santé dans toutes les régions sanitaires est un défi du système de santé. La répartition inégale des ressources humaines affecte les performances du système de santé notamment dans les départements et villages reculés. L'amélioration des conditions de travail du personnel (dotation en blouses et petits équipements) et de vie et donc de motivation pour faciliter leur fidélisation, leur déploiement à l'intérieur du pays et la qualité des soins.

Les interventions

1. *Elaborer un plan de développement des ressources humaines d'ici 2015*
2. *Améliorer le système de gestion et d'administration des ressources humaines en santé (pour faciliter le recrutement, l'utilisation, l'affectation notamment à l'intérieur du pays) y compris au niveau communautaire ;*

3. *Réformer (la politique de formation de base et continue des personnels de santé) l'Ecole Nationale d'Action Sanitaire et Sociale d'ici 2015 ; (renforcer les capacités des institutions de formations)*
4. *La redéfinition des curricula de formation des professions médicales, pharmaceutiques, odonto-stomatologiques, paramédicales et administratives.*

- **Développer des mécanismes de financement de la santé et de protection sociale fiables et durables.**

La viabilité financière du système de santé est fondamentale pour son développement et ceci plus encore dans une économie où la croissance n'évolue pas assez vite. Malgré des dépenses de santé importantes en terme de dépenses per capita, les sommes consacrés aux interventions demeurent très faibles et instables. Les circuits de dépenses son très peu connus. L'absence de comptes nationaux de la santé ne permet pas de cibler les gros postes de dépenses du système de santé. L'élaboration des CNS permettra d'avoir une visibilité sur la destination finale des ressources financières du système de santé et d'en connaître les sources primaires et secondaires notamment leur importance. Cet outil permettra une meilleure allocation ou réallocation des ressources vers les postes de dépenses prioritaires notamment envers les interventions de promotion et de prévention de la santé et le premier niveau de la pyramide sanitaire. L'enjeu étant de parvenir à une augmentation substantielle des budgets allouer à ces interventions.

L'élaboration, en relation avec le Ministère de l'Economie et celui des Finances, d'un cadre de dépenses à moyen terme permettra de disposer d'un instrument de programmation des ressources financières. Il s'agit d'un élément indispensable pour le secteur de la santé dans le cadre de la fiabilité des engagements de l'Etat et des autres partenaires du système de santé.

L'extension de la couverture du risque maladie notamment envers les fonctionnaires et les employés du secteur privé est une urgence. Il s'agit là d'une source de financement importante du secteur de la santé. La mise en place de cette assurance maladie doit s'accompagner de plusieurs instruments juridiques dont l'adoption d'une nomenclature des actes médicaux et paramédicaux ainsi que la valeur des lettres clés.

Le développement des politiques de contractualisation et les contrats de performances doivent permettre d'engager la responsabilité des acteurs sur la nécessaire production des résultats en rapport avec les ressources obtenues. Il s'agit d'un critère de motivation et de responsabilisation pour amener les acteurs de la santé vers plus de performance.

La faiblesse des capacités de gestion des ressources financières au niveau des formations sanitaires a été soulevée. Il s'agit de mettre en place des outils modernes de management des formations sanitaires et de transparence dans la gestion des ressources financières. L'intensification des contrôles et audits par l'inspection générale des services devrait contribuer à améliorer la gestion financière des hôpitaux.

Les interventions

1. *Elaborer en relation avec le Ministère des Finances un Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT) ;*
2. *Elaborer tous les deux ans (Institutionnaliser) les comptes nationaux de la santé d'ici 2015 ;*
3. *Mettre en place une nomenclature des actes médicaux et paramédicaux nationale d'ici 2015 ;*
4. *Augmenter (triplé) les ressources budgétaires consacrées aux interventions de prévention et de promotion de la santé ;*
5. *Augmenter (doublé) les ressources budgétaires consacrées aux départements sanitaires (centres médicaux, centres de santé, dispensaires) ;*
6. *Renforcer les capacités de gestion financière (budgétisation, planification, comptabilité, audit et suivi-évaluation) des formations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;*

7. *Promouvoir et instituer la politique de contractualisation et les contrats de performances ;*
8. *Contribuer à l'extension de la couverture du risque maladie aux travailleurs des secteurs public et privé.*

- **Mettre en place un système national d'information sanitaire y compris de surveillance en santé publique opérationnel et performant et développer la recherche en santé, notamment la recherche opérationnelle ;**

Les dysfonctionnements du système national d'information sanitaire et l'absence d'enquête en population ne permettent pas de disposer de données fiables sur l'état de santé des populations et sur le suivi de l'efficacité des politiques et programmes de santé menés.

La mise en place d'un système d'information sanitaire performant est une urgence pour le système de santé. Les données actuelles sont majoritairement caduques ou partielles pour permettre d'orienter sur des bases factuelles les politiques et plans d'actions du secteur. Il s'agit d'un handicap majeur pour la prise de décision et donc une insuffisance majeure dans la gouvernance du secteur.

La performance du système d'information sanitaire passe par sa réorganisation. Trop de structures s'occupent de l'information sanitaire. Il s'agit de la direction de l'informatique et des statistiques, de l'institut d'épidémiologie et de lutte contre les endémies, de la cellule d'observation de la santé publique, du service de la carte sanitaire de la direction générale de la planification, des infrastructures et des équipements et des différents programmes de santé. Il y a urgence à créer un organe unique de gestion de l'information sanitaire avec des sous-modules liés aux autres aspects tel que les ressources humaines, les infrastructures, les équipements...)

Le système de surveillance épidémiologique souffre des mêmes dysfonctionnements y compris sa capacité de riposte face aux risques épidémiques malgré quelques efforts enregistrés dans ce domaine. La mise en place d'un observatoire de la santé publique, en plus des institutions en charge de cette surveillance, devrait permettre de mieux encadrer la surveillance et la riposte aux épidémies.

Il est urgent aujourd'hui de disposer d'une nouvelle enquête démographique et de santé dix ans après la première pour situer le pays par rapport aux cibles des OMD mais également sur l'ensemble des autres indicateurs de santé. L'élaboration d'un annuaire statistique fiable avec un taux de complétude maximale doit permettre de renseigner sur les performances internes du système de santé.

La recherche en santé doit intégrer le nouveau cadre institutionnel du Ministère de la santé pour donner une impulsion nouvelle à ce domaine. La disponibilité des bases factuelles est essentielle pour le système de santé pour documenter les succès ou les échecs des nombreuses interventions de santé. Il s'agit donc pour le Ministère de disposer d'un organe interne d'orientation de la recherche en santé par l'adoption d'une politique de recherche et d'un agenda national et de coordination de l'ensemble des instituts et autres organes qui effectuent de la recherche en santé. C'est l'occasion de développer les stratégies de mobilisation de ressources en faveur de la recherche nationale en santé.

Les interventions

1. *Réorganiser et accroître les performances du SNIS*
2. *Elaborer un annuaire statistique nationale tous les deux ans*
3. *Réviser la carte sanitaire tous les deux ans*
4. *Contribuer à la réalisation d'enquête nationale type EDS ou MICS*
5. *Renforcer la surveillance épidémiologique*
6. *Mettre en place un observatoire de santé publique ;*
7. *Elaborer un agenda national sur trois ans de la recherche opérationnelle en santé*
8. *Développer des mécanismes de financement de la recherche opérationnelle*

Responsabiliser les populations bénéficiaires ainsi que les principaux acteurs du système de santé

La responsabilisation des populations Gabonaises en vue d'une plus grande participation de celles-ci à la résolution des problèmes sanitaires qui les affectent est un choix stratégique majeur. En effet, il ne peut se développer durablement un système de santé sans pleine participation individuelle ou collective des bénéficiaires. Cette responsabilisation s'étend aux professionnels du secteur et autres acteurs clés du dispositif sanitaire.

Les autorités sanitaires Gabonaises entendent créer les conditions de cette responsabilisation et de cette participation tout renforçant le rôle régalien de l'Etat dans le domaine de santé.

Pour mener à bien les interventions de promotion de la santé dans le contexte gabonais, les approches responsabilisant les communautés à travers les groupements de jeunes, les groupements de femmes, les communautés de quartiers et de village, etc. seront privilégiées. La situation de l'urbanisation et de l'habitat dans les villes et villages, l'état des formations sanitaires, des écoles, devrait amener à l'adoption des approches de lieu comme celles de villes santé, villages en santé, la promotion de la santé à l'école, hôpitaux promoteurs de la santé, etc. Des approches par problème de santé et non une approche par service ou programme de santé seront fortement privilégiées du fait des imbrications socioculturelles très importante et autres déterminants dans la prévalence de maladies et d'épidémies.

La promotion de la santé encourage fortement l'utilisation combinée des différentes méthodes en usage dans le domaine telles que l'IEC, l'éducation pour la santé (EPS), la communication pour le changement de comportement (CCC), la mobilisation sociale, le plaidoyer, etc., le tout sur fond d'empowerment et donc de participation des populations concernées. L'usage des méthodes dans le cadre des interventions de promotion de la santé devra se baser sur les déterminants des problèmes en cause ainsi que le contexte particulier où a lieu ces interventions.

Afin de mieux apprécier l'utilisation de ces différentes stratégies, approches et méthodes, il sera mis en place un mécanisme de contrôle, suivi et évaluation.

Interventions

- 1. Augmenter (de 50%) le taux d'utilisation des services de santé*
- 2. Promouvoir la conscience sanitaire et encourager l'adoption des modes de vie plus sains*
- 3. Fournir les lignes directrices sur le renforcement de la participation communautaire*
- 4. Fournir un appui technique aux structures à base communautaires (formation, encadrement, supervision, fourniture d'outils et matériels)*
- 5. Etendre la promotion de la santé*
- 6. Renforcer les activités de prévention et de lutte contre les maladies*

Chapitre 4: Besoins en ressource pour mettre en œuvre le PNDS

4.1. Ressources humaines

La mise en œuvre du PNDS nécessite d'importantes ressources pour atteindre les différents objectifs retenus. Dans le cadre des ressources humaines le PNDS requiert 1150 professionnels de santé en formation initiale et près de 13 250 en formation continue.

Il s'agit de former ou recruter 150 médecins généralistes, 350 médecins spécialistes, 100 sages femmes, 100 infirmiers accoucheurs, 200 techniciens supérieurs dans toutes les branches et 200 adjoints techniques. Il faut noter également la formation de pharmaciens et chirurgiens dentistes.

La formation continue par le biais des séminaires de formation ou différents recyclages concernera près de 13 250 professionnels de la santé exerçant dans les régions et départements sanitaires. Tous les domaines seront concernés depuis la mère, l'enfant en passant par le VIH, le paludisme, la tuberculose, la THA, les cancers, la santé mentale, etc...

4.2. Infrastructure physique

Le PNDS compte doter le système de santé de nombreuses infrastructures. Au niveau national, il est prévu la construction de 860 bureaux pour combler l'immense déficit dans ce sens au Ministère de la santé. Il faut noter la construction de l'agence du médicament, du centre de pharmacovigilance et du centre anti-poison. Au niveau régional dans la gouvernance on enregistre le projet de construction de 10 directions régionales de santé.

Au niveau de l'offre de soins, au troisième niveau de la pyramide de soins, on compte la construction d'un centre hospitalier universitaire et l'institut de cancérologie d'Angondjé, la reconstruction du centre hospitalier de Libreville, la construction d'une centrale d'achat de médicament, de l'Institut National de Formation d'Action Sanitaire et Sociale (INFASS), la réhabilitation et l'extension du laboratoire national, de l'institut d'hygiène publique et d'assainissement, de l'hôpital de Nkembo et du centre des malades mentaux.

Au niveau régional et départemental, le PNDS prévoit la construction de deux centres hospitaliers régionaux, 11 centres médicaux, 10 centres de santé, 12 SMI, 9 centres de santé mentale, 10 bases d'épidémiologie et d'hygiène, 84 dispensaires et 8 centres régionaux de transfusion sanguine.

Il faut noter que 5 centres hospitaliers régionaux, 18 centres médicaux, 20 centres de santé et 246 dispensaires seront réhabilités.

4.3. Matériels et fournitures

Sur le plan matériel, le PNDS envisage l'informatisation de l'ensemble des services du Ministère de la Santé depuis les services départementaux, régionaux et le niveau central. Cela représente l'achat de 1058 ordinateurs et 605 imprimantes auxquels il faut rajouter le matériel de reprographie et les vidéos projecteurs.

Concernant les moyens roulants, le PNDS a mis l'accent sur la supervision que chaque niveau de la pyramide sanitaire doit effectuer. Aussi, il est prévu la dotation des services départementaux, régionaux et centraux de 118 voitures de services, 159 voitures de supervision et 10 ambulances.

La clé de répartition des véhicules est de deux véhicules par direction centrale du Ministère (un véhicule de fonction et un de service), trois véhicules de supervision par direction régionale de santé et deux véhicules de supervision par département sanitaire.

4.4. Ressources financières et gestion

Le besoin en financement du PNDS est évalué à 369 milliards de francs CFA environ sur 5 ans soit 212 milliards en investissement et 156 milliards en fonctionnement. Cela représente un besoin de financement annuel de 73,8 milliards de francs CFA. Ce montant équivaut à 147,6 millions de dollars par an.

Le besoin en financement annuel du PNDS per capita représentera environ 49 200 francs CFA soit environ 100 dollars par personne par an.

L'Etat, y compris les collectivités locales est le principal agent de financement du PNDS. La caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale devrait assurer des financements

importants dans le cadre de ce plan notamment dans les objectifs liés à la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Le Fonds mondial dans les objectifs liés à la lutte contre le VIH/SIDA et le paludisme apportera une contribution substantielle. Les agences du système des Nations Unies notamment l’OMS, l’UNICEF et l’UNFPA contribueront dans le cadre de l’UNDAF mais également de leur plan d’action. Le projet AFD permettra également la mise en œuvre du PNDS dans les volets mère –enfant et dans le VIH. La société civile et le secteur privé notamment pétrolier constitue des sources potentielles de financement du PNDS.

4.5. Communication / Information

Le déficit important en information sanitaire de l’ensemble du système de santé a été identifié comme un goulot d’étranglement majeur. Le PNDS propose en plus d’une réorganisation de l’ensemble du dispositif du système national d’information sanitaire, une dynamisation de l’ensemble du système d’information.

Sur le plan de la communication un accent important a été mis pour l’accès Internet de tous les services du Ministère de la santé y compris régionaux et départementaux. Les hôpitaux nationaux et régionaux doivent être mis en réseau. Le développement de l’intranet constitue une priorité pour le département de la santé.

La communication à l’endroit des populations a été développée. La quasi-totalité des programmes ont prévus des campagnes d’information et de sensibilisation des populations sur les différents problèmes de santé identifiés.

Chapitre 5: Plan financier

L'estimation du coût des interventions du PNDS a été faite sur la base de l'analyse des coûts directs. La méthode d'analyse des coûts Activity Based Costing (ABC) a également été utilisée.

L'évaluation des coûts des différentes interventions du PNDS n'a pas pris en compte les salaires ou la part des salaires des agents affectés aux différentes interventions prévues. De même les différentes charges communes que sont l'électricité, l'eau, le téléphone n'ont pas été comptabilisées. L'amortissement linéaire des infrastructures et des équipements n'a pas été ni calculé, ni pris en compte.

Sur le plan économique, l'évaluation des coûts n'a pas pris en compte les variations du taux d'inflation du pays. En considérant le taux de l'année d'adoption du PNDS, les ajustements pourront être effectués en fonction de la variation de ce taux dans le pays si nécessaire.

Dans le cadre du calcul des coûts une grille standardisée des prix a été arrêtée concernant la majorité des éléments de calcul des coûts à chaque fois que cela a été possible. Le logiciel Microsoft project a été utilisé pour le calcul des coûts du PNDS.

Pour établir les besoins en financement du PNDS, l'estimation du coût des interventions a été déduite des financements actuels projetés sur 5 ans. L'hypothèse retenue étant une stabilisation à leur montant actuel des dotations budgétaires.

Ainsi le budget prévisionnel du PNDS sur 5 ans s'établit à 403 milliards de francs CFA environ, soit 232 milliards en investissement ce qui représente 58% du budget et 172 milliards en fonctionnement soit 42%. Il s'agit d'un besoin de financement annuel moyen de l'ordre 80, 6 milliards de francs CFA. Soit en moyenne 46, 4 milliards de francs CFA par an en investissement et 34,2 milliards de francs CFA en moyenne par an pour le fonctionnement.

Pour le budget d'investissement, si l'hypothèse des montants actuels est retenue, les besoins en ressources du PNDS seront largement couverts par le budget de l'Etat et les financements extérieurs en cours notamment le projet AFD dans son volet construction et réhabilitation. En effet, le budget d'investissement du Ministère de la Santé pour l'année 2010 représente environ 68 milliards de francs CFA.

Concernant le budget de fonctionnement, les 34,2 milliards constituent un coût marginal hors salaires. L'Etat doit augmenter de 34,2 milliards de francs CFA en moyenne le budget de fonctionnement hors salaire du Ministère de la Santé. Il s'agit d'une augmentation de près de 100% du budget de fonctionnement. Ce dernier était de l'ordre de 71 milliards de francs CFA en 2010 y compris les salaires et de 30 milliards hors salaires. L'augmentation de ce budget est consécutive aux coûts récurrents engendrés par les nouvelles constructions mais également par la prise en compte réelle des coûts de prise en charge des maladies cibles et les besoins en médicament des structures publiques.

Cette hypothèse n'est valable que si l'Etat doit supporter l'ensemble des coûts. Or d'une part la caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale va supporter un certain nombre de coûts liés à la prise en charge des malades, d'autre part les partenaires au développement notamment, l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, le projet de l'Agence Française de Développement et le partenariat avec le secteur privé national prendront en charge plusieurs autres coûts de fonctionnement.

Les coûts supportés par la CNAMGS et les partenaires au développement dans le cadre de ce plan avoisineront les 10 milliards de francs CFA. Le gap de financement à la charge de l'Etat se situerait autour de 24, 2 milliards de francs CFA annuel.

BUDGET PAR OBJECTIFS ET AXES STRATEGIQUES DU PNDS

Chapitre 6: Cadre de la mise en œuvre

6.1. Cadre logique (buts, orientations stratégiques, objectifs, indicateurs vérifiables, cibles et moyens de vérification)

6.2. Les acteurs de mise en œuvre, leurs rôles et inter relations

On distingue trois principales parties prenantes dans la mise en œuvre du PNDS :

L'Etat et ses démembrements (services centraux, services déconcentrés de l'Etat) à qui incombe le rôle principal ;

Les partenaires au développement et privés auxquels on adjoint la société civile qui apportent un soutien aux actions de l'Etat;

Les détenteurs de droit regroupés au sein des familles et des communautés.

