REPUBLIQUE GABONAISE

UNION- TRAVAIL – JUSTICE

REVUE A MI – PARCOURS DU
PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE
2011 – 2015 DU GABON

RAPPORT NATIONAL

Juillet 2014

TABLE DES MATIERES

		Pages
Liste des cartes, tableaux, figures et graphiques		
Remerciements		
Préface		
Sigles et abréviations		
Carte du Gabon		
Première partie : Rappels, méthodologie et limites de la revue		
Chapitre 1. Rappels		
	1.1. Généralités sur le pays et son système de santé	
	1.2. Priorités sanitaires stratégiques du PNDS	
	1.3. Cadre de mise en œuvre	
	1.4. Mécanisme de suivi et évaluation	
Chapitre 2. Méthodologie et limites de la revue		
	2.1. Cadre institutionnel	
	2.2. Objectifs de la revue	
	2.3. Outils de collecte des données	
	2.4. Formation des enquêteurs	
	2.5. Collecte des données	
	2.6. Traitement des données	
	2.7. Limites de la revue	
Deuxième partie : Résultats		
Chapitre 3. Evaluation de la qualité du PNDS par l'outil JANS		
	3.1. Analyse de la situation et programmation	
	3.2. Processus d'élaboration	
	3.3. Coût et cadre de financement de la stratégie	
	3.4. Mise en œuvre et disposition de gestion	
	3.5. Mécanisme de suivi et d'évaluation	
Chapitre 4. Santé de la mère et de l'enfant		
	4.1. Taux globaux de réalisation des interventions programmées	
	4.2. Niveau de réalisation dans la lutte contre la mortalité maternelle	
	4.2.1. Données des régions sanitaires	
	4.2.2. Répartition de la mortalité maternelle par tranche d'âge	
	4.2.3. Causes de décès des femmes en âge de procréer	
	4.2.4. Problèmes majeurs identifiés	
	4.2.5. Niveau de réalisation dans la planification familiale	
	4.2.5.1. Taux d'utilisation de méthodes modernes de contraception	
	4.2.5.2. Formation des prestataires sur la PF	
	4.2.5.3. Problèmes majeurs identifiés	
	4.2.6. Niveau de réalisation dans la consultation prénatale	
	4.2.6.1. Pourcentage des femmes enceintes ayant effectué au moins 4 CPNR	
	4.2.6.2. Problèmes majeurs identifiés	
	4.2.7. Niveau de réalisation dans l'accouchement assisté par un personnel qualifié	
	4.2.7.1. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié	
	4.2.7.2. Problèmes majeurs identifiés	
	4.2.8. Niveau de réalisation dans la prise en charge des complications de l'accouchement	
	4.2.8.1. Taux des complications de l'accouchement aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né prises en charge selon les protocoles nationaux	
	4.2.8.2. Renforcement des capacités des personnels des maternités	
	4.2.8.3. Problèmes majeurs identifiés	
	4.2.9. Niveau de réalisation dans la prévention du paludisme chez la femme enceinte	
	4.2.9.1. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu le TPI	
	4.2.9.2. Problèmes majeurs identifiés	
	4.2.10. Niveau de réalisation dans l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH	
	4.2.10.1. Taux de réalisation dans l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH	
	4.2.10.2. Offre des services PTME	

	4.2.10.3. Problèmes majeurs identifiés	
	4.3. Niveau de réalisation dans la lutte contre la mortalité infantile	
	4.3.1. Mortalité infanto-juvénile	
	4.3.2. Problèmes majeurs identifiés	
	4.3.3. Niveau de réalisation dans la couverture vaccinale	
	4.3.3.1. Approvisionnement en vaccins et consommables	
	4.3.3.2. Chaîne de froid	
	4.3.3.3. Formation du personnel de santé des régions et départements sanitaire	
	4.3.3.4. Sensibilisation des communautés	
	4.3.3.5. Gestion des carnets de vaccination	
	4.3.4. Problèmes majeurs identifiés	
	4.3.5. Niveau de réalisation dans la promotion de l'allaitement maternel exclusif	
	4.3.5.1. Pourcentage des femmes pratiquant l'AME	
	4.3.5.2. Problèmes majeurs identifiés	
	4.3.6. Niveau de réalisation dans la prise en charge adéquate des cas de malnutrition	
	4.3.6.1. Pourcentage des cas de malnutrition bénéficiant d'une prise en charge adéquate	
	4.3.6.2. Documents nationaux sur la PEC adéquate de la malnutrition	
	4.3.6.3. Activités de formation et de PEC de la malnutrition	
	4.3.6.4. Problèmes majeurs identifiés	
	4.3.7. Niveau de réalisation dans la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant	
	4.3.7.1. Pourcentage des enfants malades bénéficiant d'une prise en charge adéquate contre les principales pathologies	
	4.3.7.2. Activités de formation et de PCIME	
	4.3.7.3. Problèmes majeurs identifiés	
Chapitre 5. Lutte contre la maladie		
	5.1. Niveau de réalisation dans la lutte contre le VIH/sida	
	5.1.1. Prévalence du VIH	
	5.1.2. Incidence du VIH	
	5.1.3. Utilisation du condom par les populations cibles	
	5.1.4. Accès aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH/sida	
	5.2. Niveau de réalisation dans la lutte contre le paludisme	
	5.2.1. Taux de mortalité du paludisme	
	5.2.2. Taux de morbidité du paludisme	
	5.2.3. Prévalence du paludisme	
	5.2.4. Incidence du paludisme	
	5.2.5. Confirmation des cas de paludisme	
	5.2.6. Prise en charge de la maladie	
	5.2.7. Mise en œuvre de la PECADOM	
	5.2.8. Approvisionnement des formations sanitaires	
	5.2.9. Proportion de la population dormant sous MIILDE	
	5.2.10. Organisation de la lutte contre le paludisme	
	5.3. Niveau de réalisation dans la lutte contre la tuberculose	
	5.3.1. Mortalité de la tuberculose	
	5.3.2. Morbidité de la tuberculose	
	5.3.3. Dépistage des cas de tuberculose à microscopie positive	
	5.3.4. Dépistage des cas de tuberculose multi-résistante	
	5.3.5. Renforcement des capacités des laboratoires de diagnostic de la TB	
	5.3.6. Guérison des cas de tuberculose à microscopie positive	
	5.3.7. Renforcement des capacités des personnels	
	5.3.8. Sensibilisation des populations sur la tuberculose	
	5.3.9. Prise en charge des co-infections TB/VIH	
	5.3.10. Organisation de la lutte contre la tuberculose	
	5.4. Niveau de réalisation dans la lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine	
	5.4.1. Formation des personnels	
	5.4.2. Renforcement des capacités des laboratoires	
	5.4.3. Renforcement en équipements mobiles de dépistage actif	
	5.4.4. Sensibilisation des populations des zones d'endémie	

	5.4.5. Dépistages actifs dans les foyers d'endémie	
	5.4.6. Prise en charge des cas	
	5.4.7. Organisation de la lutte contre la THA	
	5.5. Niveau de réalisation dans la lutte contre la lèpre	
	5.5.1. Taux de nouveaux cas de lèpre dépistés avec une invalidité de degré 2 pour 100.000 habitants	
	5.5.2. Promotion du dépistage précoce des malades	
	5.5.3. Assurer la disponibilité et la gratuité de la poly chimiothérapie	
	5.5.4. Prise en charge des urgences chirurgicales	
	5.5.5. Renforcement de la prévention des invalidités et de la réadaptation physique	
	5.5.6. Evolution de la prévalence	
	5.5.7. Cartographie de la lèpre et des services de prise en charge	
	5.5.8. Organisation de la lutte contre la lèpre	
	5.6. Niveau de réalisation dans la lutte contre l'ulcère de Buruli	
	5.6.1. Formation des personnels à la prise en charge des cas d'UB	
	5.6.2. Sensibilisation des populations des principales zones d'endémie	
	5.6.3. Dépistage des cas d'UB	
	5.6.4. Prise en charge des cas	
	5.6.5. Organisation de la lutte contre l'UB	
	5.7. Niveau de réalisation dans la lutte contre les maladies à potentiel épidémique	
	5.7.1. Renforcement de la surveillance active contre les maladies prioritaires	
	5.7.2. Incidence des maladies émergentes	
	5.7.3. Sensibilisation des populations	
	5.7.4. Diagnostic et prise en charge des cas	
	5.7.5. Renforcement des capacités des personnels et des laboratoires	
	5.7.6. Riposte aux épidémies	
	5.7.7. Organisation de la lutte contre les maladies émergentes	
	5.8. Niveau de réalisation dans la lutte contre les autres Maladies Tropicales Négligées	
	5.8.1. Activités de surveillance et de dépistage des MTN	
	5.8.2. Organisation de la lutte contre les MTN	
	5.9. Niveau de réalisation dans la lutte contre les Maladies Non Transmissibles	
	5.9.1. Morbidité et mortalité du diabète	
	5.9.2. Morbidité et mortalité liées à l'hypertension artérielle	
	5.9.3. Morbidité et mortalité des cas de drépanocytose	
	5.9.4. Morbidité et mortalité lié aux cancers	
	5.9.5. Financement de la lutte contre les MNT	
	5.9.6. Organisation de la lutte contre les MNT	
	5.10. Niveau de réalisation dans la promotion de la santé mentale et la lutte contre les toxicomanies	
	5.10.1. Morbidité et mortalité liées aux maladies mentales	
	5.10.2. Prise en charge de la toxicomanie dans les services de santé mentale	
	5.10.3. Sensibilisation et formation	
	5.10.4. Réinsertion des malades mentaux	
	5.10.5. Organisation de la promotion de la santé mentale et de la lutte contre les toxicomanies	
Chapitre 6. Système de Santé		
	6.1. Taux global de réalisation des interventions programmées	
	6.2. Niveau de réalisation dans l'axe stratégique 1 « Assurer l'accessibilité géographique à des soins de qualité aux populations d'ici 2015 »	
	6.3. Niveau de réalisation dans l'axe stratégique 2 « Rendre disponible les médicaments et dispositifs médicaux essentiels de qualité ainsi que les vaccins, les produits sanguins et les services d'aide au diagnostic d'ici 2015 »	
	6.4. Niveau de réalisation dans l'axe stratégique 3 « Développer les Ressources Humaines en santé d'ici 2015 »	
	6.5. Niveau de réalisation dans l'axe stratégique 4 « Développer des mécanismes de financement de la santé et de protection sociale fiables et durables d'ici 2015 »	
	6.6. Niveau de réalisation dans l'axe stratégique 5 « Mettre en place un système national d'information sanitaire y compris la surveillance en santé publique opérationnel et performant d'ici 2015 »	
	6.7. Niveau de réalisation dans l'axe stratégique 6 « Renforcer la gouvernance et le leadership du Ministère de la santé y compris la collaboration inter sectorielle d'ici 2015 »	

	6.8. Niveau de réalisation dans l'axe stratégique 7 « Développement des partenariats (communautés, développement intersectoriel, autres secteurs sanitaires, partenaires au développement) d'ici 2015 »	
Chapitre 7. Etat de mise en œuvre du budget d'investissement du PNDS 2011-2015		
Troisième partie : Recommandations		
	Chapitre 1. Concernant la qualité du PNDS	
	Chapitre 2. Concernant la santé de la mère et de l'enfant	
	Chapitre 3. Concernant la lutte contre la maladie	
	Chapitre 4. Concernant le système de santé	
	Chapitre 5. Concernant la mise en œuvre du budget d'investissement du PNDS 2011-2015	
Quatrième partie : Interventions réalisables d'ici fin 2015		
	Chapitre 1. Concernant la santé de la mère et de l'enfant	
	Chapitre 2. Concernant la lutte contre la maladie	
	Chapitre 3. Concernant le système de santé	
Annexes		

Liste des cartes, tableaux, figures et graphiques

Cartes

Carte 1 : Carte administrative du Gabon
Carte 2 : Prévalence du VIH par Régions
Carte 3 : cartographie de la lèpre (et des services PCT), Gabon, 2013

Tableaux

Tableau 1 : Objectifs spécifiques et indicateurs d'impact
Tableau 2 : Ratio de mortalité maternelle
Tableau 3 : Répartition des décès maternels et naissances vivantes par région sanitaire, de 2011 à 2013
Tableau 4 : Taux d'utilisation de méthodes modernes de contraception par les FAP et les adolescents/jeunes
Tableau 5 : Formation des prestataires sur la PF
Tableau 6 : Pourcentage des femmes enceintes ayant effectué au moins 4 CPNR
Tableau 7 : Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié
Tableau 8 : Données désagrégées du nombre d'accouchement par Région Sanitaire en 2013
Tableau 9 : Taux de complications de l'accouchement aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né sont prises en charge selon les protocoles nationaux.
Tableau 10 : Renforcement des capacités des personnels des maternités sur la PEC des complications de l'accouchement
Tableau 11 : Pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu le TPI
Tableau 12 : Taux de TPI au Gabon
Tableau 13 : Elimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
Tableau 14 : Récapitulatif des taux de réalisation de la lutte contre la mortalité maternelle
Tableau 15 : Ratio de mortalité infanto-juvénile
Tableau 16 : Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois
Tableau 17 : Couverture vaccinale des enfants de 0-11 mois
Tableau 18 : Pourcentage de femmes pratiquant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois
Tableau 19 : Pourcentage des cas de malnutrition bénéficiant d'une prise en charge adéquate
Tableau 20 : Pourcentage des enfants malades bénéficiant d'une prise en charge adéquate contre les principales pathologies (diarrhée, infections respiratoires aigües, infections urinaires…)
Tableau 21 : Récapitulatif des taux de réalisation de la lutte contre la mortalité des enfants de moins de cinq ans
Tableau 22 : Estimation du nombre de PVVIH par Régions Sanitaires au Gabon en 2012
Tableau 23 : Indicateurs du VIH/Sida, Gabon, 2013
Tableau 24 : Nouveaux cas de VIH, 2011-2013
Tableau 25 : Accès aux services de prévention et de traitement par les ARV
Tableau 26 : Forces, faiblesse, contraintes et opportunités de la lutte contre le Sida au Gabon
Tableau 27 : Mortalité (hospitalière) du paludisme dans les Régions Sanitaires
Tableau 28 : Morbidité du paludisme selon les Régions Sanitaires, Gabon, 2010-2013
Tableau 29 : Evolution de l'incidence du paludisme dans les Régions sanitaires
Tableau 30 : Evolution du taux de confirmation du paludisme
Tableau 31 : Evolution du taux d'utilisation de la moustiquaire au Gabon
Tableau 32 : forces, faiblesses, contraintes et opportunités de la lutte contre le paludisme
Tableau 33 : Evolution des décès chez les nouveaux cas à microscopie positive
Tableau 34 : Evolution du nombre de cas de tuberculose par Région Sanitaire
Tableau 35 : Taux de notification des nouveaux cas de tuberculose et rechutes
Tableau 36 : Diagnostic de confirmation bactériologique de la TB-MR
Tableau 37 : Evolution du taux de guérison et de succès thérapeutiques chez les nouveaux cas
Tableau 38 : Evolution des taux de guérison et de succès thérapeutique chez les rechutés (BAAR+)
Tableau 39 : Nombre de campagnes de sensibilisation sur la tuberculose
Tableau 40 : Forces, faiblesses, contraintes et opportunités de la lutte contre la tuberculose
Tableau 41 : Formations/recyclages sur la THA de 2011 à 2013
Tableau 42 : Classification des nouveaux cas de THA dépistés, Gabon, 2011-2013
Tableau 43 : Distribution des campagnes de sensibilisation et des examens de dépistage de la THA
Tableau 44 : Répartition des nouveaux cas de THA selon le mode de dépistage de 2011 à 2010
Tableau 45 : Prise en charge des nouveaux cas de THA dépistés, Gabon, 2011-2013
Tableau 46 : Forces, faiblesse, contraintes et opportunités de la lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine au Gabon en 2013
Tableau 47 : Evolution du taux de G2D, Gabon, 2010-2013
Tableau 48 : Répartition des nouveaux cas de lèpre et des invalidités selon le lieu de dépistage, Gabon, 2010-2013

Tableau 49 : Sensibilisations sur la lèpre
Tableau 50 : Nombre d'agents de santé ayant bénéficié d'un renforcement de capacité sur la lèpre
Tableau 51 : Activités de prévention des Invalidité et de Réadaptation physique
Tableau 52 : Activités de prévention des Invalidité et de Réadaptation physique
Tableau 53 : Forces, faiblesses, contraintes et opportunités de la lutte contre la lèpre
Tableau 54 : Nombre d'agents formés sur l'ulcère de Buruli
Tableau 55 : Répartition des nouveaux cas d'ulcère de Buruli selon le lieu de dépistage
Tableau 56 : Répartition des nouveaux cas d'ulcère de Buruli selon le lieu de résidence
Tableau 57 : Confirmation des nouveaux cas d'ulcère de Buruli par la PCR
Tableau 58 : Confirmation des nouveaux cas d'ulcère de Buruli par la PCR
Tableau 59 : Prise en charge des cas d'ulcère de Buruli
Tableau 60 : Résultats PCR obtenus chez de sujets absents du registre
Tableau 61 : Forces, Faiblesses, Contraintes et Opportunités de la lutte contre l'ulcère de Buruli
Tableau 62 : Indicateurs de la surveillance intégrée de la maladie et riposte
Tableau 63 : Répartition des cas de dengue et de Chikungunya par Région Sanitaire
Tableau 64 : Nature des campagnes menées par les Région Sanitaires
Tableau 65 : Forces, Faiblesses, Contraintes et Opportunités de la Lutte contre les Maladies Emergentes
Tableau 66 : Répartition des examens de recherche de microfilaires et de géo-helminthiases
Tableau 67 : Nombre de cas de Bilharziose et d'Onchocercose
Tableau 68 : Répartition des cas et décès liés au diabète par Régions sanitaires de 2011 à 2013
Tableau 69 : Répartition des cas et décès liés à l'HTA par Régions sanitaires de 2011 à 2013
Tableau 70 : Répartition des cas et décès liés à la drépanocytose par Régions Sanitaires de 2011 à 2013
Tableau 71 : Répartition des cas et des décès liés aux cancers par Régions Sanitaires de 2011 à 2013
Tableau 72 : Forces, faiblesses, contraintes et opportunités de la lutte contre les Maladies Non Transmissibles
Tableau 73 : Répartition des cas et décès liés aux maladies mentales par Régions Sanitaires de 2011 à 2013
Tableau 74 : Hospitalisation et décès notifiés par le Centre de Santé Mentale
Tableau 75 : Forces, faiblesses, contraintes et opportunités de la promotion de la santé mentale et de la lutte contre les toxicomanies
Tableau 76 : Dépenses d'investissement
Tableau 77 : Dépenses d'investissements par axe stratégique
Tableau 78 : Infrastructures du PNDS réalisées
Tableau 79 : Infrastructures du PNDS réalisées
Tableau 80 : Equipements du PNDS

Figures

Figure 1 : Répartition des causes de décès maternels au Gabon en 2013
Figure 2 : Répartition des malades suivis au service d'Oncologie du CHL selon la Région Sanitaire
Figure 3 : Etat des réalisations

Graphiques

Graphique 1 : Répartition de la mortalité maternelle par tranche d'âge en 2013
Graphique 2 : Distribution des sites PTME par région sanitaire et par fonctionnalité, Gabon, 2011
Graphique 3 : Nombre de cas de tuberculose, Gabon, 2011-2013
Graphique 4 : Taux de confirmation des nouveaux cas de tuberculose par la microscopie
Graphique 5 : Taux de réalisation des interventions dans le système de santé
Graphique 6 : Niveau de réalisation par axe stratégique
Graphique 7 : Taux d'exécution du budget d'investissement par axe stratégique
Graphique 8 : Taux d'exécution sur l'axe stratégique accessibilité géographique aux soins

Remerciements

Le présent rapport national de la revue à mi-parcours du PNDS 2011-2015 du Gabon a été réalisé par la Direction Générale de la Santé. Nos vifs remerciements vont aux institutions et organisations ci-après pour leur collaboration à ce travail :

- Secrétariat Général du Gouvernement
- Ministère du Budget et des Comptes Publics
- Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité Publique, de l'Immigration et de la Décentralisation
- Ministère de la Prévoyance Sociale et de la Solidarité Nationale
- Association Gabonaise de Santé Publique (AGSP)
- Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)
- Conseil de l'Ordre des Pharmaciens (COP)
- Association des Sages-femmes du Gabon (ASFG)
- Association Nationale Gabonaise des Infirmiers Diplômés et Etudiants (ANGIDE)
- Association des Puéricultrices du Gabon (APG)
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- Agence Française de Développement (AFD)
- Banque Africaine de Développement (BAD)
- Banque Mondiale (BM)
- Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP)
- Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA)
- Organisation des Nations Unies contre le SIDA (ONUSIDA)
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
- Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID)

L'appui de l'OMS au travail des sous-comités thématiques et de la coordination technique a été constant pendant les deux mois (du 29 avril au 30 juin 2014) qu'ont duré les activités de collecte des données.

Notre vœu est que toutes les parties concernées tirent largement profit de la diversité d'informations contenues dans le présent rapport, que l'engagement des uns et des autres observé tout au long de cette revue à mi-parcours demeure, et que cela contribue à améliorer la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015, en sorte que les résultats de l'évaluation finale reflète les efforts consentis par tous.

Dr Jean-Damascène KHOUILLA
Directeur Général de la Santé

Préface

La quête d'une meilleure santé de la population pour assurer le développement du pays est une constante du Gouvernement de la République. Le Gabon s'inscrit dans cette logique depuis plusieurs années, cela étant notamment manifesté 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 régulièrement 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 pour leur mise en œuvre.

L'adoption en Conseil des Ministres du Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 du Gabon participe de cette dynamique. Elaboré selon un processus participatif qui a impliqué l'ensemble des acteurs du secteur de la santé, le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 ambitionne de traduire en actes concrets la Politique Nationale de Santé adopté par le Gouvernement, politique qui s'appuie sur la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et le renforcement des Systèmes de Santé, et celle d'Alger sur la Recherche en Santé en Afrique. Il vise l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, favorise une plus grande implication des populations dans l'amélioration de leur état de santé, promeut un véritable partenariat entre l'Etat, les communautés, la société civile et les partenaires au développement. Son coût prévisionnel sur 5 ans s'établit à 497 milliards de francs CFA environ, soit 313 milliards en investissement et 184 milliards en fonctionnement, ce qui représente respectivement 63% et 37% du budget. Il s'agit d'un besoin de financement annuel moyen de l'ordre 99,5 milliards de francs CFA, soit 62,7 milliards en investissement et 36,8 milliards pour le fonctionnement.

L'un des défis majeurs du Gouvernement gabonais est d'offrir à la population des prestations de qualité dans un esprit d'équité et de justice sociale. Ce défi ne pourra pas être relevé sans la mise en place d'un système de santé performant, répondant aux besoins de plus en plus croissants des individus, des familles et des communautés en matière de santé. A cet égard, le Plan National de Développement Sanitaire reste un outil de référence, et sa mise en œuvre une exigence incontournable. Mais force a été de constater que deux ans et demi après l'adoption du Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 par le Gouvernement, aucune évaluation annuelle n'a été organisée pour apprécier son état de mise en œuvre, et notamment les ressources mobilisées à cette fin par le Gouvernement ou les partenaires au développement.

C'est dire que les résultats de la revue à mi-parcours qui vient d'être réalisée étaient vivement attendus. Cet exercice a permis d'apprécier les activités réalisées, le niveau d'atteinte des objectifs fixés, et les contributions du Gouvernement et des partenaires. En sorte que nous disposons désormais d'une base factuelle crédible permettant une bonne visibilité sur ce qui a été fait, ce qui reste à faire, et sur les recadrages à apporter pour atteindre nos objectifs. Ainsi, le résultat de la revue est à la hauteur de nos attentes et de celles de nos partenaires, à cause notamment des recommandations contenues dans le rapport national, et qui font de celui-ci un puissant outil d'aide à la décision.

C'est pourquoi nous tenons à adresser nos plus vifs remerciements à l'ensemble des experts nationaux et internationaux qui ont travaillé avec rigueur et abnégation à la réussite de ce projet. Ces remerciements vont également aux partenaires techniques et financiers, notamment l'Organisation Mondiale de la Santé, pour leur soutien permanent et soutenu à tous les chantiers que nous engageons.