- **L'ETAT et ses démembrements**

Le Gouvernement (Le Ministère de la Santé et les Ministères partenaires (Finances, Economie, Education nationale, Agriculture, Eau, Intérieur, Environnement...)) C'est l'instance suprême de mise en œuvre du PNDS à travers le Ministère de la Santé avec l'appui des autres départements de la santé. Il en assurera la coordination, le suivi et l'évaluation. Il mobilisera les ressources humaines, financières et matérielles pour la mise en œuvre du Plan. Il mobilisera les partenaires au développement pour un appui technique et financier au PNDS. Il développera des stratégies de mobilisations de ressources en faveur du PNDS pour combler les GAP de financement de l'Etat.

La CNAMGS, principal outil de financement de la santé dans les prochaines années, doit mobiliser les ressources pour favoriser l'accès aux soins des populations y compris au médicament. La CNAMGS est un partenaire stratégique du Ministère de la santé dans le cadre de l'axe stratégique lié à l'accès universel aux soins.

Les collectivités locales, en qualité d'entité décentralisée doit conformément à la loi mobiliser des ressources en faveur du secteur de la santé en même temps qu'elle doit aider à organiser les communautés dont elle est les représentants directs.

- **Les partenaires**

Les partenaires bilatéraux dont la France, la Chine, le Canada, l'Italie, l'Autriche, Cuba, l'Egypte, la Guinée Conakry, le Japon et d'autres fournissent un appui technique, matériel et financier aux formations sanitaires publiques.

Les partenaires multilatéraux notamment ceux du système des Nations Unies (OMS, UNICEF, FNUAP, ONUSIDA), le fonds Mondial, l'Union Européenne, la Banque Africaine de Développement et la Banque Mondiale apportent un appui multiforme (technique, matériel et financier) à la santé des populations dans leurs missions respectives.

Au plan technique, ils fournissent une expertise qui aide le pays à élaborer les politiques et les stratégies pour la lutte contre la maladie, appuient le renforcement des capacités, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation. Ils soutiennent aussi les efforts du pays dans la mobilisation des ressources comme pour l'éligibilité des composantes VIH/SIDA et paludisme au Fonds Mondial. Ils disposent d'un cadre de concertation commun avec l'Etat dénommé UNDAF en dehors de leurs plans spécifiques respectifs. Ils favorisent la mise en place de partenariats stratégiques avec d'autres acteurs du secteur privé.

Les partenaires au développement font aussi le plaidoyer auprès des décideurs pour faciliter l'affectation des ressources conséquentes au secteur de la santé.

Les partenaires privés. Ils apportent un appui financier de deux manières : d'une part le financement du fonctionnement des formations sanitaires à leurs charges qui accueillent leurs personnels et les populations résidant dans leur aire géographique d'intervention ; d'autre part en contribuant au financement des campagnes de santé publique telles que la campagne de grande envergure de 2007 (distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, vaccination

contre la rougeole, administration de vitamine A), Journées Nationales de Vaccination pour l'éradication de la poliomyélite. Ils apportent aussi leur financement dans des projets en partenariats stratégiques, ceci de façon ponctuelle ou lors de projets orientés vers des zones d'intervention clairement définies. C'est le cas de Total Gabon avec l'UNICEF dans les Communes de Libreville Owendo et à Port – Gentil, de la société SHELL et le PNUD pour la ville de GAMBA. D'autres opérateurs privés organisent également des activités de santé au bénéfice de leurs agents et de la population.

Le secteur privé de santé, est un acteur incontournable dans la mise en œuvre du PNDS. La mobilisation de secteur autour des objectifs et stratégies du plan permet une mise en œuvre étendue des activités et une prise en compte dans les indicateurs des données de ce secteur pour une meilleure appréciation de la situation sanitaire des populations.

La société civile. Quelques ONG œuvrent dans la sensibilisation pour la lutte contre le paludisme et le VIH, principaux problèmes de santé des populations. Leur nombre est en augmentation de même que la visibilité de leurs actions.

- **Les communautés et les familles.**

D'une manière générale, le rôle de la communauté dans la santé n'est pas formellement défini. De plus, les interventions effectuées par l'état, soit dans la prévention, soit dans la prise en charge n'ont presque pas de composante communautaire. La communauté n'est pas organisée pour adresser collectivement les questions de santé malgré l'engagement du pays sur les soins de santé primaires.

Les parents/familles

Les parents et les familles contribuent aux financements des soins de santé soit le billet du paiement direct ou sous forme de prépaiement (Tontine, mutuelle). Diverses associations communautaires et de quartier luttent contre l'insalubrité de manière ponctuelle.

Depuis quelques années, on note un recours de plus en plus important vers l'utilisation des médicaments de la rue lié à une pauvreté grandissante.

Association des malades

Il existe de nombreuses associations de malades notamment d'insuffisants rénaux et PVVIH dont le but, au-delà des conseils et échanges mutuels d'expériences est de promouvoir un meilleur accès aux soins de qualité.

Les accoucheuses traditionnelles et les tradipraticiens

Ils jouent un rôle important pour la frange de population qui a recours à eux en ce qui concerne les soins. En effet selon l'EGEP 2005, parmi les 13% à 15% des accouchements non assistés par un personnel formé, une partie non négligeable est certainement effectuée par les accoucheuses traditionnelles. La proportion de la population qui a recours aux tradithérapeutes se situe entre 5 % en milieu urbain et 6 % en milieu rural.

Chapitre 7: Suivi et Evaluation

7.1. Mécanisme de suivi et l'évaluation

Le plan national de développement sanitaire sera mis en œuvre à travers des plans opérationnels annuels à tous les niveaux de la pyramide de santé y compris les directions centrales du Ministère.

Les mécanismes de coordination seront basés sur les structures du Ministère de la Santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Au niveau national, il sera créé une Cellule de coordination et un comité de suivi.

La Cellule de coordination sera une structure légère rattachée au Cabinet du Ministre ou à la Direction Générale de la Planification, des Infrastructures et des Equipements. Elle sera constituée d'experts nationaux ayant des compétences dans les domaines de l'épidémiologie, de la planification, de l'administration des services de santé et de l'économie de la santé. Elle sera responsable de la coordination des activités relatives aux différents volets du PNDS et sera l'interlocuteur des bailleurs de fonds prenant part au financement du PNDS. Elle élaborera à la fin de chaque année un rapport de mobilisation des ressources en faveur du PNDS et un état de mise en œuvre des interventions.

Le comité de suivi sera une structure élargie aux Directeurs généraux et aux directeurs d'établissements sous tutelles sous la supervision du Secrétaire général. Il aura pour mandat d'assurer l'exécution correcte des différents volets du PNDS. Chaque direction générale est responsable de la gestion des domaines qui relèvent directement de ses compétences selon les textes organiques du Ministère de la Santé.

Au niveau régional, la coordination technique du PNDS sera assurée par le Directeur régional de la santé (DRS) avec l'équipe cadre de région sous l'autorité du Gouverneur de la région. Le DRS veillera à l'élaboration des plans opérationnels annuels tant au niveau de la Direction régionale qu'au niveau de l'hôpital régional et des départements sanitaires. Il assurera la coordination de leur mise en œuvre. Il élaborera un rapport trimestriel d'activité et le transmettra à la cellule de coordination du Ministère de la Santé via le Secrétariat général avec ampliations aux Directions générales.

Au niveau des départements sanitaires il sera mise en place l'équipe cadre de district. Cette équipe assurera la gestion du PNDS sous la responsabilité du médecin chef et sous l'autorité du préfet et la collaboration du maire et des présidents des Conseils départementaux. Chaque équipe cadre de département sanitaire élaborera un plan opérationnel annuel. Il élaborera un rapport trimestriel qui sera adressé au DRS.

Il sera organisé chaque année une réunion d'évaluation de la mise en œuvre du PNDS et de coordination des plans opérationnels de l'année suivante des régions sanitaires et des directions générales. Il sera également organisé une réunion annuelle de coordination de l'aide des bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux. Les plans opérationnels de l'année suivante doivent être élaborés au moins six mois avant la fin de l'année pour être soumis aux conférences budgétaires du Ministère des finances.

7.2 Indicateurs de suivi-évaluation

La mesure des succès obtenus est faite sur la base des indicateurs définis par niveau. Ainsi, les indicateurs de suivi et d'évaluation se composent d'indicateurs d'impact, de résultat voir de processus. Ces indicateurs sont définis par objectifs et domaine d'interventions poursuivis par le PNDS et inclus dans le cadre logique du présent PNDS.

7.3 Les mécanismes de suivi-évaluation

L'organisation du suivi se fera avec les acteurs de mise en œuvre à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Tous les plans opérationnels annuels doivent développer la composante suivi-évaluation. Certaines données nécessiteront une collecte régulière tandis que d'autres seront mensuelles, trimestrielles, semestrielles, annuelles ou pluriannuelles.

Les équipes cadres de départements et le médecin-chef tiendront des réunions mensuelles de suivi afin de faire le point sur l'état de mise en œuvre du plan opérationnel du département découlant du PNDS et les résultats atteints.

Au niveau régional, des réunions trimestrielles, regroupant l'ensemble des acteurs de mise en œuvre y compris du niveau départemental permettront de faire le point. Au cours de ces rencontres, toutes les parties prenantes seront amenés à :

- ✓ Apprécier l'état de la mise en œuvre du plan opérationnel des départements et de la région ;
- ✓ Faire des propositions/suggestions d'amélioration pour la suite des interventions ;
- ✓ Programmer les prochaines étapes en fonction des leçons apprises.

Au niveau central, les directions générales en relation avec le comité de suivi organiseront des réunions trimestrielles de suivi de la mise en œuvre du PNDS.

Le comité de suivi dressera un rapport semestriel de suivi sur la base des rapports trimestriels des régions et des directions générales du Ministère de la santé.

Ce dispositif sera complété par les revues annuelles, l'évaluation à mi-parcours et l'évaluation finale.

- **Les revues annuelles du PNDS**

Elles se feront au quatrième trimestre et coïncideront avec la réunion du suivi impliquant l'ensemble des acteurs de la mise en œuvre par niveau. Ces revues sont destinées à faire le point sur l'état de mise en œuvre des activités et procéder à la capitalisation des expériences et à l'élaboration et la finalisation des plans opérationnels de l'année suivante.

- **L'évaluation à mi-parcours**

L'évaluation à mi-parcours permettra de s'assurer de l'adéquation entre les objectifs spécifiques poursuivis et les résultats attendus. Elle permettra de mesurer le degré d'atteinte des objectifs de résultats à travers la mesure des différents indicateurs de résultats. Elle se fera en interne avec la contribution des compétences nationales et l'assistance des partenaires bi et multi latéraux. Une équipe d'évaluation sera désigné à cet effet.

Cette évaluation à mi-parcours permettra de:

- ✓ Faire le point sur l'état de mise en œuvre des activités du PNDS ;
- ✓ Apprécier l'efficacité et l'efficience des interventions ;
- ✓ Apprécier les stratégies de mise en œuvre ;
- ✓ Mettre en adéquation les intrants et les résultats à court et moyen terme du PNDS ;
- ✓ Identifier les points forts et les points faibles;
- ✓ Formuler des recommandations pour l'amélioration de la mise en œuvre du PNDS.

- **L'évaluation finale**

Elle interviendra à la fin de la mise en œuvre du plan stratégique et sera exécutée de préférence par des évaluateurs externes.

Elle est destinée à :

- ✓ Faire le point sur la mise en œuvre du PNDS ;
- ✓ Évaluer l'atteinte des objectifs d'impact ;
- ✓ Apprécier la pérennité et la durabilité des acquis ;
- ✓ Faire des propositions pour la pérennisation des acquis ;
- ✓ Formuler des recommandations pour l'élaboration du prochain PNDS.

Conclusion

Le présent Plan National de Développement Sanitaire se figure comme un instrument fondamental pour la mise en œuvre de la Politique National de Santé, en poursuivant son objectif global d'améliorer l'état de santé des populations Gabonaises, notamment celles des groupes les plus vulnérables y compris la priorité accordée à la femme et à l'enfant.

Bâti sur les huit programmes ou composantes prioritaires il est structuré sur les décisions politiques concernant la santé et sur la volonté de faire de la santé un facteur du développement. Le PNDS doit chapeauter toutes les interventions qui visent à réformer le système de santé, améliorer les réponses aux besoins des populations là où elles habitent, promouvoir l'intégration de la santé dans le développement national et coordonner les divers secteurs intervenants, soit le public militaire, soit le parapublique lié à l'assurance maladie, mais aussi le secteur privé émergent.

Les quatre objectifs généraux définis, ainsi que les différents objectifs spécifiques visés, découlent des problèmes identifiés dans l'analyse de la situation et ils traduisent les réponses préconisées pour faire face aux problèmes de santé de la population gabonaise et pour amorcer l'inversion positive des principaux indicateurs de santé du pays.

L'engagement des autres secteurs de l'État bien que de la société civile dans la programmation et la mise en œuvre des activités prévues et un élément essentiel pour le succès du PNDS.

Le PNDS s'érigera, certainement, dans un mécanisme de mobilisation de ressources additionnelles pour la santé, tout d'abord pour augmenter graduellement l'allocation financière de l'État à la santé, de réorienter l'assurance-maladie pour une meilleure prise en charge des coûts de la santé de ses assurés et de reformuler le système de recouvrement de coûts. Il sera également possible de laisser les communautés décider de certains éléments techniques de l'expérience, tel que les tarifs (en se basant cependant sur les tarifs minimum calculés préalablement), les exemptions, etc.

La prévision des coûts du PNDS est de ... répartie selon les sources de financement ...

L'attente globale est de, à la fin de la période d'exécution du PNDS, la population gabonaise puisse être en état de santé plus élevé et le Gabon puisse présenter de meilleurs indicateurs de santé.

ANNEXES

Axe stratégique : Renforcer la gouvernance du système de santé et le leadership du Ministère de la santé y compris la collaboration inter sectorielle

		Projet 1 : Renforcer les capacités institutionnelles						
		1	Actualiser le cadre institutionnel du Ministère de la Santé ;	Politique nationale de santé adoptée et validée ; Loi 12/95 portant orientation de la politique de santé révisée ; Organigramme du Ministère de la Santé révisé ; Loi portant Code de santé publique adoptée ; Décret portant organisation et fonctionnement des régions et départements sanitaires actualisés ; Décrets portant organisation et fonctionnement des programmes de lutte contre les maladies adoptés.				
		2	Mettre en place la réforme du secteur pharmaceutique ;	Loi déterminant les règles de fonctionnement du secteur pharmaceutique révisée ; Loi portant création et fonctionnement de l'ordre des pharmaciens adoptée ; Loi portant création de l'agence nationale du médicament et de l'alimentation adoptée ; Loi portant transformation de l'OPN en centrale d'achat. Décret portant création d'un centre national de pharmacovigilance ; Décret portant création d'un centre anti-poison ;				
		3	Adopter les textes d'application de la loi portant création d'un régime d'assurance-maladie au Gabon ;	Texte d'application de la loi portant création d'un régime d'assurance maladie adoptés.				
		5	Mettre en place la réforme hospitalière ;	Décret portant attribution, organisation et fonctionnement des hôpitaux adopté ; Décret portant classification des hôpitaux adopté ; Projets d'établissements des hôpitaux nationaux et régionaux adoptés ; Arrêté portant organisation de l'hygiène hospitalière ; Arrêté portant organisation de la gestion des déchets biomédicaux en République Gabonaise ; Référentiel qualité adopté.				
		6	Adopter le décret portant création, attributions et fonctionnement de l'Observatoire National de la Santé Publique ;	Adoption du texte organique de l'ONSP				

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
		7 Elaborer et adopter le décret portant fixation de la nomenclature et de la tarification des actes professionnels ;	Décret portant adoption de la nomenclature et de la tarification des actes professionnels adopté ; Texte d'application du décret portant fixation de la tarification des actes professionnels.				
		8 Réorganiser le secteur privé de santé ;	Décret fixant les normes et la classification des structures médico-sanitaires du secteur privé adopté ; Décret fixant les conditions d'exercice de la médecine ; Décret fixant les conditions d'ouverture et de fonctionnement des structures médico-sanitaires du secteur privé de la santé adopté ; Décret fixant les conditions d'ouverture et de fonctionnement des structures privées de formation dans les métiers de la santé réactualisé ;				
		9 Elaborer et adopter un code déontologie y compris de la médecine traditionnelle	Loi portant code déontologie adoptée.				
		10 Organiser la Médecine traditionnelle et la pharmacopée ;	Politique nationale de la médecine traditionnelle élaborée ; Plan stratégique pour la médecine traditionnelle adopté ; Décret portant création du conseil national de la médecine traditionnelle adopté ; Arrêté ministériel portant réglementation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle adopté ; Arrêté ministériel réglementant les conditions d'exercice de la médecine traditionnelle adopté ;				
		11 Mettre en place le cadre institutionnel de coordination du secteur de la santé ;	Décret portant création et organisation du conseil national de la santé publique adopté ;				
		12 Rendre fonctionnel les organes de régulation et de contrôle du secteur de la santé ;	Nombre d'Audits Expertises ponctuelles réalisés (Rapport d'expertise ponctuel) ; Nombre de missions de contrôle et d'inspections réalisé ; Textes formalisant l'évaluation du rendement adoptés ; Textes définissant les normes de services et procédures adoptés ; Nombre de service par structure de régulation disposant d'équipement informatique y compris les				

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
			services régionaux ; Nombre d'organes disposant de véhicules de service y compris les services régionaux				
		13 Optimiser le fonctionnement du Ministère de la santé.	Nombre d'études, analyses, ainsi que des séminaires et ateliers de formations, de consensus ou de validation des textes ciblés organisés ; Nombre de bureau du Ministère de la santé construit ou réhabilité ; Nombre de services centraux disposant d'au moins un véhicule de service ; Nombre de service disposant d'équipements informatiques (ordinateur complet et imprimante) ; Système de communication interne au Ministère y compris Internet et production d'un mensuel disponible ; Fonctionnement par objectif du Ministère opérationnel ;				

Axe stratégique : Mettre en place un système national d'information sanitaire y compris la surveillance en santé publique opérationnelle et performant ;