Le Ministre de la Santé

Fidèle MENGUE ME ENGOUANG

Sigles et abréviations

ACD : Atteindre Chaque Département
ACT : Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisine
ADG : Association des Diabétiques du Gabon
AES : Accident d'Exposition au Sang
AFD : Agence Française de Développement
AFRO : Bureau Régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique
AGSP : Association Gabonaise de Santé Publique
AME : Allaitement Maternel Exclusif
ANGIDE : Association Nationale Gabonaise des Infirmiers Diplômés et Etudiants
ANJE : Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
APG : Association des Puéricultrices du Gabon
ARV : Anti Rétro Viraux
ASFG : Association des Sages-femmes du Gabon
ASV/ASC : Agent de Santé de Village / Agent de Santé Communautaire
ATB : Antibiotiques
AVS : Activités de Vaccination Supplémentaire
BAAR : Bacille Acido-Alcoolo-Résistant (mycobactérie)
BAD : Banque Africaine de Développement
BCG : Bacille de Calmette et Guérin
BELE : Base d'Epidémiologie et de Lutte contre les Endémies
BK : Bacille de Koch (bacille tuberculeux *Mycobacterium tuberculosis*)
BM : Banque Mondiale
CCCD : Communication pour le Changement de Comportement Durable
CDMT : Cadre de Dépense à Moyen Terme
CDT : Centre de Diagnostic et de Traitement
CDS : Comptes Départementaux de la Santé
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
CERMEL : Centre de Recherches Médicales de Lambaréné
CHU / CHR : Centre Hospitalier Universitaire / Centre Hospitalier Régional
CIRMF : Centre International de Recherches Médicales de Franceville
CM : Centre Médical
CNAMGS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale
CNN : Centre National de Nutrition
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNS : Comptes Nationaux de la Santé
CNSM : Centre National de Santé Mentale
CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine
COP : Conseil de l'Ordre des Pharmaciens
COSP : Cellule d'Observation de la Santé Publique
CPF : Centre de Planification Familiale
CPNR : Consultation Pré Natale Recentrée
CPONR : Consultation Post Natale Recentrée
CRS : Comptes Régionaux de la Santé
CRTS : Centre Régional de Transfusion Sanguine
CS : Centre de Santé
CSUL : Centre de Santé Urbain de Lambaréné
CT : Centre de Traitement
CTA : Centre de Traitement Ambulatoire du VIH

CUSS : Centre Universitaire des Sciences de la Santé
CVC : Couverture Vaccinale Complète
DALYs : *Disability Adjusted Life Years (YLD+YLL)*
DAP : *Disability Action Plan* (Plan d'Action contre le Handicap 2014-2021 de l'OMS)
DGPS : Direction Générale de la Prévention du Sida
DGRHMG : Direction Générale des Ressources Humaines et des Moyens Généraux
DGS : Direction Générale de la Santé
DIS : Direction de l'Informatique et des Statistiques
DMP : Direction du Médicament et de la Pharmacie
DNSMI : Direction Nationale de la Santé Maternelle et Infantile
DOTS : Traitement de courte Durée directement observé
DRS : Direction Régionale de Santé / Directeur Régional de Santé
DS : Département Sanitaire
DSCRP : Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
DTCOQ : vaccin combiné anti Diphtérie – Tétanos – Coqueluche
EASSML : Ecole d'Application des Services de Santé Militaire de Libreville
EDSG : Enquête Démographique et de Santé du Gabon
EGEP : Enquête Gabonaise pour l'Evaluation de la Pauvreté
EGS : Etats Généraux de la Santé
EMAIL : Education et Mobilisation pour une Autre Image de la Lèpre
ENASS : Ecole Nationale d'Action Sanitaire et Sociale
EPS : Education Pour la Santé
e-TME : Elimination de la Transmission Mère Enfant du VIH
FAP : Femme en Age de Procréer
FMP : Faculté de Médecine et de Pharmacie
FMSS : Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé
FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population
FOSA : Formation Sanitaire
FRF : Fondation Raoul Follereau
FSBO : Fondation Sylvia Bongo Ondimba pour la Famille
GEF : Gabonais Economiquement Faible
GU : Guéris
G2DR : Grade 2 Disability Rate (Taux d'invalidité de degré 2 chez les nouveaux cas dépistés)
HHA : Mécanisme d'Harmonisation de la Santé en Afrique
HIAOBO : Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba
HREM : Hôpital Régional de l'Estuaire à Melen
HRP : Hématome Rétro Placentaire
HSN : Hôpital Spécialisé de Nkembo
HTA : Hypertension Artérielle
IDH : Indice de Développement Humain
IELE : Institut d'Epidémiologie et de Lutte contre les Endémies
IEC : Information Education et Communication
IHPA : Institut d'Hygiène Publique et d'Assainissement
INFASS : Institut National de Formation d'Action Sanitaire et Sociale
IRA : Insuffisance Respiratoire Aigüe
IST : Infection Sexuellement Transmissible
JANS : *Joint Assement of National Health Strategy* (Outil d'Evaluation Conjointe des Stratégies et Plans de Santé Nationaux)
JICA : Agence Japonaise de Coopération Internationale
JNLMM : Journée Nationale de Lutte contre la Mortalité Maternelle
LAVI : Lutte Anti Vectorielle Intégrée
LNSP : Laboratoire National de Santé Publique
MCD : Médecin Chef de Département
MDR : *Multi Drug Resistant* (multi résistant aux antituberculeux)

MIILDA : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
MIILDE : Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Efficacité
MNT : Maladies Non Transmissibles
MSPP : Ministère de la Santé Publique et de la Population
MST : Maladie Sexuellement Transmissible
MTN : Maladies Tropicales Négligées
NEPAD : Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique
ND : Non Disponible
NV : Naissances Vivantes
OCPT : Objets Coupants, Piquants ou Tranchants
OHT : *One Health Tool* (Outil de programmation unique des organismes des Nations Unies)
OMD : Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONU : Organisation des Nations Unies
ONUSIDA : Organisation des Nations Unies contre le SIDA
OPN : Office Pharmaceutique National
OUA : Organisation de l'Unité Africaine
PATTEC : *Pan African Tse-tse ans Trypanosomiasis Eradication Campaign* (Campagne Pan Africaine d'Eradication des Tsé-tsé et des Trypanosomoses)
PALs : *Persons Affected by Leprosy* (Personnes touchées/affectées par la Lèpre)
PCIME : Prise en Charge Intégré des Maladies de l'Enfant
PCR : *Polymerase Chain Reaction* (technique de Biologie Moléculaire)
PEC : Prise En Charge
PECADOM : Prise en Charge des Cas (de paludisme) à Domicile
PESS : Paquet Essentiel des Services de Santé
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PF : Planification Familiale / Point Focal
PFR/PFD : Point Focal Régional/Départemental
PIB : Produit Intérieur Brut
PID : Pulvérisation Intradomicilaire
PIRP : Prévention de Invalidités et Réadaptation Physique (réhabilitation fonctionnelle)
PLIST : Programme de Lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles
PLMI : Programme de Lutte contre les Maladies Infectieuses
PLMP : Programme de Lutte contre les Maladies Parasitaires
PM : Programme Mondial / Population Mondiale
PMA : Paquet Minimum d'Activités
PNAS : Plan National d'Action Sanitaire
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PNLMNT : Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLT : Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNPCC : Programme National de Prévention et de Contrôle des Cancers
PNS : Politique Nationale de Santé
PNSMTAD : Programme National de Santé Mentale et de lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme et les Drogues
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
PoD : *Prevention of Disabilities* (Prévention des Invalidité, volet PI de la PIRP)
PSGE : Plan Stratégique Gabon Emergent
PTF : Partenaires Techniques et Financiers
PTME : Prévention Transmission Mère Enfant
PVVIH : Personne vivant avec le VIH
RBC : Réadaptation à Base Communautaire
RS : Région Sanitaire

RTPCR : *Real Time PCR* (PCR en temps réel)
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SIMR : Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte
SM : Santé Mentale
SMART(ER) : Spécifique, Mesurable, Accessible, Réaliste, Temporellement défini Evaluable et Ré-évaluable
SMI : Santé Maternelle et Infantile
SNESPS : Service National d'Education Sanitaire et de Promotion de la Santé
SNIS : Système National d'Information Sanitaire
SONUB : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
SONUC : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complets
SP : Sulfadoxine-Pyriméthamine
SR : Santé de la Reproduction
SSP : Soins de Santé Primaires
SSR : Santé Sexuelle et de la Reproduction
STEPS : Séquence de Tâches Essentielles Pour (conduire une enquête) STEPS
TB : Tuberculose
TB MDR : Tuberculose multi résistante (*angl. : Multi Drug Resistant*)
TDR : Test de Diagnostic Rapide
THA : Trypanosomiase Humaine Africaine (maladie du sommeil)
TPI : Traitement Préventif Intermittent
TPM+ : Tuberculose Pulmonaire à Microscopie Positive
TTF : Tuberculose Toutes Formes
UA : Union Africaine
UB : Ulcère de Buruli (ulcère à *Mycobacterium ulcerans*)
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
USAID : Agence des Etats-Unis pour le Développement International
USD : Dollar US
USS : Université des Sciences de la Santé
VAA : Vaccin Anti Amaril
VAR : Vaccin Anti Rougeoleux
VAT : Vaccin Anti Tétanique
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
VPO : Vaccin anti Polio Oral
YLD : *Years Life Lived with Disability* (nombre d'années vécues avec un handicap)
YLL : Years Life Lost due to a premature death (nombre d'années perdues par une mort prématurée)

Carte 1 : Carte administrative du Gabon

Première partie :

Rappels, méthodologie et limites de la revue

Chapitre 1. Rappels

1.1. Généralités sur le pays et son système de santé

Situé en Afrique Centrale, à cheval sur l'Equateur, le Gabon 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 qui le borde sur 800 km de côte. Sa superficie est de 267 667 km² avec une forêt recouvrant plus de 75% de son territoire. Sa population est estimée à 1.587.685 habitants, soit une densité de 5,9 habitants/km². Le climat est de type équatorial, chaud et humide. La température moyenne annuelle est de 26° et l'hygrométrie de plus de 80%.

Selon le dernier rapport 2013 du PNUD sur l'indice de développement humain (IDH), le Gabon occupe la 106ème place mondiale sur 189 pays recensés, avec un revenu par habitant de 8 850 dollars US. Au niveau continental, le pays se place au 6ème rang, derrière les Seychelles, la Libye, l'Ile Maurice, l'Algérie et la Tunisie.

Le régime politique consacré par la Constitution est de type semi présidentiel, avec un parlement bicaméral. Libreville est la capitale politique, et Port-Gentil la capitale économique.
Le système de santé est organisé en trois secteurs (public civil et militaire, parapublic et privé) dont les relations de complémentarité sont formalisées par le document normatif du secteur de la santé. L'organisation du secteur public civil est calquée sur celle de l'administration générale, avec une architecture pyramidale à trois niveaux : périphérique ou primaire, intermédiaire ou secondaire, et central ou tertiaire. Le niveau central a un rôle d'orientation stratégique, normatif et régulateur de l'ensemble du système. Le niveau intermédiaire a un rôle d'appui technique aux structures régionales et départementales. Le niveau périphérique est constitué par les structures départementales. C'est par excellence le niveau d'opérationnalisation des Soins de Santé Primaires.
Il existe aussi une organisation territoriale du secteur de la santé, qui consiste en un découpage géographique du Gabon en régions sanitaires subdivisées elles-mêmes en départements sanitaires, le département sanitaire étant l'unité territoriale, administrative et budgétaire de base.

En matière de politique sanitaire, l'adhésion des autorités aux différentes initiatives aussi bien nationales qu'internationales visant l'amélioration des conditions de vie des populations a notamment eu pour conséquence l'élaboration et l'adoption de la Politique Nationale de Santé, la finalisation du Plan National de Développement Sanitaire de première génération (2007-2010) et de deuxième génération (2011-2015), et la mise en œuvre du régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale.

Au plan épidémiologique, la situation du pays reste caractérisée par la persistance des maladies transmissibles infectieuses et parasitaires, l'importance croissante des maladies non transmissibles, l'apparition de maladies émergentes et ré-émergentes auxquelles s'ajoutent les pathologies liées au modernisme telles que les traumatismes des accidents de la voie publique, l'alcoolisme, le tabagisme, les toxicomanies, les maladies professionnelles et celles liées à l'alimentation. Il faut aussi noter la recrudescence des infections sexuellement transmissibles dans le contexte de la pandémie du VIH/SIDA, et la forte prévalence de la drépanocytose.

Il y a enfin les difficultés du plus grand nombre à accéder à l'eau potable, notamment en zone rurale, et les difficultés d'assainissement du milieu de vie suite à l'absence de système efficace de gestion des déchets industriels et ménagers, et à l'insuffisance d'aménagements pour l'évacuation des eaux usées et des excrétas.

1.2. Priorités sanitaires stratégiques du PNDS

Le PNDS 2011-2015 veut prendre en compte de manière harmonieuse les différentes préoccupations qui traduisent la demande des populations bénéficiaires et les recommandations de la communauté internationale.

Les fora et les Etats Généraux de la Santé avaient mis l'accent sur (i) l'accueil et la qualité des soins (motivation des personnels, formation, rémunération et amélioration de la gestion des personnels) ; (ii) l'amélioration de l'accès aux médicaments et (iii) la nécessité d'une réorganisation administrative et technique du secteur sanitaire.

Le PNDS 2011-2015 s'inspire aussi des orientations ratifiées par le Gabon, s'inscrivant (i) dans les grands programmes régionaux, notamment dans le cadre des politiques développées par la Communauté des Etats d'Afrique Centrale ; (ii) dans les grandes initiatives internationales en faveur du développement humain et social ; (iii) dans les conventions internationales de portée sanitaire et sociale et (iv) dans la nécessité d'un développement du secteur de la santé respectant le cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) convenu.

Le PNDS 2011-2015 a pour objectif général d'améliorer l'état de santé et le bien-être des populations, notamment des plus démunies. Cet objectif général est décliné en objectifs spécifiques associés à des indicateurs d'impact, tel que présenté dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Objectifs spécifiques et indicateurs d'impact

Objectifs spécifiques	*Indicateurs d'impact*
Réduire la mortalité maternelle de 519 décès pour 100 000 NV à 129 décès pour 100 000NV, d'ici 2015	Ratio de mortalité maternelle.
Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 92 pour 1000 NV à 30 pour 1000 NV, d'ici 2015	Taux de mortalité infanto-juvénile Taux de mortalité infantile Taux de mortalité néonatale
Réduire de 5,2% à 3% la séroprévalence du VIH, d'ici 2015	Prévalence/Incidence du VIH
Réduire de 96 pour 100 000 habitants à 50 pour 100 000 habitants la mortalité liée au paludisme d'ici 2015	Taux de mortalité spécifique au paludisme Prévalence/Incidence du paludisme
Réduire de 410 pour 100 000 habitants à 200 pour 100 000 habitants la prévalence de la tuberculose d'ici 2015	Taux de mortalité spécifique à la Tuberculose Prévalence/Incidence de la Tuberculose
Eliminer la trypanosomiase humaine africaine en tant que problème de santé publique et prendre en charge les autres pathologies tropicales négligées	Taux de mortalité spécifique de la THA Prévalence de la THA Prévalence de la lèpre Prévalence de l'ulcère de Buruli
Réduire d'au moins 50 % l'incidence des maladies émergentes (Chikungunya, Dengue, Ebola)	Incidence du Chikungunya, de la Dengue, et de la FH à virus Ebola
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 insuffisances rénales Prévalence/incidence de la drépanocytose Prévalence/incidence des maladies mentales Prévalence/incidence des cancers du col Taux de mortalité spécifique à ces maladies
Réduire d'au moins 30% la mortalité intra-hospitalière d'ici 2015	Taux de mortalité intra-hospitalière

1.3. Cadre de mise en œuvre

Le cadre de mise en œuvre du PNDS identifie pour chaque objectif spécifique la Baseline, la cible, les responsables de mise en œuvre, les indicateurs objectivement vérifiables et les moyens de vérification. Il précise les acteurs de mise en œuvre, leurs rôles et inter relations, distinguant trois principales parties prenantes : l'Etat et ses démembrements (services centraux, services déconcentrés de l'Etat) à qui incombe le rôle principal, les partenaires (agences de la coopération bi et multi latérale, secteur privé, société civile) qui apportent un soutien aux actions de l'Etat, et enfin les détenteurs de droit regroupés au sein des familles et des communautés.

1.4. Mécanisme de suivi et évaluation

Le PNDS contient, parfaitement décrit, le mécanisme de suivi et évaluation de sa mise en œuvre au niveau national, régional et départemental.

Ainsi, 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 et départements sanitaires et des directions générales serait organisée. Il serait également organisé une réunion annuelle de coordination de l'aide des bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux.

Les revues annuelles se feraient au quatrième trimestre et coïncideraient avec la réunion du suivi impliquant l'ensemble des acteurs de la mise en œuvre par niveau. Ces revues seraient 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/finalisation des plans opérationnels de l'année suivante.

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

L'évaluation finale interviendrait au terme des cinq années de mise en œuvre du PNDS et serait exécutée de préférence par des évaluateurs externes. Elle permettrait de 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 et formuler des recommandations pour l'élaboration du prochain PNDS.

Chapitre 2. Méthodologie de la revue

2.1. Cadre institutionnel

Pour la revue à mi-parcours du PNDS 2011-2015, une Commission de suivi et d'évaluation a été mise en place par arrêté du ministre de la santé (arrêté n° 0003/MS/SG/DGS du 02 avril 2014). La Commission, présidée par le ministre lui-même, comprend un comité de pilotage présidé par le Secrétaire général du Ministère de la santé et un comité technique présidé par le Directeur Général de la Santé. L'ensemble des parties prenantes, y compris la société civile et les partenaires au développement, y sont représentés.

Le comité de pilotage avait pour mission :

- de piloter la revue à mi-parcours du PNDS ;
- de centraliser et mettre à la disposition des intervenants tous les documents utiles à la revue;
- de s'assurer que toutes les ressources humaines, matérielles et financières requises pour la revue sont disponibles ;
- de promouvoir et faciliter la concertation et le dialogue entre les différents responsables de mise en œuvre, les services techniques de l'administration, le secteur privé, la société civile, les organisations à base communautaire et les partenaires techniques et financiers ;
- de présenter périodiquement au ministre de la santé l'état d'avancement de la revue ;
- de valider les rapports du comité technique et le rapport final de la revue à mi-parcours.

Le comité technique était notamment chargé :

- de réaliser la revue à mi-parcours du PNDS ;
- d'analyser les progrès réalisés y compris le niveau d'atteinte des objectifs ;
- d'identifier les forces, faiblesses, opportunités et menaces à la mise en du PNDS ;
- d'évaluer les moyens mis à disposition par le Gouvernement et les partenaires au développement pour atteindre les résultats escomptés ;
- d'apprécier l'implication des parties prenantes dans la mise en œuvre du plan ;
- d'apprécier la déclinaison du PNDS en plans d'action annuels ;
- de présenter périodiquement au comité de pilotage l'état d'avancement de la revue ;
- d'élaborer le rapport technique de la revue à mi-parcours ;
- de préparer l'atelier de validation du rapport final de la revue.

Le comité technique a mis en place des sous-comités (4 sous-comités au niveau central et 10 sous-comités régionaux) chargés de la collecte des données et de la production de pré-rapports d'analyse.

Il a par ailleurs bénéficié de l'assistance des partenaires techniques et financiers (PTF) intervenant dans le secteur de la santé au Gabon, notamment ceux du mécanisme HHA intéressés par les différents thèmes analysés.

2.2. Objectifs de la revue

La revue avait pour objectif général de procéder à une évaluation à mi-parcours de l'atteinte des objectifs du PNDS 2011-2015, assortie de recommandations pour accélérer l'atteinte des résultats.

De façon spécifique, la revue à mi-parcours du PNDS devait analyser :

1) Dans le cadre de la revue de la qualité du PNDS avec l'outil d'évaluation conjointe JANS :

- la clarté et la pertinence des priorités et des stratégies sélectionnées ;
- la solidité et le caractère inclusif des processus d'élaboration et d'approbation de la stratégie nationale ;
- la solidité et la faisabilité du cadre financier ;

- la solidité des dispositions et des systèmes de mise en œuvre et de gestion des programmes constituant la stratégie nationale ;
- la solidité des mécanismes d'examen et d'évaluation et la manière dont leurs résultats sont utilisés ;

2) Dans le cadre de la revue programmatique portant sur les trois premières années de mise en œuvre (2011 à 2013) :
- les progrès réalisés par rapport aux objectifs et cibles fixés ;
- les forces, les faiblesses, les opportunités, les menaces, les défis rencontrés, les leçons apprises et les bonnes pratiques identifiées ;
- le niveau de financement du PNDS par rapport au budget prévisionnel, l'adéquation entre les ressources mises à disposition et les résultats réalisés, la pertinence et l'efficience dans l'affectation des ressources financières ;
- les progrès réalisés en termes d'équité.

Enfin, la revue à mi-parcours du PNDS devait générer des bases factuelles actualisées (progrès réalisés, défis rencontrés tant sur le plan technique que financier, bonnes pratiques) et proposer des recommandations et autres actions correctrices pour accélérer la mise en œuvre et lever les goulots d'étranglement.

2.3. Outils de collecte des données

L'outil d'évaluation conjointe des stratégies et plans de santé nationaux (JANS, version 3, août 2013) a été utilisé pour la revue de la qualité du PNDS.

Pour la revue programmatique, trois outils ont été élaborés :
- l'outil 1 : « FICHE DE COLLECTE DES DONNEES DU DEPARTEMENT SANITAIRE » ;
- l'outil 2 : « FICHE DE COLLECTE DES DONNEES DE LA REGION SANITAIRE » ;
- l'outil 3 : « FICHE DE COLLECTE DES DONNEES NATIONALES ».

Chaque outil reprend, par objectifs/axes stratégiques/activités, et d'après les indicateurs retenus dans le PNDS, le budget total prévu (fonctionnement et investissement), le montant dépensé, les sources de financement et les sources des données.

2.4. Formation des enquêteurs

Le travail sur le terrain a été précédé d'une phase de formation des enquêteurs, avec :

- du 06 au 08 mai 2014 un atelier de validation des outils de collecte des données, incluant la répartition des participants dans les quatre sous-comités thématiques du niveau central (santé de la mère et de l'enfant, lutte contre la maladie, système de santé, analyse du PNDS par l'outil JANS) ;
- du 17 au 19 juin 2014 un atelier d'identification et d'analyse des goulots d'étranglement du système de santé ; cet atelier, offrant une synergie intéressante avec l'*investment case* (document de plaidoyer pour la mobilisation des ressources dans les interventions à haut impact pour la santé maternelle et infantile) a permis un enrichissement mutuel entre l'exercice de revue du PNDS et celui d'élaboration de l'*investment case.*

2.5. Collecte des données

La phase de collecte des données a consisté essentiellement en une revue de tout document source d'informations sur la mise en œuvre du PNDS (rapport de l'EDSG II, rapports d'évaluations diverses existants, revues des différents programmes de lutte contre la maladie, rapports sur les réalisations du Ministère, ses départements et ses programmes, rapports annuels des partenaires techniques et financiers, budgets annuels du Gouvernement et leurs exécutions, rapports des comptes nationaux de la santé 2010 et 2011, rapports d'activités des structures hospitalières, des DRS, rapports d'études et de recherches sur les

maladies, données d'autres départements ministériels concernés tels le Budget, l'Enseignement supérieur, l'Hydraulique, l'Environnement, rapport de la revue de l'UNDAF 2012 – 2016, etc…)

Des entretiens avec des responsables principaux de mise en œuvre du PNDS et des visites sur le terrain ont également constitué des sources d'informations.

Les sous-comités régionaux (DRS, MCD, gestionnaires des données et statisticiens) ont joué un rôle clé par leur travail, duquel dépendait en grande partie celui des sous-comités thématiques du niveau central. Les données et rapports émanant des régions étaient transmis par support papier et/ou numérique via Internet. La date de réception des données désagrégées provenant des Régions Sanitaires s'est étalée du 26 mai au 1er juillet 2014. Le taux de complétude des Régions Sanitaires est de 100%, le taux moyen de complétude du nombre de fiches de collecte attendues par Région Sanitaire et reçues est de 80,3%.

2.6. Traitement des données

La compilation, l'analyse des données, et l'élaboration des rapports sectoriels ont été effectuées au niveau régional par les sous-comités régionaux et au niveau national par les sous-comités thématiques assistés d'un expert de la COSP. Celui-ci devait notamment concevoir le masque de saisie des données, générer les tableaux et graphiques à inclure dans les rapports d'analyse et contribuer à l'analyse des données, notamment dans les aspects de progrès ou non dans l'atteinte des objectifs du PNDS, d'équité et d'efficacité des interventions.

2.7. Contraintes et limites de la revue

2.7.1. Contraintes

Contraintes liées aux activités intercurrentes

Pendant le déroulement de la revue, et en plus des charges habituelles liées à leurs fonctions, les membres des comités régionaux et thématiques ont été sollicités pour un certain nombre activités importantes décentralisées impliquant des acteurs du niveau central, les DRS et d'autres ressources du niveau régional. On peut citer notamment :

- la formation à l'utilisation de l'outil One Health (OHT) ;
- l'atelier sur les Goulots d'Etranglements du système de santé dans le cadre de *l'investment case* ;
- l'atelier de validation du Plan d'action de la lutte contre la THA ;
- le séminaire de formation à l'outil QIS ;
- la Journée Mondiale de Lutte contre les Drogues ;
- les Réunions préparatoires STEPS ;
- le premier passage de la Campagne de vaccination contre la polio ;
- l'enquête épidémiologique de cartographie de l'onchocercose et de la loase dans 27 communautés du Gabon ;
- la cérémonie de remise des diplômes des Cadres de Santé Publique de l'INFASS (éléments majoritaires du comité thématique « lutte contre la maladie ».

Contraintes liées à l'indisponibilité de certains responsables

Certains responsables de services de santé, en mission (IELE), en déplacement, ou en réunion (PNLT/Fonds Mondial, PLIST/HIAOBO), n'ont pas pu être mis à contribution dans les délais requis.

Autres contraintes

La collecte et la validation des informations sanitaires ont été par ailleurs entravées par :

a) De façon générale

- la méconnaissance du PNDS par des responsables et des personnels enquêtés, ce qui les rendait inaptes à fournir une information pertinente ;
- l'absence de médiatisation de la revue combinée à la lenteur de certaines des administrations sollicitées, ce qui a entraîné le retard et parfois même le refus de collaboration de certains responsables (réticence à livrer des informations en absence d'instruction de la hiérarchie);
- les problèmes de complétude dans la remontée des données pour renseigner les indicateurs de manière routinière ;
- l'absence d'Intranet dans les formations sanitaires pour la collecte et l'harmonisation des données ;
- l'absence de réponse et/ou les refus de certains personnels et services de santé sollicités ;
- la modification intercurrente des définitions et des cibles de certains programmes de santé ;
- l'absence de consensus sur les données de population ;
- les nombreux items non renseignés (*NR*) ou non disponibles (*ND*) ;
- l'absence fréquente des valeurs de départ *(=baseline)* rendant difficile l'appréciation des tendances évolutives ;
- les cases vides dont il est difficile de savoir si cela correspond à une donnée manquante, perdue, non recueillie ou à une *« notification zéro »* ;
- l'existence de données agrégées ;
- l'absence d'identification de certains documents numériques reçus des Régions ;
- l'erreur d'identification des onglets numériques ;
- l'absence d'envoi de la version papier des fiches de collecte ;
- l'absence de saisie numérique des fiches de collecte ;
- le temps imparti pour la collecte (deux mois).

b) Concernant particulièrement la santé de la mère et de l'enfant

- la difficulté de collecter la donnée de mortalité maternelle dans les structures sanitaires ;
- la non fonctionnalité du système de Suivi-Evaluation et des comités d'audit des décès maternels ;
- l'insuffisance de personnel formé à la collecte des données supports des audits des décès maternels ;
- le manque de connaissance, par les prestataires de PF, de l'indicateur approprié pour ce service, et les outils de collecte non adaptés à cet indicateur ;
- le manque de coordination entre le Ministère de la Santé et la CNAMGS dans la collecte des informations relatives aux CPNR.

c) Concernant particulièrement la lutte contre la maladie

- l'absence totale de fiches de collecte remplies pour certains départements sanitaires ;
- l'absence d'analyse des données par les comités régionaux ;
- la maîtrise insuffisante des indicateurs de suivi par les gestionnaires de données ;
- l'arrivée tardive des fiches de collecte, préjudiciable à l'analyse des données ;
- la substitution des données nationales d'un programme de santé aux données de la Région Sanitaire (cas notamment de la Région Sanitaire de Libreville-Owendo).

d) Concernant particulièrement le système de santé

- la faible disponibilité de l'information touchant aux aspects financiers du PNDS ;
- l'absence de continuité et d'archivage des données dans les services ;
- la méconnaissance du niveau de mise en œuvre des principales activités et/ou du montant des inputs, des taux de décaissements du budget national et de l'appui financier des partenaires, ne permettant pas de se prononcer sur l'efficacité ou sur l'efficience des interventions.

2.7.2. Limites

Du fait de l'absence de Comité de suivi et de disponibilité d'un plan de suivi-évaluation de la mise en œuvre du PNDS, la liste, la définition et les modalités de recueil des indicateurs de suivi des différentes revues, qu'elles soient annuelles, finale ou à mi-parcours, n'ont pas été formalisées. En outre, les indicateurs d'impact du PNDS n'ont pas été diffusés. En règle, ils ne sont pas disponibles en routine et, souvent, leur

valeur de référence n'est pas connue. En fin de compte, les indicateurs de processus et les intrants collectés auprès des Régions et des Départements sanitaires dans le cadre de la Revue à mi-parcours ne s'avèrent pas toujours SMART.

La qualité et la quantité des indicateurs reçus des Régions sanitaires variaient aussi selon qu'il existait ou non :

- de données sanitaires préalablement validées et/ou archivées auxquelles se référer ;
- d'agents de santé maîtrisant la définition des indicateurs et des intrants recueillis ;
- de gestionnaires de données disposant de (et maîtrisant) l'outil informatique, les logiciels de gestion de données appropriés et/ou l'accès à internet.

Tout ceci limite la valeur et l'interprétation de certains résultats.

Enfin, le temps mis pour mobiliser les fonds puis organiser la revue à mi-parcours du PNDS 2011-2015 est rédhibitoire, car le présent exercice se tient à la quatrième année de mise en œuvre, ce qui est trop tardif pour réviser quoi que ce soit pouvant substantiellement affecter le résultat de la revue finale en 2015.

En définitive, le présent rapport national de la revue à mi-parcours du PNDS 2011-2015 s'appuient sur :

a) les données statistiques validées lors de l'atelier de dialogue national sur les résultats de la revue à mi-parcours du PNDS et l'accélération de sa mise en œuvre, tenu à Libreville, à l'hôtel Okoumé Palace du 3 au 4 juillet 2014 ;
b) les informations échangées tout au long des réunions organisées pendant la revue ;
c) les rapports numériques des Commissaires en charge des différentes thématiques, incluant l'analyse des données collectées, les recommandations et la liste des interventions budgétisées du PNDS identifiées comme prioritaires (parce qu'à fort impact et réalisables pour 2015)

Il convient enfin de préciser qu'eu égard au temps imparti, les données disponibles du paludisme et de la tuberculose n'ont pas été désagrégées jusqu'au niveau du département sanitaire.