		Projet 1 : Réorganiser et accroître les performances du SNIS					
		La réorganisation du SNIS					
		1	Définir l'architecture du SNIS ;	Outils/logiciels de collecte de données actualisés et disponibles à tous les niveau de la pyramide sanitaire ; Le circuit de l'information sanitaire est défini ; Système de rétro information mis en place (diffusion) ; Système de contrôle et de validation des données définis ; Système de diffusion définis ;			
		2	Définir l'organigramme du SNIS	Rôle et missions des organes intervenants dans la collecte, le traitement et la diffusion de l'information sanitaire redéfinis ;			

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013	
		Amélioration des performances du SNIS						
		3	Mettre en place un SNIS opérationnel ;	<p>Nombre de gestionnaires de données formés/recyclés à la collecte et au traitement de l'information ;</p> <p>Nombre de services statistiques par régions, départements, hôpitaux disposant de matériels informatiques (ordinateur+imprimantes);</p> <p>Nombre de région/ département sanitaire avec accès Internet (haut débit)</p> <p>Taux de complétude ;</p> <p>Taux de promptitude ;</p> <p>Annuaire statistique et tableau de bord élaborés et diffusés ;</p> <p>Carte sanitaire élaboré et actualisé ;</p> <p>Nombres d'enquêtes de prévalence ou d'incidence réalisées ;</p> <p>Equipés les organes nationaux intervenants dans la collecte et le traitement de l'information sanitaire en équipements informatiques et d'accès Internet ;</p>				
		7	Amélioration logiciels de Gestion + Formation	<p>Logiciels de gestion améliorés</p> <p>Nombre de formations par région/département</p> <p>Nombre de personnels formés/Région/département</p>				
		8	Améliorer le Système National d'Information de Gestion des Ressources (SNIR) ;	<p>Base de données DGRHMG mise à jour</p> <p>Personnel redéployé</p>				
		Renforcer le système de surveillance en santé publique						
		15	Renforcer les capacités de l'IELE et de l'IHPA	<p>IELE, IHPA réhabilités et équipés en matériel informatique et d'interconnexion (y compris serveur et accès internet) ;</p> <p>Nombre de personnels qualifiés affectés à l'IELE ;</p> <p>IHPA</p>				
		16	Améliorer le Système National de Surveillance Epidémiologique, d'Alerte Rapide (SNES) et de riposte ;	<p>Nombre de personnels des bases d'épidémiologies et d'hygiène et d'assainissement et des départements formés à la surveillance ;</p> <p>Nombre de base d'épidémiologie et d'assainissement disposant d'un véhicule de supervision ;</p> <p>Complétude et promptitude du rapport hebdomadaire ;</p> <p>Nombre de départements sanitaires disposant de</p>				

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
			kits de riposte aux épidémies pré positionné ; Nombre de départements disposant d'équipement d'hygiène et d'assainissement ; Taux de détection des maladies sous surveillance ;				

Développement de la Recherche en Santé

Projet 1 : Développer la recherche opérationnelle au Gabon						
		Promouvoir la recherche opérationnelle dans les domaines clinique, épidémiologique, organisationnelle, sociale et traditionnelle				
	1	Financer des projets de recherche utiles pour la santé publique gabonaise	Projets de recherche financés			
	4	Mettre en place un plan directeur national sur la recherche opérationnelle au système de santé gabonais	Plan directeur élaboré et adopté			
	5	Mettre en place un organe de coordination sur la recherche opérationnelle	Organe de coordination opérationnel			
	6	Mise en place d'une politique nationale de recherche opérationnelle dans les domaines biomédicale, clinique, épidémiologique, organisationnelle, sociale et traditionnelle au système de santé Gabonais				
	7	Coordonner la recherche (biomédicale, clinique, épidémiologique, biostatistique, organisationnelle, sociale et traditionnelle) en lien avec les besoins de santé publique ;	Sous comités nationaux mis en place			
	8	Atelier sur le développement de la Recherche au Gabon	Atelier sur le développement de la recherche organisé			
	9	Promouvoir la formation à la recherche (biomédicale, clinique, épidémiologique, biostatistique, organisationnelle, sociale et traditionnelle) à la méthodologie de la recherche, et à l'anglais scientifique	Programmes de formation mis à jour			
	10	Favoriser l'accès à l'information scientifique biomédicale	Centres de documentation créés			
	11	Activer le comité national d'éthique et le doter d'un comité scientifique national de coordination pour la recherche (biomédicale) dans le domaine de la santé;	Comité national mis en place			

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
--	-------------	---------------	-------------	---------------	---------------	---------------	---------------

Axe stratégique : Développer les Ressources Humaines en santé

Projet 1 : Elaborer un plan de développement des ressources humaines							
La rationalisation de la gestion des ressources humaines PNDRH							
		1	Définir les normes en ressources humaines selon par niveau de soins/structures en fonction des PMA/PCA ;	Normes en ressources humaines par type de structure adopté ;			
		2	Elaborer, adopter et diffuser un document de description des postes de travail ;	Document disponible et adopté ;			
		3	Elaborer et mettre en oeuvre un Plan National de Développement de Ressources Humaines/PNDRH en tenant compte du nouveau cadre institutionnel ;	Plan national de développement de RH élaboré ; Nombre de personnel de santé formé/recruté par spécialité (
		4	Élaborer une cartographie actuelle du personnel de santé par répartition géographique et qualifications ;	Existence d'une cartographie du personnel de santé			
		5	Rédiger des référentiels métiers pour des familles d'emplois	Référentiels métiers pour des familles d'emplois élaborés et validés			
			Élaborer un plan de formation de base, spécialisé et continue en fonction des besoins de formation identifiées.	Programmes de formation actualisés, rédigés et validés			
			Créer une mutuelle générale du personnel de santé	Mutuelle du personnel créée ;			
			Redéfinir le plan de carrière des différents corps de métiers de la santé.	Décrets d'application des statuts particuliers des différents corps de métier			
			Formation continue (Centrale, Région, Département)	Nombre d'agents recyclés/Centrale/Région/Département			
			Formés/Recrutés les ressources humaines pour la santé	Nombre de Technicien de Labo formés, chirurgiens, gynécologues, anesthésistes, généralistes, pédiatres, psychiatres, radiologues, épidémiologistes, santé publique, dentistes, pharmaciens, DU en Gériatrie, kinésithérapeutes, Sage femmes, IDE, ATR, ATL, IA, formés/recrutés par département et par région ;			

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
--	-------------	---------------	-------------	---------------	---------------	---------------	---------------

		Projet 2 : Reforme la formation des personnels de santé (réforme de l'ENASS)					
		La redéfinition des curricula de formation des professions médicales, pharmaceutiques, odonto-stomatologiques et paramédicales					
	1	Elaborer les curricula de formation (médecin, sage-femme, biologiste, infirmier, Technicien anesthésiste...)	Curricula de formations élaborées				
	3	Formation des enseignants	Nombre de formations organisées Nombre d'enseignants formés				
		Construction Institut Supérieur de formation des personnels de santé et des affaires sociales	INFASS construite				
		Renforcer les capacités du personnel de santé désirant enseigner en matière pédagogique par le biais des stages, séminaires, ateliers et ou colloque	Capacités du personnel renforcées				
		Doter l'école en ressources humaines, matérielles et financières pour la mise en œuvre de la réforme	Nombre de personnel/Nombre de personnel cible Nombre de matériel/Nombre de matériel cible Budget alloué/ Budget estimé Budget alloué/Budget décaissé				
		Equiper l Institut Supérieur de formation des personnels de santé et des affaires sociales en matériel didactique et en mobilier	Institut Supérieur de formation des personnels de santé et des affaires sociales équipée				

Axe stratégique : Assurer les prestations de services de santé de qualité et accessibles aux populations;

		Projet :					
		Elaborer les algorithmes, les paquets minimums et complémentaires d'activités et les directives de prise en charge par niveau de soins					
	1	Définir des PMA des établissements de premier contact et des PCA des hôpitaux de recours (Réorganiser les services de soins de base dans les départements sanitaires (PMA/PCA)	PMA élaboré et disponible dans les formations sanitaires (PEC des maladies courantes et des maladies endémo épidémiques) PCA élaboré et disponible des les formations sanitaires ; Nombre de structures de soins ayant mise en œuvre les PMA/PCA ; Algorithme de PEC des principales pathologies y compris les accouchements et les complications obstétricales ;				

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
	2	Définir les normes des structures de soins par niveau de la pyramide sanitaire	Normes en infrastructures, en ressources humaines, en équipement élaborées par structure et niveau de soins ; Critères d'implantations des formations sanitaires définis ; Aires de santé définis.				
	3	Instituer le paquet minimum d'activités/PMA par niveau de soins (pour chaque type de formation sanitaire) ;	Nombre de personnes formées sur les PMA et les PCA ; Nombre de personnel formé au STS.				
Rendre fonctionnel les programmes et services nationaux de lutte contre la maladie							
		Renforcer les capacités des services nationaux et des programmes de lutte contre la maladie ;	Nombre de programmes de lutte contre la maladie disposant d'un texte organique ; Nombre de programmes et services nationaux disposant d'équipement informatique et de communication y compris l'accès Internet ; Nombre de programmes et services nationaux disposant de locaux suffisants ; (construits/réhabilité) ; Nombre de programmes et services nationaux disposant de véhicule de supervision fonctionnel ;				
		Les services nationaux et les programmes de lutte contre la maladie sont opérationnels ;	Nombre de services nationaux et programmes de santé disposant d'une politique sectorielle ; Nombre de programmes de santé et de services nationaux disposant d'un plan stratégique sectoriel ; Nombre de programmes et services nationaux disposant de directives de prise en charge ou d'algorithmes spécifiques (diffusion) ; Nombre d'ECS de régions formés sur les directives et les algorithmes ; Nombre de supervision des ECS organisés par trimestre ; Nombre de prestataires formés dans les différents domaines des programmes et services nationaux ;				
L'opérationnalisation des régions sanitaires							

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
		1 Renforcer l'équipe cadre de la région sanitaire	Nombre d'ECS constitué, formé et opérationnel ; Nombre de réunions par mois des ECS ;				
		3 Renforcer les capacités des Directions Régionales dans la planification, la programmation, la supervision et l'évaluation	Nombre de formations organisées ; Nombre de personnes formées ; Plan opérationnel de la région sanitaire disponible ;				
		4 Rendre les directions régionales de santé fonctionnelle ;	Nombre de DRS construit ou réhabilité ; Nombre de DRS disposant d'un véhicule de supervision ; Nombre de CHR construit/réhabilité (PM) ; Nombre de CHR équipé selon PCA (y compris imagerie médicale, laboratoire médicale, centre régionale de transfusion sanguine/Banque de sang) (PM) ; Nombre de CTA équipé et fonctionnel ; Nombre de régions sanitaires disposant d'une unité de prise en charge de santé mentale ; Nombre de pharmacie régionale construit/réhabilité et fonctionnel ; Nombre de base d'épidémiologie réhabilité et fonctionnel ; Nombre de service de la DRS disposant d'équipements informatiques, de communication y compris accès Internet ; Nombre de supervision des départements sanitaires organisée ; Nombre de formation au profit des ECS des départements sanitaires organisées ; Taux de complétude et de promptitude des rapports trimestriels ;				
		L'opérationnalisation des départements sanitaires					
		1 Opérationnaliser le Paquet minimum d'activités (PMA) des formations de base et la Paquet Complémentaire d'activités (PCA) des hôpitaux de première référence	Mise en œuvre des PMA dans les formations de base Mise en œuvre des PCA dans les hôpitaux de première référence				
		2 Donner aux formations sanitaires de base les moyens de mettre en œuvre les SSP(Formation, Motocyclettes, Médicament essentiel, Carburant),	Moyens alloués au SSP/Moyens estimés				

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
		Equipe cadre des départements sanitaires opérationnels	Arrêté portant création des ECS ; Nombre d'équipe cadre constitué, formé et opérationnel ; Nombre de plan opérationnel du département élaboré ; Nombre de supervision organisé au niveau des centres de santé et des départements sanitaires ;				
		Renforcer les prestations de services de santé des départements sanitaires	Nombre de CPNR4 réalisées y compris en stratégie avancée (MIILDE, TPI, PTME, VAT2+) ; Nombre d'enfants vaccinés en PENTA3 ; Nombre d'enfants ayant reçu la vitamine A et ayant été déparasité ; Nombre de sortie mensuelle en stratégie avancée/mobile y compris la mobilisation sociale ; Nombre de MIILDE distribué à la population du département ; Nombre de structure du département offrant des prestations de PCIME ; Nombre de campagne de sensibilisation sur les problèmes de mortalité maternelle et infantile ; Nombre d'enfants malnutris dépités ;				
			Nombre de structures sanitaires disposant de TDR ; Nombre de rupture de stock d'ACT dans les départements sanitaires ; Nombre de maternité équipé en SONUB/SONUC ; Nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié ; Nombre de césariennes (complications obstétricales PEC) ; Nombre de rupture de stock de médicaments ; Nombre de maternités disposant de kit d'accouchement ;				
Projet : Réhabiliter les structures de soins en les mettant aux normes préalablement définies par niveau et en relation avec la carte sanitaire							
La réhabilitation des infrastructures et équipements médico-hospitaliers							
		1 Renforcer l'offre de soins des formations sanitaires de troisième niveau de la pyramide sanitaire ;	Nombre de structure de troisième niveau construit ; (Nombre de lits d'hôpitaux par spécialité de 3 ^{ème} niveau construit) ; Nombre de structure de troisième niveau réhabilité y compris les structures de la CNSS, du CMM, de l'hôpital de NKEMBO, Gériatrie et le CHL ;				

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
			Nombre de structure de 3 ^{ème} niveau équipé ; Nombre de maternité de référence (ou lits d'accouchement) de 3 ^{ème} niveau construit et équipé en SONUC ; Nombre d'unité ou de lit de réanimation néonatale construit et équipé ;				
		2 Renforcer l'offre de soins des formations sanitaires de deuxième niveau de la pyramide sanitaire ;	Nombre de CHR construit/réhabilité et équipé ; Nombre de maternité de CHR équipé en SONUC ; Nombre de CHR disposant d'une unité de réanimation néonatale, de santé bucco dentaire ; Nombre de CHR disposant de lit de Gériatrie, santé mentale, ophtalmo et ORL ; Nombre de logements d'astreintes construits ou réhabilités ;				
		3 Rendre opérationnel les formations sanitaires du 1 ^{er} niveau de la pyramide sanitaire	Nombre de centres médicaux construits et équipés y compris en SONUC ; Nombres de centres de santé construits et équipés y compris SONUB ; Nombre de SMI/PMI construits et équipés ; Nombre de SMI/PMI réhabilités et équipés ; Nombre de dispensaires construits et équipés ; Nombre de maternités équipées en SONUB ; Nombre de lits de maternité ouverts ; Nombre de centres médicaux, centres de santé et dispensaires réhabilités.				
Projet :							
30% des adolescents et des femmes utilisent une méthode moderne de contraception							
		1 Elaborer/diffuser les directives en santé des adolescents sur les méthodes de contraception	Nombre de départements ayant reçu de directives nationales ;				
		2 Former le personnel de santé en planning familial (PF)	Nombre personnel de santé par département formé en PF ;				
		3 Mener des campagnes de sensibilisation des adolescentes et des femmes sur le PF	Nombre de causeries organisées dans les collèges et lycées par département ; Nombre de causerie organisé dans la communauté sur le PF ; Nombre d'adolescentes/femmes sensibilisés par				

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
--	-------------	---------------	-------------	---------------	---------------	---------------	---------------

			département ; Nombre d'affiches éditées sur la PF ;				
		90% des femmes enceintes effectuent au moins 4 consultations prénatales recentrées					
		1	Assurer la prise en charge financière/gratuité des consultations prénatales	Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de la gratuité de la CPNR ; Nombre de femmes enceintes prise en charge par la CNAMGS ;			
		2	Assurer la gratuité du bilan prénatal ;	Nombre d'examens prénataux réalisés gratuitement par département sanitaire/structures sanitaires ; Nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de bilan prénatales gratuit ;			
		3	Distribuer gratuitement les carnets de visite prénatale ;	Nombre de carnets visites prénatales distribuées ; Nombre de femmes enceintes ayant reçu de carnet de vaccination ;			
		4	Distribuer gratuitement le traitement préventif intermittent du paludisme aux femmes enceintes (PNLP)	Nombre de femmes enceintes par département ayant reçu le TPI2 lors de des CPNR ;			
		5	Offrir aux femmes enceintes les prestations de PTME (PLIST)	Nombre de femmes enceintes dépistées ayant récupéré leurs résultats ; Nombre de femmes enceintes séropositives bénéficiant d'une prophylaxie aux ARV ; Nombre de femmes enceintes séropositives électives au TAR bénéficiant du TAR ;			
		6	Vacciner les femmes enceintes en VAT2+	Taux de couverture vaccinale par département sanitaire en VAT2+ ;			
		7	Renforcer les capacités des sages femmes sur la CPNR	Nombre de sages femmes par départements formés/recyclés sur la CPNR ;			
		8	Sensibiliser les FAP/femmes enceintes sur les CPNR	Nombre de FAP/ femmes enceintes sensibilisés par départements ; Nombre de centre de consultations par départements disposant d'affiches sur les CPNR ;			
		90% des accouchements sont assistés par du personnel qualifié					
		1	Renforcer les capacités des personnels des maternités y compris sur le partogramme	Nombre de maternité par département sanitaire disposant d'au moins une sage femme ; Nombre de sage femme recyclé sur le partogramme			

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
			par maternité et par département ; Nombre de personnel de santé formé en SONUB/SONUC Nombre de matrones formés/recyclés par maternité et par département ; Nombre de CHR disposant d'un gynécologue ;				
		2 Former/recruter le personnel (PM DGRH/USS/INFASS)	Nombre de gynécologues obstétriciens formés et recrutés ; Nombre de sages femmes formés et recrutés ; Nombre d'infirmiers accoucheurs formés et recrutés				
		3 Equiper aux normes les maternités (PM DGPIE)	Nombre de maternité équipé en SONUB par département ; Nombre de maternité équipé en SONUC par région sanitaire ;				
		4 Doter les maternités de Kits d'accouchement	Nombre de maternités par département disposant de kits d'accouchement ; Nombre de maternité du département ayant connu une rupture de stock de kits d'accouchement ;				
		5 Assurer la prise en charge financière des accouchements dans les établissements sanitaires publics selon la catégorie sociale de la parturiente;	Nombre d'accouchement pris en charge par la CNAMGS ; Nombre de cas payés à l'acte/n'ayant pas bénéficié de prise en charge de la CNAMGS ;				
		6 Assure la gratuité du carnet de santé de la mère	Nombre de parturientes par département disposant d'un carnet de santé ;				
		Au moins 80% des complications de l'accouchement aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né sont prises en charge selon les protocoles nationaux					
		1 Elaborer et diffuser les protocoles nationaux sur la prise en charge des complications de l'accouchement y compris en santé néonatale (PM/SMI)	Nombre de maternités par département ayant reçu les directives nationales GATPA et santé néonatale ; Algorithmes sur les normes et procédures en situation d'urgence disponibles ;				
		2 Renforcer les capacités des personnels maternités sur la PEC des complications de l'accouchement	Nombre sages femmes formés sur la PEC des complications des accouchements ; Nombre de complications d'accouchement PEC selon les protocoles nationaux ;				
		3 Création de réseaux (référence du nouveau né					
		4 Audits sur les décès maternels	Nombre d'audits de décès maternels réalisés par maternité et par département				

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
--	-------------	---------------	-------------	---------------	---------------	---------------	---------------

		Au moins 20% des femmes pratiquent l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois					
		1	Former des relais communautaires et les leaders d'opinions sur l'allaitement exclusif jusqu'à six mois ;				
		2	Former le personnel de santé sur l'allaitement exclusif jusqu'à six mois ;				
		3	Organiser des campagnes de sensibilisation des mères sur l'AME y compris la célébration de la semaine de l'allaitement maternel exclusif ;	Nombre de campagnes radio-télévisés organisées ; Nombre d'affiches produits et diffusées ; Nombre de causeries organisées dans les communautés ; Nombre de causeries organisés dans les formations sanitaires			
		4	Réglementer la commercialisation des substituts du lait maternel en République Gabonaise ;				
		Au moins 90% des enfants de moins d'un an sont vaccinés contre tous les antigènes du PEV					
		1	Assurer la disponibilité nationale, régionale et départementale des vaccins du PEV de routine (PM) ;	Nombre de centres ayant connus une rupture de stocks de vaccins du PEV Nombre de jours de rupture de stocks de vaccins			
		2	Equiper ou réhabiliter la chaîne de froid des centres vaccinateurs régionaux et départementaux (PM)	Nombre de centres de vaccination équipés en chaîne de froid dans la région et le département			
		3	Former le personnel de santé des régions et des départements en matière de PEV	Nombre de personnel formé dans la région et le département en matière de PEV			
		4	Sensibiliser les communautés	Nombre de campagnes de sensibilisation réalisées			
		5	Administrer de vaccins du PEV y compris de nouveaux vaccins, par l'intermédiaire de stratégie fixe, avancée et mobile	Taux de vaccination des enfants de moins de 1 ans dans les services fixes et itinérants			
		6	Fournir à tous les enfants des carnets de vaccination	Nombre d'enfant bénéficiant de carnet de vaccination			
		Au moins 95% des enfants malades bénéficient d'une prise en charge adéquate contre les principales pathologies (diarrhée, Infections respiratoires aiguës, infections urinaires, ...) ;					

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
		Elaborer et diffuser les algorithmes de PEC des pathologies de l'enfant (IRA, maladies diarrhéiques,...)					
		Insérer la PCIME dans les curricula des formations initiales des personnels de santé ;	Modules de formation sur la PCIME à l'ENASS et l'USS				
		Former les personnels de santé des régions et départements sanitaires sur la PCIME ;					
		Former les relais communautaires et les leaders d'opinion sur la PCIME et la prévention des principales maladies de l'enfant ;					
		Equiper les formations sanitaires des départements et régions en matériel de PCIME ;					
		Mener des campagnes de sensibilisation des communautés sur la PEC des maladies de l'enfant					
		Mettre en œuvre la PCIME dans les régions et départements sanitaires	Nombre de formations sanitaires équipées en matériel PCIME ; Nombre de personnels formés à la PCIME par région/département				
		Au moins 80% des cas de malnutrition chez les enfants bénéficient d'une prise en charge adéquate;					
		Elaborer et diffuser les algorithmes de PEC des cas de malnutritions au niveau des régions et départements sanitaires ;					
		Former/recycler les personnels de santé sur la prise en charge des cas de malnutrition					
		Former les relais communautaires sur le dépistage des malnutritions et le conseil nutritionnel					
		Doter les formations sanitaires des départements et des régions sanitaires des outils de démonstration nutritionnelle					
		Organiser des campagnes d'IEC					
		Prendre en charge les cas de malnutrition dans les départements et régions sanitaires.					

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
--	-------------	---------------	-------------	---------------	---------------	---------------	---------------

		Au moins 80% de la population dort sous MIILDE					
		1	Doter les régions et départements sanitaires de MIILDE (PM)				
		2	Former des relais communautaires sur l'utilisation des MIILDE et la PEC des cas de paludisme ;				
		2	Organiser des campagnes de sensibilisation des populations sur l'utilisation des MIILDE ;				
		3	Distribuer des MIILDE aux populations				
		4	Rendre fonctionnel des centres régionaux et départementaux d'imprégnation fonctionnels				
		Au moins 80% des cas de paludisme reçoivent un traitement correct dans les 24 heures					
		1	Elaborer et diffuser les algorithmes de PEC du paludisme				
		2	Former le personnel à la PEC des cas de paludismes				
		3	Former les relais communautaires à la PECADOM				
		4	Doter les formations sanitaires de TDR et d'ACT (PM/OPN)				
		5	Traiter tous les cas de paludisme (PM)				
		Au moins 80% des PVVIH ont accès aux services de prévention, de traitement et soins y compris les enfants					
			Elaborer et diffuser les algorithmes de PEC du VIH y compris la PTME et la prise en charge pédiatrique ;				

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
		3 Mener des campagnes d'information et sensibilisation de la population et auprès des groupes cibles ;	Nombre de campagnes de sensibilisation menées				
		Former et appuyer les ONG et les acteurs communautaires intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA					
		Former les professionnels de la santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire à la PEC du VIH/SIDA (approche PMA)					
		Intégrer/Étendre les activités de lutte contre le VIH dans les départements sanitaires					
		Rendre fonctionnel les CTAs (RH, consommables, médicaments, réactifs, suivi) ;					
		8 Prendre en charge les PVVIH y compris les enfants	Nombre de cas de PVVIH pris en charge				
		9 Assurer le traitement ARV des patients ;	Nombre de patients sous traitement ARV				
		1 Développer des activités intégrées de surveillance épidémiologique 2 (CDV et surveillance sentinelle).	Nombre de sites sentinelles fonctionnels				
		Atteindre un taux d'utilisation du condom d'au moins 85% dans les groupes à risques					
		15 Elaborer et diffuser les algorithmes de PEC des IST dans les régions et départements sanitaires					
		Former des agents de santé des départements et régions sanitaires dans l'approche et la PEC des infections sexuellement transmissibles ;					
		Fournir/rendre accessible ou disponible le condom dans les départements et régions sanitaires					
		Former les relais communautaires et les leaders d'opinions sur la prévention des IST ;					
		Mener les campagnes de sensibilisation auprès des communautés et des groupes cibles ;					

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
		Intégrer de activités de lutte et de prise en charge des IST dans les formations sanitaires ;					
		Mettre en place des activités de supervision et d'évaluation des services IST (PM) ;					
		Dépister au moins 70% des cas de tuberculose à microscopie positive et guérir au moins 85% d'entre eux					
		1 Elaborer et diffuser les algorithmes de PEC de la tuberculose au niveau des régions et départements sanitaires (PM/PNLT)					
		2 Former des agents de santé des régions et départements dans la lutte contre la tuberculose	Nombre d'agents de santé formés dans la lutte contre la tuberculose				
		Sensibiliser les communautés sur la tuberculose	Nombre de campagne de sensibilisation organisée				
		4 Equiper le laboratoire de référence nationale et des régions en matériel de dépistage de la TB					
		5 Traiter tous les cas de tuberculose					
		Dépister au moins 90% des cas de THA à parasitologie positive et traiter 100% des cas dépistés dans les foyers d'endémies					
		1 Sensibiliser les Populations des foyers actifs et à risque					
		Elaborer et diffuser les algorithmes de PEC de cas de THA (PM/PNLTHA)					
		2 Former le personnel de santé des départements hébergeant les foyers actifs et à risques sur le dépistage et le traitement de la THA ;					
		3 Doter les structures de prise en charge départementale, régionale et nationale de moyens de diagnostic et de traitement (OPN, PNLTHA)					
		4 Construire et Implanter les Pièges de mouche tsé-tsé					

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
--	-------------	---------------	-------------	---------------	---------------	---------------	---------------

		5	Effectuer le dépistage actif des cas				
		6	Traiter tous les cas de THA dépistés dans les départements sanitaires				
		Dépister au moins 90% des cas de Lèpre et traiter 100% de cas dépistés.					
		1	Mettre à la disposition de l'ensemble de la population une offre de soins conforme a ses besoins ;	Enquête de satisfaction			
		2	Favoriser l'intégration du programme de lutte contre la lèpre au niveau régional et départemental ;	Nombre de structures pratiquant la lutte intégrée			
		3	Explorer les cas dans les villages des quatre régions sanitaires	Nombre de missions d'exploration			
		4	Améliorer la prise en charge des urgences médicochirurgicales ;				
		5	Promouvoir la prévention de la lèpre auprès des populations ;	Nombre de séance d'IEC			
		6	Améliorer la disponibilité, l'accessibilité et l'usage rationnel de médicaments de qualité ;	Taux de rupture			
		7	Imprimer et multiplier des manuels de formation (guide de référence pour les agents)	Manuels reproduits et imprimés en quantité suffisante			
		8	Assurer la formation du personnel de santé et des relais communautaires (Ngounié, Nyanga, Ogooué Ivindo, Ogooué Lolo.)	Nombre de personnels formés			
		9	Investiguer les rumeurs et alertes	Rapport d'enquête disponible			
		10	Appuyer un réseau de laboratoire	réseau de laboratoire fonctionnel			
		11	Développer un réseau de site sentinelle	nombre de sites sentinelles			

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
		12 Distribuer du Mectizan dans tous les villages des foyers identifiés	Nombre de villages traités				
		13 Mener des activités de supervision et d'évaluation (PM)	Nombre de supervisions menées				
		Réduire d'au moins 50 % l'incidence des maladies émergentes (Chikungunya, Dengue, Ebola)					
		Le renforcement de la lutte contre EBOLA, Chikungunya, Dengue,					
		1 Former les personnels de santé des régions et départements sanitaires	Au moins 80% des personnels de santé formés à la lutte contre les fièvres hémorragiques virales(Ebola)				
		2 Rendre fonctionnelles les Bases d'épidémiologies (assurer la surveillance épidémiologique voir SNIS)	Nombre de comités fonctionnels				
		3 Sensibiliser les populations sur les fièvres hémorragiques virales(Ebola, Chikungunya, Dengue)	Au moins 80% des populations enquêtées sensibilisées aux fièvres hémorragiques virales(Ebola)				
		4 Superviser 2 fois/an tout le personnel formé (PM)	Nombre de supervisions effectuées				
		7 Acquérir et prépositionner les kits d'intervention dans tous les départements	nombre de départements disposant de kits d'intervention				
		8 Multiplier et diffuser les outils standardisés et les directives sur les fièvres hémorragiques virales(Ebola, Chikungunya, Dengue)	les outils standardisés et les directives sont disponibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire				
		Au moins 95% de personnes à risque ont accès aux services de prévention, traitement et soins adéquat pour l'hypertension Artérielle, le diabète, les cancers et la drépanocytose					
		Le renforcement de la sensibilisation et du dépistage précoce du cancer					
		1 Construire et équiper un Institut de cancérologie (PM) ;					
		2 Former le personnel de santé au dépistage des cancers ;	Nombre des personnels formés;				

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
		3	Elaborer de matériaux pour la sensibilisation (affiches, brochures et d'autres) sur le cancer ;	Nombre de matériaux pour la sensibilisation distribués 10 000 par cancer (col, sein, prostate, foie, généralités), traitement			
		4	Sensibiliser les populations pour un dépistage précoce ;	Nombre de campagnes de sensibilisation effectuées par an (1 par région sanitaire par an), Nombre de relais communautaires en matière de prévention de cancer (10 à raison de 1 par région sanitaire) ;			
		5	Prendre en charge les cas de cancer				
L'intégration de la prise en charge de la toxicomanie dans les activités de santé mentale. La réorganisation et intégration des activités de santé mentale.							
		1	Intégrer les consultations dans les Services de médecine	Nombre de consultant par mois			
		2	Créer des conditions dans les centres de psychiatrie pour traitement des toxicomanes	Nombre de toxicomanes pris en charge dans les centres			
		3	Organiser des campagnes de sensibilisation pour la prévention des toxicomanies et maladies mentales ;	Nombre de campagnes organisées			
		4	Former le personnel de santé des départements et régions sanitaire dans la PEC des maladies mentales ;	Nombre de personnel formé			
		5	Réaliser une enquête sur les consommations des substances psychoactives	Enquête réalisée			
		6	Développer l'activité de réinsertion des malades mentaux.	Création de centres de réinsertion			
		7	Assurer la prise en charge correcte des malades mentaux à tous niveaux du SNS ;	Nombre de services de prise en charge des malades mentaux sur l'étendue territoire			
Améliorer la prise en charge de la Drépanocytose							
		3	Lutte contre maladies non transmissibles				
		4	Mettre un système d'information, d'éducation et de sensibilisation sur la drépanocytose				

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
		1 Créer un Centre national de la drépanocytose.	Existence d'un centre national de la drépanocytose				
		2 Organiser la journée internationale de la lutte contre la drépanocytose.					
		Renforcement de la prise en charge des insuffisants rénaux					
		2 Equipement du Bâtiment (PM) et groupe électrogène					
		3 Extension du bâtiment (600 000x1000 m2) (PM)					
		4 Elargissement du réseau d'eau, d'électricité , téléphone					
		5 Acquisition des générateurs (4 par année)					
		6 Formation de dix (10) Infirmiers spécialisés en Hémodialyse (3 pour les 2 premières années et 2 pour Chaque année restante (PM)					
		7 Formation de cinq (5) médecins néphrologues, 2 pour la première année et un (1) chaque année restante (PM)					
		10 Equipement les chambres d'hospitalisation (lits, chevet potence)					
		Projet 3 : Améliorer la qualité des prestations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire					
		Améliorer la prise en charge des Urgences médicales à tous les niveaux de la pyramide sanitaire					
		1 Mettre en place un SAMU fonctionnel dans les dans les grandes agglomérations (LBV, POG) ;	Système téléphonique opérationnel au SAMU				
		11 Renforcer les capacités des personnels sur la prise en charge des urgences médicales ;	Nombre de séminaires de remise à niveau du personnel de santé				

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
--	-------------	---------------	-------------	---------------	---------------	---------------	---------------

		12 Ambulances	Nombre d'ambulance par région				
		16 Améliorer l'accessibilité au SAMU	Accessibilité au SAMU améliorée				
		18 Développer un SAMU dans les centres urbains principaux	Un SAMU opérationnel dans les centres urbains				
L'amélioration de la qualité de l'accueil, de la qualité des soins et de la satisfaction des utilisateurs							
		1 Former le personnel à l'accueil et au référentiel de qualité ;	Nombre de personnels formés à l'accueil et au référentiel de qualité				
		2 Enquêter de la satisfaction des usagers	Enquêtes réalisées et rapport d'enquête				
		3 Mettre en place un référentiel national de qualité ;	Référentiel national qualité élaboré				
		4 Audit sur la qualité de soins	Nombre d'audits réalisés				

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
--	-------------	---------------	-------------	---------------	---------------	---------------	---------------

Axe stratégique : Rendre disponible les médicaments et dispositifs médicaux essentiels de qualité ainsi que les vaccins, les produits sanguins et les services d'aide au diagnostic ;

		Projet 3 : Assurer la disponibilité permanente des médicaments dans toutes les formations sanitaires					
		L'approvisionnement régulier des établissements sanitaires en médicaments et consommables médicaux essentiels					
	1	Renforcer les capacités d'approvisionnement et de stockage de l'OPN	Nombre de pharmacies régionales construites et équipés ; Nombre de pharmacies régionales réhabilitées et équipés ; Nombre de pharmaciens recrutés ; Nombre de TS pharmacie formés ; Nombre de préparateurs en pharmacie recrutés ; Nombre de manutentionnaires recrutés ; Nombre de gardiens recrutés ;				
	2	Renforcer les capacités de financement de l'OPN et des formations sanitaires pour l'achat des médicaments	Budget d'achat de médicament de l'OPN augmenté de 50% ; Dotation budgétaire en médicament des formations sanitaires augmenté de 50% ;				
	3	Fournir les médicaments y compris les ARV, les anti-tuberculeux, traitement antiTHA, et les MIILDE aux formations sanitaires ;	Nombre de rupture de stock de médicaments ; Nombre de rupture de stock de MIILDE				
	4	Promouvoir les pratiques optimales de prescription et éduquer les consommateurs à l'utilisation sûre et optimale des médicaments ;	Liste de médicaments et dispositifs médicaux essentiels révisés disponibles ; Nombre de prescripteurs formés par niveau de soins ; Nombre de campagnes de sensibilisation menées sur les dangers de l'automédication et l'utilisation de médicaments illicites ;				
	5	Mettre en place un système de pharmacovigilance et de contrôle qualité des médicaments ;	Laboratoire de contrôle de médicaments fonctionnels				
	6	Promouvoir les médicaments traditionnels améliorés ;	Commission d'homologation des MTA fonctionnel ; Nombre de Tradithérapeutes formés à la production de MTA ; Nombre de MTA fabriqué et mis sur le marché ;				
		Assurer la disponibilité du sang sécurisé dans toutes les formations sanitaires					