Deuxième partie :

Résultats

Chapitre 3. Evaluation de la qualité du PNDS par l'outil JANS

Le JANS est un outil d'évaluation conjointe des stratégies et plans de santé nationaux dans cinq domaines : analyse de la situation et programmation, processus d'élaboration, coût et cadre de financement de la stratégie, mise en œuvre et disposition de gestion, mécanisme de suivi et d'évaluation. Le PNDS 2011-2015 du Gabon a fait l'objet d'une analyse par l'outil JANS, avec pour principaux résultats les informations qui suivent concernant ses points forts et ses faiblesses.

3.1 Analyse de la situation et programmation

Ce domaine évalue la clarté et la pertinence des priorités et des stratégies choisies.

Les points forts identifiés sont les suivants :

- l'analyse de la situation s'est appuyée sur une revue participative approfondie, à travers les états généraux de la santé, des déterminants et des résultats de santé ;
- l'analyse des résultats de la mise en œuvre du PNAS (1998-2000) a permis d'identifier les obstacles majeurs de la mise en œuvre notamment la capacité budgétaire de l'Etat à financer les interventions prévues ;
- les objectifs sont clairement définis y compris dans le temps, mesurables et réalistes ; ils traitent également des priorités en matière de santé, d'accès aux prestations et de qualité des soins, et prennent en compte les engagements internationaux du pays ;
- le plan a identifié et traité les questions systémiques principales liés aux six piliers du système de santé (gouvernance et leadership, système d'information sanitaire, financement, ressources humaines, technologies sanitaires, prestations des services de santé) ;
- les interventions planifiées sont réalisables et adaptées au contexte local.

Les faiblesses sont :

- une obsolescence et une absence de désagrégation des données, ainsi qu'une absence de baselines qui pourraient conduire à une minimisation ou à une surestimation des problèmes ; de même, les stratégies identifiées pour les résoudre pourraient ne pas être à la hauteur de la situation ;
- une faible prise en compte des aspects d'équité qui pourrait entrainer une faible prise en compte des populations vulnérables ;
- une absence d'analyse d'efficacité et d'efficience des interventions qui pourrait conduire à des choix ne tenant pas compte des contraintes budgétaires ;
- une absence de plan de mobilisation des ressources financières qui pourrait entraver la mise en œuvre optimale du PNDS 2011-2015.

3.2 Processus d'élaboration

Ce domaine évalue la solidité et le caractère inclusif des processus d'élaboration et d'approbation de la stratégie nationale.

Les points forts identifiés sont les suivants :

- les différentes parties prenantes (Gouvernement, société civile, collectivités locales, secteur privé de soins, secteur parapublic, partenaires au développement) ont été impliquées lors de l'élaboration du PNDS grâce à l'organisation des états généraux de la santé précédée par les rencontres provinciales ;
- il existe un engagement politique de très haut niveau pour le PNDS traduit par son adoption en Conseil des Ministres précédé par un débat en Conseil interministériel ;
- le PNDS pose le problème du cadre législatif et réglementaire requis pour sa mise en œuvre ;
- le PNDS est aligné sur le Plan Stratégique Gabon Emergent ; de même la majorité des plans stratégiques de lutte contre la maladie est alignée sur les objectifs du PNDS.

Les faiblesses sont :

- l'inexistence d'une structure et d'un mécanisme de financement clair du PNDS qui compromet largement sa mise en œuvre ;
- l'absence de mise en place des structures de mise en œuvre du PNDS qui a largement compromis l'implication des différentes parties prenantes dans sa mise en œuvre ;
- la faible diffusion du PNDS auprès de tous les acteurs qui a compromis son appropriation et donc sa mise en œuvre.

3.3 Coût et cadre de financement de la stratégie

Ce domaine évalue la solidité et la faisabilité du cadre financier.

Les points forts identifiés sont les suivants :
- le PNDS prévoit un cadre de dépenses avec un budget décliné en fonctionnement et en investissement, ainsi que les ressources disponibles et celles à mobiliser ;
- le coût total du PNDS est décliné par objectifs et par axe stratégique notamment les six piliers du système de santé (gouvernance et leadership, système d'information sanitaire, financement, ressources humaines, technologies sanitaires, prestations des services de santé) ;
- les projections de financement du PNDS ont été validées sur le plan économique en tenant compte des possibilités financières du pays (espace budgétaire, cadre de dépenses à moyen terme et environnement économique).

Les faiblesses sont :
- une absence d'engagements financiers fermes des différentes parties prenantes, faiblesse majeure ayant un impact certain sur le financement du PNDS ;
- l'absence d'organisation d'une table ronde des bailleurs, qui nuit à la mobilisation des fonds nécessaires à la mise en œuvre complète ;
- l'inexistence de mécanisme de priorisation des interventions en cas de déficit de financement, ce qui empêche le redéploiement des fonds reçus vers les priorités du Ministère.

3.4 Mise en œuvre et disposition de gestion

Ce domaine évalue la solidité des dispositions et des systèmes de mise en œuvre et de gestion des programmes contenus dans la stratégie nationale.

Les points forts identifiés sont les suivants :
- les rôles et les responsabilités des partenaires chargés de la mise en œuvre sont décrits dans le PNDS ;
- les besoins en ressources humaines ont été définis et budgétisés, le PNDS a recommandé l'élaboration d'un plan de développement des ressources humaines en santé ;
- certains mécanismes de gouvernance et de leadership sont précisés dans le PNDS, notamment le cadre institutionnel, la réglementation devant permettre au Ministère de la Santé de jouer son rôle d'orientation, de régulateur, de superviseur et de coordonnateur de l'action sanitaire dans le pays.

Les faiblesses sont :
- le très faible nombre de plans opérationnels du PNDS, ce qui entrave considérablement sa mise en œuvre à tous les niveaux ;
- l'absence de mécanisme de déploiement des ressources nécessaires pour la mise en œuvre du PNDS, ce qui constitue un goulot d'étranglement ;
- l'inexistence dans le document du PNDS des questions liées à la gestion financière, aux passations de marché et aux audits, ce qui ne permet pas de garantir une redevabilité optimale et une transparence dans la gestion financière.

3.5 Mécanisme de suivi et d'évaluation

Ce domaine évalue la solidité des mécanismes de révision et d'évaluation et les modalités d'utilisation des résultats.

Les points forts identifiés sont les suivants :

- il existe un ensemble équilibré de cibles et d'indicateurs essentiels, qui précise les sources d'information pour évaluer les progrès et les résultats obtenus ;
- le mécanisme de suivi-évaluation du PNDS prévoit de façon explicite la participation des partenaires au développement.

Les faiblesses sont :

- l'absence d'évaluation ou de revue annuelle des performances du PNDS, aucune de ces deux activités n'ayant été réalisée depuis sa mise en œuvre ;
- l'absence de plan budgétisé de suivi-évaluation du PNDS, ce qui ne permet pas une collecte régulière des données et leur diffusion.

Chapitre 4. Santé de la mère et de l'enfant

4.1. Taux globaux de réalisation des interventions programmées

Les deux objectifs spécifiques du PNDS 2011-2015 relatifs à la santé de la mère et de l'enfant sont :

- Réduire la mortalité maternelle de 519 décès pour 100 000 naissances vivantes à 129 décès pour 100 000 naissances vivantes, d'ici 2015 ;
- Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 92 pour 1000 naissances vivantes à 30 pour 1000 naissances vivantes, d'ici 2015.

Concernant le premier objectif, on note globalement une baisse du ratio de mortalité maternel, de 519 décès maternel pour 100 000 NV à 316 décès pour 100 000 NV, soit une diminution de 52% par rapport à la cible, avec deux régions dont les indicateurs de mortalité maternelle restent très élevés, à savoir le Woleu-Ntem et l'Ogooué-Ivindo. Les résultats par sous-objectifs sont les suivants :

- sous-objectif « D'ici 2015, au moins 30% des femmes et des adolescents utilisent une méthode moderne de contraception » :
    - Baseline EDSG 2000 : 14%
    - **Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception EDSG 2012 : 24%**
    - Niveau de réalisation : 80%

- sous-objectif « D'ici 2015, 90% des femmes enceintes effectuent au moins 4 visites prénatales recentrées (CPNR) » :
    - Baseline EDSG 2000 : 63%
    - **% des femmes enceintes ayant effectué au moins 4 CPNR EDSG 2012 : 78%**
    - Niveau de réalisation : 87%

- sous-objectif « Atteindre un taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié d'au moins 90% d'ici 2015 » :
    - Baseline EDSG 2000 : 87%
    - **Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié EDSG 2012 : 90%**
    - Niveau de réalisation : 100%

- sous-objectif « 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 » :
    - Baseline EDSG 2000 : ND
    - **% des complications de l'accouchement pris en charge correctement selon les protocoles nationaux EDSG 2012 : ND**
    - Niveau de réalisation : ND

Concernant le second objectif, on note globalement une baisse du ratio de mortalité infantile, de 91,4 décès 1000 NV à 65 décès pour 1000 NV, soit une diminution de 46 % par rapport à la cible, avec deux régions dont les indicateurs de mortalité infantile restent très élevés, à savoir le Woleu-Ntem et l'Ogooué-Ivindo. Les résultats par sous-objectifs sont les suivants :

- sous-objectif « D'ici 2015, au moins 20% des femmes pratiquent l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois » :
    - Baseline EDSG 2000 : 7%
    - **Taux d'allaitement maternel exclusif EDSG 2012 : 6%**
    - Niveau de réalisation : 0%

- sous-objectif « 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 » :
    - Baseline Enquête de couverture PEV 2010 : 67%

- **Couverture vaccinal PEV 2012 : 73%**
- Niveau de réalisation : 81%

- sous-objectif « D'ici 2015, au moins 80% des cas de malnutrition chez les enfants bénéficient d'une prise en charge adéquate » :
  - Baseline EDSG 2000 : ND
  - **% des cas de malnutrition bénéficiant d'une prise en charge adéquate EDSG 2012 : ND**
  - Niveau de réalisation : ND

- sous-objectif « D'ici 2015 au moins 95% des enfants malades bénéficient d'une prise en charge adéquate contre les principales pathologies (diarrhée, infections respiratoires aigües, infections urinaires…) » :
  - Baseline EDSG 2000 : ND
  - **% des enfants malades bénéficiant d'une prise en charge adéquate (selon les protocoles nationaux) EDSG 2012 : 37%** (diarrhée)
  - Niveau de réalisation : 39%

4.2. Niveau de réalisation dans la lutte contre la mortalité maternelle

Les activités de lutte contre la mortalité maternelle sont liées à l'objectif *« Réduire la mortalité maternelle de 519 décès pour 100 000 naissances vivantes à 129 décès pour 100 000 naissances vivantes, d'ici 2015 ».*

La donnée de base est celle de l'EDSG 2000 où le taux de mortalité maternelle a été estimé à 519 pour 100.000 NV. L'estimation de l'EDSG 2012 est de 316 décès maternels pour 100 000 NV au cours de la période de sept ans précédant l'enquête. Ainsi, la mortalité maternelle aurait baissé de 203 décès pour 100 000 naissances vivantes en 12 ans.

L'EDSG 2012 indique qu'au Gabon, les femmes courent un risque de 1 sur 77 de décéder de cause maternelle pendant les âges de procréation.

Tableau 2 : **Ratio de mortalité maternelle**

Baseline EDSG 2000	Cible du PNDS en 2015	Stratégies de mise en œuvre	Résultats EDSG 2012	Niveau de réalisation
519 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes	129 décès maternels pour 100 000 NV	- Utilisation de la PF pour espacer les naissances - CPNR/CPONR pour suivre la femme enceinte et son enfant - Accouchement assisté par un personnel qualifié - Mise à jour et utilisation des protocoles dans la prise en charge des complications de l'accouchement chez la mère et le nouveau-né	**316 décès pour 100 000 NV**	52 %

Le tableau 2 montre une baisse du ratio de mortalité maternelle, de 519 décès pour 100 000 NV en 2000 à 316 décès pour 100 000 NV en 2012, soit une diminution de 52% correspondant à une moyenne de 17 décès maternels pour 100 000 NV évités par année durant les 12 dernières années.

Toutefois, il est peu probable que la cible du PNDS (qui reprend l'OMD fixé pour 2015), soit atteinte dans le peu de temps qui nous sépare de 2015.

Par contre, une accélération de la mise en œuvre du PNDS privilégiant les interventions à fort impact permettrait d'atteindre, fin 2015, 55% de taux de réalisation dans la lutte contre la mortalité maternelle.

4.2.1 Données des régions sanitaires

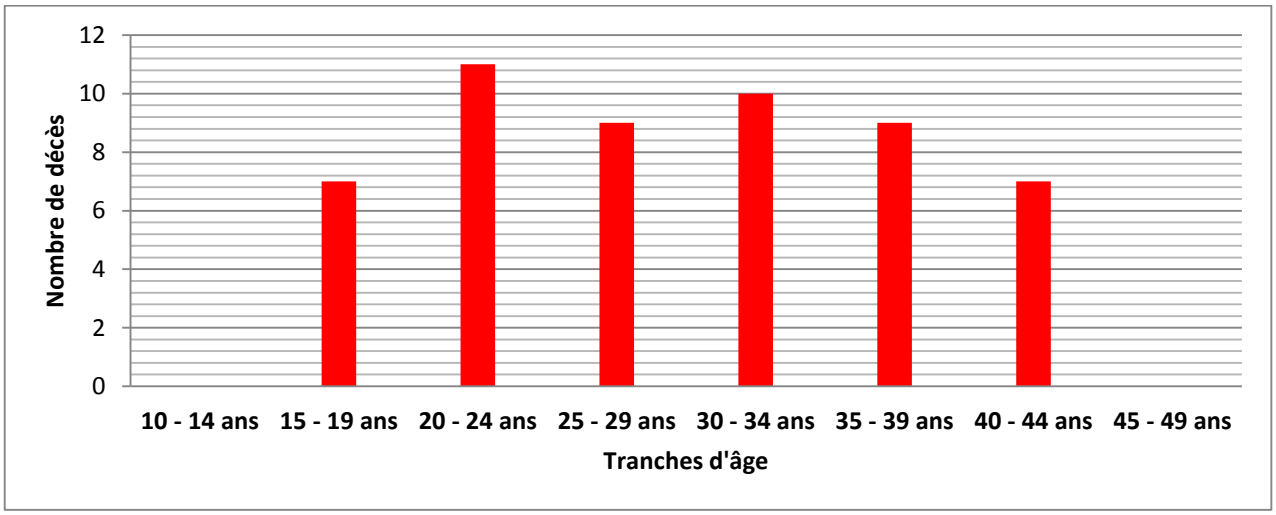
Tableau 3 : Répartition des décès maternels et naissances vivantes par région sanitaire, de 2011 à 2013

Régions	Nombre de décès maternels			Nombre de NV (naissances vivantes)		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Libreville-Owendo	13	27	13	22531	9108	10 957
Ouest (estuaire)	1	3	6	3374	3296	3745
Sud-Est (Haut-Ogooué)	2	2	5	1849	1977	1923
Centre (Moyen-Ogooué)	0	3	2	2039	2164	2115
Centre-Sud (Ngounié)	1	3	9	2251	2728	2607
Sud (Nyanga)	0	1	0	1127	1308	1217
Est (Ogooué-Ivindo)	4	2	2	1375	1302	1322
Centre-Est (Ogooué-Lolo)	0	02	01	1239	1212	1084
Maritime (Ogooué Maritime)	3	5	5	3050	2718	2991
Nord (Woleu-Ntem)	1	5	6	1624	1578	663
Ensemble	25	53	49	13216	13516	13997

Source : Régions sanitaires

Notons que le manque de complétude des données rapportées par les formations sanitaires sur les décès maternels dans les régions sanitaires limite l'interprétation que l'on pourrait faire de ces chiffres, d'autant plus qu'il a été constaté une nette différence entre les données issues de l'enquête et celles contenues dans les rapports périodiques.

4.2.2. Répartition de la mortalité maternelle par tranche d'âge



Graphique 1 : Répartition de la mortalité maternelle par tranche d'âge en 2013
Source : Données des régions sanitaires 2013 (Base de données DNSMI)

Les femmes meurent beaucoup plus dans la tranche d'âge de 20 à 24 ans (21%). Les jeunes de 15 à 24 ans représentent plus du tiers des décès maternels (34%).

4.2.3. Causes de décès des femmes en âge de procréer (FAP)

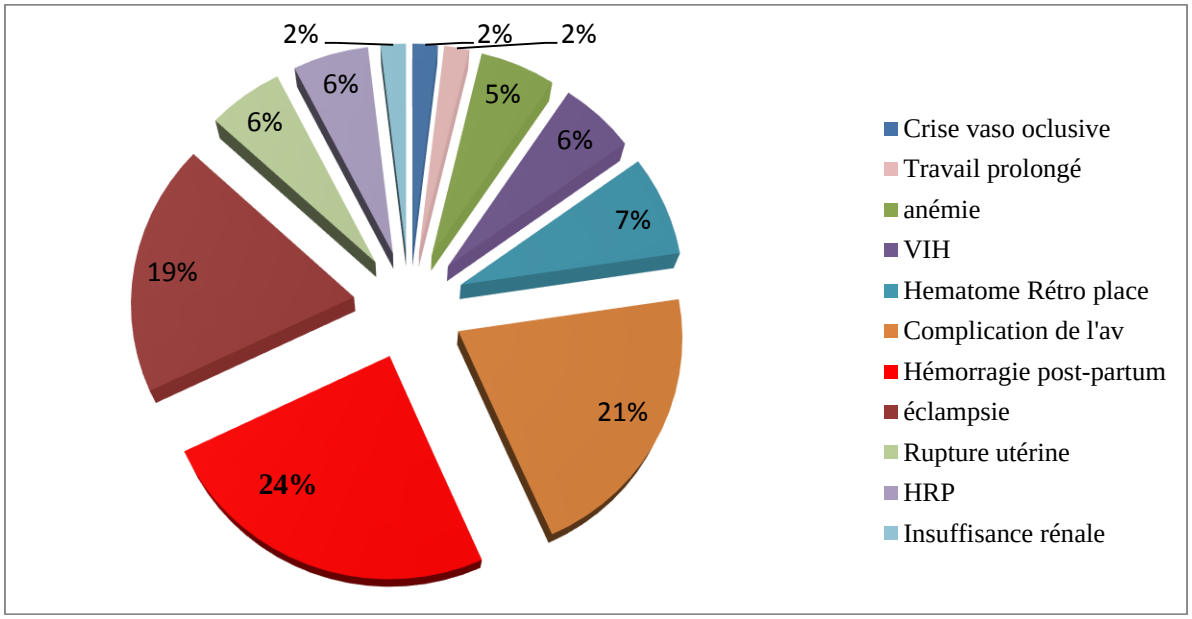


Figure 1 : Répartition des causes de décès maternels au Gabon en 2013
Source : Données des régions sanitaires 2013 (Base de données DNSMI)

Les hémorragies du postpartum constituent la première cause de mortalité maternelle au Gabon (25%), suivi des complications de l'avortement (21%) et des éclampsies (19%).

4.2.4. Problèmes majeurs identifiés

Les problèmes majeurs identifiés dans la lutte contre la mortalité maternelle sont :

- la réticence du personnel à adhérer au processus de l'audit des décès maternels dans les formations sanitaires ;
- le manque de protocole actualisé pour la prise en charge des complications de l'accouchement chez la mère ;
- le taux élevé de la létalité (3%) qui dépasse la norme internationale (<1%) ;
- la fréquence élevée du troisième retard ;
- le manque de SONUB et la prédominance de SONUC ;
- le taux élevé des accouchements à domicile dans certaines localités du pays ;
- la cherté de certaines prestations de soins en SMI, surtout pour les FAP économiquement faibles non enrôlées à la CNAMGS ;
- les ruptures de stocks de certains produits essentiels de la maternité sans risque ;
- l'insuffisance de ressources humaines qualifiées, de ressources matérielles et financières pour exécuter les activités du PNDS liées à la santé de la mère.

4.2.5. Niveau de réalisation dans la planification familiale

Les activités de planification familiale sont liées au sous-objectif « *D'ici 2015, au moins 30% des femmes et des adolescents utilisent une méthode moderne de contraception* »

4.2.5.1. Taux d'utilisation de méthodes modernes de contraception

Tableau 4 : Taux d'utilisation de méthodes modernes de contraception par les FAP et les adolescents/jeunes

	Baseline EDSG 2000	Cible du PNDS en 2015	Stratégies de mise en œuvre	Résultats EDSG 2012	Niveau de réalisation
Ensemble des femmes en âge de procréer	**14%**	**30%**	- Sensibilisation lors des JNLMM & NN - Causeries au niveau des communautés : Eglises, SMI, CPF	**24%**	**62,5%**
Les jeunes & adolescents de 15-19ans	12,3%	30%	- Sensibilisation dans les collèges & lycées - Education par la méthode des paires	24,2%	
Les jeunes & adolescents de 20-24ans	18,4%	30%	- Sensibilisation dans les universités et les grandes écoles - Education par la méthode des paires	33,2%	
Les jeunes & adolescents de 15-24ans	ND	30%	- Sensibilisation dans les Collèges, Lycées, Universités et grandes écoles - Education par la méthode des paires	ND	

Le taux d'utilisation de méthodes modernes de contraception par l'ensemble des FAP est passé de 14% (EDSG 2000) à 24% (EDSG 2012), ce qui correspond à un taux de réalisation de 62,5% par rapport à la cible du PNDS pour 2015 (30%) qui rejoint les OMD 4 et 5.

L'EDSG 2012 estime que 12% des FAP et 23% des jeunes de 15-24 ans (5% des 15-19 ans et 18% des 20-24 ans) ont avorté au moins une fois au cours de leur vie sexuelle et reproductive. Ce taux d'avortement élevé chez les jeunes corrobore les faibles taux d'utilisation de la PF que l'on constate ici, et contraste avec le niveau très élevé de connaissance sur les méthodes contraceptives rapporté par l'EDSG, où la quasi-totalité (99 %) des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) avoue connaître au moins une méthode contraceptive.

Toujours selon l'EDSG 2012, le taux d'utilisation de la contraception est largement influencé par le statut matrimonial, l'âge et le milieu de résidence. Il est plus élevé chez les femmes hors union (32%), que chez celles en union (19%). Il tend vers la baisse avec l'âge (32% chez les 15-24 ans, 30% chez les 25-34 ans, 18% chez les 35-44 ans, 9% chez les plus de 4ans). Les données désagrégées par province montrent des variations du taux d'utilisation de la contraception chez les femmes en union. Ainsi, il est de 11% pour l'Ogooué Ivindo et la Ngounié, de 13% pour le Woleu-Ntem et l'Ogooué Lolo, de 16% pour l'Estuaire et la Nyanga, de 18% pour le Moyen-Ogooué et le Haut-Ogooué, de 22% pour l'Ogooué Maritime et de 23% pour les deux grandes villes (Libreville et Port-Gentil).

Les besoins non satisfaits en PF demeurent importants (27%). Parmi les femmes en union, 19% aurait besoin de la contraception pour espacer les naissances, contre 8% qui voudrait l'utiliser pour les limiter.

4.2.5.2. Formation des prestataires sur la PF

Au Gabon, les prestataires de PF se recrutent parmi les gynécologues, sages-femmes et infirmiers. Toutefois, selon les normes et procédures en santé de la reproduction, la formation initiale à elle seule ne suffit pas pour offrir des services de PF; seuls des prestataires spécifiquement formés sur la PF sont autorisés à prescrire des produits contraceptifs.

Tableau 5 : Formation des prestataires sur la PF

	Nombre de personnels de santé formés en planning familial			Nombre de services offrant au moins trois méthodes modernes de contraception		
Régions	**2011**	**2012**	**2013**	**2011**	**2012**	**2013**
Libreville-Owendo	5	6	6	ND	ND	ND
Ouest (estuaire)	32	32	32	4	4	4
Sud-Est (Haut-Ogooué)	3	4	0	1	1	1
Centre (Moyen-Ogooué)	0	0	0	5	5	5
Centre-Sud (Ngounié)	10	14	15	7	7	8
Sud (Nyanga)	0	3	0	1	1	1
Est (Ogooué-Ivindo)	4	8	11	2	3	4
Centre-Est (Ogooué-Lolo)	0	0	22	0	0	2
Maritime (Ogooué Maritime)	21	21	1	4	4	4
Nord (Woleu-Ntem)	1	1	1	1	1	1
Ensemble	**76**	**89**	**78**	**25**	**26**	**30**

Source : Données des Régions Sanitaires

Selon les données des Régions Sanitaires, au cours des trois dernières années, **243** Prestataires ont été formés dans les dix régions sanitaires du pays.
Par ailleurs, avec l'appui du projet « appui au secteur santé » financé par l'AFD, la DNSMI a formé 120 prestataires dans les Régions Sanitaires Nord, Est, Libreville-Owendo, Maritime, Sud-est, Sud, et Centre-Sud. Nous remarquons que 4 prestataires sur 10, soit 40% du total formé, se trouvent dans la région sanitaire Ouest, pendant que le Moyen Ogooué n'enregistre aucune formation durant trois années consécutives.

4.2.5.3. Problèmes majeurs identifiés

Les problèmes majeurs identifiés dans la planification familiale sont :

- la mauvaise interprétation du concept et de la politique du pays en matière de PF ;
- les effets secondaires des produits contraceptifs ;
- les barrières socioculturelles vectrices de mythes/rumeurs, tabous et autres préjugés sur la PF ;
- les ruptures de stocks et le manque de disponibilité de la gamme complète de l'offre de services PF dans beaucoup de Points de Prestation de Services, notamment en zone rurale ;
- l'absence de budget de l'Etat pour financer les activités de PF ;
- le mauvais accueil de certains prestataires dans les formations sanitaires ;
- l'insuffisance de l'offre des services PF liés à la limitation de la formation continue des prestataires.

4.2.6. Niveau de réalisation dans la consultation prénatale

Les activités de consultation prénatale sont liées au sous-objectif *« D'ici 2015, 90% des femmes enceintes effectuent au moins 4 visites prénatales recentrées (CPNR) »*

4.2.6.1. Pourcentage des femmes enceintes ayant effectué au moins 4 CPNR

Tableau 6 : Pourcentage des femmes enceintes ayant effectué au moins 4 CPNR

Baseline EDSG 2000	Cible du PNDS en 2015	Stratégies de mise en œuvre	Résultats EDSG 2012	Niveaux de réalisation
63%	**90%**	- Formation continue in situ des prestataires, notamment les sages-femmes - Organisation de la journée nationale de lutte contre la MM&NN avec comme thème, l'amélioration de la qualité de l'offre des CPNR pour augmenter la demande - Causerie/débat dans les SMI, ciblant les FAP	**78 %**	**87 %**

Source : EDSG 2012

Le pourcentage des femmes enceintes ayant effectué au moins 4 CPNR est passé de 63% (EDSG 2000) à 78% (EDSG 2012), ce qui correspond à un taux de réalisation de 87% par rapport à la cible du PNDS pour 2015 (90%).

Il existe toutefois une disparité entre le milieu urbain, où le pourcentage de femmes enceintes ayant respecté les quatre CPNR est de 81%, contre seulement 58% en zone rurale.

4.2.6.2. Problèmes majeurs identifiés

Les problèmes majeurs identifiés dans la consultation prénatale sont :

- l'itinérance des femmes enceintes, qui font rarement leurs 4 CPNR dans la même formation sanitaire (à cause de la qualité de l'accueil qui laisse souvent à désirer) ;
- l'absence de continuité du service dans le public (notamment pour le bilan prénatal, suite au manque de disponibilité et/ou d'accessibilité des réactifs) ;
- le non enrôlement de beaucoup de femmes enceintes à la CNAMGS.