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
		1 Assurer la sécurité transfusionnelle au niveau régional et départemental	Nombre de CRTS construits avec un équipement standard (congélateur à plasma) ; Nombre de banque de sang mise en service ; Nombre de dépôt de sang mise en service ; Nombre de TSBM formés à la transfusion sanguine ;				
		2 Assurer la disponibilité du sang sécurisé	Nombre de rupture de stock de réactifs essentiels dans les CTS ; Nombre de poche de sang sécurisé produite ; Nombre de nouveau donneur de sang recruté ; Nombre de campagne de sensibilisation au don du sang organisé				
		3 Renforcer les capacités du centre national de transfusion sanguine	Plan stratégique de sécurité transfusionnelle élaboré ; Nombre de contrôle qualité effectué ; Nombre de supervision au CRTS effectué ; Nombre d'équipe de CRTS formé ;				
Renforcer les capacités des laboratoires des formations sanitaires							
		1 Mettre en place des laboratoires fonctionnels dans les formations sanitaires du 1 ^{er} niveau de la pyramide sanitaire	Nombre de centres médicaux disposant d'un laboratoire fonctionnel ; Nombre de centres médicaux disposant d'un laboratoire avec un équipement standard selon le PMA ; Nombre de laboratoire de centre médical réhabilité ; Nombre de laboratoire de centre médical disposant d'un personnel formé ; Nombre de rupture de stock de réactifs dans les laboratoires ;				
		2 Améliorer les performances des laboratoires des formations sanitaires de 2 ^{ème} niveau	Nombre de laboratoire de 2 ^{ème} niveau disposant d'un équipement standard selon le PCA ; Nombre de laboratoire disposant d'une unité de contrôle qualité ; Nombre de rupture de stock de réactifs dans les laboratoires de 2 ^{ème} niveau ; Nombre de techniciens de laboratoire régionaux formés ;				
		3 Accroître les performances du laboratoire national	Laboratoire national réhabilité et équipé selon les normes internationales ; Programme de contrôle qualité élaboré et mise en place ;				

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
			Nombre de biologiste recruté ; Nombre de rupture de stock de réactifs ; Nombre de supervisions effectuées auprès des laboratoires des CHR ;				
		Garantir la disponibilité des services d'imagerie médicale fonctionnel, fiable et accessible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;					
		1 Mettre en place des services d'imagerie médicale dans les formations sanitaires du 1 ^{er} niveau de la pyramide sanitaire	Nombre de centres médicaux disposant d'un service de radiologie standard selon le PMA ; Nombre de service d'imagerie de centre médical disposant d'un personnel formé ; Nombre de rupture de stock de films dans les services d'imagerie médicale ;				
		2 Améliorer les performances des services d'imagerie des formations sanitaires de 2 ^{ème} niveau	Nombre de service d'imagerie de 2 ^{ème} niveau (CHR) disposant d'un équipement standard selon le PCA ; Nombre de rupture de stock de films dans les services d'imageries médicales de 2 ^{ème} niveau ; Nombre de techniciens supérieurs de radiologie formés ;				
		3 Accroître les performances du service d'imagerie des structures de troisième niveau	Programme de contrôle qualité élaboré et mise en place ; Nombre de scanners fonctionnels ; Nombre d'IRM fonctionnels Nombre de radiologues et TSR recrutés ; Nombre de rupture de stock de films ; Nombre de supervisions effectuées auprès des services d'imagerie médicale des CHR ;				
		Renforcer les capacités de maintenance des équipements biomédicaux					
		1 Définir une politique nationale de maintenance	Politique nationale de maintenance définie				
		2 Mettre en place un atelier central de maintenance fonctionnel	Atelier central réhabilité ; Mise en place des stocks des pièces détachées ;				
		3 Renforcer les capacités des personnels en maintenance	Nombre d'ingénieurs biomédicaux formés/recrutés ; Nombre de techniciens formés ;				

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
		4 Créer des services régionaux de maintenance dotés de moyens des logistiques:	Nombre de régions disposant d'un atelier équipé ; Nombre de régions disposant du matériel de maintenance ; Nombre de régions disposant d'une mallette de maintenance ;				
Assurer un approvisionnement régulier en vaccins et consommables ;							
		1 Approvisionner régulièrement les régions et départements sanitaire en vaccins et consommables	Nombre de rupture de stock de vaccins et consommables par antigène				
		2 Renforcer la chaîne de froid (les capacités de stockage)	Nombre de réfrigérateurs achetés ; Nombre de chambres froides construites ; Nombre glacières achetées ; Nombre de portes vaccins ; Nombre d'accumulateurs de froids achetés				
Assurer la gestion des déchets biomédicaux dans l'ensemble des formations sanitaires du pays ;							
		1 Mettre en place des structures de gestion des déchets biomédicaux dans les hôpitaux nationaux	Nombres de poubelles standard selon la classification internationale ; Nombre de conteneurs/boîtes de sécurité et sachets (NI) disponibles ; Nombre de lieux de stockage construits dans les hôpitaux ; Nombre banaliseurs installés et fonctionnels ; Nombre d'incinérateurs de dernière génération/r fonctionnels avec traitement de fumée ; Nombre de puits d'enfouissements construits dans les départements sanitaires				
		2 Renforcer les capacités des personnels des structures de soins à la gestion des DBM	Nombre d'hygiénistes formés/recrutés ; Nombre d'ingénieurs sanitaires formés/recrutés ; Nombre de personnels formés à la gestion des DBM ;				

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
--	-------------	---------------	-------------	---------------	---------------	---------------	---------------

Axe stratégique : Développer des mécanismes de financement de la santé et de protection sociale fiables et durables.

Projet 1 : Rendre pérenne le système de financement de la santé							
		le renforcement des outils de pilotage du financement national de la santé					
	1	Elaborer le cadre de dépense à moyen terme (CDMT) du secteur santé	Nombre de personnel formé à l'élaboration du CDMT ; CDMT élaboré, validé et diffusé ;				
	2	Elaborer les comptes nationaux de la santé (CNS)	Nombre de personnel formé à l'élaboration des CNS ; CNS élaboré, validé et diffusé tous les deux ans ;				
	3	Augmenter le budget général de la santé de 2% par an pour atteindre 15% du budget national en 2015	% du budget de la santé par rapport au budget de l'Etat				
	3	Augmenter les dotations budgétaires consacrées aux interventions de prévention et de promotion de la santé	% du budget du Ministère de la santé consacré aux interventions de prévention et de promotion ; Nombre de programmes de santé ayant bénéficié d'une augmentation du budget d'au moins 50%;				
	4	Augmenter les ressources budgétaires allouées aux départements sanitaires ;	% du budget du Ministère de la santé consacré aux départements sanitaires ; Nombre de centres médicaux ayant bénéficié d'une augmentation budgétaire d'au moins 50% ;				
	5	Renforcer les capacités de gestion financière à tous les niveaux de la pyramide sanitaire;	Nombre de personnel formé à la budgétisation par objectif ; Nombre de personnel formé à la gestion financière ; Nombre de rapports financiers élaborés par les structures ; Nombre d'audits réalisés ; Nombre de missions d'inspections réalisés ;				
		Mettre en place un système performant d'assurance maladie					
	6	Contribuer à l'extension de la couverture du risque maladie aux travailleurs du secteur public et privé ;					
	7	Intégrer le secteur privé dans les conventions avec l'organisme d'Assurance maladie ;					

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
		Elaborer un texte sur la clé de répartition et l'utilisation des ressources auto-générées ;					
		Elaborer une politique de contractualisation et d'incitation à la performance					
		1 Définir les étapes de mise en œuvre de l'assurance maladie dans les établissements sanitaires publics 1					

Axe stratégique : Développement des Partenariats (communautés, Développement intersectoriel, autres secteurs sanitaires, partenaires au Développement)

Projet 1 : Amener les communautés à prendre en charge leur état de santé						
		L'élaboration de la politique nationale de promotion et d'éducation pour la santé				
		1	Élaborer une politique nationale de promotion pour la santé	Elaboration des textes (loi, décret, politique ..)		
		4	Créer des radio communautaire ;	Nombre de radio communautaires par an		
		5	Créer un réseau de comités régionaux d'éducation pour la santé ;	Nombre de réseaux mis en place par an		
		6	Coordonner les actions de promotion sanitaires et l'éducation pour la santé	Nombre de supervisions		
		7	Stimuler les communautés dans la promotion de sa propre santé	Nombre de causeries mensuelles		
		8	Renforcer les capacités de personnels de santé et des communautés	Nombre de groupements associatifs de base Nombre de campagnes d'IEC		
		9	Développer la communication pour le changement de comportement	Enquête d'évaluation		
			Former des relais communautaires	Nombre de relais communautaires formés		

	S T R	INTERVENTIONS	INDICATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2011	ANNEE 2012	ANNEE 2013
		Appui à la mise en place des relais communautaires	Mise en place des relais communautaires sur le territoire				
		Le développement du partenariat					
		1 Accords Gabon - Cuba					
		2 Accord Egypte-Gabon					

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL
--	-------------	-----------	------------	------------

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL
--	-------------	-----------	------------	------------

Annexes:

BESOINS EN CONSTRUCTION DES INFRASTRUCTURES

	LIBREVILLE OWENDO	ESTUAIRE	HAUT OGOOUE	MOYEN OGOOUE	NGOUNIE	NYANGA	OGOUE IVINDO	OGOUE LOLO	OGOUE MARITIME	WOLEU NTEM	GABON
DRS	1	1	1	1		1				1	6
CHR					1				1*	1	7
CENTRES DE SANTE	1	2					2			5	10
CENTRE MEDICAL		1	3	1	2	1	2			1	11
DISPENSAIRES		3	10	1	7	28	7	14		14	84
DECHET BIOMEDICAL		6			1	5					12
CENTRE DE TRANSFUSIN SANGUINE		1	1	1	1	1	1	1	1	1	8
BASE D'EPIDEMIOLOGIE	1	1	1	1		1					5
BASE D'HYGIENE	1	1	1	1		1	1		1		7
MAINTENANCE						1					
SMI		1		1		1			1	1	5
PHARMACIE REGIONALE	0	1					1				
CTA		1	1		1						3
MORGUE		1									1
TOTAL	4	20	17	7	12	40	15	14	3	23	152

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL
--	-------------	-----------	------------	------------

BESOIN EN INFRASTRUCTURES (REHABILITATION)

	LIBREVILLE OWENDO	ESTUAIRE	HAUT OGOOUE	MOYEN OGOOUE	NGOUNIE	NYANGA	OGOOU I VINDO	OGOOU LOLO	OGOOU MARITIME	WOLEU NTEM	GABON
DRS					1		1				2
CHR		3*		2*			1*		1*		5
CENTRE DE SANTE	9	2	2		1	3	1			2	20
HOPITAL			2								
CENTRE MEDICAL		1	6		8	2			1		18
DISPENSAIRES		5	69	8	91	12	7	31	3	20	246
DECHET BIOMEDICAL											0
CENTRE DE TRANSFUSIN SANGUINE					1						1
BASE EPIDEMIOLOGIQUE					1				1		2
BASE D'HYGIENE					1						1
SMI	1				1	4	1				7
PHARMACIE REGIONALE				1	1					1	
CTA											0
MORGUE											0
TOTAL	10	11	79	9	107	21	10	31	6	23	302

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL
--	-------------	-----------	------------	------------

BESOINS EN MATERIELS ROULANT ET INFORMATIQUES

	LIBREVILLE OWENDO	ESTUAIRE	HAUT OGOOUE	MOYEN OGOOUE	NGOUNIE	NYANGA	OGOUE IVINDO	OGOUE LOLO	OGOUE MARITIME	WOLEU NTEM	GABON
VEHICULES		8			3			4	8	1	24
AMBULANCES	4	7			12		4	5	3	12	47
VEHUCULES 4X4	11	3			16	17	12	10		7	76
IMPRIMANTE	19			5	20	13		28			
ORDINATEUR COMPLET	19			5	38	13		31	17	5	
ACCES INTERNET	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
CANTER							1				
EMBARCATION											0
ORDINATEUR PORTABLE										2	
BUS TRANSPORT		2					2			2	
PHOTOCOPIEUR+VIDEO PROJECTEUR	14					4				7+8	18
TOTAL	67	20	0	10	89	47	19	78	28	29	165

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL
--	-------------	-----------	------------	------------

BESOIN EN RESSOURCES HUMAINES

	LIBREVILLE OWENDO	ESTUAIRE	HAUT OGOOUE	MOYEN OGOOUE	NGOUNIE	NYANGA	OGOUE IVINDO	OGOUE LOLO	OGOUE MARITIME	WOLEU NTEM	GABON
BESOINS											
MEDICAL	9	10	32	16	83	0	17	11	0	24	260
Médecin Généraliste		4	18		13		5	4		3	47
Médecin Santé Publique	4	3	3		3		1	1		1	16
Neurologue			1		1						2
Néphrologue	3		1								4
Chirurgien	2	1	4	2	9		1	4		3	26
Pédiatre			5	4	3		2	1		2	17
Interniste		1	1		1						3
Traumatologue		1			5		1			1	8
Gynécologue			3	2	3		2	1		2	13
Pharmacien			2	1	2		1			1	7
Dentiste				1							1
Ophtalmologue			1	1	6		1			4	13
ORL	3		1	1						2	7
Radiologue	3		1	1	2						7
Anesthésiste	3			1	2						6
Cardiologue	3		1	1	8		1			1	15
Endocrinologue			1		2						3
Infectiologue					2					2	4
Pneumologue					1						1
Réanimateur	1		1		5		1			2	10
Urologue	2		1		5						8
Urgentiste	3		4	1	5		1				14
Rhumatologue	3		1								4
BESOINS	55	52	266	13							386
PARAMEDICAL	67	22	164	102	346	0	148	11	0	109	969
IDE	50	6	93	50	60		25			15	299
IA		6	110	15	120		40			45	226
ATL			13	5	17		6			8	49
ATR			13	4	11		4				32
Sage Femme			16	4	22		15	3		15	75
ATGSHP			9	2	5		3				19

	S T R	ACTIVITES				INDCATEURS				COUT TOTAL		
ATS		2		10	2	12		4	3		4	37
ATPH				10	4	11		6			5	36
Assistant médical				2		5						7
TSS			2	2		4		4				12
Infirmier Accoucheur			8	15	4	8		6	3			44
Hygiéniste		2		2		8						12
ATD				2	1	4					1	8
Préparateur en Pharmacie				3		4						7
Prothésiste dentaire				1		5						6
TS Anesthésie				8	1	2		3			2	16
TS psychopathologie						3		1				4
TS Radiologie				8	3	11		4			1	27
TS Statistique				2	3	4						9
TS Dentiste				2		3						5
TS Ophtalmologie				2		9		2			2	15
TS ORL				2	1	9		2			1	15
Puéricultrice				5	3			5	2			15
TS Génie sanitaire				3		4		2			1	10
TS Laboratoire				12		4		10			4	30
AGS				5		6		6			5	22
BESOINS		5	16									21
BIOMEDICAL		4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Biologiste				1	1				1			3
Ingénieur biomédical		2										2
TS Telecomme		2										2
BESOINS		11	29									40
ADMINISTRATIF		9	0	20	6	33	0	13	11	0	5	97
ADS				10	3	18		8	10		5	54
SS				10	3	15		5	1			34
Informaticien		4		3		8					2	17
AS		5			1	3		2				11
BESOINS			54	37								91
AUTRES		0	0	41	21	121	0	42	2	0	21	248
MONP				37	20	110		38			20	225
Tech Maintenance						6		2			1	9
Nutritionniste				2				1				3
Psy Clinicien								1	1			2
Psychologue				2	1	5			1			9
TOTAL		89	32	257	145	583	0	220	35	0	159	1578

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL
--	-------------	-----------	------------	------------

		STR	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
--	--	-----	-----------	------------	------------	---------------	---------------	---------------

Budget par Intervention

Chapitres	Objectifs et Intervention	Budget PNDS	Total disponible	Budget à recherche	Budget Investissement PNDS	Budget Fonctionnement PNDS
	Plan National de Developpement Sanitaire	656 715 515 250 F CFA	159 058 152 200 F CFA	497 657 363 050 F CFA	313 376 825 000 F CFA	184 280 538 050 F CFA
1	Début	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2	Améliorer l'état de santé des populations notamment des plus démunies	656 715 515 250 F CFA	159 058 152 200 F CFA	497 657 363 050 F CFA	313 376 825 000 F CFA	184 280 538 050 F CFA
2.1	Réduire la mortalité maternelle de 519 décès pour 100 000 NV à 129 décès pour 100 000NV, d'ici 2015.	40 241 456 000 F CFA	82 270 000 F CFA	40 159 186 000 F CFA	0 F CFA	40 159 186 000 F CFA
2.1.1.	D'ici 2015, au moins 30% des femmes en âge de procréer utilisent une méthode moderne de contraception (PF) ;	247 250 000 F CFA	0 F CFA	247 250 000 F CFA	0 F CFA	247 250 000 F CFA
2.1.1.1.	Elaborer/diffuser les directives en santé des adolescents sur les méthodes de contraception	15 000 000 F CFA	0 F CFA	15 000 000 F CFA	0 F CFA	15 000 000 F CFA
2.1.1.2.	Former le personnel de santé en planning familial (PF)	123 250 000 F CFA	0 F CFA	123 250 000 F CFA	0 F CFA	123 250 000 F CFA
2.1.1.3.	Mener des campagnes de sensibilisation des adolescentes et des femmes sur le PF	109 000 000 F CFA	0 F CFA	109 000 000 F CFA	0 F CFA	109 000 000 F CFA
2.1.2.	D'ici 2015, 90% des femmes enceintes effectuent au moins 4 visites prénatales (CPNR complet) ;	12 383 370 000 F CFA	82 270 000 F CFA	12 301 100 000 F CFA	0 F CFA	12 301 100 000 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
2.1.2.1.		Assurer la prise en charge financière/gratuité des consultations prénatales		1 315 000 000 F CFA	0 F CFA	1 315 000 000 F CFA	1 315 000 000 F CFA
2.1.2.2.		Assurer la gratuité du bilan prénatal ;		10 520 000 000 F CFA	0 F CFA	10 520 000 000 F CFA	10 520 000 000 F CFA
2.1.2.3.		Distribuer gratuitement les carnets de visite prénatale ;		263 000 000 F CFA	0 F CFA	263 000 000 F CFA	263 000 000 F CFA
2.1.2.4.		Distribuer gratuitement le traitement préventif intermittent du paludisme aux femmes enceintes (TPI)		65 750 000 F CFA	65 750 000 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.1.2.5.		Vacciner les femmes enceintes en VAT2+		16 520 000 F CFA	16 520 000 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.1.2.6.		Renforcer les capacités des sages femmes sur la CPNR		98 600 000 F CFA	0 F CFA	98 600 000 F CFA	98 600 000 F CFA
2.1.2.7.		Sensibiliser les FAP/femmes enceintes sur les CPNR		104 500 000 F CFA	0 F CFA	104 500 000 F CFA	104 500 000 F CFA
2.1.3.		Atteindre un taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié d'au moins 90% d'ici 2015 ;		22 668 100 000 F CFA	0 F CFA	22 668 100 000 F CFA	22 668 100 000 F CFA
2.1.3.1.		Renforcer les capacités des personnels des maternités y compris sur le partogramme		98 600 000 F CFA	0 F CFA	98 600 000 F CFA	98 600 000 F CFA
2.1.3.2.		Former/recruter le personnel (PM DGRH/USS/INFASS)		0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.1.3.3.		Equiper aux normes SONUC et SONUB les maternités (PM DGPIE)		30 000 000 F CFA	0 F CFA	30 000 000 F CFA	30 000 000 F CFA
2.1.3.4		Doter les maternités de Kits d'accouchement et les		4 339 500 000 F CFA	0 F CFA	4 339 500 000 F CFA	4 339 500 000 F CFA

	STR	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
		médicaments essentiels (ocytocites et antibiotiques)					
2.1.3.5.		Assurer la prise en charge financière des accouchements dans les établissements sanitaires publics selon la catégorie sociale de la parturiente;	18 200 000 000 F CFA	0 F CFA	18 200 000 000 F CFA	0 F CFA	18 200 000 000 F CFA
2.1.4		D'ici 2015, au moins 80% des complications de l'accouchement aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né sont prises en charge selon les protocoles nationaux ;	4 942 736 000 F CFA	0 F CFA	4 942 736 000 F CFA	0 F CFA	4 942 736 000 F CFA
2.1.4.1		Elaborer et diffuser les protocoles nationaux sur la prise en charge des complications de l'accouchement y compris en santé néonatale (PM/SMI)	9 000 000 F CFA	0 F CFA	9 000 000 F CFA	0 F CFA	9 000 000 F CFA
2.1.4.2		Renforcer les capacités des personnels maternités sur la PEC des complications de l'accouchement	98 600 000 F CFA	0 F CFA	98 600 000 F CFA	0 F CFA	98 600 000 F CFA
2.1.4.3.		Prendre en charge les complications des accouchements	4 800 000 000 F CFA	0 F CFA	4 800 000 000 F CFA	0 F CFA	4 800 000 000 F CFA
2.1.4.4.		Création de réseaux (référence du nouveau né	5 000 000 F CFA	0 F CFA	5 000 000 F CFA	0 F CFA	5 000 000 F CFA
2.1.4.5.		Audits sur les décès maternels	30 136 000 F CFA	0 F CFA	30 136 000 F CFA	0 F CFA	30 136 000 F CFA
2.2.		Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 92 pour 1000 NV à 30 pour 1000 NV, d'ici 2015	18 144 087 750 F CFA	2 415 882 200 F CFA	15 728 205 550 F CFA	0 F CFA	15 728 205 550 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
2.2.1.		Atteindre une couverture vaccinale d'au moins 90% au niveau national et d'au moins 80% dans tous les départements pour tous les antigènes d'ici 2015;			1 478 625 000 F CFA	0 F CFA	1 478 625 000 F CFA
2..2.1.1.		Assurer la disponibilité nationale, régionale et départementale des vaccins du PEV de routine ;			0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.2.1.2.		Equiper ou réhabiliter la chaîne de froid des centres vaccinateurs régionaux et départementaux					
			375 250 000 F CFA	0 F CFA	375 250 000 F CFA	0 F CFA	375 250 000 F CFA
2.2.1.3.		Former le personnel de santé des régions et des départements en matière de PEV					
			25 500 000 F CFA	0 F CFA	25 500 000 F CFA	0 F CFA	25 500 000 F CFA
2.2.1.4.		Sensibiliser les communautés					
			57 500 000 F CFA	0 F CFA	57 500 000 F CFA	0 F CFA	57 500 000 F CFA
2.2.1.5.		Administrer de vaccins du PEV y compris de nouveaux vaccins, par l'intermédiaire de stratégie fixe, avancée et mobile					
			800 000 000 F CFA	0 F CFA	800 000 000 F CFA	0 F CFA	800 000 000 F CFA
2.2.1.6.		Fournir à tous les enfants de moins d'un an reçu dans les centres de vaccination des cartes de vaccination					
			220 375 000 F CFA	0 F CFA	220 375 000 F CFA	0 F CFA	220 375 000 F CFA
2.2.2.		D'ici 2015, au moins 20% des femmes pratiquent l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois ;					
			130 382 000 F CFA	0 F CFA	130 382 000 F CFA	0 F CFA	130 382 000 F CFA
2.2.2.1.		Former des relais communautaires et les leaders d'opinions sur l'allaitement maternel exclusif					
			33 540 000 F CFA	0 F CFA	33 540 000 F CFA	0 F CFA	33 540 000 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
		jusqu'à six mois ;					
2.2.2.2.		Former le personnel de santé sur l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois ;	52 867 000 F CFA	0 F CFA	52 867 000 F CFA	0 F CFA	52 867 000 F CFA
2.2.2.3.		Organiser des campagnes de sensibilisation des mères sur l'AME y compris la célébration de la semaine de l'allaitement maternel exclusif ;	33 390 000 F CFA	0 F CFA	33 390 000 F CFA	0 F CFA	33 390 000 F CFA
2.2.2.4		Réglementer la commercialisation des substituts du lait maternel en République Gabonaise ;	10 585 000 F CFA	0 F CFA	10 585 000 F CFA	0 F CFA	10 585 000 F CFA
2.2.3.		D'ici 2015, au moins 80% des cas de malnutrition chez les enfants bénéficient d'une prise en charge adéquate;	13 575 794 550 F CFA	0 F CFA	13 575 794 550 F CFA	0 F CFA	13 575 794 550 F CFA
2.2.3.1		Elaborer et diffuser les algorithmes de PEC des cas de malnutritions au niveau des régions et départements sanitaires ;	10 000 000 F CFA	0 F CFA	10 000 000 F CFA	0 F CFA	10 000 000 F CFA
2.2.3.2.		Former/recycler les personnels de santé sur la prise en charge des cas de malnutrition	65 194 550 F CFA	0 F CFA	65 194 550 F CFA	0 F CFA	65 194 550 F CFA
2.2.3.3.		Former les relais communautaires sur le dépistage des malnutritions et le conseil nutritionnel	12 900 000 F CFA	0 F CFA	12 900 000 F CFA	0 F CFA	12 900 000 F CFA

	STR	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
2.2.3.4.		Doter les formations sanitaires des départements et des régions sanitaires des outils de démonstration nutritionnelle					
			225 000 000 F CFA	0 F CFA	225 000 000 F CFA	0 F CFA	225 000 000 F CFA
2.2.3.5.		Organiser des campagnes d'IEC					
			32 700 000 F CFA	0 F CFA	32 700 000 F CFA	0 F CFA	32 700 000 F CFA
2.2.3.6.		Prendre en charge les cas de malnutrition dans les départements et régions sanitaires.					
			13 230 000 000 F CFA	0 F CFA	13 230 000 000 F CFA	0 F CFA	13 230 000 000 F CFA
2.2.4.		D'ici 2015 au moins 95% des enfants malades bénéficient d'une prise en charge adéquate contre les principales pathologies (diarrhée, Infections respiratoires aiguës, infections urinaires...);					
			543 404 000 F CFA	0 F CFA	543 404 000 F CFA	0 F CFA	543 404 000 F CFA
2.2.4.1		Elaborer les modules de formation sur la PCIME et diffuser auprès des institutions de formation					
			1 525 000 F CFA	0 F CFA	1 525 000 F CFA	0 F CFA	1 525 000 F CFA
2.2.4.2.		Insérer la PCIME dans les curricula des formations initiales des personnels de santé ;					
			1 500 000 F CFA	0 F CFA	1 500 000 F CFA	0 F CFA	1 500 000 F CFA
2.2.4.3.		Former les superviseurs et les personnels de santé des régions et départements sanitaires sur la PCIME ;					
			182 359 000 F CFA	0 F CFA	182 359 000 F CFA	0 F CFA	182 359 000 F CFA
2.2.4.4.		Former les relais communautaires et les leaders d'opinion sur la PCIME et la prévention des principales maladies de l'enfant ;					
			109 460 000 F CFA	0 F CFA	109 460 000 F CFA	0 F CFA	109 460 000 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
2.2.4.5.		Mener des campagnes de sensibilisation des communautés sur la PEC des maladies de l'enfant					
			248 560 000 F CFA	0 F CFA	248 560 000 F CFA	0 F CFA	248 560 000 F CFA
2.3.		Réduire d'au moins 50% l'incidence du VIH, d'ici 2015					
			36 634 131 000 F CFA	24 500 000 000 F CFA	12 134 131 000 F CFA	0 F CFA	12 134 131 000 F CFA
2.3.1.		Atteindre un taux d'utilisation du condom d'au moins 85% dans les groupes à risques.					
			9 504 990 000 F CFA	0 F CFA	9 504 990 000 F CFA	0 F CFA	9 504 990 000 F CFA
2.3.2.		Au moins 80% de PVVIH ont accès aux services de prévention, traitement et soins y compris les enfants d'ici 2015.					
			25 404 789 500 F CFA	24 500 000 000 F CFA	904 789 500 F CFA	0 F CFA	904 789 500 F CFA
2.3.3.		D'ici 2015, au moins 90% des femmes enceintes bénéficient des prestations PTME (PM)					
			1 724 351 500 F CFA	0 F CFA	1 724 351 500 F CFA	0 F CFA	1 724 351 500 F CFA
2.4.		Réduire d'au moins 50% la mortalité et la morbidité lié au paludisme d'ici 2015					
			8 362 610 000 F CFA	0 F CFA	8 362 610 000 F CFA	0 F CFA	8 362 610 000 F CFA
2.4.1.		D'ici 2015, au moins 80% des cas de paludisme déclarés reçoivent un traitement correct dans les 24 heures					
			1 179 310 000 F CFA	0 F CFA	1 179 310 000 F CFA	0 F CFA	1 179 310 000 F CFA
2.4.1.1.		Elaborer et diffuser les algorithmes de PEC du paludisme					
			20 000 000 F CFA	0 F CFA	20 000 000 F CFA	0 F CFA	20 000 000 F CFA
2.4.1.2.		Elaborer un plan multisectoriel de lutte contre le paludisme (soumission au fonds mondial)					
			30 000 000 F CFA	0 F CFA	30 000 000 F CFA	0 F CFA	30 000 000 F CFA
2.4.1.3.		Réaliser la revue du programme de lutte contre le paludisme					
			50 000 000 F CFA	0 F CFA	50 000 000 F CFA	0 F CFA	50 000 000 F CFA

	STR	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
2.4.1.4.		Former le personnel à la PEC des cas de paludismes					
			79 000 000 F CFA	0 F CFA	79 000 000 F CFA	0 F CFA	79 000 000 F CFA
2.4.1.5.		Former les relais communautaires à la PECADOM					
			50 310 000 F CFA	0 F CFA	50 310 000 F CFA	0 F CFA	50 310 000 F CFA
2.4.1.6.		Doter les formations sanitaires de TDR et d'ACT (PM/OPN)					
			950 000 000 F CFA	0 F CFA	950 000 000 F CFA	0 F CFA	950 000 000 F CFA
2.4.2.		Au moins 80% de la population dort sous MIILDE					
			7 183 300 000 F CFA	0 F CFA	7 183 300 000 F CFA	0 F CFA	7 183 300 000 F CFA
2.4.2.1.		Doter les régions et départements sanitaires de MIILDE					
			7 100 000 000 F CFA	0 F CFA	7 100 000 000 F CFA	0 F CFA	7 100 000 000 F CFA
2.4.2.2.		Organiser des campagnes de sensibilisation des populations sur l'utilisation des MIILDE ;					
			83 300 000 F CFA	0 F CFA	83 300 000 F CFA	0 F CFA	83 300 000 F CFA
2.4.2.3.		Distribuer des MIILDE aux populations					
			0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.4.3.		D'ici 2015, au moins 80% des femmes enceintes reçoivent le TPI (PM) ;					
			0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.4.3.1.		Sensibiliser les femmes enceintes sur la prévention du paludisme					
			0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.4.3.2.		Distribuer gratuitement la sulfadoxine pyriméthamine aux femmes enceintes					
			0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.5.		Réduire d'au moins 50% la mortalité et la morbidité lié à la tuberculose d'ici 2015					
			3 974 111 000 F CFA	300 000 000 F CFA	3 674 111 000 F CFA	0 F CFA	3 674 111 000 F CFA
2.5.1.		D'ici 2015, dépister au moins 70% des cas de tuberculose à microscopie positive et guérir au					
			3 974 111 000 F CFA	300 000 000 F CFA	3 674 111 000 F CFA	0 F CFA	3 674 111 000 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
		moins 85% d'entre eux.					
2.5.1.1.		Renforcer les capacités des personnels impliqués dans la lutte contre la tuberculose	39 500 000 F CFA	0 F CFA	39 500 000 F CFA	0 F CFA	39 500 000 F CFA
2.5.1.2.		Elaborer et produire les outils de gestion	18 000 000 F CFA	0 F CFA	18 000 000 F CFA	0 F CFA	18 000 000 F CFA
2.5.1.3		Sensibiliser les populations sur la tuberculose	23 800 000 F CFA	0 F CFA	23 800 000 F CFA	0 F CFA	23 800 000 F CFA
2.5.1.4.		Dépister et Traiter tous les cas de tuberculose	876 971 000 F CFA	0 F CFA	876 971 000 F CFA	0 F CFA	876 971 000 F CFA
2.5.1.5.		Dépister et traiter les cas TB MDR	2 883 840 000 F CFA	300 000 000 F CFA	2 583 840 000 F CFA	0 F CFA	2 583 840 000 F CFA
2.5.1.6.		Equiper et rendre fonctionnel les laboratoires pour la détection de la tuberculose	125 000 000 F CFA	0 F CFA	125 000 000 F CFA	0 F CFA	125 000 000 F CFA
2.5.1.7.		Superviser les ECS des régions sur la PEC de la tuberculose	7 000 000 F CFA	0 F CFA	7 000 000 F CFA	0 F CFA	7 000 000 F CFA
2.6.		Eliminer la trypanosomiase humaine africaine en tant que problème de santé publique et prendre en charge les maladies tropicales négligées	7 517 575 000 F CFA	7 020 000 000 F CFA	497 575 000 F CFA	0 F CFA	497 575 000 F CFA
2.6.1.		D'ici 2015 dépister au moins 90% des cas de THA à parasitologie positive et traiter 100% des cas dépistés dans tous les foyers d'endémies.	7 287 700 000 F CFA	7 020 000 000 F CFA	267 700 000 F CFA	0 F CFA	267 700 000 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
2.6.1.1		Former le responsable du laboratoire de référence et les personnels des régions et départements sanitaires des zones d'endémies					
			122 200 000 F CFA	0 F CFA	122 200 000 F CFA	0 F CFA	122 200 000 F CFA
2.6.1.2.		Equiper le laboratoire de référence national et les laboratoires des centres médicaux des zones d'endémies					
			48 000 000 F CFA	0 F CFA	48 000 000 F CFA	0 F CFA	48 000 000 F CFA
2.6.1.3.		Doter le PNLTHA d'équipements mobiles de dépistage actif					
			13 500 000 F CFA	0 F CFA	13 500 000 F CFA	0 F CFA	13 500 000 F CFA
2.6.1.4.		Sensibiliser les populations des zones d'endémies					
			20 000 000 F CFA	0 F CFA	20 000 000 F CFA	0 F CFA	20 000 000 F CFA
2.6.1.5.		Effectuer les dépistages actifs dans les 8 foyers d'endémies					
			64 000 000 F CFA	0 F CFA	64 000 000 F CFA	0 F CFA	64 000 000 F CFA
2.6.1.6.		Prendre en charge tous les cas de THA dépistés					
			7 020 000 000 F CFA	7 020 000 000 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.6.2.		D'ici 2015, réduire d'au moins 50% l'incidence de la lèpre avec invalidité de degré 2 pour 100 000 habitants.					
			92 250 000 F CFA	0 F CFA	92 250 000 F CFA	0 F CFA	92 250 000 F CFA
2.6.2.1.		Promouvoir le dépistage et le traitement précoce des malades					
			32 500 000 F CFA	0 F CFA	32 500 000 F CFA	0 F CFA	32 500 000 F CFA
2.6.2.2.		Assurer la disponibilité et la gratuité de la polychimiothérapie					
			10 000 000 F CFA	0 F CFA	10 000 000 F CFA	0 F CFA	10 000 000 F CFA
2.6.2.3.		Améliorer la prise en charge des urgences chirurgicales					
			9 000 000 F CFA	0 F CFA	9 000 000 F CFA	0 F CFA	9 000 000 F CFA
2.6.2.4.		Prévenir les invalidités imputables à la Lèpre auprès des malades sous					
			10 000 000 F CFA	0 F CFA	10 000 000 F CFA	0 F CFA	10 000 000 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
		PCT					
2.6.2.5.		Promouvoir les activités de réadaptation à base communautaire	30 750 000 F CFA	0 F CFA	30 750 000 F CFA	0 F CFA	30 750 000 F CFA
2.6.3.		Dépister au moins 90% des cas d'Ulcère de Buruli et traiter 100% des cas	137 625 000 F CFA	0 F CFA	137 625 000 F CFA	0 F CFA	137 625 000 F CFA
2.6.3.1.		Former le personnel à la prise en charge des cas d'ulcère de Buruli	20 000 000 F CFA	0 F CFA	20 000 000 F CFA	0 F CFA	20 000 000 F CFA
2.6.3.2.		Sensibiliser les populations des principales zones d'endémies sur l'ulcère de Buruli	13 800 000 F CFA	0 F CFA	13 800 000 F CFA	0 F CFA	13 800 000 F CFA
2.6.3.3.		Dépister les cas d'ulcère de Buruli	75 825 000 F CFA	0 F CFA	75 825 000 F CFA	0 F CFA	75 825 000 F CFA
2.6.3.4.		Prendre en charge les cas d'ulcère de Buruli	28 000 000 F CFA	0 F CFA	28 000 000 F CFA	0 F CFA	28 000 000 F CFA
2.7.		Réduire d'au moins 50 % l'incidence des maladies émergentes (Chikungunya, Dengue, Ebola)	1 910 000 000 F CFA	0 F CFA	1 910 000 000 F CFA	0 F CFA	1 910 000 000 F CFA
2.7.1.		Mener des campagnes de lutte contre les vecteurs des maladies	600 000 000 F CFA	0 F CFA	600 000 000 F CFA	0 F CFA	600 000 000 F CFA
2.7.2.		Sensibiliser les populations sur la PEC des maladies	110 000 000 F CFA	0 F CFA	110 000 000 F CFA	0 F CFA	110 000 000 F CFA
2.7.3.		Prendre en charge les cas	1 200 000 000 F CFA	0 F CFA	1 200 000 000 F CFA	0 F CFA	1 200 000 000 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
2.8.		Réduire d'au moins 25% la mortalité et la morbidité liées au diabète, à l'hypertension artérielle, à la drépanocytose, aux maladies mentales et aux cancers d'ici 2015					
			20 156 150 000 F CFA	0 F CFA	20 156 150 000 F CFA	2 300 000 000 F CFA	17 856 150 000 F CFA
2.8.1.		Réduire l'incidence des cancers au Gabon d'ici 2015	18 082 500 000 F CFA	0 F CFA	18 082 500 000 F CFA	500 000 000 F CFA	17 582 500 000 F CFA
2.8.1.1.		Organiser des campagnes de sensibilisation et d'information sur les cancers	59 500 000 F CFA	0 F CFA	59 500 000 F CFA	0 F CFA	59 500 000 F CFA
2.8.1.2.		Former les prestataires de santé au dépistage du cancer du col par la méthode IVA/IVL	17 500 000 F CFA	0 F CFA	17 500 000 F CFA	0 F CFA	17 500 000 F CFA
2.8.1.3.		Former les régistres	5 500 000 F CFA	0 F CFA	5 500 000 F CFA	0 F CFA	5 500 000 F CFA
2.8.1.4.		Organiser des campagnes de dépistage du cancer du col dans les capitales provinciales	250 000 000 F CFA	0 F CFA	250 000 000 F CFA	0 F CFA	250 000 000 F CFA
2.8.1.5.		Prendre en charge (anatomopathologie, médicaments, radiothérapie, médecine nucléaire et physique médicale) les cas de cancer (environ 550 cas par an y compris les rechutes)	17 250 000 000 F CFA	0 F CFA	17 250 000 000 F CFA	0 F CFA	17 250 000 000 F CFA
2.8.1.6.		Construire les services de curiethérapie, anatomie pathologie, physique médicale et médecine nucléaire	500 000 000 F CFA	0 F CFA	500 000 000 F CFA	500 000 000 F CFA	0 F CFA
2.8.2.		L'intégration de la prise en charge de la toxicomanie dans les activités	2 073 650 000 F CFA	0 F CFA	2 073 650 000 F CFA	1 800 000 000 F CFA	273 650 000 F CFA