4.2.7. Niveau de réalisation dans l'accouchement assisté par un personnel qualifié

Les activités d'assistance à l'accouchement sont liées au sous-objectif *« D'ici 2015, atteindre un taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié d'au moins 90% »*

4.2.7.1. Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié

Tableau 7 : Taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié

Baseline EDSG 2000	Cible du PNDS en 2015	Stratégies de mise en œuvre	Résultats EDSG 2012	Niveau de réalisation
87 %	**90%**	- Renforcement des capacités des personnels des maternités - Equipement aux normes SONUC et SONUB des maternités - Dotation des maternités en Kits d'accouchement et en médicaments - Prise en charge financière des accouchements dans les établissements sanitaires publics (CNAMGS)	**90 %**	**100 %**

Source : EDSG 2012

Dans l'esprit du PNDS, tout accouchement qui a lieu dans une formation sanitaire est d'emblée considéré comme un accouchement assisté par du personnel qualifié. S'il survient en dehors d'une structure sanitaire, il doit se passer sous la surveillance d'un personnel qualifié à faire l'accouchement, à savoir un médecin

généraliste ou gynécologue, une sage-femme ou un infirmier accoucheur (infirmier formé à faire l'accouchement).

Le pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié est passé de 87% (EDSG 2000) à 90% (EDSG 2012), ce qui correspond à un taux de réalisation de 100% par rapport à la cible du PNDS pour 2015 (90%).

Tableau 8 : Données désagrégées du nombre d'accouchement par Région Sanitaire en 2013

Régions	Nombre d'accouchements survenus au Gabon en 2013			
	Domicile	Structure	Total	Pourcentages
Libreville-Owendo	307	12853	13166	97,6 %
Ouest (estuaire)	251	3854	4100	94,0 %
Sud-Est (Haut-Ogooué)	194	4005	4199	95,4 %
Centre (Moyen-Ogooué)	130	2157	2 297	93,9 %
Centre-Sud (Ngounié)	154	2030	2 184	92,9 %
Sud (Nyanga)	6	1242	1 248	99,5 %
Est (Ogooué-Ivindo)	3	1171	1 174	99,7 %
Centre-Est (Ogooué-Lolo)	38	1574	1 612	97,6 %
Maritime (Ogooué Maritime)	132	3552	3 684	96,4 %
Nord (Woleu-Ntem)	102	2425	2 527	96,0 %
Ensemble	**1 317**	**34 863**	**36 191**	**96,3 %**

Source : Rapport d'activité SMI 2013/DNSMI

Plus de 96% des accouchements ont eu lieu dans les structures sanitaires, approchant les 100% dans les Régions Sanitaires Sud et Est.

4.2.7.2. Problèmes majeurs identifiés

Bien que la cible du PNDS pour 2015 soit déjà atteinte (90%, EDSG 2012), il convient de relativiser ce succès. En effet, en partant de la donnée de base (87%, EDSG 2000), on voit qu'il aura fallu 12 ans (temps écoulé entre les deux enquêtes) pour progresser de seulement 3%. Il existe donc des problèmes de fond qui ont empêché un gain plus conséquent, et que pourrait masquer le succès apparent.

Les problèmes majeurs identifiés dans l'accouchement assisté par un personnel qualifié sont :

- le manque de clarification, dans les documents normatifs et programmatiques, entre la notion de personnel qualifié et celle de personnel formé ;
- l'option de considérer tout accouchement ayant lieu dans une formation sanitaire comme un accouchement assisté par du personnel qualifié, sachant que souvent (notamment en zone rurale) ce sont des matrones qui y dirigent les accouchements, alors qu'elles ne sont pas citées comme personnel qualifié à faire ce geste dans les normes et procédures en santé de la reproduction du pays.

4.2.8. Niveau de réalisation dans la prise en charge des complications de l'accouchement

Les activités de prise en charge des complications de l'accouchement sont liées au sous-objectif *« 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 »*

4.2.8.1. Taux des complications de l'accouchement aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né prises en charge selon les protocoles nationaux

Tableau 9 : Taux de complications de l'accouchement aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né sont prises en charge selon les protocoles nationaux.

Baseline EDSG 2000	Cible du PNDS en 2015	Stratégies de mise en œuvre	Résultats EDSG 2012	Niveau de réalisation
ND	80%	- Renforcement des capacités des personnels des maternités sur la PEC des complications de l'accouchement - Actualisation, multiplication et diffusion des protocoles nationaux auprès des prestataires	ND	ND

Source : EDSG 2012

En l'absence de données de base, il n'a pas été possible de mesurer les progrès accomplis en 12 ans pour la PEC des complications de l'accouchement aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né selon les protocoles nationaux.

4.2.8.2. Renforcement des capacités des personnels des maternités

Tableau 10 : Renforcement des capacités des personnels des maternités sur la PEC des complications de l'accouchement

	Nombre de personnels de maternités formés sur les complications de l'accouchement		
Régions	2011	2012	2013
Libreville-Owendo	0	0	0
Ouest (estuaire)	32	32	32
Sud-Est (Haut-Ogooué)	0	0	0
Centre (Moyen-Ogooué)	0	0	0
Centre-Sud (Ngounié)	23	24	26
Sud (Nyanga)	0	0	0
Est (Ogooué-Ivindo)	3	7	10
Centre-Est (Ogooué-Lolo)	0	19	18
Maritime (Ogooué Maritime)	0	0	1
Nord (Woleu-Ntem)	0	0	0
Ensemble	**58**	**82**	**87**

Source : Régions Sanitaires

Les sources disponibles renseignent sur les lieux et le nombre de prestataires formés entre 2011 et 2013, mais ne donnent pas d'information sur la disponibilité et l'utilisation des protocoles.

On note une disproportion dans la répartition régionale des prestataires formés sur la prise en charge des complications des accouchements. En effet, les régions sanitaires Ouest (Estuaire) et Centre-Sud (Ngounié) concentrent à elles seules presque 7 prestataires formés sur 10.

Il faut préciser qu'au Gabon, il n'existe pas en tant que tels des protocoles nationaux sur la PEC des complications de l'accouchement aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né. Toutefois, à la DNSMI, il

existe deux supports de PEC des complications des accouchements : **un livret** jaune contenant les algorithmes de PEC des complications obstétricales en Afrique, et un autre document proposant un protocole spécifique pour le Gabon. Ce dernier, conçu par le Ministère de la Santé et ses PTF, traite de la prise en charge de l'ensemble des complications de l'accouchement chez la mère et le nouveau-né, mais n'a pas fait l'objet d'une validation en atelier national.

4.2.8.3. Problèmes majeurs identifiés

Les problèmes majeurs identifiés dans la PEC des complications de l'accouchement aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né selon les protocoles nationaux sont :

- l'absence de protocoles nationaux sur la prise en charge des complications de l'accouchement aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né ;
- l'absence de multiplication, de diffusion et donc d'utilisation du protocole spécifique élaboré par le Ministère de la Santé et ses PTF en 2008.

4.2.9. Niveau de réalisation dans la prévention du paludisme chez la femme enceinte

Les activités de prévention du paludisme chez la femme enceinte sont liées au sous-objectif *« D'ici 2015, au moins 80% des femmes enceintes reçoivent le TPI ».*

4.2.9.1. Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu le TPI

Tableau 11 : Pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu le TPI

Baseline 2008	Cible du PNDS en 2015	Stratégies de mise en œuvre	Résultats EDSG 2012	Niveau de réalisation
36%	80%	- Distribution gratuite du TPI aux femmes enceintes - Sensibilisation des FAP sur le paludisme et la grossesse et l'importance du TPI - Dotation des PPS en SP - Renforcement des compétences des prestataires sur la PEC du paludisme chez la femme enceinte	**TPI 2: 12%**	**-54%**

Source : EDSG 2012, revue Programme PNLP

Tableau 12 : Taux de TPI au Gabon

	Baseline 2010	2013	Cible du PNDS en 2015
TPI 1	ND	67%	80%
TPI 2	27%	3%	80%

Source : Programme National de Lutte contre le paludisme

La proportion des femmes enceintes qui reçoivent le TPI complet (1 et 2) reste faible au Gabon, et serait même en baisse. En effet, sur 67% des femmes enceintes ayant reçu la première dose de TPI en 2013, seulement 3% ont complété leur prophylaxie avec la deuxième dose, contre 27% en 2010 (notons toutefois qu'une sous-estimation de l'indicateur est possible en 2013, liée au fait que l'observation directe de la prise des médicaments n'est plus mise en œuvre par les prestataires, depuis que la SP n'est plus distribuée gratuitement).
Nous remarquons une concordance entre le taux de TPI 2 de l'EDSG2 en 2012 et celui des données d'enquête du Programme National de Lutte contre le Paludisme en 2013. Dans les deux cas, le taux de TPI 2 (3%) est très faible et très loin de l'objectif du PNDS pour 2015 (80%).

4.2.9.2. Problèmes majeurs identifiés

Les problèmes majeurs identifiés dans la prévention du paludisme chez la femme enceinte sont :

- le retrait du financement du Fonds Mondial (qui finançait 100% de l'achat de la SP) en 2010 ;
- les ruptures intempestives des stocks de SP ;
- la faible notification des doses de SP reçues et distribuées par les FOSA ;
- l'insuffisance du budget de l'Etat alloué à la thématique.

4.2.10. Niveau de réalisation dans l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH

Les activités d'élimination de la transmission mère-enfant du VIH sont liées au sous-objectif *« D'ici 2015, au moins 90% des femmes enceintes bénéficient des prestations PTME ».*

Ces activités concourent à améliorer la survie de la mère et de l'enfant à travers l'élimination des nouvelles infections pédiatriques à VIH et le maintien des mères en vie, et s'inscrivent dans le cadre des stratégies suivantes du PNDS :

1. Réduire la survenue de nouvelles infections à VIH chez la femme en âge de procréer ;
2. Prévenir les grossesses non désirées chez les femmes séropositives ;
3. Prévenir à travers la prophylaxie aux ARV la transmission du VIH des femmes infectées à leurs bébés ;
4. Offrir le traitement, les soins et le soutien appropriés aux mères séropositives, à leurs enfants et à leur famille ;
5. Soutenir la mise en œuvre du plan e-TME, notamment par le renforcement du système communautaire ;
6. Gérer l'information stratégique, coordonner et financer le plan stratégique e-TME du Gabon.

4.2.10.1. Taux de réalisation dans l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH

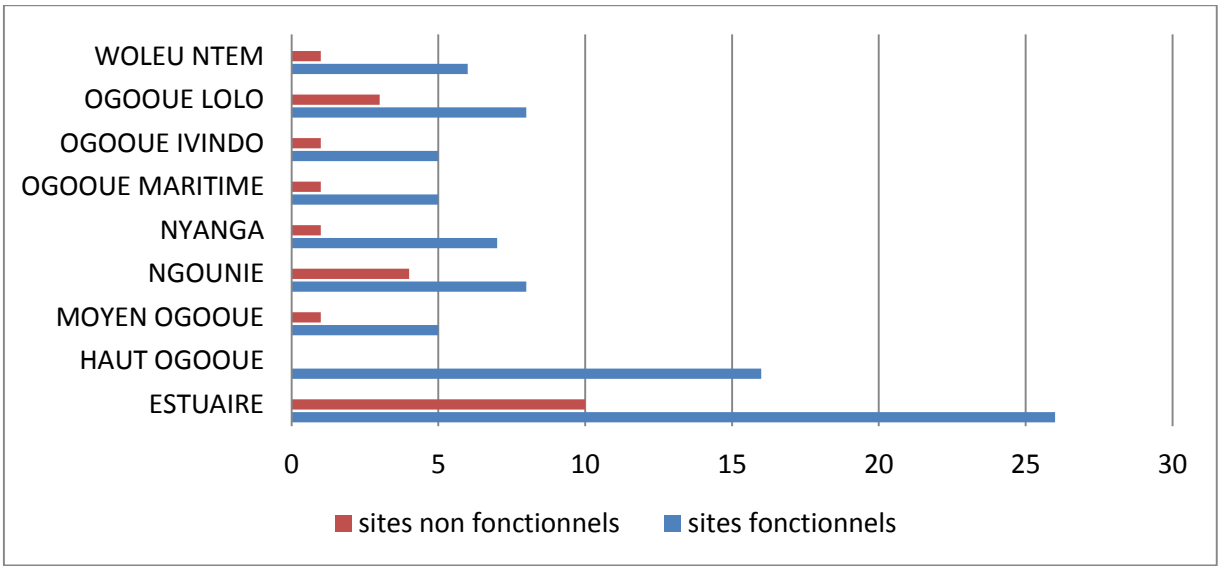
Tableau 13 : Elimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Indicateur	2012	2013
Pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux pour réduire le risque de transmission à leur enfant	72,7%	65,6%
Pourcentage d'enfants nés de mère séropositive au VIH qui ont subi un test virologique pour le VIH au cours de leurs deux premiers mois de vie	46,87%	23,16%
Pourcentage de nourrissons infectés par le VIH qui sont nés d'une mère séropositive au cours des 12 derniers mois (indicateur modélisé par l'ONUSIDA)	16,0%	14,5%

Source : Données de programme PLIST 2012 et 2013 et estimations Spectrum

Entre 2012 et 2013 le pourcentage de femmes enceintes séropositives au VIH qui reçoivent des antirétroviraux semble chuter de 72,7% à 65,6%. Cette baisse relative du taux de couverture est à interpréter à la lumière du réajustement démographique effectué sur la population en 2013 sur la base du taux d'accroissement annuel. Le recensement national de la population actuellement en cours permettra de repréciser ces données démographiques.

4.2.10.2. Offre des services PTME



Graphique 2 : Distribution des sites PTME par région sanitaire et par fonctionnalité, Gabon, 2011 (N=157)
Source : coordination PTME /PLIST

Fin 2012, il n'existe au Gabon que 157 sites PTME offrant le paquet complet des services (conseil, dépistage et traitement aux ARV) sur 822 potentiels (CS et CHR), ce qui signifie que seulement 19,1% des structures disponibles pour offrir des services PTME en délivrent.
Ainsi, la couverture en services reste insuffisante, et il persiste une inégale répartition des sites PTME dans les régions sanitaires du Gabon.

4.2.10.3. Problèmes majeurs identifiés

Les problèmes majeurs identifiés dans l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH sont les suivants :

- les ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre des interventions de la PTME sont globalement insuffisantes aussi bien au niveau communautaire que dans les services de santé et mal réparties à travers le territoire national ;
- à l'opposé des pays de la sous-région, le Gabon ne dispose pas de plan national spécifique de passage à l'échelle des interventions de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) car celles-ci sont intégrées dans le plan stratégique national de lutte contre le sida 2008-2012 finissant ;
- la prévention primaire reste faible, particulièrement celle dirigée vers les partenaires masculins des femmes enceintes séropositives, et elle ne prend pas en compte la planification familiale chez la femme vivant avec le VIH (c'est-à-dire la prévention des grossesses, pilier II de la PTME) ;
- la feuille de route multisectorielle pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle et néonatale 2012-2015 au Gabon, développée et mise en œuvre par la DNSMI ne prend pas suffisamment en compte la part de l'infection à VIH dans cette mortalité élevée, car focalisée presqu'exclusivement sur les objectifs du millénaire pour le développement 4 et 5 ;
- la PTME est rattachée au PLIST (qui relève de la DGPS), la santé maternelle et infantile ainsi que la planification familiale à la DNSMI (qui relève de la DGS) ; ce montage institutionnel entraîne un bicéphalisme dans la coordination d'activités orientées vers la même cible et constitue dans les faits un obstacle à l'intégration SR/VIH dans la mesure où la composante PTME peine à intégrer la SMI/PF tant pour la planification, le financement, la mise en œuvre des interventions que le suivi évaluation, d'autant qu'il n'existe pas de culture de processus conjoint ; chaque niveau travaille séparément et le partage mutuel d'informations n'est pas toujours effectif ;
- le manque d'intégration des prestations de SMI/SR/PTME au niveau des structures de PEC fait que souvent le paquet complet de services pour la mère et l'enfant n'est pas offert en même temps au même endroit (CPN, conseil, dépistage du VIH, traitement prophylactique ou curatif aux ARV, accompagnement/soutien) ;

- en dépit des campagnes d'information et de sensibilisation, il persiste des pesanteurs socioculturelles et religieuses entretenant la stigmatisation (avec pour conséquence le refus du dépistage ou le déni de statut VIH en cas de test positif) ; de même, l'iniquité genre demeure une réalité qui a pour corollaires le manque d'instruction et le faible pouvoir économique et de décision de la femme ;
- le suivi postnatal de la PTME est presqu'inexistant, ce d'autant qu'il n'est pas intégré dans les services de SMI ;
- l'accessibilité générale aux services de PTME reste aléatoire (surtout en zone rurale), à cause des barrières géographiques et financières (distance à parcourir, enclavement des sites, coût élevé de certaines prestations telles que le bilan pré thérapeutique, paiement d'autres examens, etc.) ;
- même disponibles, l'utilisation des services de PTME par les femmes séropositives est faible, pour différentes raisons parmi lesquelles le comportement discourtois et stigmatisant des prestataires de services, la discontinuité dans l'offre de service des laboratoires pour le dosage des CD4 (à cause des pannes répétées des appareils et des ruptures fréquentes en réactifs), la longue période d'attente des résultats, etc.;
- la disproportion entre le nombre de structures offrant les services de PTME (CS et CHR) et ceux assurant la PEC médicale des PVVIH (CTA) crée une discontinuité dans l'offre de soins, les CTA n'ayant pas les capacités d'accueil appropriées pour absorber l'ensemble des cas référés par les CS et les CHR ;
- la restriction du droit de prescription des ARV (réservé à des médecins référents) empêche leur décentralisation au niveau des structures privées et des maternités rurales, ce qui limite l'adhésion des femmes enceintes séropositives, tout comme l'insuffisance de personnel en quantité et en qualité pour le counseling pré et post test, et l'accompagnement/soutien aux femmes enceintes séropositives :
- l'absence de culture préventive, de mécanisme de recherche des perdues de vue et de mobilisation sociale au niveau communautaire, la faible exploitation d'échéancier pour le suivi des rendez-vous au niveau du centre de santé ainsi que la non intégration de certains programmes attrayants (appui nutritionnel, distribution des moustiquaires, de fer et autres médicaments prescrits chez la femme enceinte) dans les CS ne favorisent pas l'utilisation continue des services de PTME par la cible ;
- la méconnaissance, par les prestataires, du paquet essentiel des services de santé par niveau de soins et par structure, des complications pouvant survenir chez la femme enceinte séropositive, leur tendance à la rétention des femmes par surestimation de leurs compétences ou non-respect des normes et standards, les problèmes de transport et les difficultés financières des patientes limitent la performance du système de référence et de contre-référence.

Tableau 14 : Récapitulatif des taux de réalisation de la lutte contre la mortalité maternelle

Objectifs stratégiques	Résultats	Taux de réalisation
Réduire la mortalité maternelle		
D'ici 2015, au moins 30% des femmes et des adolescents utilisent une méthode moderne de contraception (PF)	24%	**80%**
D'ici 2015, 90% des femmes enceintes effectuent au moins 4 visites prénatales (CPNR complet)	78%	**87%**
Atteindre un taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié d'au moins 90% d'ici 2015	90%	**100%**
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	ND	**0%**
ENSEMBLE		**66,70%**

Les interventions prévues dans le PNDS pour réduire la mortalité maternelle de 519 à 129 pour 100 000 NV d'ici 2015 ont été exécutées à hauteur d'environ 67%.
A noter le score nul de la prise en charge des complications de l'accouchement chez la mère et chez l'enfant (qui tire le résultat d'ensemble vers le bas), alors que cette stratégie joue un rôle majeur dans la réduction de la mortalité maternelle.

4.3. Niveau de réalisation dans la lutte contre la mortalité infantile

Les activités de lutte contre la mortalité infantile sont liées à l'objectif *« Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 91,4 pour 1000 naissances vivantes à 30 pour 1000 naissances vivantes, d'ici 2015 ».*

4.3.1. Mortalité infanto-juvénile

La donnée de base est celle de l'EDSG 2000 où le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a été estimé à 91 décès pour 1000 naissances vivantes. L'estimation de l'EDSG 2012 est de 65 décès pour 1000 naissances vivantes, soit un taux de réalisation de 42,6% par rapport à la cible du PNDS pour 2015 (30 décès pour 1000 naissances vivantes).

Tableau 15 : Ratio de mortalité infanto-juvénile

Baseline EDSG 2000	Cible du PNDS en 2015	Stratégies de mise en œuvre	Résultats EDSG 2012	Niveau de réalisation
91décès pour 1000 NV	30 décès pour 1000 NV	- L'atteinte d'une couverture vaccinale d'au moins 90% au niveau national et d'au moins 80% dans tous les départements sanitaires pour tous les antigènes d'ici 2015	**65 pour 1000 NV**	42,62 %
		- La pratique de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois par au moins 20% des femmes d'ici 2015		
		- La prise en charge adéquate d'au moins 80% des cas des enfants malnutris d'ici 2015		
		- La prise en charge adéquate d'au moins 95% des enfants contre les principales pathologies (diarrhée, infections respiratoires aigües, infections urinaires) d'ici 2015		

Au Gabon, les enfants de moins de cinq ans meurent généralement de maladies évitables telles que le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, les parasitoses (amibiase, helminthiases) et la rougeole. Le poids de ces maladies représente environ 90% des principales causes de mortalité dans cette tranche d'âge.

Selon l'EDSG 2012, la mortalité infanto-juvénile est influencée par le milieu de résidence (61‰ en milieu urbain, 77‰ en milieu rural) et le niveau d'instruction de la mère (70‰ lorsque la mère n'a pas d'instruction, 44 ‰ lorsqu'elle atteint un niveau d'instruction secondaire 2nd cycle et plus). Par ailleurs, des écarts importants sont relevés d'une province à une autre. C'est ainsi que dans la province de l'Ogooué-Ivindo, par exemple, le taux de mortalité infanto-juvénile est très élevé (107‰), alors que dans la province du Moyen-Ogooué, il n'est que de 37 ‰.

Mais dans l'ensemble, le niveau de mortalité des enfants de moins de cinq ans a baissé dans toutes les régions sanitaires en douze ans, à l'exception de la région sanitaire Est (Ogooué-Ivindo).

4.3.2. Problèmes majeurs identifiés

Les problèmes majeurs identifiés dans la lutte contre la mortalité infantile sont :

- l'absence de mise en œuvre de la PCIME dans ses volets clinique et communautaire pour une prévention et une PEC efficace des cinq maladies représentant 90% des causes de mortalité des

moins de cinq ans (paludisme, maladies diarrhéiques, infections respiratoires aiguës, parasitoses et rougeole) ;
- l'insuffisance des ressources appropriées (humaines et financières) pour mener les activités ;
- les faibles taux d'allaitement maternel exclusif et de couverture vaccinale complète.

4.3.3. Niveau de réalisation dans la couverture vaccinale

Les activités de couverture vaccinale sont liées au sous-objectif *« 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 »*.

Ces activités sont portées pour l'essentiel par le PEV, qui est le programme de santé national le mieux organisé, avec un bon système de suivi-évaluation, des outils de collecte disponibles et des indicateurs régulièrement renseignés.

Tableau 16 : Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois

	Baseline EDSG 2000	Cible du PNDS en 2015	Stratégies de mise en œuvre	Résultats EDSG 2012
CVC	17%	90%		32 %
BCG	89 %	90%		92 %
ROUGEOLE			- L'approvisionnement des CS en vaccins - La disponibilité et l'intégrité de la chaîne de froid - La formation du personnel de santé - La sensibilisation des communautés	74 %
DTCOQ 1	69 %	90%		88 %
DTCOQ 2	38 %	90%		75 %
POLIO 1	84 %	90%		70 %
POLIO 2	28 %	90%		42 %

Source : EDSG 2012

Tableau 17 : Couverture vaccinale des enfants de 0-11 mois

Enquête de couverture PEV 2010	Cible du PNDS En 2015	Stratégies de mise en œuvre du PNDS	Résultats (PEV 2012)		Niveaux de réalisation vers l'atteinte de l'objectif
Indicateurs: Couverture vaccinal					
67 %	90 %	Vaccination / poste fixe et stratégie avancé	BCG	79 %	81 %
			DTC3/Penta3	82 %	91 %
			POLIO3	80 %	80 %
			VAR	71 %	79 %
			VAA	71 %	79 %
			VAT2+	59 %	66 %
Ensemble				73 %	81 %

Source : PEV 2012

Selon l'OMS, un enfant est considéré comme complètement vacciné lorsqu'il a reçu le BCG contre la tuberculose, le vaccin contre la rougeole, 3 doses de DTCOQ et au moins 3 doses de vaccin oral contre la polio (non comprise la dose donnée à la naissance).

Au Gabon, dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le Ministère de la Santé, et conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est considéré comme complètement vacciné

lorsqu'il a reçu le BCG, 3 doses de pentavalent (vaccin combiné contre la Diphtérie, le Tétanos, la Coqueluche, l'Hépatite B et les Infections à Haemophilus Influenzae type B), 4 doses du vaccin oral contre la polio (VPO), le vaccin contre la rougeole (VAR) et le vaccin contre la fièvre jaune (VAA). D'après le calendrier vaccinal, toutes ces vaccinations doivent avoir été administrées à l'enfant avant son premier anniversaire.

Ainsi définie, la Couverture Vaccinale Complète (CVC) est à 32% au Gabon (EDSG 2012), loin des 90% de la cible du PNDS pour 2015. On note un succès marginal pour la couverture en BCG (92%) qui dépasse un peu la cible du PNDS.

Il existe des disparités entre les différentes régions et départements sanitaires, dues pour la plupart aux difficultés d'accès aux points de prestations, à l'absence d'activités en stratégie avancée, au manque de moyens roulants du PEV et à l'insuffisance des supervisions formatives.

4.3.3.1. Approvisionnement en vaccins et consommables

Le Gouvernement Gabonais s'approvisionne en vaccins et consommables à la centrale d'achat de Copenhague. L'inscription annuelle d'une ligne budgétaire, l'accroissement chaque année des fonds alloués au PEV et l'allègement des procédures de décaissement permettent d'assurer un approvisionnement régulier des vaccins et consommables. Le financement extérieur est très faible et cible essentiellement les activités en stratégie avancée, la revue du PEV et certaines interventions lors des activités de vaccination supplémentaire (AVS). Les principaux bailleurs ici sont l'OMS, l'Unicef, le PNUD et le FNUAP.

Le rythme d'approvisionnement en vaccins est de 2 fois par an au niveau central avec un délai moyen de réception de 3 mois après commande. Le transport des vaccins vers les régions est assuré par un prestataire, sous forme de contrat. Les outils de gestion des vaccins sont manuels aux différents niveaux du PEV, la gestion informatisée demeurant l'apanage du niveau central (qui possède même un logiciel de gestion des vaccins et du matériel de vaccination). Ceci fait que, dans les régions, le taux de perte en vaccin n'est souvent pas disponible (parce que laborieux à calculer sans outil informatique). Cela étant, de 2011 à 2013, aucune rupture de stock de VAR pouvant compromettre les activités vaccinales n'a été signalée.

4.3.3.2. Chaîne de froid

Début 2012, un inventaire exhaustif du matériel constitutif de la chaîne de froid a été effectué par le niveau central dans les régions. Cet inventaire a permis de constater que 50% des appareils utilisés n'étaient pas conformes aux normes de l'OMS et les 50% répondant aux normes étaient pour la plupart vétustes. Il s'en est suivi une commande de matériel en 2013 qui a permis d'équiper 57 centres fixes de vaccination et d'en réhabiliter 24.
A noter qu'à ce jour, il n'existe pas de mécanisme permettant au PEV central de disposer en permanence d'une liste actualisée des structures possédant une chaîne de froid fonctionnelle.

4.3.3.3. Formation du personnel de santé des régions et départements sanitaires

En 2011 et 2012, des supervisions formatives en gestion du PEV ont eu lieu, mais il n'a pas été retrouvé d'archive sur le nombre de personnes formées à ces occasions.
En 2013, une autre série de missions de supervision a été effectuée dans 6 régions sanitaires (Ouest, Sud-Est, Centre, Est, Centre-Est et Nord) par l'IELE et le PEV. Un total de 125 personnes a été touché par ces formations qui portaient essentiellement sur l'approvisionnement en vaccins, la surveillance des maladies cibles, la gestion des stocks et la logistique.