	STR	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
		de santé mentale.					
2.8.2.1.		Intégrer les consultations dans les Services de médecine	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.8.2.2.		Créer des conditions dans les centres de psychiatrie pour traitement des toxicomanes (construire et équiper 9 centres de PEC de toxicomanies)	1 800 000 000 F CFA	0 F CFA	1 800 000 000 F CFA	1 800 000 000 F CFA	0 F CFA
2.8.2.3.		Organiser des campagnes de sensibilisation pour la prévention des toxicomanies et maladies mentales ;	98 600 000 F CFA	0 F CFA	98 600 000 F CFA	0 F CFA	98 600 000 F CFA
2.8.2.4.		Former le personnel de santé des départements et régions sanitaire dans la PEC des maladies mentales ;	85 050 000 F CFA	0 F CFA	85 050 000 F CFA	0 F CFA	85 050 000 F CFA
2.8.2.5.		Réaliser une enquête sur les consommations des substances psycho actives	27 000 000 F CFA	0 F CFA	27 000 000 F CFA	0 F CFA	27 000 000 F CFA
2.8.2.6.		Développer l'activité de réinsertion des malades mentaux.	63 000 000 F CFA	0 F CFA	63 000 000 F CFA	0 F CFA	63 000 000 F CFA
2.9.		Réduire d'au moins 30% la mortalité intra-hospitalière d'ici 2015 ;	4 046 700 500 F CFA	0 F CFA	4 046 700 500 F CFA	0 F CFA	4 046 700 500 F CFA
2.9.1.1.		D'ici 2015, au moins 90% des hôpitaux nationaux et régionaux offrent des prestations de qualité (selon le référentiel qualité)	417 520 500 F CFA	0 F CFA	417 520 500 F CFA	0 F CFA	417 520 500 F CFA

	STR	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
		Elaborer le referentiel qualité	13 960 500 F CFA	0 F CFA	13 960 500 F CFA	0 F CFA	13 960 500 F CFA
2.9.1.2.		Former le personnel à l'accueil et au référentiel de qualité ;	288 710 000 F CFA	0 F CFA	288 710 000 F CFA	0 F CFA	288 710 000 F CFA
2.9.1.3.		Réaliser une enquête de satisfaction des usagers	41 925 000 F CFA	0 F CFA	41 925 000 F CFA	0 F CFA	41 925 000 F CFA
2.9.1.4.		Mettre en place le système documentaire d'assurance qualité ;	11 950 000 F CFA	0 F CFA	11 950 000 F CFA	0 F CFA	11 950 000 F CFA
2.9.1.5.		Audit sur la qualité de soins et production du rapport	60 975 000 F CFA	0 F CFA	60 975 000 F CFA	0 F CFA	60 975 000 F CFA
2.9.2.		Améliorer l'hygiène hospitalière dans toutes les formations sanitaires du pays	3 074 180 000 F CFA	0 F CFA	3 074 180 000 F CFA	0 F CFA	3 074 180 000 F CFA
2.9.2.1.		Mettre en place dans chaque structure hospitalière nationale un comité de lutte contre les infections nosocomiales	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.9.2.2.		Mettre en place des coordinations régionales de lutte contre les infections nosocomiales	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.9.2.3		Sensibiliser le personnel des hôpitaux sur l'hygiène hospitalière	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.9.2.4.		Former des referant en hygiène dans les différents services des hôpitaux	99 180 000 F CFA	0 F CFA	99 180 000 F CFA	0 F CFA	99 180 000 F CFA
2.9.2.5		Approvisionner les services en produits adaptés pour le bionettoyage	2 125 000 000 F CFA	0 F CFA	2 125 000 000 F CFA	0 F CFA	2 125 000 000 F CFA
2.9.2.6		Fournir les équipements (distributeurs d'essuie mains,	850 000 000 F CFA	0 F CFA	850 000 000 F CFA	0 F CFA	850 000 000 F CFA

	STR	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
		savon liquide, chariots...) aux formations sanitaires					
2.9.3.		Améliorer la prise en charge des Urgences médicales à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	555 000 000 F CFA	0 F CFA	555 000 000 F CFA	0 F CFA	555 000 000 F CFA
2.9.3.1.		Mettre en place un SAMU fonctionnel dans les grandes agglomérations (LBV, POG...);	555 000 000 F CFA	0 F CFA	555 000 000 F CFA	0 F CFA	555 000 000 F CFA
2.9.3.2.		Renforcer les capacités des personnels sur la prise en charge des urgences médicales;	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.10.		Axe stratégique : Assurer l'accessibilité géographique à des soins de qualité aux populations;	354 306 710 000 F CFA	87 000 000 000 F CFA	267 306 710 000 F CFA	264 529 100 000 F CFA	2 777 610 000 F CFA
2.10.1.		Elaborer les algorithmes, les paquets minimums et complémentaires d'activités et les directives de prise en charge par niveau de soins	342 450 000 F CFA	0 F CFA	342 450 000 F CFA	0 F CFA	342 450 000 F CFA
2.10.1.1.		Réviser les PMA des établissements de premier contact et des PCA des hôpitaux de recours (PMA/PCA)	22 450 000 F CFA	0 F CFA	22 450 000 F CFA	0 F CFA	22 450 000 F CFA
2.10.1.2.		Former le personnel des structures de soins par niveau de la pyramide sanitaire au PMA	320 000 000 F CFA	0 F CFA	320 000 000 F CFA	0 F CFA	320 000 000 F CFA
2.10.2.		Rendre fonctionnel les programmes et services nationaux de lutte contre la maladie	3 147 600 000 F CFA	0 F CFA	3 147 600 000 F CFA	1 825 100 000 F CFA	1 322 500 000 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
2.10.2.1.		Doter les programmes et services nationaux de bureaux		1 120 000 000 F CFA	1 120 000 000 F CFA		0 F CFA
2.10.2.2.		Doter les programmes et services nationaux de véhicules de fonction et de supervision		600 000 000 F CFA	600 000 000 F CFA	600 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.2.3.		Doter les services nationaux et des programmes de lutte contre la maladie de matériels informatiques et de communication y compris l'accès internet ;		105 100 000 F CFA	105 100 000 F CFA	105 100 000 F CFA	0 F CFA
2.10.2.4.		Elaborer, valider et diffuser les politiques et plans stratégiques sectoriels		127 500 000 F CFA	127 500 000 F CFA	0 F CFA	127 500 000 F CFA
2.10.2.5.		Former les équipes cadres de santé des régions sur la planification, la supervision, les schémas thérapeutiques standardisés et les algorithmes ;		250 000 000 F CFA	250 000 000 F CFA	0 F CFA	250 000 000 F CFA
2.10.2.6.		Superviser une fois par semestre les ECS de régions et les prestataires sur les algorithmes et les STS		945 000 000 F CFA	945 000 000 F CFA	0 F CFA	945 000 000 F CFA
2.10.3.		Renforcer l'offre de soins de 3ème niveau de la pyramide sanitaire		179 370 000 000 F CFA	87 000 000 000 F CFA	92 370 000 000 F CFA	92 250 000 000 F CFA 120 000 000 F CFA
2.10.3.1.		Construire et équiper le CHU d'ANGONDJE, l'Institut de Cancérologie,		60 000 000 000 F CFA	60 000 000 000 F CFA	0 F CFA	0 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
2.10.3.2.		Construire, réhabiliter et équiper le Centre hospitalier de Libreville	34 150 000 000 F CFA	27 000 000 000 F CFA	7 150 000 000 F CFA	7 030 000 000 F CFA	120 000 000 F CFA
2.10.3.3.		Réhabiliter et équiper l'hôpital mère-enfant de la Fondation Jeanne Ebori	30 000 000 000 F CFA	0 F CFA	30 000 000 000 F CFA	30 000 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.3.4.		Construire et équiper le centre de chirurgie d'Owendo	30 000 000 000 F CFA	0 F CFA	30 000 000 000 F CFA	30 000 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.3.5.		Construire et équiper l'agence du médicament	2 000 000 000 F CFA	0 F CFA	2 000 000 000 F CFA	2 000 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.3.6.		Construire et équiper le centre anti-poison	700 000 000 F CFA	0 F CFA	700 000 000 F CFA	700 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.3.7.		Construire et équiper le centre de pharmaco-vigilance	1 000 000 000 F CFA	0 F CFA	1 000 000 000 F CFA	1 000 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.3.8		Construire le laboratoire de contrôle qualité du médicament	10 000 000 000 F CFA	0 F CFA	10 000 000 000 F CFA	10 000 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.3.9.		Construire et équiper le centre Gérontologie et de Gériatrie	300 000 000 F CFA	0 F CFA	300 000 000 F CFA	300 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.3.10		Construire et équiper le village psychiatrique	10 620 000 000 F CFA	0 F CFA	10 620 000 000 F CFA	10 620 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.3.11.		Réhabiliter et équiper l'hôpital spécialisé de NKEMBO	600 000 000 F CFA	0 F CFA	600 000 000 F CFA	600 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.4.		Rendre opérationnel les régions sanitaires	58 446 460 000 F CFA	0 F CFA	58 446 460 000 F CFA	57 799 000 000 F CFA	647 460 000 F CFA
2.10.4.1.		Construire/réhabiliter et équiper en mobilier de bureau les Directions régionales de Santé	3 000 000 000 F CFA	0 F CFA	3 000 000 000 F CFA	3 000 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.4.2.		Doter les DRS d'équipements informatiques, de communication y compris accès internet,	159 000 000 F CFA	0 F CFA	159 000 000 F CFA	159 000 000 F CFA	0 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
2.10.4.3.		Doter les DRS de véhicule de supervisions					
			750 000 000 F CFA	0 F CFA	750 000 000 F CFA	750 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.4.4.		Construire et équiper deux CHR Mouilla et Oyem					
			34 000 000 000 F CFA	0 F CFA	34 000 000 000 F CFA	34 000 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.4.5.		Réhabiliter y compris l'extension des CHR pour les unités bucco-dentaire, ORL et ophtamologie					
			7 500 000 000 F CFA	0 F CFA	7 500 000 000 F CFA	7 500 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.4.6.		Construire les bases d'épidémiologie et d'hygiène des régions sanitaires					
			6 000 000 000 F CFA	0 F CFA	6 000 000 000 F CFA	6 000 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.4.7.		Construire et équiper les SMI des régions sanitaires					
			2 400 000 000 F CFA	0 F CFA	2 400 000 000 F CFA	2 400 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.4.8.		Construire/réhabiliter les pharmacies régionales					
			490 000 000 F CFA	0 F CFA	490 000 000 F CFA	490 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.4.9.		Equiper les CHR en matériel médical et biomédical					
			3 000 000 000 F CFA	0 F CFA	3 000 000 000 F CFA	3 000 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.4.10		Doter les CHR d'ambulance et de véhicules de services					
			500 000 000 F CFA	0 F CFA	500 000 000 F CFA	500 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.4.11.		Former les ECS de départements sanitaires					
			212 160 000 F CFA	0 F CFA	212 160 000 F CFA	0 F CFA	212 160 000 F CFA
2.10.4.12.		Superviser les ECS des départements					
			397 800 000 F CFA	0 F CFA	397 800 000 F CFA	0 F CFA	397 800 000 F CFA
2.10.4.13.		Elaborer les plans opérationnels annuels					
			37 500 000 F CFA	0 F CFA	37 500 000 F CFA	0 F CFA	37 500 000 F CFA
2.10.5.		Rendre opérationnel les départements sanitaires					
			113 000 200 000 F CFA	0 F CFA	113 000 200 000 F CFA	112 655 000 000 F CFA	345 200 000 F CFA
2.10.5.1.		Construire/réhabiliter et équiper les centres médicaux					
			61 000 000 000 F CFA	0 F CFA	61 000 000 000 F CFA	61 000 000 000 F CFA	0 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
2.10.5.2.		Construire/réhabiliter et équiper les centres de santé urbains et ruraux	21 500 000 000 F CFA	0 F CFA	21 500 000 000 F CFA	21 500 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.5.3.		Construire/réhabiliter et équiper les dispensaires	27 330 000 000 F CFA	0 F CFA	27 330 000 000 F CFA	27 330 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.5.4.		Doter les départements sanitaires d'équipements informatiques, de communication y compris accès internet,	225 000 000 F CFA	0 F CFA	225 000 000 F CFA	225 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.5.5.		Doter les départements sanitaires des véhicules de supervision	2 600 000 000 F CFA	0 F CFA	2 600 000 000 F CFA	2 600 000 000 F CFA	0 F CFA
2.10.5.6.		Former les comités de santé des villages et les personnels des dispensaires	174 200 000 F CFA	0 F CFA	174 200 000 F CFA	0 F CFA	174 200 000 F CFA
2.10.5.7.		Superviser les comités de santé des villages et les personnels des dispensaires	156 000 000 F CFA	0 F CFA	156 000 000 F CFA	0 F CFA	156 000 000 F CFA
2.10.5.8.		Elaborer les plans opérationnels annuels	15 000 000 F CFA	0 F CFA	15 000 000 F CFA	0 F CFA	15 000 000 F CFA
2.11.		Axe stratégique : Rendre disponible les médicaments et dispositifs médicaux essentiels de qualité ainsi que les vaccins, les produits sanguins et les services d'aide au diagnostic ;	96 189 955 000 F CFA	18 000 000 000 F CFA	78 189 955 000 F CFA	15 423 425 000 F CFA	62 766 530 000 F CFA
2.11.1.		Assurer la disponibilité permanente des médicaments dans toutes les formations sanitaires	60 735 000 000 F CFA	12 500 000 000 F CFA	48 235 000 000 F CFA	3 000 000 000 F CFA	45 235 000 000 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
2.11.1.1.		Construction et équipement d'une centrale d'achat de médicaments					
			3 000 000 000 F CFA	0 F CFA	3 000 000 000 F CFA	3 000 000 000 F CFA	0 F CFA
2.11.1.2.		Renforcer les capacités de financement et d'approvisionnement de l'OPN et des formations sanitaires en médicaments et dispositifs médicaux essentiels					
			56 250 000 000 F CFA	12 500 000 000 F CFA	43 750 000 000 F CFA	0 F CFA	43 750 000 000 F CFA
2.11.1.3.		Transport des médicaments et dispositifs médicaments essenetiels					
			1 410 000 000 F CFA	0 F CFA	1 410 000 000 F CFA	0 F CFA	1 410 000 000 F CFA
2.11.1.4.		Promouvoir les pratiques optimales de prescription et éduquer les consommateurs à l'utilisation sûre et optimale des médicaments ;					
			75 000 000 F CFA	0 F CFA	75 000 000 F CFA	0 F CFA	75 000 000 F CFA
2.11.1.5.		Promouvoir les médicaments traditionnels améliorés ;					
			0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.11.2.		Assurer la disponibilité du sang sécurisé dans toutes les formations sanitaires					
			13 280 000 000 F CFA	4 500 000 000 F CFA	8 780 000 000 F CFA	1 600 000 000 F CFA	7 180 000 000 F CFA
2.11.2.1.		Assurer la sécurité transfusionnelle au niveau régional et départemental (construire et équiper 8 CRTS)					
			1 600 000 000 F CFA	0 F CFA	1 600 000 000 F CFA	1 600 000 000 F CFA	0 F CFA
2.11.2.2.		Assurer la disponibilité du sang sécurisé (100 000 poches sécurisées)					
			11 550 000 000 F CFA	4 500 000 000 F CFA	7 050 000 000 F CFA	0 F CFA	7 050 000 000 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
2.11.2.3.		Renforcer les capacités du centre national de transfusion sanguine	130 000 000 F CFA	0 F CFA	130 000 000 F CFA	0 F CFA	130 000 000 F CFA
2.11.3.		Renforcer les capacités des laboratoires des formations sanitaires	8 016 525 000 F CFA	1 000 000 000 F CFA	7 016 525 000 F CFA	4 309 625 000 F CFA	2 706 900 000 F CFA
2.11.3.1.		Assurer la supervision des laboratoires des centres hospitaliers régionaux et des centres médicaux	161 900 000 F CFA	0 F CFA	161 900 000 F CFA	0 F CFA	161 900 000 F CFA
2.11.3.2.		Renforcer les capacités des laboratoires des formations sanitaires de 2ème niveau	45 000 000 F CFA	0 F CFA	45 000 000 F CFA	0 F CFA	45 000 000 F CFA
2.11.3.3.		Construire et équiper le laboratoire national	4 309 625 000 F CFA	0 F CFA	4 309 625 000 F CFA	4 309 625 000 F CFA	0 F CFA
2.11.3.4.		Renforcer les capacités du laboratoire nationale	3 125 000 000 F CFA	1 000 000 000 F CFA	2 125 000 000 F CFA	0 F CFA	2 125 000 000 F CFA
2.11.3.5.		Développer les activités de surveillance et de dépistage des anemies, diabète, microfilaires, parasitoses intestinales, Chlamydiae et drépanocytose	150 000 000 F CFA	0 F CFA	150 000 000 F CFA	0 F CFA	150 000 000 F CFA
2.11.3.6.		Développer la recherche appliquée	225 000 000 F CFA	0 F CFA	225 000 000 F CFA	0 F CFA	225 000 000 F CFA
2.11.4.		Garantir la disponibilité des services d'imagerie médicale fonctionnel, fiable et accessible à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;	2 636 000 000 F CFA	0 F CFA	2 636 000 000 F CFA	0 F CFA	2 636 000 000 F CFA
2.11.5.		Assurer la gestion des déchets biomédicaux dans l'ensemble des	8 201 130 000 F CFA	0 F CFA	8 201 130 000 F CFA	3 900 000 000 F CFA	4 301 130 000 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
		formations sanitaires du pays ;					
2.11.5.1.		Elaborer des directives nationales en gestion des déchets biomédicaux	7 500 000 F CFA	0 F CFA	7 500 000 F CFA	0 F CFA	7 500 000 F CFA
2.11.5.2.		Equiper les hôpitaux de banaliseurs T150	2 400 000 000 F CFA	0 F CFA	2 400 000 000 F CFA	2 400 000 000 F CFA	0 F CFA
2.11.5.3.		Equiper les centres médicaux de banaliseurs T100	1 500 000 000 F CFA	0 F CFA	1 500 000 000 F CFA	1 500 000 000 F CFA	0 F CFA
2.11.5.4.		Approvisionner les hôpitaux en sachets, containers, futs, bidons, bacs, cartons et poubelles pour le tri, la collecte et le transport des DBM	4 168 630 000 F CFA	0 F CFA	4 168 630 000 F CFA	0 F CFA	4 168 630 000 F CFA
2.11.5.5.		Renforcer les capacités des personnels des structures de soins à la gestion des DBM	125 000 000 F CFA	0 F CFA	125 000 000 F CFA	0 F CFA	125 000 000 F CFA
2.11.6.		Renforcer les capacités de maintenance des équipements biomédicaux	3 321 300 000 F CFA	0 F CFA	3 321 300 000 F CFA	2 613 800 000 F CFA	707 500 000 F CFA
2.11.6.1.		Définir une politique nationale de maintenance	7 500 000 F CFA	0 F CFA	7 500 000 F CFA	0 F CFA	7 500 000 F CFA
2.11.6.2.		Mettre en place un atelier central de maintenance fonctionnel	450 000 000 F CFA	0 F CFA	450 000 000 F CFA	0 F CFA	450 000 000 F CFA
2.11.6.2.1.		Souscrire des contrats de maintenance	450 000 000 F CFA	0 F CFA	450 000 000 F CFA	0 F CFA	450 000 000 F CFA
2.11.6.3.		Renforcer les capacités des personnels en maintenance	250 000 000 F CFA	0 F CFA	250 000 000 F CFA	0 F CFA	250 000 000 F CFA
2.11.6.4.		Mettre en place un atelier national	1 713 800 000 F CFA	0 F CFA	1 713 800 000 F CFA	1 713 800 000 F CFA	0 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
--	-------------	-----------	------------	------------	---------------	---------------	---------------

		de maintenance					
2.11.6.5.		Créer des services régionaux de maintenance dotés de moyens des logistiques:	900 000 000 F CFA	0 F CFA	900 000 000 F CFA	900 000 000 F CFA	0 F CFA
5.12.		Axe stratégique : Développer les Ressources Humaines en santé	44 656 379 000 F CFA	19 740 000 000 F CFA	24 916 379 000 F CFA	16 400 000 000 F CFA	8 516 379 000 F CFA
2.12.1.		Elaborer un plan de développement des ressources humaines	90 500 000 F CFA	0 F CFA	90 500 000 F CFA	0 F CFA	90 500 000 F CFA
2.12.2.		Assurer la formation continu du personnel de santé	881 000 000 F CFA	0 F CFA	881 000 000 F CFA	0 F CFA	881 000 000 F CFA
2.12.3.		Former/Recruter les ressources humaines pour la santé	24 784 879 000 F CFA	19 740 000 000 F CFA	5 044 879 000 F CFA	0 F CFA	5 044 879 000 F CFA
2.12.4.		Reformer la formation des personnels de santé (réforme de l'ENASS)	18 900 000 000 F CFA	0 F CFA	18 900 000 000 F CFA	16 400 000 000 F CFA	2 500 000 000 F CFA
2.12.4.1.		Appuyer techniquement l'organisation pédagogique de l'INFASS (Elaborer les curricula, organiser les enseignements...)	2 500 000 000 F CFA	0 F CFA	2 500 000 000 F CFA	0 F CFA	2 500 000 000 F CFA
2.12.4.2.		Construire et équiper l'école provinciale de formation d'action sanitaire et sociale de Franceville	5 000 000 000 F CFA	0 F CFA	5 000 000 000 F CFA	5 000 000 000 F CFA	0 F CFA
2.12.4.3.		Construire et équiper l'école provinciale de formation d'action sociale de Mouila	1 200 000 000 F CFA	0 F CFA	1 200 000 000 F CFA	1 200 000 000 F CFA	0 F CFA
2.12.4.4.		Construire et équiper l'école provinciale de formation d'action sociale de Makokou	1 200 000 000 F CFA	0 F CFA	1 200 000 000 F CFA	1 200 000 000 F CFA	0 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
2.12.4.5.		Construire et équiper Institut Supérieur de formation des personnels de santé et des affaires sociales		9 000 000 000 F CFA	0 F CFA	9 000 000 000 F CFA	0 F CFA
2.13.		Axe stratégique : Développer des mécanismes de financement de la santé et de protection sociale fiables et durables.		160 500 000 F CFA	0 F CFA	160 500 000 F CFA	160 500 000 F CFA
2.13.1.		Rendre pérenne le système de financement de la santé		160 500 000 F CFA	0 F CFA	160 500 000 F CFA	160 500 000 F CFA
2.13.1.1.		Elaborer le cadre de dépense à moyen terme (CDMT) du secteur santé		20 000 000 F CFA	0 F CFA	20 000 000 F CFA	20 000 000 F CFA
2.13.1.2.		Elaborer les comptes nationaux de la santé (CNS)		100 000 000 F CFA	0 F CFA	100 000 000 F CFA	100 000 000 F CFA
2.13.1.3.		Augmenter le budget général de la santé de 2% par an pour atteindre 15% du budget national en 2015		0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.13.1.4.		Augmenter les dotations budgétaires consacrées aux interventions de prévention et de promotion de la santé		0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.13.1.5.		Augmenter les ressources budgétaires allouées aux départements sanitaires ;		15 000 000 F CFA	0 F CFA	15 000 000 F CFA	15 000 000 F CFA
2.13.1.6.		Renforcer les capacités de gestion financière à tous les niveaux de la pyramide sanitaire;		25 500 000 F CFA	0 F CFA	25 500 000 F CFA	25 500 000 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
2.13.2.		Mettre en place un système performant d'assurance maladie	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.14.		Axe stratégique : Mettre en place un système national d'information sanitaire y compris la surveillance en santé publique opérationnelle et performant ;	6 299 800 000 F CFA	0 F CFA	6 299 800 000 F CFA	2 534 900 000 F CFA	3 764 900 000 F CFA
2.14.1.		Réorganiser et accroître les performances du SNIS	390 900 000 F CFA	0 F CFA	390 900 000 F CFA	134 900 000 F CFA	256 000 000 F CFA
2.14.1.1.		Définir l'organigramme du SNIS ;	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.14.1.2.		Doter le SNIS d'équipements informatiques et de reprographie	134 900 000 F CFA	0 F CFA	134 900 000 F CFA	134 900 000 F CFA	0 F CFA
2.14.1.3.		Peréniser le SNIS;	156 000 000 F CFA	0 F CFA	156 000 000 F CFA	0 F CFA	156 000 000 F CFA
2.14.1.4.		Assurer la performance de la COSP	100 000 000 F CFA	0 F CFA	100 000 000 F CFA	0 F CFA	100 000 000 F CFA
2.14.2.		Améliorer le système national de routine (SNR)	280 000 000 F CFA	0 F CFA	280 000 000 F CFA	0 F CFA	280 000 000 F CFA
2.14.2.1.		Former les personnes des services régionaux d'information sanitaire	30 000 000 F CFA	0 F CFA	30 000 000 F CFA	0 F CFA	30 000 000 F CFA
2.14.2.2.		Production et diffusion de l'annuaire statistique	120 000 000 F CFA	0 F CFA	120 000 000 F CFA	0 F CFA	120 000 000 F CFA
2.14.2.3.		Reproduction des rapports mensuels du système national de routine	130 000 000 F CFA	0 F CFA	130 000 000 F CFA	0 F CFA	130 000 000 F CFA
2.14.3.		Améliorer le Système National d'Information de Gestion des Ressources (SNIR) ;	70 000 000 F CFA	0 F CFA	70 000 000 F CFA	0 F CFA	70 000 000 F CFA
2.14.3.1.		Mettre à jour la carte sanitaire	50 000 000 F CFA	0 F CFA	50 000 000 F CFA	0 F CFA	50 000 000 F CFA
2.14.3.2.		Reproduction des rapports trimestriels du SNIR	20 000 000 F CFA	0 F CFA	20 000 000 F CFA	0 F CFA	20 000 000 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
2.14.4.		Renforcer le système de surveillance en santé publique		3 943 900 000 F CFA	2 400 000 000 F CFA	1 543 900 000 F CFA	
2.14.4.1.		Construire un Institut d'Hygiène Publique et d'Assainissement		1 700 000 000 F CFA	1 700 000 000 F CFA	0 F CFA	
2.14.4.2.		Renforcer les capacités de la DIS, de l'IELE et de l'IHPA		700 000 000 F CFA	700 000 000 F CFA	0 F CFA	
2.14.4.3.		Améliorer le Système National de Surveillance Epidémiologique, d'Alerte Rapide (SNES) et de riposte ;		1 543 900 000 F CFA	0 F CFA	1 543 900 000 F CFA	
2.14.4.3.1.		Renforcer la surveillance active des maladies prioritaires		250 000 000 F CFA	0 F CFA	250 000 000 F CFA	
2.14.4.3.2.		Renforcer les capacités des personnels et des laboratoires		15 000 000 F CFA	0 F CFA	15 000 000 F CFA	
2.14.4.3.3.		Elaborer un plan de contingence		3 900 000 F CFA	0 F CFA	3 900 000 F CFA	
2.14.4.3.4.		Fournir un appui logistique		25 000 000 F CFA	0 F CFA	25 000 000 F CFA	
2.14.4.3.5.		Améliorer la riposte aux épidémies (Fonds de riposte aux épidémies)		1 250 000 000 F CFA	0 F CFA	1 250 000 000 F CFA	
2.14.5.		Développer la recherche opérationnelle au Gabon		1 615 000 000 F CFA	0 F CFA	1 615 000 000 F CFA	
2.14.5.1.		Financer des projets de recherche utiles pour la santé publique gabonaise		1 000 000 000 F CFA	0 F CFA	1 000 000 000 F CFA	
2.14.5.2.		Mettre en place un plan directeur national sur la recherche opérationnelle au système de santé gabonais		0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.14.5.3.		Mettre en place un organe de coordination sur la recherche		0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA

	STR	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
		opérationnelle					
2.14.5.4.		Coordonner la recherche (biomédicale, clinique, épidémiologique, biostatistique, organisationnelle, sociale et traditionnelle) en lien avec les besoins de santé publique ;	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.14.5.5.		Atelier sur le développement de la Recherche au Gabon	7 500 000 F CFA	0 F CFA	7 500 000 F CFA	0 F CFA	7 500 000 F CFA
2.14.5.6.		Promouvoir la formation à la recherche (biomédicale, clinique, épidémiologique, biostatistique, organisationnelle, sociale et traditionnelle) à la méthodologie de la recherche, et à l'anglais scientifique	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA
2.14.5.7.		Favoriser l'accès à l'information scientifique biomédicale (CDISS)	600 000 000 F CFA	0 F CFA	600 000 000 F CFA	0 F CFA	600 000 000 F CFA
2.14.5.8.		Mise en place d'une politique nationale de recherche opérationnelle dans les domaines biomédicale, clinique, épidémiologique, organisationnelle, sociale et traditionnelle au système de santé Gabonais	7 500 000 F CFA	0 F CFA	7 500 000 F CFA	0 F CFA	7 500 000 F CFA

	STR	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
2.15.		Axe stratégique : Renforcer la gouvernance du système de santé et le leadership du Ministère de la santé y compris la collaboration inter sectorielle					
			12 547 350 000 F CFA	0 F CFA	12 547 350 000 F CFA	12 189 400 000 F CFA	357 950 000 F CFA
2.15.1.		Renforcer les capacités institutionnelles					
			39 000 000 F CFA	0 F CFA	39 000 000 F CFA	0 F CFA	39 000 000 F CFA
2.15.1.1.		Actualiser le cadre institutionnel du Ministère de la Santé ;					
			3 000 000 F CFA	0 F CFA	3 000 000 F CFA	0 F CFA	3 000 000 F CFA
2.15.1.2.		Mettre en place la réforme du secteur pharmaceutique ;					
			6 000 000 F CFA	0 F CFA	6 000 000 F CFA	0 F CFA	6 000 000 F CFA
2.15.1.3.		Adopter les textes d'application de la loi portant création d'un régime d'assurance-maladie au Gabon ;					
			3 000 000 F CFA	0 F CFA	3 000 000 F CFA	0 F CFA	3 000 000 F CFA
2.15.1.4.		Mettre en place la réforme hospitalière ;					
			6 000 000 F CFA	0 F CFA	6 000 000 F CFA	0 F CFA	6 000 000 F CFA
2.15.1.5.		Adopter le décret portant création, attributions et fonctionnement de l'Observatoire National de la Santé Publique ;					
			3 000 000 F CFA	0 F CFA	3 000 000 F CFA	0 F CFA	3 000 000 F CFA
2.15.1.6.		Elaborer et adopter le décret portant fixation de la nomenclature et de la tarification des actes professionnels ;					
			3 000 000 F CFA	0 F CFA	3 000 000 F CFA	0 F CFA	3 000 000 F CFA
2.15.1.7.		Réorganiser le secteur privé de santé ;					
			6 000 000 F CFA	0 F CFA	6 000 000 F CFA	0 F CFA	6 000 000 F CFA
2.15.1.8.		Elaborer et adopter un code déontologie y compris de la médecine traditionnelle					
			3 000 000 F CFA	0 F CFA	3 000 000 F CFA	0 F CFA	3 000 000 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
2.15.1.9.		Organiser la Médecine traditionnelle et la pharmacopée ;					
			3 000 000 F CFA	0 F CFA	3 000 000 F CFA	0 F CFA	3 000 000 F CFA
2.15.1.10.		Mettre en place le cadre institutionnel de coordination du secteur de la santé ;					
			3 000 000 F CFA	0 F CFA	3 000 000 F CFA	0 F CFA	3 000 000 F CFA
2.15.2.		Optimiser le fonctionnement du Ministère de la santé.					
			12 508 350 000 F CFA	0 F CFA	12 508 350 000 F CFA	12 189 400 000 F CFA	318 950 000 F CFA
2.15.2.1.		Construire et équiper 750 bureaux au Ministère					
			7 286 400 000 F CFA	0 F CFA	7 286 400 000 F CFA	7 286 400 000 F CFA	0 F CFA
2.15.2.2.		Doter les services d'équipements informatiques et de reprographie					
			908 000 000 F CFA	0 F CFA	908 000 000 F CFA	908 000 000 F CFA	0 F CFA
2.15.2.3.		Doter les services de véhicules de fonctions, de services et de supervision					
			1 495 000 000 F CFA	0 F CFA	1 495 000 000 F CFA	1 495 000 000 F CFA	0 F CFA
2.15.2.4.		Renforcer les organes de contrôles et d'inspections du Ministère de la Santé					
			2 818 950 000 F CFA	0 F CFA	2 818 950 000 F CFA	2 500 000 000 F CFA	318 950 000 F CFA
2.14.2.4.1.		Construire et équiper l'inspection générale de la santé					
			500 000 000 F CFA	0 F CFA	500 000 000 F CFA	500 000 000 F CFA	0 F CFA
2.15.2.4.2.		Construire et équiper 9 inspections régionales de santé					
			2 000 000 000 F CFA	0 F CFA	2 000 000 000 F CFA	2 000 000 000 F CFA	0 F CFA
2.15.2.4.3.		Doter l'inspection générale de la santé d'équipements informatiques y compris accès internet					
			25 700 000 F CFA	0 F CFA	25 700 000 F CFA	0 F CFA	25 700 000 F CFA
2.15.2.4.4.		Doter l'inspection générale de moyens roulants					
			175 000 000 F CFA	0 F CFA	175 000 000 F CFA	0 F CFA	175 000 000 F CFA
2.15.2.4.5.		Recenser et immatriculer les structures sanitaires privées					
			55 875 000 F CFA	0 F CFA	55 875 000 F CFA	0 F CFA	55 875 000 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL	ANNEE 2008	ANNEE 2009	ANNEE 2010
2.15.2.4.6.		Effectuer les missions de contrôle des structures sanitaires privées					
			62 375 000 F CFA	0 F CFA	62 375 000 F CFA	0 F CFA	62 375 000 F CFA
2.16.		Axe stratégique : Développement des Partenariats (communautés, Développement intersectoriel, autres secteurs sanitaires, partenaires au Développement)					
			1 568 000 000 F CFA	0 F CFA	1 568 000 000 F CFA	0 F CFA	1 568 000 000 F CFA
2.16.1.		Impliquer les communautés dans l'appropriation de leur état de santé					
			1 568 000 000 F CFA	0 F CFA	1 568 000 000 F CFA	0 F CFA	1 568 000 000 F CFA
2.16.2.		Le développement du partenariat					
			0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA	0 F CFA

	S T R	ACTIVITES	INDCATEURS	COUT TOTAL
--	-------------	-----------	------------	------------