4.3.3.4. Sensibilisation des communautés

La communication est une composante essentielle du PEV pour l'augmentation de la couverture vaccinale. Mais il n'existe pas d'unité chargée de la communication au sein du PEV central, et aucune des structures supervisées ne disposent de comité de mobilisation sociale pour mener des activités de sensibilisation. C'est seulement lors des campagnes de vaccination de masse (AVS) que des cellules de communication sont mises en place avec l'appui du SNESPS. La communication constitue ainsi un maillon faible du PEV de routine.

4.3.3.5. Gestion des carnets de vaccination

Les vaccins effectués sur les enfants sont reportés dans leurs carnets de vaccination ; ceux-ci constituent ainsi le support de traçabilité et de suivi du statut vaccinal de l'enfant. Mais ce n'est pas le PEV qui imprime et distribue ces carnets dans les centres de vaccination. Cette activité est du ressort de la DNSMI, qui dispose pour cela d'une ligne budgétaire.

4.3.4. Problèmes majeurs identifiés

Les problèmes majeurs identifiés dans la couverture vaccinale sont :

- les ruptures fréquentes de stocks ;
- les difficultés de distribution des vaccins dans les bases par manque de moyens roulants ;
- l'absence, dans les régions, de logiciel d'évaluation de la gestion efficace des vaccins ;
- l'irrégularité de l'inventaire périodique du matériel constitutif de la chaîne de froid ;
- l'irrégularité des missions de supervisions formatives ;
- l'insuffisance du budget de l'Etat alloué à la thématique ;
- l'absence d'unités chargées de la communication au niveau du PEV central et dans les centres de vaccination ;
- l'insuffisance quantitative des effectifs du PEV.

4.3.5. Niveau de réalisation dans la promotion de l'allaitement maternel exclusif

Les activités de promotion de l'allaitement maternel exclusif sont liées au sous-objectif *« D'ici 2015, au moins 20% des femmes pratiquent l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois ».*

4.3.5.1. Pourcentage des femmes pratiquant l'AME

Tableau 18 : Pourcentage de femmes pratiquant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois

Baseline EDSG 2000	Cible du PNDS en 2015	Stratégies de mise en œuvre	Résultats EDSG 2012	Niveau de réalisation
7%	20%	- Renforcement de compétence des prestataires - Organisation de campagnes de sensibilisation sur la thématique	**6%**	0%

En comparant les résultats des EDSG (2000 et 2012), on observe qu'en 12 ans, le pourcentage des bébés nourris exclusivement au sein a plutôt régressé, passant de 7% à 6%. Il se situe bien loin de la cible du PNDS pour 2015 (20%).

Ce résultat est en partie lié au fait qu'en dehors de la célébration, chaque année, de la semaine mondiale de l'allaitement maternel, aucune des actions prévues dans le PNDS 2011-2015 pour promouvoir l'AME n'a été réalisée.

Il apparaît aussi qu'il persiste une méconnaissance de la notion d'exclusivité de l'allaitement maternel tant pour les personnels de santé que pour les mères. Pour mémoire, l'allaitement maternel est dit exclusif si et seulement si le nourrisson ne reçoit que du lait maternel et rien d'autre (même pas de l'eau) jusqu'à l'âge de

six mois. Ce qui suppose un allaitement régulier au sein, de jour comme de nuit. Or, la majorité des femmes qui choisissent de nourrir leurs bébés au sein, leur donnent également de l'eau à boire en pensant bien faire (par analogie à la pratique habituelle du repas, où il est normal de boire en mangeant). Par ailleurs, les mères qui travaillent trouvent la pratique de l'allaitement maternel exclusif assez contraignant.

4.3.5.2. Problèmes majeurs identifiés

Les problèmes majeurs identifiés dans la promotion de l'AME jusqu'à 6 mois sont :

- l'influence de la publicité sur les substituts du lait maternel par les firmes pharmaceutiques ;
- l'influence des choix socioculturels issus du modernisme chez les jeunes mamans (rejet des pratiques « anciennes », refus des contraintes « genre », préservation de « l'esthétique » de la poitrine) ;
- la méconnaissance des bienfaits du lait maternel par la population ;
- la méconnaissance de la notion d'exclusivité de l'allaitement maternel ;
- le déficit quantitatif du personnel formé en puériculture et d'agents communautaires formés sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) ;
- le peu d'activités de masse du CNN, par manque de ressources humaines et financières.

4.3.6. Niveau de réalisation dans la prise en charge adéquate des cas de malnutrition

Les activités de prise en charge adéquate des cas de malnutrition sont liées au sous-objectif *« D'ici 2015, au moins 80% des cas de malnutrition chez les enfants bénéficient d'une prise en charge adéquate ».*

4.3.6.1. Pourcentage des cas de malnutrition bénéficiant d'une prise en charge adéquate

Tableau 19 : Pourcentage des cas de malnutrition bénéficiant d'une prise en charge adéquate

Baseline EDSG 2000	Cible du PNDS en 2015	Stratégies de mise en œuvre	Résultats EDSG 2012	Niveau de réalisation
ND	80%	- Renforcement de compétence des prestataires - Organisation de campagnes de sensibilisation sur la thématique - Démonstrations nutritionnelles	ND	

Source : CNN

Dès l'EDSG 2000, il apparaît qu'au Gabon, la prise en charge adéquate des cas de malnutrition n'est pas documentée dans les structures de PEC. Et en 12 ans, la situation n'a pas évolué, puisque l'EDSG 2012 ne retrouve pas non plus de données sur cette thématique. Il est donc impossible d'apprécier le niveau de réalisation dans l'atteinte de la cible.

Quelques informations sur la prise en charge adéquate de la malnutrition auraient pu être récoltées dans le cadre de la PCIME. Malheureusement les outils de collecte disponibles sur cette thématique ne sont pas exploitables, parce que mal remplis.

4.3.6.2. Documents nationaux sur la PEC adéquate de la malnutrition

La prise en charge adéquate de la malnutrition implique l'existence de documents nationaux normatifs clarifiant et catégorisant la notion de PEC adéquate dans cette thématique.

Au CNN, il existe bien un module de formation en nutrition destiné aux agents de santé, mais il date d'avril 2000 et par conséquent, nécessite d'être actualisé. Il n'existe donc pas actuellement, de documents nationaux actualisés de référence sur la PEC adéquate de la malnutrition.

4.3.6.3. Activités de formation et de PEC de la malnutrition

Au Gabon, les enfants de moins de cinq ans souffrant de malnutrition sont estimés à 20% (17% pour la forme chronique et 3% pour la forme aigüe). Les données disponibles ne renseignent pas sur le nombre d'enfants malnutris ayant bénéficié d'une prise en charge adéquate.

Jusqu'à un passé récent, la prise en charge adéquate des malnutris n'était réalisée qu'au CNN, seul service disposant de nutritionnistes confirmés. Quelques activités de formation nutritionnelle ont été financées par les Partenaires (OMS, UNICEF) en ayant pour thématique l'ANJE, et non la PEC de la malnutrition. Toutefois, c'est à la suite de ces formations en ANJE données à plusieurs agents des SMI par le CNN, que les activités relatives à la PEC des enfants malnutris ont été intégrées dans les centres de santé et dans certaines structures hospitalières.

Néanmoins, le CNN continue à assurer cette prestation, d'une part parce que les prestataires des SMI n'ont pas tous été formés, et d'autre part parce que les quelques supervisions effectuées ont montré que certains des personnels formés, soit s'abstiennent d'assurer la PEC des cas de malnutrition, soit ne la réalisent pas correctement. Les raisons de cet état des choses restent à préciser.

4.3.6.4. Problèmes majeurs identifiés

Les problèmes majeurs identifiés dans la prise en charge adéquate des cas de malnutrition sont :

- l'absence de documents nationaux actualisés de référence ;
- l'absence de mise en œuvre de la stratégie nationale sur l'ANJE datant de 2009, par manque de financement ;
- le déficit quantitatif en personnels spécialisés en nutrition (médecins nutritionnistes, nutritionnistes, diététiciens, etc.) et leur mauvaise répartition (le peu existant réside à Libreville) ;
- l'absence de données détaillées sur la malnutrition dans les registres des structures de PEC (il semble que, dans les structures, la collecte des données cliniques d'un enfant malade ne cible pas particulièrement les paramètres spécifiques de la malnutrition).

4.3.7. Niveau de réalisation dans la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

Les activités de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) sont liées au sous-objectif *« D'ici 2015, au moins 95% des enfants malades bénéficient d'une prise en charge adéquate contre les principales pathologies (diarrhée, Infections respiratoires aigües, infections urinaires…)»*

4.3.7.1. Pourcentage des enfants malades bénéficiant d'une prise en charge adéquate contre les principales pathologies

Tableau 20 : Pourcentage des enfants malades bénéficiant d'une prise en charge adéquate contre les principales pathologies (diarrhée, infections respiratoires aigües, infections urinaires…)

Baseline EDSG 2000	Cible du PNDS en 2015	Stratégies de mise en œuvre	Résultats EDSG 2012	Niveau de réalisation
ND	95%	- Renforcement de compétence des Prestataires - Organisation de campagnes de sensibilisation sur la thématique	**64%** (Diarrhées) **68%** (IRA)	

Source : EDSG 2012

La PCIME est une stratégie qui vise à mutualiser et optimiser les ressources humaines, matérielles et financières du système de santé pour prendre en charge de manière intégrée les principales maladies de l'enfant responsables de 90% des décès, à savoir le paludisme, les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, les parasitoses (amibiase, helminthiases) et la rougeole.

L'information de l'EDSG 2012 porte uniquement sur le pourcentage de PEC adéquate des infections respiratoires aigües (68%) et des maladies diarrhéiques (64%). Les taux de PEC adéquate du paludisme, des parasitoses (amibiase, helminthiases) et de la rougeole ne sont pas rapportés. Aussi, est-il impossible d'apprécier le niveau de réalisation dans l'atteinte de la cible du PNDS pour 2015 (95% de PEC adéquate pour chacune des maladies visées).

4.3.7.2. Activités de formation et de PCIME

Le PNDS a prévu l'extension de la PCIME à l'ensemble des départements sanitaires et sa mise en œuvre dans les formations sanitaires comme stratégie prioritaire pour assurer une prise en charge globale des enfants. Mais les interventions planifiées pour cela n'ont pas été réalisées, en dehors de quelques formations dispensées au bénéfice de certains prestataires.

En fait, comme toutes les maladies visées par la PCIME sont prises en charge de manière usuelle dans les services de santé, comme toute autre pathologie de l'enfant, souvent les prestataires ne perçoivent pas le bénéfice ou l'apport spécifique de cette stratégie en termes de meilleur diagnostic et meilleur traitement des cas. D'où l'importance des formations pour clarifier le concept et obtenir l'adhésion des personnels soignants.
La DNSMI possède six modules de formation sur la PCIME élaborés par l'UNICEF. Au cours des années 2011 et 2012, 49 personnels de santé des régions et départements sanitaires ont été formés sur la PCIME. Ces formations ont été effectuées par neuf formateurs qui assuraient également des supervisions dans les régions sanitaires, excepté celles de l'Ouest et du Centre-Est.

Tant que les formations se sont accompagnées de la mise à disposition des médicaments et consommables requis pour passer à la pratique, la motivation des personnels à appliquer la PCIME a été satisfaisante, malgré le caractère laborieux de l'exercice (le support de PCIME à renseigner pour chaque cas était jugé trop volumineux). Puis les ruptures répétées et prolongées de stocks des médicaments et consommables nécessaires à la mise en œuvre de la PCIME ont progressivement démotivé les prestataires.

A ce jour, la mise en œuvre de la stratégie PCIME reste limitée.

4.3.7.3. Problèmes majeurs identifiés

Les problèmes majeurs identifiés dans la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant sont :

- l'insuffisance de ressources financières pour maintenir et étendre la pratique ;
- l'absence de leadership de l'Etat dans la mise en œuvre (la quasi-totalité des interventions réalisées, l'ont été grâce au financement des partenaires au développement) ;
- la non adhésion de beaucoup de prestataires à la PCIME ;
- le caractère ponctuel, non durable et à faible impact des actions réalisées.

Tableau 21 : Récapitulatif des taux de réalisation de la lutte contre la mortalité des enfants de moins de cinq ans

Objectifs Stratégiques	Résultats	Taux de réalisation
Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans		
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	73%	81%
D'ici 2015, au moins 20% des femmes pratiquent l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois	6%	**0%**
D'ici 2015, au moins 80% des cas de malnutrition chez les enfants bénéficient d'une prise en charge adéquate	ND	**ND**
D'ici 2015 au moins 95% des enfants malades bénéficient d'une prise en charge adéquate contre les principales pathologies	37%	39%
ENSEMBLE		**40%**

Les interventions prévues dans le PNDS pour réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans de 91 à 30 pour 1000 NV ont été exécutées à hauteur de 40%.
A noter les faibles scores de l'allaitement maternel exclusif et de la prise en charge adéquate des cas de malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans qui tirent le résultat d'ensemble vers le bas.

5.1. Niveau de réalisation dans la lutte contre le VIH/sida

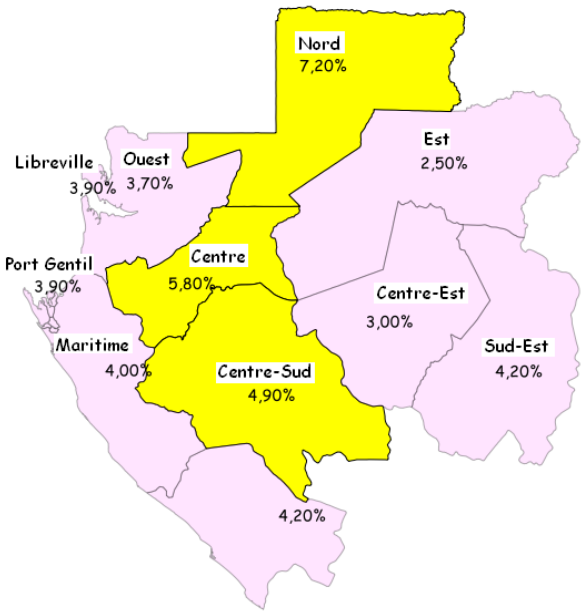
Les activités de lutte contre le VIH/sida sont liées à l'objectif *« Réduire de 5,2 à 3% la séroprévalence du VIH, d'ici 2015 ».*

Au Gabon, la lutte contre le VIH/sida demeure une priorité du Gouvernement, et la lutte contre cette endémie bénéficie de l'engagement des plus hautes autorités. Depuis 2001, la lutte contre le VIH a été encadrée par des Plans stratégiques successifs. La clôture du Plan Stratégique National 2008-2012 a donné lieu à une *Revue* et à l'élaboration d'un outil innovant ou *Cadre d'Investissement (Investment Case*). Outre le classique *Plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida 2013-2017* de la Direction Générale de la Prévention du Sida (DGPS), un *Plan d'Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant* a été élaboré par le Programme de Lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles et le VIH (PLIST).Ces deux plans n'ont pas encore été financés de manière adéquate.

5.1.1. Prévalence du VIH

La détermination de la séroprévalence du VIH ne peut pas être effectuée en routine. Elle nécessite la réalisation d'enquêtes en population. D'après l'EDS Gabon 2012, la prévalence du VIH est en moyenne de 4,2%+/- 1,6% au niveau national (i.e. comprise entre 3,6% et 5,8%) contre 5,2% en 2010 (soit une diminution de 21% en l'espace de 2 ans).

Entre outre, la prévalence du VIH varie suivant les Régions Sanitaires. La carte 2 ci-dessous, permet de voir que sa valeur varie entre 2,5% dans la Région Sanitaire Est et 7,8% dans la Région Sanitaire Nord. Ces valeurs permettent d'estimer le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans chaque Région Sanitaire, tel que reporté dans le Tableau 22 ci-dessous. Parce que les chiffres de la population gabonaise utilisés par les Partenaires au Développement sont régulièrement inférieurs aux projections utilisées en routine par les programmes de santé (1.500.000 contre 1.981.007), il existe des discordances souvent importantes entre les estimations des uns et des autres. Toutefois, les bases de données locales ont l'intérêt de permettre une analyse de données désagrégées et une planification au niveau infranational.



Carte 2 : Prévalence du VIH par Régions
Source : reproduit d'après les résultats de l'EDSG 2012

Tableau 22 : Estimation du nombre de PVVIH par Régions Sanitaires au Gabon en 2012

Régions sanitaires	Population 2012 (est)	Prévalence EDSG 2012	*Produit Pop*P*
Libreville-Owendo	1 022 222	3,9%	**39 867**
Ouest	125 074	3,7%	**4 628**
Sud-Est	290 888	4,2%	**12 217**
Centre	64 421	5,8%	**3 736**
Centre-Sud	101 050	4,9%	**4 951**
Sud	51 118	4,2%	**2 147**
Est	69 975	2,5%	**1 749**
Centre-Est	67 255	3,0%	**2 018**
Port-Gentil	133 067	3,9%	**5 190**
Maritime (hors Port-Gentil)	29 029	4,0%	**1 161**
Nord	166 595	7,2%	**11 995**
GABON	**1 928 926**	**4,2%**	**81 015**

5.1.2. Incidence du VIH

Les activités pour réduire l'incidence du VIH sont liées au sous-objectif *« Réduire d'au moins 50% l'incidence du VIH, d'ici 2015 ».* Notons que le PNDS ne précise pas la valeur de départ de cet indicateur. 4.160 nouveaux cas de VIH ont été enregistrés en 2013, par les 13 structures de référence approvisionnées en ARV par le PLIST (cf. Tableau 23 ci-dessous). 38% (n = 1572) d'entre eux ont été pris en compte dans la Région Sanitaire de Libreville-Owendo, au niveau du CTA du CHUL, du CTA de l'Hôpital Spécialisé de Nkembo, de la Fondation Jeanne Ebori ou de l'Hôpital d'Instruction des Armées. Les données fournies par les Régions sont plus fragmentaires mais ont l'intérêt de rendre compte de l'évolution du nombre de cas de 2011 à 2013 (cf. Tableau 24 ci-dessous).

Tableau 23 : Indicateurs du VIH/Sida, Gabon, 2013

Localisation CTA (8) structures de référence (5)	Nouveaux cas de VIH 2013	Malades enregistrés	Consultation (Moyenne Mensuelle)	Décès PVVIH
Libreville (4)	**1 572**	18 792	2 910	118
Melen (0)	*néant*	/	/	/
Franceville (1)	622 (*)	na	na	na
Lambaréné (1)	252	1233	133	26
Mouila (2)	607	1 603	206	66
Tchibanga (1)	127	2189	49	7
Makokou (1)	108	520	0	17
Koula-Moutou(1)	118	118	77	27
Port-Gentil(1)	396	396	264	34
Oyem (1)	358	358	412	37
TOTAL	**4160**	**25 209**	**4 051**	**302**

Tableau 24 : Nouveaux cas de VIH, 2011-2013

Régions sanitaires	2011	2012	2013
Libreville	1 636	1 879	1 053
Ouest	0	81	86
Sud-Est	773	762	702
Centre	139	172	252
Centre-Sud	193	290	231
Sud	202	217	138
Est	30	11	4
Centre-Est	0	6	5
Maritime	642	395	402
Nord	147	239	360
GABON	**3 762**	**4 052**	**3 233**

Source : Synthèse rapport 12 CTA, Gabon, 2013 ; fiche de collecte RS Sud-Est (source CTA) ; fiche de collecte des Régions et Départements Sanitaires

Suivant la synthèse des rapports provenant des CTA, le nombre de décès liés au VIH a été de 302 en 2013. Cette valeur (fragmentaire) est nettement inférieure aux 2.535 décès liés au VIH de la seule tranche d'âge des 15-59 ans qui constitue la valeur de référence du nouveau plan stratégique 2013-2017 de la DGPS. Elle est également inférieure à la cible fixée par ce document.

D'un autre côté, étant donné que peu d'enfants séropositifs survivent au-delà de 15 ans, la prévalence de jeunes de 15 à 24 ans vivant avec le VIH permet d'estimer de manière indirecte les infections récentes. La valeur de cet indicateur, recueilli par la DGPS au niveau des centres de consultation prénatale était de 4,8% en 2009. Il est passé à 2,4% chez les femmes, à 0,2% chez les hommes et à 1,5% pour les deux genres, selon l'EDSG 2012.

5.1.3. Utilisation du condom par les populations cibles

Les activités pour promouvoir l'utilisation du condom sont liées au sous-objectif *« Atteindre un taux d'utilisation du condom d'au moins 85% dans les groupes à risques ».*

La première difficulté tient au fait que le PNDS n'a pas précisé quels étaient les groupes à risque concernés. Si on s'en tient aux trois principales populations clés (professionnelles du sexe, utilisateurs de drogues injectables, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes), celles-ci sont à l'heure actuelle encore difficiles à cerner au Gabon et leur dénominateur est mal connu. De même, l'effectif des hommes/femmes en uniforme, quatrième population clé de la nouvelle Stratégie nationale de Lutte contre la VIH/Sida, n'est pas accessible (secret défense), en sorte que leur taux de séroprévalence est difficile à cerner.

De toute façon, le taux d'utilisation du condom dans les groupes cibles, n'est pas disponible en routine et, le plus souvent, cet indicateur n'a pas été renseigné par les Régions. Le fait est que le nombre de

préservatifs distribués ne préjuge en rien d'une utilisation régulière et appropriée. Cet indicateur peut néanmoins être utilisé pour estimer, de manière indirecte, le nombre de personnes sensibilisées à l'utilisation du préservatif.

A l'heure actuelle, la meilleure estimation de cet indicateur est donné par le pourcentage de personnes ayant fait usage du condom au cours des derniers rapports sexuels à risque (12 derniers mois). D'après l'EDSG 2012, la proportion d'utilisateurs ayant déclaré avoir fait usage d'un condom lors des derniers rapports sexuels a été de :

- 63% chez les jeunes femmes célibataires de 15-24 ans ;
- 78% chez les jeunes hommes célibataires de 15-24 ans ;
- 83% chez les hommes de 15-49 ans qui ont des rapports payants ;
- 51% chez les hommes de la même tranche d'âge qui ont des rapports multiples.

Toutefois, d'après la DGPS, la proportion de professionnelles du sexe indiquant avoir utilisé un préservatif avec le dernier client n'est que de 57,9%.

5.1.4. Accès aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH/sida

Les activités pour promouvoir l'accès aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH/sida sont liées au sous-objectif *« Au moins 80% de PVVIH ont accès aux services de prévention, traitement et soins y compris les enfants d'ici 2015 ».*

A l'heure actuelle, le suivi des PVVIH et de leur traitement par les ARV est principalement assuré par dix-sept (17) structures, approvisionnées par le PLIST en ARV et en consommables, dont 8 CTA situés dans les chefs-lieux de province. La distribution de ces structures de référence n'est pas homogène, et la RS Ouest en est dépourvue. Le nombre total de consultations notifiés par ces services est de 48.616, soit une moyenne mensuelle de 4051 consultation par mois.

L'évolution de l'accès aux services de prévention et de traitement des PVVIH figure dans le Tableau 25 ci-dessous. D'après les données communiquées par le PLIST, on estime que la proportion des PVVIH ayant accès à un CTA ou à un service de référence approvisionné en ARV est passée de de 26,7% en 2010 à 48,1% en 2013. Des valeurs plus faibles peuvent être obtenues avec une autre base de population, sans toutefois démentir le progrès constaté, qui reste néanmoins loin des 80% visés par le PNDS.

Tableau 25 : Accès aux services de prévention et de traitement par les ARV

Indicateur	2010	2011	2012	2013	2015
Prévalence du VIH	5,2%	5,0%	4,2%		3%
Nombre de PVVIH ayant accès aux services de diagnostic et de traitement		12 280	14 646	19 555	
Nombre total de PVVIH		46 051	40 658	40 616	
% de PVVIH ayant accès aux services de prévention et de traitement par les ARV		26,7%	36,0%	48,1%	80%
Population gabonaise	1 500 000	1 500 000	1 600 000	1600 000	

Source des données brutes : PLIST
Source des prévalences : Enquête UNSAID et EDSG 2012

Au Gabon, la lutte contre le sida repose sur de nombreuses activités de formation et de sensibilisation, mises en œuvre avec le financement de divers partenaires. Comme pour d'autres pays de la sous-région d'Afrique centrale, l'épidémiologique du VIH y tend vers la réduction de la prévalence et du nombre de nouvelles infections.

Toutefois, les progrès réalisés demeurent insuffisants par rapport aux objectifs pour 2015. En outre, de nombreux défis (anciens et nouveaux) entravent toujours la lutte : la répartition inhomogène du virus

dans la population, la féminisation de l'infection, la fréquence des co-infections avec la tuberculose, les ruptures fréquentes des stocks d'ARV et la stigmatisation/discrimination des PVVIH. A l'heure actuelle, le système relativement vertical de prise en charge par les CTA semble avoir atteint ses limites. Une augmentation de la couverture des activités de dépistage et de la couverture de la prise en charge des populations atteintes par le VIH/Sida, passe par une meilleure intégration des activités dans les services généraux de santé. La démultiplication des services susceptibles d'offrir le test VIH et le traitement par les ARV va rendre plus complexe la gestion des stocks et plus délicat le recueil des indicateurs de suivi. La gestion de stock et la collecte des données, notamment, sont des points faibles qui doivent être renforcés avant la formation de formateurs et/ou de nouveaux prestataires, et la multiplication des campagnes de sensibilisation.

Il convient enfin de rappeler qu'outre la transmission sexuelle et la transmission mère-enfant, il existe une transmission du VIH par transfusion sanguine et par accident d'exposition au sang (AES). Ces deux modes de contamination ne possèdent pas d'objectifs spécifiques clairement identifiables, ni dans le PNDS 2011-2015, ni dans le nouveau Plan stratégique national de lutte contre le VIH/sida 2013-2017 de la Direction Générale de la Prévention du Sida. Il serait licite de corriger cela, dans l'optique de l'augmentation de la couverture nationale en produits sanguins et d'amélioration de l'hygiène hospitalière.

Les principales forces, faiblesses, contraintes et opportunités de la lutte contre le sida figure dans le Tableau 26 ci-dessous.

Tableau 26 : Forces, faiblesse, contraintes et opportunités de la lutte contre le Sida au Gabon

Forces	Faiblesses
• Existence du Comité National de Lutte contre le Sida et les MST, de la Direction Général de la Prévention du Sida (DGPS) et du Programme de Lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles et le Sida (PLIST) ; • Existence de structures de coordination décentralisées ; • Evaluation du Plan Stratégique 2008-2012 par une équipe multisectorielle ; • Réorientation des interventions basée sur une auto-évaluation épidémiologique, programmatique et financière *(Investment Case)* ; • Adoption du nouveau Plan Stratégique national de Lutte contre le VIH/Sida 2013-2017 par le Gouvernement ; • Individualisation du volet Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant ; • Existence du Plan d'Elimination de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant 2013-2015 ; • Existence des CTA et d'une structure de coordination des CTA ; • Existence de Normes nationales de PEC ; • Existence de structures dispensatrices d'ARV (8 CTA et 5 autres structures de référence) ; • Existence de 14 compteurs de CD4 pour identifier les PPVIH éligibles pour les ARV ; • Gratuité du traitement par les Antirétroviraux (ARV) ; • Nombre important de malades traités par les ARV ; • Nombreuses campagnes de prévention relayées par les medias.	• Faible diffusion des stratégies nationales de lutte contre le Sida ; • Faible appropriation des activités du Plan Stratégique par les équipes cadres régionales ; • Faible intégration des activités de lutte contre le VIH/Sida ; • Système de référence et de contre-référence peu fonctionnel ; • Faible nombre des structures de prise en charge des jeunes ; • Insuffisance et mauvaise répartition des ressources humaines formées sur le VIH ; • Faible couverture géographique des structures dispensatrices d'ARV (19%) ; • Ruptures fréquentes des stocks d'ARV ; • Répartition inégale des compteurs de CD4 ; • Apparition de nouvelles infections chez les enfants nés de mères séropositives ; • Mauvaise maîtrise de certaines populations à risque : population carcérale, utilisateurs de drogues injectables… ; • Absence ou insuffisance de données factuelles sur la transmission du VIH par transfusion sanguine et par accident d'exposition au sang ; • Absence d'objectifs spécifiques clairement identifiés pour la prévention de la transmission du VIH par transfusion sanguine et par accident d'exposition au sang ; • Existence de populations vulnérables non adressées (populations autochtones, veuves et orphelins…) ; • Faible prise en compte du VIH dans la feuille de route de la SMI ; • Faible transparence de la désagrégation des flux financiers de la lutte contre le VIH/Sida.
Contraintes	**Opportunités**
• Obstacles culturels à la CCCD ; • Stigmatisation/discrimination à l'encontre des PVVIH ; • Existence d'un panel de maladies infectieuses interagissant avec le VIH (tuberculose, Ulcère de Buruli) ; • Fréquence des autres infections sexuellement transmissibles (IST) ; • Pauvreté des populations rurales ; • Existence de zones enclavées.	• Engagement des plus hautes autorités nationales dans la lutte contre le VIH/sida ; • Prépondérance de la partie nationale dans le financement des activités de lutte contre le VIH/sida ; • Forte implication des organisations de la société civile ; • Existence de la Déclaration de Politique des Nations Unies sur le VIH/sida ; • Appui multiforme des partenaires internationaux (agences des Nations Unies, Croix Rouge française) ; • Prise en compte du volet VIH dans l'EDSG 2012 ; • Appui du CIRMF au diagnostic précoce du VIH par la PCR.

5.2. Niveau de réalisation dans la lutte contre le paludisme

Les activités de lutte contre le paludisme sont liées à l'objectif *« Réduire de 96 à 50 pour 100.000 habitants la mortalité liée au paludisme, d'ici 2015 ».*

Au Gabon, le paludisme constitue la première cause de consultation tous âges confondus, et la première cause de mortalité hospitalière. L'agent pathogène responsable du paludisme, le *Plasmodium*, est transmis par l'anophèle, un moustique appartenant à diverses espèces du genre *Anopheles.* On rencontre au Gabon trois types de *Plasmodium* : *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium malariae* et *Plasmodium ovale.* Le paludisme mortel est uniquement dû au *Plasmodium falciparum*.

Le climat du Gabon, équatorial, chaud et humide, est favorable à la multiplication des anophèles, de telle sorte que le paludisme est stable, avec une transmission permanente et continue tout au long de l'année. Le risque élevé de contracter le paludisme se double de l'existence d'une pharmaco-résistance du *Plasmodium falciparum* aux antipaludiques bon marché. En outre, les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes sont plus exposés à développer un paludisme grave, s'ils contractent la maladie ; raison pour laquelle ils constituent les deux cibles privilégiées de la lutte contre le paludisme.

5.2.1. Taux de mortalité du paludisme

Tableau 27 : Mortalité (hospitalière) du paludisme dans les Régions Sanitaires

Régions	2010		2011		2012		2013	
	Tous cas confondus	DC lié au paludisme	Tous cas confondus	DC lié au paludisme	Tous cas confondus	DC lié au paludisme	Tous cas confondus	DC lié au paludisme
LBVO	780	8	197	9	615	28	789	47
Ouest	31	5	57	3	29	11	143	90
Sud-Est	89	16	125	9	208	15	352	23
Centre	99		9	0	68	10	97	4
Centre-Sud	48	5	44	0	73	18	36	6
Sud	117	26	45	10	133	25	*	*
Est	51	9	64	21	62	10	151	40
Centre-Est	132	76	43	10	79	7	100	16
Maritime	201	10	81	3	106	1	245	7
Nord	239	27	79	9	43	9	197	39
GABON	1787	**182**	744	**74**	1 416	**134**	2 110	**272**
Taux de mortalité		**10,2%**		**9,9%**		**9,5%**		**12,9%**

Sources : Rapports annuels 2010, 2011, 2012 et 2013 du PNLP

Le tableau 27 ci-dessus montre que le nombre de décès hospitaliers attribué au paludisme est passé de 182 en 2010 à 272 en 2013, et le taux de mortalité hospitalière de 10,2% en 2010 à 12,9% en 2013. On observe ainsi en moyenne pour l'ensemble des structures hospitalières une hausse des décès hospitaliers dus au paludisme, résultat qui éloigne de l'objectif pour 2015.

5.2.2. Taux de morbidité du paludisme

Les activités pour réduire la morbidité du paludisme sont liées au sous-objectif *« Réduire d'au moins 50% la mortalité et la morbidité lié au paludisme d'ici 2015 ».*

Tableau 28 : Morbidité du paludisme selon les Régions Sanitaires, Gabon, 2010-2013

Régions	2010		2011		2012		2013	
	Tous cas confondus	Cas de paludisme	Tous cas confondus	Cas de paludisme	Tous cas confondus	Cas de paludisme	Tous cas confondus	Cas de paludisme
LBVO	162 786	41 287	93 834	29 328	306 031	52 100	259 895	38 863
Ouest	67 135	20 850	46 901	20 542	51 365	17 415	17 881	6 793
Sud-Est	133 593	28 374	70 589	27 458	100 302	19 804	147 718	33 504
Centre	129 765	13 402	30 871	15 388	76 620	20 000	71 289	18 071
Centre-Sud	43 110	8 419	38 470	16 512	50 864	18 929	20 815	31 274
Sud	49 070	16 114	29 390	12 214	86 468	12 036	51 864	4 904
Est	93 126	25 269	56 375	25 690	55 193	12 857	98 399	10 668
Centre-Est	47 891	13 770	28 912	12 848	40 562	23 887	35 910	14 138
Maritime	72 980	6 657	17 265	2 978	39 631	4 287	66 003	8 520
Nord	38 206	10 963	32 733	15 864	30 340	6 774	61 000	18 469
GABON	837 662	185 105	445 340	178 822	837 376	188 089	830 774	185 204
Taux de morbidité		**22,1%**		**40,2%**		**22,5%**		**22,3%**

Sources : Rapports annuels 2010, 2011, 2012 et 2013 du PNLP

Comme le montre le tableau 28 ci-dessus, dans l'ensemble, et indépendamment des variations de la complétude des rapports reçus par le niveau central, le nombre total de cas notifiés de paludisme est relativement stable d'une année à l'autre, de même que le taux de morbidité (à l'exception notable de l'année 2011). Il n'y a donc pas eu de progrès vers l'atteinte de l'objectif pour 2015.

5.2.3. Prévalence du paludisme

Dans l'EDSG 2012, un taux d'hémoglobine inférieur à 8g/l est considéré comme un « indicateur traceur » du paludisme. Il en résulte que la prévalence du paludisme chez les moins de 5 ans serait plus importante dans les Régions Sanitaires Sud, Ouest, et Est, où la proportion d'enfants anémiés est respectivement de 6,9%, 8,9% et 10,8% (contre 1,9% dans la Région Maritime par exemple). Cette situation peut s'expliquer par l'écologie des vecteurs, la distribution de la pharmaco-résistance des *Plasmodii* ou par l'existence de maladies anémiantes autres que le paludisme chez les enfants enquêtés. Quoiqu'il en soit, et dans la mesure où l'anémie sévère constitue un facteur de risque en cas de paludisme, il convient de prendre en compte ces données pour identifier les sites d'intervention prioritaires lors de l'élaboration de plans opérationnels annuels des Régions et des Départements sanitaires.

5.2.4. Incidence du paludisme

Tableau 29 : Evolution de l'incidence du paludisme dans les Régions sanitaires

Régions	2010		2011		2012		2013	
	Population (est.)	Cas de paludisme	Population (est.)	Cas de paludisme	Population (est.)	Cas de paludisme	Population (est.)	Cas de paludisme
LBVO	904 646	41 287	961 639	29 328	1 022 222	52 100	1 086 622	38 863
Ouest	110 688	20 850	117 662	20 542	125 074	17 415	132 954	6 793
Sud-Est	275 687	28 374	283 186	27 458	290 888	19 804	298 800	33 504
Centre	63 642	13 402	64 031	15 388	64 421	20 000	64 814	18 071
Centre-Sud	101 131	8 419	101 091	16 512	101 050	18 929	101 010	31 274
Sud	50 934	16 114	51 026	12 214	51 118	12 036	51 210	4 904
Est	68 411	25 269	69 040	25 690	69 675	12 857	70 316	10 668
Centre-Est	66 641	13 770	66 947	12 848	67 255	23 887	67 565	14 138
Maritime	154 015	6 657	158 004	2 978	162 096	4 287	166 295	8 520
Nord	164 641	10 963	165 761	15 864	168 888	6 774	168 023	18 469
GABON *	1 828 836	185 105	1 878 215	178 822	1 928 926	188 089	1 981 007	185 204
Incidence		**101,2**		**95,2**		**97,5**		**93,5**

Sources : Rapports annuels 2010, 2011, 2012 et 2013 du PNLP
***** *: le total des extrapolations des Régions Sanitaires ne saurait correspondre à la valeur de l'extrapolation pour le Gabon.*

Dans ce tableau 29, la diminution de l'incidence du paludisme, qui passe de 101,2 pour 1000 habitants en 2010 à 93,5 pour 1000 habitants en 2013, est en trompe-œil ; elle est uniquement due à l'augmentation du dénominateur (chiffre extrapolé de la population).

5.2.5. Confirmation des cas de paludisme

Les données utilisées sur la confirmation des cas de paludisme sont celles du niveau central. Si on fait abstraction de l'année 2011 (absence de données validées par le niveau national), on constate que le taux de confirmation des cas de paludisme a augmenté progressivement. Il est passé de 7,5% en 2010 à 14,3% en 2013.

On note d'importantes disparités entre les Régions Sanitaires. Ainsi, en 2013, le taux de confirmation est de 28% dans la RSLO mais seulement de 11% dans la Région Sanitaire Maritime et de 5% dans la Région Sanitaire Sud-Est. Ces différences peuvent faire discuter un problème d'accessibilité géographique et/ou

économique aux tests de confirmation classique du paludisme et aux TDR ainsi que l'absence d'homogénéité des pratiques des prestataires de santé.

Tableau 30 : Evolution du taux de confirmation du paludisme

Régions	2010			2011		2012			2013		
	paludisme notifié	paludisme confirmé	%	paludisme notifié	paludisme confirmé	paludisme notifié	paludisme confirmé	%	paludisme notifié	paludisme confirmé	%
LBVO	41 287	2058	4,98	29 328	ND	52 100	6 240	11,97	38 863	10 853	27,92
Ouest	20 850	2564	12,29	20 542	ND	17 415	2 222	12,75	6 793	679	9,99
Sud-Est	28 374	952	3,35	27 458	ND	19 804	1 122	5,66	33 504	1 688	5,03
Centre	13 402	1736	12,95	15 388	ND	20 000	1 584	7,92	18 071	5 940	32,87
Centre-Sud	8 419	615	7,30	16 512	ND	18 929	1 546	8,16	31 274	2 425	7,75
Sud	16 114	1084	6,72	12 214	ND	12 036	1 919	15,94	4 904	1 192	24,30
Est	25 269	2171	8,59	25 690	ND	12 857	4 374	34,02	10 668	ND	ND
Centre-Est	13 770	1465	10,63	12 848	ND	23 887	471	1,97	14 138	977	6,91
Maritime	6 657	125	1,87	2 978	ND	4 287	258	6,01	8 520	951	11,16
Nord	10 963	1196	10,90	15 864	ND	6 774	15	0,22	18 469	1 727	9,35
GABON	185 105	13966		178 822	ND	188 089	19 751		185 204	26 432	
Taux de confirmation	7,5%			ND		10,5%			14,3%		

Sources : Rapports annuels 2010, 2011, 2012 et 2013 du PNLP

5.2.6. Prise en charge de la maladie

Les activités de PEC du paludisme sont liées au sous-objectif *« D'ici 2015, au moins 80% des cas de paludisme déclarés reçoivent un traitement correct dans les 24 heures ».*

La proportion des cas de paludisme déclarés recevant un traitement correct dans les 24 heures n'est pas disponible. D'une part, bien que de nouveaux schémas thérapeutiques conformes aux recommandations internationales soient disponibles, et que des algorithmes de prise en charge du paludisme aient été élaborés en 2011 et révisés en 2013, les équipes cadre des régions sanitaires, mises en place en 2012, n'ont pour l'instant été ni formées ni supervisées à cet effet. D'autre part, cet indicateur n'est pas renseigné dans les rapports statistiques annuels validés du PNLP.

5.2.7. Mise en œuvre de la PECADOM

En prélude à la formation des relais communautaires, le PNLP a identifié 11 personnes dans la Région Sanitaire Centre (zone pilote). Suite à la perte du soutien du Fonds Mondial en 2009, ces personnes n'ont finalement pas été formées. Aussi, la Prise en charge à domicile (PECADOM) n'a pour l'instant pas cours au Gabon.

5.2.8. Approvisionnement des formations sanitaires

Actuellement, les FOSA ne sont plus approvisionnées en routine par le PNLP, que ce soit en combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine (ACT), en Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) pour la mise en œuvre du TPI ou en moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'efficacité (MIILDE).

Par ailleurs, Le PNLP ne dispose pas de TDR, et son budget n'a pas de ligne pour l'expédition des médicaments et des intrants.

Les antipaludiques sont inscrits sur la *Liste des médicaments essentiels* et les FOSA reçoivent annuellement des antipaludiques à travers les antennes régionales de l'OPN. Toutefois, les ruptures de stocks sont fréquentes et peuvent excéder 6 mois.

5.2.9. Proportion de la population dormant sous MIILDE

Les activités de promotion des MIILDE sont liées au sous-objectif *« Au moins 80% de la population dort sous MIILDE ».*

D'après les résultats de l'EDSG 2012, 38% de la population générale au Gabon dort sous une moustiquaire (imprégnée ou non). Concernant les MIILDE, la proportion de ménages possédant au moins une moustiquaire imprégnée est de 36% en 2012, contre 73% en 2010. Ce net recul éloigne de la cible pour 2015.

Tableau 31 : Evolution du taux d'utilisation de la moustiquaire au Gabon

Population cible/Indicateurs	2010 MIILDE	2012 MIILDE	2012 moustiquaire	Cible 2015 MIILDE
Enfants de moins de 5ans	**52%**	35,7%	51%	**80%**
Femmes enceintes	**36%**	27%	38%	**80%**
Population générale	**73%**	36%	38%	**80%**

Sources : EDSG 2012, Revue de la performance du PNLP

Dans le détail rapporté au tableau 31 ci-dessus, le même phénomène est observé au niveau des deux cibles prioritaires. En effet, alors que 51% des enfants de moins de 5 ans dorment sous une moustiquaire, seuls 35,7% dorment sous une MIILDE (contre 52% en 2010). De même 38% des femmes enceintes dorment sous une moustiquaire (imprégnée ou non) mais seulement 27% dorment sous une MIILDE (contre 36% en 2010).

Ces chiffres montrent une tendance à la baisse de l'adhésion des populations à l'utilisation de la moustiquaire (imprégnée ou non), problème qui ne saurait être résolu par la simple acquisition / distribution de MIILDE. Quant aux usagers réguliers des MIILDE, il semble qu'à défaut de moustiquaires imprégnées distribuées gratuitement par les services de santé et/ou disponibles à un prix abordable dans les commerces, ils continuent à se protéger en utilisant des moustiquaires ordinaires.

5.2.10. Organisation de la lutte contre le paludisme

Une Revue de performance du programme de lutte contre le paludisme a été réalisée entre 2011 et 2012. Les résultats ont fait l'objet d'une première restitution, en octobre 2012 ; ils ont été de nouveau présentés, à l'occasion de la signature de *l'Aide-mémoire de la Revue de performance du programme de lutte contre le paludisme* (Libreville, Immeuble Arambo, 02 octobre 2013) par les différentes parties prenantes. Ce document qui n'a pas de valeur contractuelle constitue une déclaration d'intention de la part des signataires pour aider le Gouvernement à atteindre les objectifs de la lutte contre le paludisme d'ici 2015 (et au-delà). Conformément aux objectifs du PNDS, un *Plan Stratégique national de lutte contre le paludisme (2013-2017)* a également été élaboré et validé. Ce document a été présenté au Parlement et soumis au Fonds Mondial. Cela étant, il s'agit plus d'une stratégie sectorielle que d'un Plan multisectoriel.

Les principales stratégies/activités mises en œuvre par le PNLP sont dominées par la formation des prestataires de santé, la sensibilisation des populations relayée par les medias et la distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'efficacité (MIILDE) aux populations cibles. En revanche, les activités de pulvérisation d'insecticide extra/intra domiciliaire organisées par l'Institut d'Hygiène Publique et d'Assainissement restent occasionnelles, eu égard au coût des insecticides. Des interventions de lutte anti-vectorielle intégrée sont parfois réalisées (à la faveur des flambées de Chikungunya), mais en ces occasions, les pulvérisations sont essentiellement cantonnées à la capitale.

Au total, la revue à mi-parcours du PNDS 2011-2015 intervient dans un contexte caractérisé par une stagnation des principaux indicateurs de performance de la lutte contre le paludisme suite au retrait du

financement du Fond Mondial. Aussi est-il probable que les cibles pour 2015 ne pourront pas être atteintes, malgré les efforts consentis par l'Etat et les autres partenaires techniques et financiers.

C'est pourquoi le nouveau *Plan Stratégique national de lutte contre le paludisme 2013-2017* du PNLP a reconduit l'objectif *« réduire d'au moins 50% la mortalité et la morbidité liées au paludisme »,* durant les cinq prochaines années, tout en modifiant les cibles stratégiques de la manière suivante :

- une couverture universelle de toute la population par les MIILDE ;
- la généralisation de la confirmation du diagnostic par les TDR (suite à la modification des techniques de diagnostic) ;
- le passage à une stratégie de Traitement Préventif Intermittent du paludisme chez la femme enceinte reposant sur l'administration de 3 doses de Sulfadoxine-Pyriméthamine, au lieu de 2 (modification des schémas thérapeutiques).

Par ailleurs, dans un contexte de ressources limitées, il conviendra de renforcer et pérenniser les activités de lutte anti-vectorielle intégrée (LAVI).

Pour répondre à tous ces défis, il est capital que des ressources additionnelles soient mobilisées, et que chaque acteur prenne conscience de l'importance de son rôle.

Les principales forces, faiblesses, contraintes et opportunités de la lutte contre le paludisme figurent dans le Tableau 32 ci-dessous.

Tableau 32 : forces, faiblesses, contraintes et opportunités de la lutte contre le paludisme

Forces	Faiblesses
• Finalisation et validation de la nouvelle Stratégie nationale de lutte contre le Paludisme ; • Existence d'une ligne budgétaire pour l'achat des médicaments et consommables ; • Organisation des Ateliers de formation sur la prise en charge des différentes formes de paludisme par les ACT dans les FOSA ; • Contribution financière des ménages dans la prise en charge des cas ; • Existence dans toutes les régions sanitaires de laboratoires opérationnels au niveau des CHR ; • Prise en charge par la CNAMGS des ACT et de la Goutte Epaisse pour le traitement et le diagnostic du paludisme ; • Existence d'antennes de l'OPN dans toutes les régions sanitaire du pays ; • Sensibilisation des populations plus marquées à l'occasion de la célébration des Journées Mondiales du Paludisme ; • Existence de service de référence, appuyés par la FMP au CHREM et dans le DS de Tsamba-Magotsi ; • Existence de ressources humaines formées aux techniques de pulvérisations à l'IHPA.	• Absence de TDR pour le diagnostic de paludisme dans les services de santé ; • Délais trop longs de PEC et de rendu des examens de confirmation du paludisme dans les FOSA ; • Rupture de stocks en ACT et en SP dans les FOSA ; • Sous-notification des doses de SP prescrites par les agents des FOSA ; • Rupture des stocks en MIILDE et en consommables de laboratoires ; • Faible collaboration du PNLP avec les particuliers, les sociétés privées et les particuliers distribuant les MIILDE aux populations ; • Sous-notification du nombre de MIILDE reçues et distribuées par les FOSA ; • Insuffisance de personnel qualifié et de plateau technique performant dans certains départements sanitaires ; • Absence de relais communautaires formés pour la PECADOM ; • Absence de supervision des activités du personnel de santé ; • Absence d'une politique de santé communautaire.
Contraintes	**Opportunités**
• Perte du financement du Fond Mondial en 2010 ; • Existence des préjugés constituant un frein psychologique à l'utilisation de la MIILDE ; • Coût des MIILDE (7000 XAF au PLMP contre 5000 pour les moustiquaires non imprégnées).	• Existence de la stratégie mondiale « Roll back malaria » ; • Signature de l'Aide-mémoire de la Revue de performance du Programme National de Lutte contre le paludisme par les différents partenaires du programme ; • Distributions gratuites de MIILDE aux populations par le secteur privé, les ONG et par les particuliers ; • Expérimentation d'un vaccin contre le paludisme dans la Région Centre.

5.3. Niveau de réalisation dans la lutte contre la tuberculose

Les activités de lutte contre la tuberculose sont liées à l'objectif *« Réduire de 410 pour 100 000 habitants à 200 pour 100 000 habitants la prévalence de la tuberculose d'ici 2015 ».*

La tuberculose (TB) est une maladie infectieuse causée par des bacilles du complexe *Mycobacterium tuberculosis,* encore appelés bacilles de Koch ou BK. La tuberculose pulmonaire est la forme la plus fréquente de la maladie (80% des cas). Il s'agit d'un problème de santé publique majeur au niveau mondial, et plus encore en Afrique où la charge de morbidité élevée de cette maladie s'explique par la pauvreté, la fréquence des co-infections TB/VIH et l'émergence de la tuberculose à bacilles multi résistants (TBMR). Le Gabon ne fait pas exception et a été classé par l'OMS parmi les pays à haute prévalence de tuberculose.

Conformément aux cibles mondiales des OMD 2015 et de la stratégie « Stop TB » (Halte à la Tuberculose), le PNDS 2011-2015 a retenu les quatre cibles programmatiques suivantes :

- réduction d'au moins 50% de la mortalité de la tuberculose d'ici 2015 ;
- réduction de 50% de la morbidité liées à la tuberculose d'ici 2015 ;
- dépistage de 70% des cas de tuberculose à microscopie positive (cible Stop TB depuis 2005) ;
- guérison d'au moins 85% des cas de tuberculose à microscopie positive (cible Stop TB depuis 2005).

5.3.1. Mortalité de la tuberculose

Tableau 33 : Evolution des décès chez les nouveaux cas à microscopie positive

Indicateurs	2010	2011	2012	cible 2013
Nombre de décès des TPM+	30	2	20	
Nombre de cas de TPM+	1671	722	1516	1900
Taux de décès des TPM+	1,8%	0,3%	1,3%	

Source : Rapports annuels du PNLT

La proportion des patients dont le décès est lié à la tuberculose est en moyenne de 1%. Toutefois, dans la mesure où le taux de perdus de vue est encore élévé, il est possible que des issues défavorables aient été méconnues. En revanche, le taux de mortalité spécifique de la tuberculose n'a pas pu être calculé à partir des chiffres provenant des analyses de cohorte.

5.3.2. Morbidité de la tuberculose

Tableau 34 : Evolution du nombre de cas de tuberculose par Région Sanitaire

Catégorie / Régions	2011		2012		2013	
	Total TTF + rechutes	Nouveaux cas TPM+	Total TTF + rechutes	Nouveaux cas TPM+	Total TTF + rechutes	Nouveaux cas TPM+
LBVO	1609	672	1202	1089	2698	1130
Ouest		*		*	76	51
Sud-Est	0	0	263	114	270	124
Centre	91	50	61	60	115	93
Centre-Sud	0	0	0	0	112	27
Sud	0	0	5	2	160	43
Est	0	0	105	90	172	81
Centre-Est	0	0	0	0	207	114
Maritime	0	0	162	148	340	191
Nord	0	0	15	13	161	46
GABON	**1700**	**722**	**1813**	**1516**	**4311**	**1900**

Sources : Rapports annuels 2011, 2012 et 2013 du PNLT et rapports des traitements 2011 et 2012

Le nombre total de cas de tuberculose toutes formes (TTF) et de rechutés qui était de 3576 en 2010 (année de référence), a tout d'abord diminué, passant par la valeur minimale de 1700, avant de repartir à la hausse pour atteindre la valeur de 4311 cas en 2013.

Durant la même période, le nombre de nouveaux cas de tuberculose pulmonaires à microscopie positive (TPM+) est progressivement passé de 722 cas en 2011 à 1900 cas en 2013.

5.3.3. Dépistage des cas de tuberculose à microscopie positive

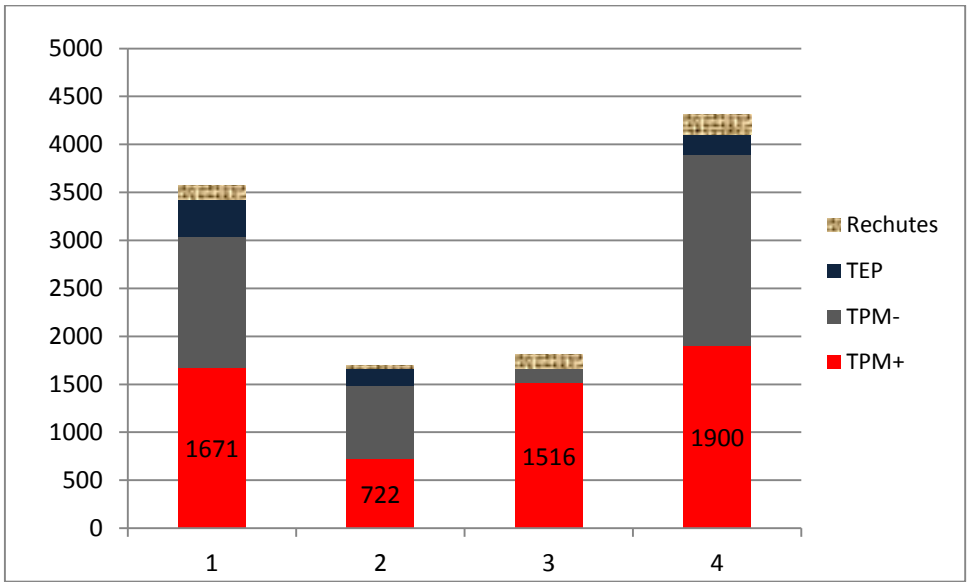
Les activités sont liées au sous-objectif *« D'ici 2015, dépister au moins 70% des cas de tuberculose à microscopie positive et guérir au moins 85% d'entre eux »*.

Les taux de notification des nouveaux cas de TTF et des rechutes, d'une part, et les taux de notification des nouveaux cas de TPM+ d'autre part, figure dans le Tableau 35 ci-dessous. Depuis 2012, on constate une tendance à la hausse des chiffres. Toutefois, l'objectif du PNDS sur le dépistage est loin d'être atteint. La proportion de cas de TPM+ dépistés rapporté à l'estimation calculée (34,3%) demeure nettement inférieure à la cible de 70% fixée par le PNDS pour 2015.

Tableau 35 : Taux de notification des nouveaux cas de tuberculose et rechutes

	2010	2011	2012	2013	Cible 2015
Nombre de nouveaux cas à microscopie positive (TPM+)	1671	722	1516	1900	
Taux de TPM+ (x1000)	91	38	79	96	
Nombre attendu de TPM+ (calculé*)	5 121	5 259	5 401	5 547	
TPM+ dépistés /nombre attendus de TPM+	**32,6%**	**13,7%**	**28,1%**	**34,3%**	**70%**
Nombre de TTF et de rechutes	3756	1700	1813	4311	
Taux TTF et R	205	91	94	218	
TTF et R/Cible TPM+	73,3%	32,3%	33,6%	77,7%	
Population Gabon (est.)	1 828 836	1 878 215	1 928 926	1 981 007	

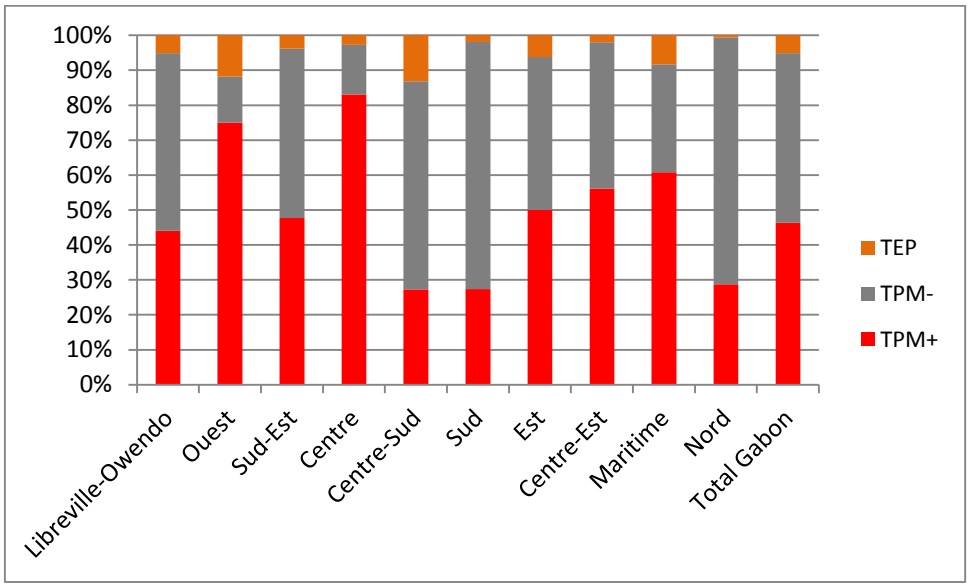
Sources : Rapports annuels 2011, 2012 et 2013 du PNLT et rapports des traitements 2011 et 2012
(*) On applique la formule suivante : Nombre de cas attendu Population risque d'infection annuel attendu. Celui-ci est estimé à 2,8 pour 1000 habitants (=280 pour 100.000)*



Graphique 3 : Nombre de cas de tuberculose, Gabon, 2011-2013
Sources : Rapports annuels 2011, 2012 et 2013 du PNLT et rapports des traitements 2011 et 2012

Une analyse plus fine des données révèle que la proportion du nombre de nouveaux cas de tuberculose à microscopie négative (TPM-) ou extra-pulmonaires (TEP) pris en compte en 2011 et 2012 est extrêmement faible. Ceci reflète le fait que durant les années de ruptures de stocks en antituberculeux (2011, 202), le traitement des formes de tuberculose présumées les plus contagieuses a été privilégié. A l'inverse, si on compare la répartition des cas de tuberculose des années 2010 (année de référence) et de l'année 2013, on constate que l'augmentation du nombre total de nouveaux cas et de rechutes (TTF+R) s'est faite plus vite que celle du nombre de cas de tuberculose à microscopie positive (TPM+).

Le graphique 4 ci-dessous, permet comparer les performances des différentes Régions Sanitaires. On constate que dans la Région Sanitaire Centre, qui dispose d'un laboratoire P2 pour la culture du BK, le taux de confirmation des cas de tuberculose est supérieur à 80%. Par contre la Région sanitaire de Libreville-Owendo, qui dépiste la majorité des cas, ainsi que les Régions Centre-Sud, Sud et Nord ont des taux de confirmation du diagnostic de TB très faibles, inférieurs à 50% en 2013. Dans la Région Sanitaire de Libreville-Owendo, ceci tient au fait qu'une forte proportion de cas de tuberculose est mise sous traitement sans avoir bénéficié d'une recherche de BAAR (3 prélèvements).



Graphique 4 : Taux de confirmation des nouveaux cas de tuberculose par la microscopie

5.3.4. Dépistage des cas de tuberculose multi-résistante

La confirmation de la tuberculose multi-résistante (TB-MR) nécessite la mise en œuvre de la culture, des antibiogrammes et/ou des techniques de biologie moléculaires (PCR). Le Tableau 36 ci-dessous récapitule les données fragmentaires collectées à l'occasion de Revue. Mis à part les 35 cas de TB-MR identifiés par le CIRMF et les laboratoires collaborant avec le CERMEL, un nombre relativement élevé de résistances isolées à la Rifampicine (n=19) ou à l'Isoniazide (n=09), ainsi que des suspicions de formes atypiques (n=271) ont été signalées par le CIRMF.

Tableau 36 : Diagnostic de confirmation bactériologique de la TB-MR

Laboratoires / Rubrique	CIRMF Unité de Bactériologie		CERMEL et laboratoires extérieurs	
	2012	2013	2010-2012	2013-2014
Nombre d'examens	286	1006	37	101
Germes Résistants	87	131	*	*
Germes MR	10	13	4	8

Sources : CIRMF / PNLT

5.3.5. Renforcement des capacités des laboratoires de diagnostic de la TB

Le nombre de laboratoires de détection de la tuberculose équipés et fonctionnels a connu une augmentation importante en 2013, année durant laquelle le PNLT a formé le personnel de laboratoire pour améliorer la couverture en diagnostic de la tuberculose.

5.3.6. Guérison des cas de tuberculose à microscopie positive

Les activités sont liées au sous-objectif *« D'ici 2015, dépister au moins 70% des cas de tuberculose à microscopie positive et guérir au moins 85% d'entre eux »*.

Tableau 37 : Evolution du taux de guérison et de succès thérapeutiques chez les nouveaux cas

Indicateurs (TPM+)	2010	2011	2012	cible 2013
Guéris	565	179	459	**>= 1615 (cible)**
Guéris et TTT complété	1054	395	869	>= 1615 (cible)
Nombre total de cas TPM+	1671	722	1516	**1900 (cas notifiés)**
Taux de guérison TPM+ (%)	33,8%	24,8%	30,3%	**>=85,0% (cible)**
Taux de succès thérapeutique (%)	63,1%	54,7%	57,3%	>= 85% (cible)

Source : Rapports annuels 2010, 2011 et 2012 du PNLT

Le taux de guérison des cas de tuberculose à microscopie positive (TPM+) est passé de 24,8% en 2011 à 30,3% en 2012. Cette valeur est inférieure à celle de l'année de référence (33,8%) et demeure insuffisante au regard des objectifs du PNDS 2011-2015. C'est également le cas pour le taux de succès thérapeutique des nouveaux cas de TPM+ qui n'est plus que de 57,3%, en 2012. Des résultats similaires sont obtenus pour le taux de guérison des malades rechutés et le taux de succès thérapeutique, comme le montre le Tableau 38 ci-dessous. Ces faibles taux de guérison coïncident avec la rupture des stocks de médicaments constatée en 2011, dans l'ensemble des 26 CDT. Les résultats attendus devraient être meilleurs pour la cohorte 2013 eu égard à l'amélioration de la disponibilité de médicaments (gratuits) et à l'extension de la couverture des CDT.

Tableau 38 : Evolution des taux de guérison et de succès thérapeutique chez les rechutés (BAAR+)

Indicateurs (rechutés)	2010	2011	2012	2013
Guéris	47	13	43	**>= 171 (cible)**
Guéris ou TTT complété	96	26	81	>= 171 (cible)
Nombre de cas rechutés	147	39	145	**201 (cas notifiés)**
% GU des rechutés	32,0%	33,3%	29,7%	**>=85,0% (cible)**
% succès thérapeutique	65,3%	66,7%	55,9%	>= 85% (cible)

Source : PNLT/Rapports Annuels PNLT 2010, 2011, 2012, PNLT 2013

5.3.7. Renforcement des capacités des personnels

Un nombre important de personnels impliqués dans la lutte contre la tuberculose a été formé depuis 2010 : trente (30) en 2011 et soixante-neuf (69) en 2012, contre quarante-huit (48) en 2013. A noter que pour les années 2011 et 2012, les chiffres des personnes formées communiqués par les Régions sanitaires ne signifient pas forcément des activités de formations menées ces années, car il pourrait s'agir de personnels anciennement formés.

5.3.8. Sensibilisation des populations sur la tuberculose

Outre la Journée Mondiale de la Tuberculose du niveau national, des campagnes de sensibilisation ont été organisées au niveau Régional, principalement dans la Région Sanitaire Maritime, Centre-Sud et Sud. Le nombre de personnes sensibilisées lors de ces activités n'est pas précisé.

Tableau 39 : Nombre de campagnes de sensibilisation sur la tuberculose

Régions sanitaires	2011	2012	2013	Total
Centre-Sud		1	3	4
Sud	1	1	1	3
Maritime	3	3	4	**10**
Total	4	5	8	17

Source : Fiches de collecte des Régions Sanitaires

5.3.9. Prise en charge des co-infections TB/VIH

Le rapport annuel 2013 du PNLT signale que 298 cas de tuberculose toutes formes, dont 168 nouveaux cas à microscopie positive (TPM+), ont été testés pour le VIH. Le taux de positivité de l'examen VIH a été de 42% (n=127) sur l'ensemble des patients testés et de 48% chez les seuls TPM+ (n=81). Environ un quart des patients (n=35) a bénéficié d'une Prophylaxie par le Cotrimoxazole et un peu moins d'un cinquième (n=25) du traitement antirétroviral (ARV). Ces résultats peuvent être comparés à ceux de la cohorte 2009, pour laquelle 1130 patients mis sous traitement en 2009 avaient bénéficié du test VIH, 59% s'étant révélés positifs et plus de la moitié (52%) ayant bénéficié de la prophylaxie par le Cotrimoxazole et des ARV. En comparaison, la PEC en 2013 apparait moins performante.

5.3.10. Organisation de la lutte contre la tuberculose

La stratégie adoptée depuis 2008 dans le cadre de la lutte contre la tuberculose au Gabon est celle de la stratégie mondiale « Stop à la tuberculose », et les objectifs programmatiques retenus dans le cadre du PNDS contre cette endémie sont ceux des objectifs du millénaire pour le développement (OMD 2015).

Malgré tout, jusqu'en 2011, le budget alloué par l'Etat gabonais n'a pas permis de couvrir les besoins du pays (non éligible au financement par le Fonds Mondial) en médicaments antituberculeux. Cette situation a eu pour conséquence de fréquentes ruptures de stocks avec pour corollaire des interruptions de traitement, un taux élevé des malades perdus de vue, des décès et une démotivation des personnels impliqués dans la lutte.

Avec l'appui des partenaires, le PNLT est en mesure d'améliorer sa couverture en laboratoires de diagnostic et en structures de prise en charge des malades. Une augmentation cohérente du budget national devrait permettre d'assurer le traitement régulier de tous les cas dépistés et de limiter l'apparition de résistances secondaires. Dans la mesure où la TB-MR est déjà bel et bien présente et constitue une menace pour la pérennité des résultats obtenus, il convient de renforcer la capacité du LNSP et du réseau des laboratoires (avec l'appui des laboratoires de recherches médicales) et de financer la prise en charge d'un traitement antibiotique gratuit pour tous les malades atteints d'une tuberculose résistante/multi-résistante.

Les principales forces, faiblesses, contraintes et opportunités de la lutte contre la tuberculose figurent dans le Tableau 40 ci-dessous.

Tableau 40 : Forces, faiblesses, contraintes et opportunités de la lutte contre la tuberculose

Forces	Faiblesses
• Existence d'une première Politique Nationale de lutte contre la tuberculose (élaborée en 2007) ayant facilité l'identification et la mise en œuvre des activités retenues dans le PNDS 2011-2015 ; • Elaboration en 2013 du *Plan Stratégique de Lutte contre la tuberculose 2013-2017*, et du *Plan de suivi-évaluation* de ce Plan ; • Existence d'un budget alloué au programme pour l'**a**chat des médicaments et des consommables (650.000.000 XAF) ; • Principe de gratuité des médicaments anti tuberculeux pour les malades ; • Gestion et Acheminement des stocks de médicaments spécifiques (PNLT/OPN) ; • Appui du Laboratoire de Référence de Santé Publique ; • Mise en œuvre du contrôle de qualité des diagnostics BAAR ; • Augmentation du nombre de laboratoires de détection équipés et fonctionnels ; • Renforcement des capacités du personnel impliqué dans la lutte contre la tuberculose ; • Augmentation du nombre de structures de prise en charge de la tuberculose (CT, CDT) ; • Elaboration en 2013 d'un Guide technique de PEC de la tuberculose, 5ième édition ; • Elaboration et diffusion des outils de gestion ; • Existence de 48 personnels formés impliqués dans la lutte contre la tuberculose ; • Existence de 23 laboratoires BAAR de détection de la tuberculose ; • Organisation de nombreuses de campagnes de sensibilisation sur la tuberculose ; • Formation de 24 relais communautaires dans le suivi de la PEC des malades à GAMBA.	• Couverture insuffisante en laboratoires BAAR de confirmation du diagnostic de la tuberculose ; • Sous-équipement du Laboratoire National de Santé Publique ; • Ruptures de stocks des médicaments fréquentes et longues durant les 2 premières années de mise en œuvre du PNDS ; • Ligne financière insuffisante pour l'achat de médicaments au regard du nombre de malades en traitement ; • Absence de prise en charge adéquate des cas de TBMR.
Contraintes	**Opportunités**
	• Existence de la Stratégie Mondiale « Stop TB » ; • Appui technique et financier de l'OMS ; • Collaboration avec l'Unité de Bactériologie du CIRMF ; • Identification de la TBMR par le CIRMF (labo P2 et PCR) ; • Identification de la TBMR par le CERMEL (labo P2) ; • Implication du secteur privé dans la RS Maritime (SHELL).

5.4. Niveau de réalisation dans la lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine

Les activités de lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine sont liées à l'objectif *« Eliminer la Trypanosomiase Humaine Africaine en tant que problème de santé publique et prendre en charge les maladies tropicales négligées ».*

La Trypanosomiase Humaine Africaine (THA), ou maladie du sommeil, est une maladie parasitaire due à des trypanosomes. Elle est transmise à l'homme par la piqûre des glossines (ou mouches tsé-tsé). Il s'agit d'une maladie grave, mortelle en l'absence de traitement. Cette maladie tropicale négligée sévit en milieu rural et touche des populations aux revenus modestes (pêcheurs, chasseurs, cultivateurs et forestiers). Elle survient généralement à l'âge le plus productif de la vie (15-45 ans) et compromet le développement économique des familles et des communautés touchées.

Pour l'OMS, le *« seuil d'élimination de la THA comme problème de santé publique »* est de 1 nouveau cas par an, pour 10.000 habitants exposés au risque.

Au Gabon, la THA est causée par *Trypanosoma gambiense*. Dans le passé, la maladie a pu toucher jusqu'à 50% de la population de certaines Provinces. Les activités de lomidisation, de dépistage actif et de traitement systématique par l'Arsobal, ont permis de la contrôler. A l'heure actuelle, les principaux foyers actifs résiduels

de la THA sont situés la Région Sanitaire Ouest (foyers de Bokoué, Ikoy-Tsini, Komo, Komo-Ntoum, Mbei, Muni-Noya Océan Gongoué et Océan-Mondah). Entre 2006 et 2010, quelques cas occasionnels ont été observés dans le DS de Bendje/ Région Sanitaire Maritime (n=3 cas) et dans le DS de la Lopé/RS Est (n=1 cas). Par ailleurs, des cas isolés ont été diagnostiqués chez une personne travaillant dans le Département de la Mpassa/RS Sud-Est, ainsi que dans un quartier limitrophe de Libreville Owendo (quartier Bambouchine), cas pour lesquels le lieu exact de contamination ne peut être formellement précisé. Quoiqu'il en soit, des milieux favorables à la multiplication des glossines existent dans l'ensemble des foyers historiques inactifs des Régions Sud-Est, Centre, Centre-Sud, Sud, Est et Nord, qui n'ont pas été prospectés depuis plus de 10 ans. En outre, des mouches tsé-tsé hébergeant le parasite ont d'ores ont été identifiées à Port Gentil et à proximité de la rivière Ivindo.

5.4.1. Formation des personnels

Tableau 41 : Formations/recyclages sur la THA de 2011 à 2013

Année / *Niveau*	**2011**	**2012**	**2013**	**Total 2010-2013**	**dont LNSP et labos des DS endémiques**	**dont personnel THA**
PLMP + HREM	0	0	11	11	0	11
IHPA	62	21	37	120	0	3
Opérationnel (*)	0	0	17	17	3	14 (*)
Total	**62**	**21**	**68**	**148**	**3**	**31**

Sources : rapports et interview PLMP – IHPA
(*) Y compris équipe mobile de dépistage actif

Le **Tableau 41** récapitule le nombre de formations et/ou de recyclages, sans précision sur le nombre de personnes formées par le PLMP et par l'IHPA. Il illustre le caractère encore très vertical des deux programmes en charge de la lutte contre la THA, et la faible intégration des activités de dépistage et de traitement de la maladie dans les FOSA et dans les services de diagnostic.

Ni le responsable, ni point focal MTN du Laboratoire National de Santé Publique, laboratoire de référence de l'ensemble des Maladies Tropicales Négligées, n'ont reçu de formation additionnelle dans le domaine de la THA, de 2011 à 2013. L'IHPA a quant à lui formé et recyclé l'ensemble de ses agents ainsi que 3 éléments du PLMP (1 en 2012 et 2 en 2013), avec son budget de fonctionnement. Les agents ont notamment été formés à la confection de pièges pour la lutte contre les glossines et au repérage GPS.

Quant au Programme de Lutte contre les Maladies Parasitaires (PLMP), il a organisé en 2013, avec l'appui de l'OMS, une formation/recyclage sur le dépistage et le traitement de la THA, destinée :

- au personnel technique du programme et aux agents du service de Médecine de l'Hôpital Régional de l'Estuaire à Melen (HREM) chargés de la prise en charge de la THA (11 personnes) ;
- à l'équipe mobile de dépistage actif du PLMP (14 personnes) ;
- à trois (3) laborantins de la Région Sanitaire Ouest, à raison d'un (1) par département sanitaire.

Cette formation essentielle n'a pas pu être réalisée plus tôt, faute de budget. Eu égard à son caractère récent, son impact ne pourra, *a priori,* pas être apprécié avant la fin de l'année 2014 en cours.

5.4.2. Renforcement des capacités des laboratoires

Ni le Laboratoire National de Santé Publique, ni les laboratoires départementaux des Régions Ouest et Maritime (zones d'endémie) n'ont été équipés pour le diagnostic de la maladie du sommeil, depuis le début de la mise en œuvre du PNDS.

5.4.3. Renforcement en équipements mobiles de dépistage actif

Le PLMP et l'IHPA ont reçu l'un et l'autre un véhicule 4*4 (dotation nationale) et possèdent l'un et l'autre une équipe mobile qui se rend périodiquement dans le principal foyer actif de la THA. De plus, l'IHPA a été équipé de microscopes mobiles, en prévision de l'enquête entomologique préliminaire financée par la PATTEC. En revanche, l'équipe mobile de dépistage actif du PLMP ne dispose pas des équipements mobiles indispensables (centrifugeuse micro-hématocrite, agitateur CATT). Compte tenu de ce qui précède, les malades dépistés activement doivent se rendre à Libreville pour préciser la catégorie de la THA avant leur mise sous traitement. La proportion de nouveaux cas dépistés, de catégorie indéterminée, n'ayant pas subi cet examen durant les trois dernières années est en moyenne de 14,3% (contre 2,8% durant la période quinquennale précédente) et de 5% en moyenne sur l'ensemble de ces deux périodes.

Tableau 42 : Classification des nouveaux cas de THA dépistés, Gabon, 2011-2013

Année / Catégorie	*2006-2010 (Baseline)*	**2011**	**2012**	**2013**	**Total 2011-2013**
Catégorie 1 ou 2	*136*	16	10	14	40
Indéterminée	*4*	2	1	2	5
Nouveaux cas de THA	*140*	18	11	16	45
% indéterminée	*2,8%*	11,1%	9,1%	12,5%	14,3%

Sources : PNLTA / PLMP

5.4.4. Sensibilisation des populations des zones d'endémie

Dans le cadre de la lutte contre la THA, on admet que le nombre de personnes sensibilisées correspond à la population examinée/prélevée. Même s'il est vrai qu'une personne peut bénéficier de plus d'un prélèvement dans l'année (le chiffre de la population examinée diffère alors de celui de la population prélevée), cette approche conserve toute sa valeur indicative sur le nombre de personnes sensibilisées.

Plus de 99% (=2734/2751) des prélèvements ont été effectués en tournée, dans le foyer actif résiduel de Bissobinam. Quelques sensibilisations et/ou des examens de dépistage figurent dans les fiches de collecte des Régions Sanitaires Centre, Centre-Sud et Maritime.

Tableau 43 : Distribution des campagnes de sensibilisation et des examens de dépistage de la THA

Années / Régions	**2011**		**2012**		**2013**	
	Nombre de campagnes	**Personnes prélevées**	**Nombre de campagnes**	**Personnes prélevées**	**Nombre de campagnes**	**Personnes prélevées**
Libreville-Owendo	0	NR		NR		13
Ouest	**2**	**987**	**3**	**1317**	**4**	**2734**
Sud-Est	0					
Centre	0					1
Centre Sud	0				1	2
Sud	0					
Est	0					
Centre -Est	0					
Maritime	2	0	1	1	1	1
Nord	0					
Total Gabon	**4**	**987**	**4**	**1353**	**6**	**2751**

Sources : Fiches de collecte des régions et des départements sanitaires / PLMP

Parallèlement, l'IHPA a relancé la confection locale et la mise en place de pièges contre les glossines, sensibilisé les populations résidant dans le même foyer que celui enquêté par le PLMP et formé six (6) relais communautaires chargés de l'entretien des pièges et du relevé des insectes.

5.4.5. Dépistages actifs dans les foyers d'endémie

Les activités sont liées au sous-objectif *« 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 ».*

De 2011 à 2013, quarante-cinq (45) nouveaux cas de THA ont été dépistés, soit en moyenne 15 nouveaux cas de THA par an. A l'exception d'un seul cas d'importation (résidant à Libreville mais originaire d'un autre pays de la sous-Région), tous les autres nouveaux cas sont originaires de la Région sanitaire Ouest, principalement d'un foyer actif résiduel situé à cheval sur les départements sanitaires du Komo-Mondah et de la Noya.

La répartition des nouveaux cas selon le mode de dépistage figure dans le Tableau 44 ci-dessous. La moitié de ces nouveaux cas (n=22/44) a été dépistée activement par l'équipe mobile du PLMP, l'autre moitié passivement par prélèvement effectué au laboratoire du « Service trypanosomiase », sis dans l'enceinte de l'Hôpital Spécialisé de Nkembo à Libreville (ancien Hôpital du secteur 1 des Grandes Endémies), mais animé par des agents du PLMP.

Tableau 44 : Répartition des nouveaux cas de THA selon le mode de dépistage de 2011 à 2010

Années / Régions	2011		2012		2013	
	Actif	Passif	Actif	passif	Actif	Passif
Libreville-Owendo		0		1		0
Ouest	7	11	4	6	12	4
Autres Régions		0		0		0
Total Gabon	7	11	4	7	12	4

Sources : Registre de la THA - Rapports du PLMP

La proportion de nouveaux cas dépistés activement est en moyenne de 52% (38% en 2011 contre 75% en 2013). Cet indicateur peut être utilisé pour apprécier les efforts restants pour atteindre la cible de dépistage (*90% de cas à parasitologie positive),* lorsque la prospection est suffisamment importante. Par ailleurs, lorsque l'on rapporte le nombre total de nouveaux cas de THA dépistés activement au nombre de patients prélevés en tournée (nombre de personnes sensibilisées par l'équipe mobile du PLMP), on constate que le taux d'examens positifs est passé de 0,83%, en 2010, à 0,4%, en 2013, soit une diminution relative de 38%. Ce taux, inférieur à 1%, constitue en première approximation un estimateur du taux de prévalence de la THA dans la population exposée. Quant au taux de prospection de la population ainsi enquêtée de manière active, il serait inférieur à 55% (2734 prélèvements en tournée sur une population estimée à 5000 habitants).

5.4.6. Prise en charge des cas

Les activités sont liées au sous-objectif *« 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 ».*

Suite à l'introduction de la combinaison thérapeutique associant Efornithine et Nifurtimox, et à la diminution progressive de la capacité de PEC des cas de THA par le service d'hospitalisation de la trypanosomiase de l'Hôpital Spécialisé de Nkembo, l'ensemble des nouveaux cas de THA dépistés sont désormais « référés » au service de Médecine de l'Hôpital Régional de Melen (HREM). On estime que chaque année, en raison de l'éloignement des services de confirmation du diagnostic et de PEC de la THA, deux ou trois des malades dépistés ne sont pas mis sous traitement. Le taux moyen de prise en charge adéquate est ainsi de 87,5%, ce qui est insuffisant au regard de la cible annuelle fixée à 100% (la maladie du sommeil est mortelle en l'absence de traitement).

Tableau 45 : Prise en charge des nouveaux cas de THA dépistés, Gabon, 2011-2013

	2010 (Baseline)	2011	2012	2013	Total 2010-2013
Nouveaux cas PEC	***24***	16	8	14	**71**
Nouveaux cas dépistés	***26***	18	11	16	**9**
%PEC/dépistés	**92,3%**	88,9%	72,7%	87,5%	**84,4%**

Sources : Registre de la THA - Rapports du PLMP

5.4.7. Organisation de la lutte contre la THA

L'absence d'amélioration des indicateurs d'impact est essentiellement liée à l'absence de financement adéquat durant les deux premières années de mise en œuvre du PNDS, à la coordination insuffisante des activités menées par les services chargés de la lutte contre la maladie humaine et de ceux chargés de la lutte contre les vecteurs. En outre, l'absence de cartographie récente de la THA a pénalisé les tentatives de mobilisation de ressources.

La diminution du nombre de nouveaux cas de THA détectés ne doit pas être interprétée comme une tendance à l'éradication de la maladie. Elle est au contraire la conséquence du ralentissementdes activités de lutte, de la diminution de la vigilance des populations et de la faible intégration des activités de lutte dans les FOSA et les laboratoires de diagnostic. La persistance de cas de THA dans le foyer de Bissobinam fait courrir un risque de (ré)émergence de la maladie et de flambée épidémique dans des zones actuellement indemmes.

Le PLMP a programmé de mener une enquête, en 2014, sur l'ensemble du territoire, avec l'appui de l'OMS et de la PATTEC, pour actualiser la Cartographie de la THA. Par ailleurs, l'IHPA a mené une *Enquête entomologique préliminaire*, dans la Région Sanitaire Ouest, avec l'appui de la PATTEC pour préciser la distribution des mouches tsé-tsé dans le foyer pilote « Komo-Mondah/Noya ».

Un financement simultané des deux volets de la lutte contre la maladie (Prise en charge Intensive des cas et Lutte anti vectorielle) dans les mêmes foyers est indispensable pour parvenir à l'élimination durable de la maladie. L'ensemble des activités programmées dans le cadre du PNDS qui n'ont pas été réalisées doivent être reconduites pour le prochain PNDS tout en intensifiant les activités de lutte contre le vecteur. Le budget alloué doit permettre d'assurer la mise en oeuvre du *Plan stratégique national pour l'éradication des mouches tsé-tsé au Gabon 2011-2019* et d'étendre la couverture des activités de prospection des populations et de piègeage des tsé-tsé à l'ensemble des foyers indentifiés par l'Enquête de Cartographie en cours.

Les principales forces, faiblesses, contraintes et opportunités de la lutte contre la Trypanosomiase humaine Africaine figurent dans le Tableau 46 ci-dessous.

Tableau 46 : Forces, faiblesse, contraintes et opportunités de la lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine au Gabon en 2013

Forces	Faiblesses
• Existence d'un *Plan stratégique national pour l'éradication des mouches tsé-tsé au Gabon (2011-2019)* ; • Intégration des éléments d'élimination de la maladie et de lutte contre les tsé-tsé dans le *Plan Directeur contre les maladies Tropicales Négligées (2011-2019) ;* • Inscription de la THA sur la liste des maladies du Guide de Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR), en décembre 2012. • Existence d'un *Plan d'action 2014-2015 de lutte contre les tsé-tsé dans le foyer Noya (mai 2014) ;* • *Diffusion des résultats de l'Enquête entomologique Préliminaire de l'IHPA appuyé par la PATTEC (février 2014) ;* • *Projet de Cartographie de la THA du PLMP appuyé par l'OMS (en cours) ;* • Poursuite des activités de dépistage actif financées par l'OMS dans un des foyers de la RS Ouest ; • Existence de lignes budgétaires pour la lutte contre la THA au PLMP et à l'IHPA (pour la lutte anti-vectorielle) ; • Existence d'une chambre climatisée et de personnels formés sur la THA à l'HREM /RS Ouest (2011) ; • Existence de médicaments gratuits pour les malades en quantités suffisantes (PLMP); • Généralisation des nouveaux protocoles de traitements par Eflornithine+ Nifurtimox ; • Disponibilité de moyens logistiques pour le PLMP et pour l'IHPA ; • Existence de deux équipes mobiles ; • Confection locale de pièges pour les glossines (IHPA) ; • Reprise des activités de piégeage de l'IHPA dans le même foyer ; • Existence des 6 relais communautaires formés et chargés de l'entretien des pièges et du suivi de la capture des glossines (IHPA).	• Absence d'actualisation de la cartographie de la THA ; • Absence de Politique nationale de lutte contre la THA et de Stratégie multisectorielle (ou sectorielle) spécifique pour la THA ; • Verticalité des activités de lutte contre la THA menées par le PLMP d'une part et l'IHPA d'autre part ; • Absence de formation du personnel du laboratoire de référence ; • Absence d'équipement du laboratoire de référence ; • Equipement de laboratoire du PLMP obsolète et insuffisant (absence de centrifugeuse à micro-tubes hématocrites et d'agitateurs CATT) ; • Non implication des services régionaux de l'Assainissement ; • Absence de pulvérisateurs longue portée ; • Absence de prospection dans les autres foyers actifs de la RS Ouest ; • Absence de prospection des foyers actifs de la RS Maritime et des zones suspectes (DS Mpassa et DS Ivindo) ; • Fermeture de l'ancien service de trypanosomiase de l'Hôpital Spécialisé de Nkembo ; • Incertitude sur l'extinction de la maladie dans les anciens foyers ; • Absence de collaboration intra sectorielle avec les services du niveau intermédiaire (DRS/BELE/HREM) et les services de proximité (CM de Ntoum et de Cocobeach).
Contraintes	**Opportunités**
• Insuffisances du Budget alloué aux activités (dépistage, lutte antivectorielle, formation, sensibilisation) ; • Faible leadership des autorités décentralisées et locales sur leurs communautés, d'où une faible adhésion des populations ; • Faible collaboration intersectorielle.	• Existence du programme OMS d'élimination de la Trypanosomiase (2001) ; • Campagne panafricaine d'éradication de la maladie du sommeil et de la trypanosomiase (PATTEC) (2008) ; • Signature d'un *Protocole d'accord d'éradication des trypanosomoses* entre l'OMS et l'Union Africaine ; • Disponibilité des résultats d'enquêtes entomologiques (CENAREST) ; • Appui aux activités du PLMP et de l'IHPA par OMS et PATTEC.

5.5. Niveau de réalisation dans la lutte contre la lèpre

Les activités de lutte contre la lèpre sont liées à l'objectif *« D'ici 2015 réduire d'au moins 50% l'incidence de la lèpre avec invalidité de degré 2 pour 100.000 habitants ».* Cet objectif est similaire à celui figurant dans les documents de Politique et de Stratégique sectorielles de la lutte contre la lèpre. Toutefois, il n'a pas été correctement libellé. Compte tenu du caractère impropre du terme « incidence » dans le cas de la lèpre, l'énoncé approprié est *« Réduire d'au moins 50% le taux de nouveaux cas de lèpre dépistés présentant une invalidité de degré 2 OMS (c'est-à-dire visible) pour 100.000 habitants, d'ici 2015, par rapport à la valeur de référence de 2010 ».* En pratique, le taux de nouveaux cas présentant des invalidités de degré 2 chez les nouveaux cas de lèpre dépistés était de 0,93 pour 100.000 habitants, en 2010, contre 0,40 en moyenne dans le reste de la Région africaine de l'OMS (AFRO). On calcule que ce taux devra être inférieur à 0,46 pour 100.000 habitants en 2015, et que sous l'hypothèse d'un taux d'accroissement de la population de 2,7%, le nombre de nouveaux cas détectés présentant une invalidité de degré 2 ne devra pas excéder neuf (9) en 2015.

La lèpre est une maladie infectieuse millénaire causée par le *Mycobacterium leprae* (bacille de Hansen). Depuis la généralisation des schémas de traitement antibiotique recommandés par l'OMS, la lèpre est devenue une maladie guérissable. La polychimiothérapie (PCT) permet même de guérir la maladie sans

séquelle lorsqu'elle est donnée suffisamment tôt. En l'absence de traitement, la lèpre se complique. Le risque de névrite silencieuse et de réactions est majoré, et des handicaps définitifs apparaissent chez environ un malade sur trois (30%). Ces invalidités compromettent durablement le bien-être, réduisent la participation sociale et retentissent sur le développement des individus (et des familles) concerné(e)s.

Au Gabon, la lèpre existe encore et demeure endémique dans toutes les Régions Sanitaires. Bien que la maladie soit devenue plus rare, la transmission n'a pas été interrompue : 30 à 50 nouveaux cas sont identifiés chaque année et, dans 6% des cas, c'est un enfant qui est touché. Par ailleurs le nombre total de personnes atteintes, méconnues des statistiques usuelles et qui présentent une invalidité visible du fait de la lèpre, est estimé à un millier (1000). En l'absence de prévention adéquate, certaines de ces invalidités sont susceptibles de continuer à évoluer pour leur propre compte, après la guérison du malade. Ceci favorise la persistance de la discrimination à l'encontre des Personnes Affectées par la Lèpre (PAL_S).

5.5.1. Taux de nouveaux cas de lèpre dépistés avec une invalidité de degré 2 pour 100.000 habitants

Le taux de nouveaux cas dépistés avec une invalidité de degré 2 OMS (G2DR) est passé de 0,93 pour 100.000 habitants en 2010 à 0,35 pour 100.000 habitants en 2013, résultat supérieur à celui envisagé pour 2015 (moins de 0,46 pour 100.000 habitants). Ainsi donc, l'objectif de la lutte contre la lèpre défini par le PNDS a été atteint avant terme. Toutefois, la proportion de nouveaux cas dépistés avec une invalidité visible (% G2D) n'a pas évolué dans le même sens. En 2013, cette proportion est de 46,7%, contre 42,5% en 2010, loin des 10% maximum souhaité pour 2015.

Le Tableau 47 ci-dessous permet de constater que la diminution du taux G2DR est uniquement due à la diminution du nombre total de nouveaux cas dépistés. Dans le cadre d'une maladie comme la lèpre, la réduction observée est trop brutale pour avoir une signification épidémiologique. Dès juillet 2013, des facteurs opérationnels ont été incriminés, à savoir : la décentralisation progressive des activités du Centre de Référence, la mobilité des agents formés et sensibilisés par ou pour le programme, l'absence d'opérationnalisation des départements sanitaires, la réticence des agents des services de santé périphérique ou des usagers à l'intégration…

Tableau 47 : Evolution du taux de G2D, Gabon, 2010-2013

Année	2010 (Baseline)	2011	2012	2013	Cibles 2015
Population (est. RGPH 2003 - TAA= 2,7%)	**1 828 836**	**1 878 215**	**1 928 926**	**1 981 007**	***
Total nouveaux cas dépistés (ND)	**40**	**32**	**30**	**15**	***
nouveaux cas dépistés avec une invalidité de degré 2 (G2D)	**17**	**10**	**12**	**7**	**>= 9**
% G2D	**42,5%**	**31,3%**	**40,0%**	**46,7%**	**<10%**
G2DR (pour 100.000 habitants)	**0,93**	**0,63**	**0,52**	**0,35**	**<0,46** (-50%)

Sources : Stratégie nationale 2011-2015, Rapports statistiques PNLL/PLMI

Le Tableau 47 montre que cette diminution du dépistage concerne essentiellement la Région Sanitaire de Libreville-Owendo : celle-ci n'a dépisté que 4 cas nouveaux cas de lèpre en 2013 (au deuxième semestre), contre 13 cas en 2010. Fait remarquable, ces nouveaux cas ont été identifiés/pris en charge par le Centre de Santé de Glass. A l'inverse, la Région Sanitaire Ouest a commencé à enregistrer des nouveaux cas, à partir de 2012, pour la première fois depuis sa création.

Tableau 48 : Répartition des nouveaux cas de lèpre et des invalidités selon le lieu de dépistage, Gabon, 2010-2013

	Nouveaux cas				Invalidités de degré 2 OMS			
Régions Sanitaires	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Libreville-Owendo	13	9	11	4		5	4	2
Ouest	0	0	2	2		0	1	1
Sud Est	7	3	2	2		1	0	0
Centre	2	1	1	2		0	0	1
Centre Sud	2	3	1	1		1	0	1
Sud	4	3	5	3		3	3	1
Est	2	1	0	0		1	0	0
Centre Est	4	4	4	1		0	1	1
Maritime	5	1	1	0		0	0	0
Nord	1	1	1	0		1	1	0
Total	**40**	**26**	**28**	**15**	**17**	**12**	**10**	**7**

Sources : Stratégie nationale 2011-2015 – data base Excel lèpre 2011, 2012, 2013 – PNLL/PLMI

Lorsque l'on compare la proportion des invalidités chez les nouveaux cas vus dans les deux Régions Sanitaires de Libreville-Owendo et de l'Ouest, où les malades sont pris en charge par trois (3) médecins, à celle des 8 autres Régions Sanitaire de l'intérieur où le dépistage et la PEC de la lèpre est encore du ressort des PFR des Bases d'Epidémiologie, on constate qu'il n'y a pas de différence significative entre les résultats obtenus dans les deux groupes de formation sanitaires. La proportion d'invalidités visibles au dépistage est en moyenne de 46%, supérieure à 30% ce qui est rappelons-le le signe d'un dépistage tardif et non exhaustif. Le début d'intégration des invalidités demeure embryonnaire. Compte tenu du faible nombre de malades, il va être difficile de développer/maintenir l'expertise des agents des deux nouvelles structures de prise en charge (HREM et CS de Glass).

5.5.2. Promotion du dépistage précoce des malades

Au Gabon, la promotion du dépistage précoce des malades repose sur :

1) la sensibilisation des populations, notamment à l'occasion des Journées Mondiales de la Lèpre et Campagnes EMAIL ;
2) la formation et la « sensibilisation formative » des agents de santé.

En matière de sensibilisation des populations

Des activités de sensibilisation des populations et/ou des agents de santé sont mises en œuvre à l'occasion de la célébration de la Journée Mondiale de la Lèpre (JML) et de la Campagne annuelle EMAIL (Education et Mobilisation pour une Autre Image de la Lèpre) correspondante. A cet effet, le programme fournit un appui aux PFR lèpre pour que chaque Région puisse organiser ses activités de manière décentralisée. Le Tableau 49 ci-dessous récapitule la nature et le nombre des activités de sensibilisation réalisées de 2011 à 2013, lors des JML/EMAIL, ainsi que les principaux indicateurs de suivi.

Les JML/EMAIL organisées durant les 3 dernières années ont permis de témoigner plus d'attention à des Personnes Affectées par la Lèpre (PALs) et de sensibiliser directement sur la lèpre plus de 500 personnes chaque année. On estime qu'au moins 60.000 personnes ont ainsi été informées au travers des médias du niveau local et du niveau national.

Tableau 49 : Sensibilisations sur la lèpre

Indicateurs	2011	2012	2013	Total 2011/2013
Nombre de JML organisées au niveau national	1	1	1	**3**
Nombre de messages radiodiffusés	1	1	1	**3**
Nombre de supports IEC produits	100	1100	1000	**2200**
Nombre de JML organisées au niveau des Régions Sanitaires	9	10	10	**29**
Nombre de projections du film FRF *« Bâtir un Monde sans lèpre »*	10	10	6	**26**
Nombre de personnes sensibilisées	1118	801	535	**2454**
Nombre total de médias impliqués	8	25	21	**54**
Estimation de l'audimat (5% de la population adulte)	62.451	64.137	65.868	********
Nombre de PALs bénéficiaires	> 30	38	16	**54**

Sources : Rapports PNLL/ Rapport Annuel 2011 / Rapports de synthèse JML 2012 et 2013
Rapports techniques et financiers des Journées Mondiales 2011, 2012 et 2013 des Régions Sanitaires

En matière de formation et « sensibilisation formative » des agents de santé

Le terme de formation est pris ici au sens le plus large. Il inclue notamment :

- des séminaires et des ateliers nationaux de formation/recyclage destinés aux Points Focaux Régions et Départementaux ;
- des renforcements de capacités ciblés des agents de la coordination, à raison de 4 personnes formées à l'utilisation de l'outil Epi-Info et 15 personnes sur les indicateurs de suivi de la lèpre et du Buruli ;
- des formations « régionales » pour le personnel d'appui et les services de prise en charge de la Régions Sanitaire Ouest (18 personnes) ;
- des formations « départementales » à type de « sensibilisation formative dermato-lèpre-Buruli » de courte durée organisées en appui à la BELE de Libreville-Owendo, dans les services de santé polyvalents de la RSLO (152 personnes), ainsi que dans la RS Centre-Est par le Point Focal lèpre de cette Région (24 personnes);
- des supervisions formatives menées par la coordination du Programme Lèpre, en 2012, et par les Points Focaux lèpre de la RS Ouest (19 personnes) et de la RS Centre-Est (4 personnes), sur octroi FRF en 2013.

A cela, il faut ajouter le renforcement des capacités de trois médecins (2 formations de formateurs au CNAM de Bamako, en 2012, et 1 participation au Congrès international de la Lèpre, en 2013).

La répartition des agents de santé ainsi formés/recyclés ou supervisés figure dans le Tableau 50 ci-dessous.

Tableau 50 : Nombre d'agents de santé ayant bénéficié d'un renforcement de capacité sur la lèpre

Régions Sanitaires	2010 (réf)	Nombre total d'agents formés			Nombre d'agents formés sur prévention des invalidités		
		2011	2012	2013	2011	2012	2013
Libreville-Owendo	28	18	20	173 *	11	16	12
Ouest	2	20	5	39 *	14	3	2
Sud Est	2	2	2	1	1	0	1
Centre	1	2	5	2	1	0	1
Centre Sud	1	2	2	1	1	0	1
Sud	1	2	2	1	1	0	0
Est	1	2	2	1	1	0	1
Centre Est	1	2	2	29 *	1	0	1
Maritime	1	2	2	1	1	0	1
Nord	2	2	2	2	2	0	0
Total	40	54	44	250	34	19	20

Sources : PNLL/PLMI – Rapports d'activités et fiches de présence
(*) Y compris les agents formés en différé dans le cadre des sensibilisations formatives financées sur octroi FRF 2013 (du 19 décembre 2013 au 21 mars 2014)

On constate que plus de trois cent agents de santé ont bénéficié d'un renforcement de capacité depuis 2010 : cinquante-quatre en 2011, quarante-quatre en 2012 et deux cent cinquante, dont trente-et-un médecins, pour l'année 2013. Le nombre total de structures de santé concernées par ces formations a été respectivement de 90 en 2013, contre 35 et 34 respectivement en 2011 et 2012. Malgré le nombre important de personnels formés, il est difficile de développer l'expertise de ces agents. Dans un contexte de faible prévalence, la formation (minimale) fournie aux agents de santé polyvalents doit leur permettre de référer les cas suspects vers les services de diagnostic et de prise en charge. Jusqu'à présent, le diagnostic de la lèpre est le plus souvent clinique, de telle sorte que le programme n'a toujours pas organisé de formation spécifique pour les laboratoires de diagnostic de la lèpre. Ces formations doivent s'appuyer sur les laboratoires de diagnostic de la TB dont le PNLT a commencé à renforcer la capacité, et sur l'expertise de deux (2) laboratoires d'anatomopathologie.

5.5.3. Assurer la disponibilité et la gratuité de la poly chimiothérapie

Les activités sont liées au sous-objectif *« D'ici 2015, réduire d'au moins 50% le taux d'invalidité imputable à la lèpre chez les malades sous PCT ».*

La poly chimiothérapie (PCT) est gratuite pour les malades sur l'ensemble du territoire, bien que pour l'instant le projet de texte juridique relatif à la gratuité n'ait pas encore été adopté par le Parlement. Les médicaments spécifiques de la lèpre, dons de la fondation Novartis, sont mis à la disposition du programme annuellement, *franco de port,* par le Bureau de l'OMS au Gabon, puis par le programme à la disposition des Points Focaux des Bases d'Epidémiologie, eux-mêmes chargés de la répartir au niveau des structures de prise en charge de leur Région. Des ruptures de stocks ont affecté certaines Régions sanitaires, notamment les Régions Centre-Est et Sud-Est, à la faveur d'une augmentation du dépistage.

On compte au total 23 Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT), répartis dans les 10 Régions Sanitaires. Cette répartition n'est pas équitable dans la mesure où seuls 15 Département sanitaires, soit 29%, disposent d'au moins un CDT. A l'intérieur du pays, le diagnostic et le traitement des cas de lèpre par la poly chimiothérapie est assuré par un nombre limité de structures, pour la plupart héritières de l'ancien Service National des Grandes Endémies (SNGE) : 8 Bases d'Epidémiologie et 3 structures hospitalières (Ebeigne, Bongolo et Schweitzer). Dans les deux Régions Sanitaires pilotes de Libreville-Owendo, des agents de santé polyvalents ont été formés et onze (11) nouvelles formations sanitaires ont été approvisionnées en PCT. En pratique, seules deux (2) de ces structures dépistent et assurent le suivi du traitement de nouveaux cas de lèpre : l'Hôpital Régional de l'Estuaire à Melen (depuis décembre 2011), et le Centre de Santé de Glass (depuis août 2013).

5.5.4. Prise en charge des urgences chirurgicales

Les réactions sous PCT sont des urgences médicales absolues mettant en jeu le pronostic fonctionnel. Au Gabon, il s'agit d'accidents relativement fréquents touchant un malade sur trois. Bien que tous les agents de santé formés par le programme (et tous les malades mis sous PCT) soient informés de ce risque, seule une partie des agents bénéficie d'un renforcement des capacités leur permettant de dépister et/ou de prendre en charge les réactions et les principales complications de la lèpre. Il s'agit essentiellement du personnel technique de la coordination du programme lèpre (CNR), de certains Points Focaux du niveau régional (PFR) et des agents des services de prise en charge. La majorité d'entre eux sont en service dans la Région Sanitaire de Libreville-Owendo ou dans celle de l'Ouest.

A l'heure actuelle, Quatre Régions Sanitaires abritent une structure hospitalière susceptible de prendre en charge une réaction, mais seule la Région Ouest dispose d'un agent de santé formé par le programme. Quant à l'Hôpital Spécialisé de Nkembo, la structure est approvisionnée en PCT mais n'a plus de lits identifiables pour les Personnes Affectées par la Lèpre (PALs).

De 2011 à 2013, 20 réactions ont été diagnostiquées par le Centre National de Référence du PLMI et l'une d'entre elles a été suspectée et référée par le Centre de Santé de Glass. La plupart des malades en réaction dépistées par le Centre National de référence sont « évacués » vers le Service de Médecine de l'Hôpital Régional de l'Estuaire à Melen (RS Ouest), ou plus rarement référés pour une décompression nerveuse à l'HIAOBO. De tous ces malades hospitalisés, aucun n'a été opéré.

5.5.5. Renforcement de la prévention des invalidités et de la réadaptation physique

Chez les anciens malades, les besoins de prévention des invalidités se doublent volontiers d'un besoin de réadaptation. Tous les agents de santé formés dans le domaine de la lèpre ont reçu une formation sur les manifestations neurologiques de la lèpre et sur les principales incapacités. En outre, les agents du CNR, les PFR et les agents des CDT situés en dehors de Région Sanitaire de Libreville-Owendo ont reçu une formation portant sur le remplissage des fiches de Bilan Neurologique Simplifié (BNS). Ces fiches sont disponibles au niveau de 14 formations sanitaires, à savoir le CNR, l'HREM, les 8 BELE de l'intérieur, l'hôpital d'Ebeigne, et 3 structures de la RS Centre-Sud.

Les principaux indicateurs de suivi de la Prévention des Invalidités et Réadaptation Physique (PIRP) figurent dans le Tableau 51 ci-dessous. La plupart des données concernant les clients du Centre National de Référence lèpre proviennent du rapport Annuel des Projets ILEP 2011 et 2013, et de la Revue de l'ensemble des dossiers des années 2011 à 2013. Les données communiquées par les Régions Sanitaires de l'intérieur (fiches de collectes) ont été utilisées chaque fois qu'elles étaient disponibles et complétées par les informations figurant dans les rapports techniques des Journées Mondiales et dans les rapports trimestriels (cotation des invalidités).

Tableau 51 : Activités de prévention des Invalidité et de Réadaptation physique

Indicateurs	2010 (Baseline)	2011	2012	2013 (*)	Total 2011/2013
Nombre d'épisodes de réactions dépistés	*	**11**	**8**	**4**	**23**
Nombre d'épisodes de réactions pris en charge selon le protocole	*	6	6	2	14
Nombre de malades hospitalisés	2	4	4	2	10
Nombre de malades ayant bénéficié d'une décompression nerveuse	1	0	0	0	0
Nombre de groupes d'auto-soins	0	**0**	**0**	**0**	**0**
Nombre de bénéficiaires des activités PIRP	33	30	44	29	103
Nombre de cas sous prise en charge médicale en raison d'une incapacité, d'une réaction ou autre	33	**48**	**44**	**71**	**163**
Nombre de personnes ayant reçu une aide sociale ou des fournitures (sauf chaussures protectrices)	33	30	44	29	103
Nombre de personnes ayant reçu une paire de chaussures protectrices	10	**30**	**12**	**3**	**40**

Sources : Fiches de collecte des Régions sanitaires – Rapports ILEP 2011 et 2013 – Revue

En dehors de la RSLO et de la RS Ouest, la Prévention des Invalidités et Réadaptation Physique demeure embryonnaire. La mise en place des groupes d'auto-soins (*self-care*) au niveau des villages asilaires d'Ebeigne et de Schweitzer n'a pas été financée. La réalisation cette activité est entravée par l'absence de mise en œuvre de la Réadaptation à Base Communautaire (RBC) au niveau du pays, et la faible implication des Services sociaux et des Personnes Affectées par la Lèpre (PALs) elles-mêmes.

5.5.6. Evolution de la prévalence

La prévalence de la lèpre est définie comme le nombre de malades traités par la poly chimiothérapie au 31 décembre de l'année considérée. Avant l'an 2000, le taux de prévalence de 1 pour 10.000 habitants a été utilisé comme le seuil en dessous duquel un pays a « éliminé la lèpre en tant que problème de santé publique », et cet objectif a été atteint par le Gabon en 1998. Cela étant, à l'heure actuelle, la prévalence ne permet pas de suivre de façon satisfaisante l'endémie lépreuse, ni de comparer différentes zones, eu égard au raccourcissement de la durée des traitements. En outre, le nombre de cas dépistés et la base populationnelle des différents départements sont trop faibles pour que la comparaison des taux de prévalence départementaux soit pertinente.

Malgré tout, la prévalence doit continuer à être recueillie. Elle est un outil pour la gestion des stocks de PCT. En outre, le rapport prévalence sur dépistage est un indicateur de processus (non spécifique mais simple à calculer et relativement robuste) qui permet d'apprécier la tenue des supports de gestion du programme et la qualité du suivi des patients. En pratique, ce ratio doit être inférieur à 1 et à défaut ne doit pas dépasser 2. Au Gabon, il est compris entre 1 et 2 mais s'est amélioré depuis 2010 (cf. tableau 52 ci-dessous). Les valeurs supérieures à l'unité sont favorisées par la forte proportion de malade multi bacillaires (supérieure à 90%), l'existence de malades « retrouvés » et réadmis au traitement de certaines Régions Sanitaires et plus rarement en cas de rupture de stocks.

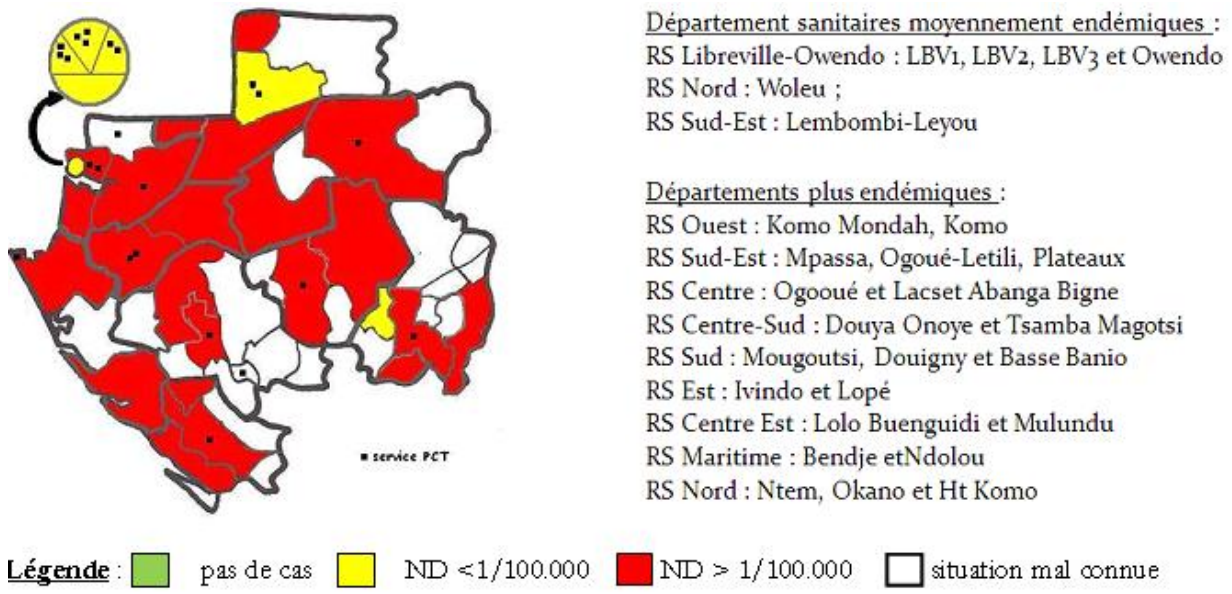
Tableau 52 : Activités de prévention des Invalidité et de Réadaptation physique

Indicateurs	2010 (Baseline)	2011	2012	2013
Nombre de nouveaux cas (Dépistage)	40	32	30	15
Dont multi bacillaires	33	32	29	13
Nombre de cas enregistrés au 31 décembre de l'année considérée (Prévalence)	42	39	43	/
Rapport Prévalence/Dépistage	**1,1**	**1,2**	**1,4**	**/**

Sources : Fiches de collecte des Régions sanitaires – Rapports ILEP 2011 et 2013 – Revue

5.5.7. Cartographie de la lèpre et des services de prise en charge

L'éloignement des structures de prise en charge constitue un facteur important de retard de diagnostic et de délais excessifs d'achèvement des traitements. La Carte 3 ci-dessous illustre l'endémicité moyenne de la lèpre dans les différents départements sanitaires. Celle-ci a été calculée en tenant compte de l'origine géographique des nouveaux cas de lèpre dépistés de 2010 à 2012.



Carte 3 : cartographie de la lèpre (et des services PCT), Gabon, 2013

5.5.8. Organisation de la lutte contre la lèpre

Durant les trois dernières années, le budget de l'Etat, l'appui de la Fondation Raoul Follereau (FRF) et la fourniture de la PCT sous couvert de l'OMS ont permis de disposer des ressources nécessaires à la mise en œuvre de la plupart des activités programmées dans le cadre du PNDS et de la *Stratégie nationale de la lutte contre la lèpre pour réduire davantage la charge de la lèpre et maintenir durablement la qualité des service de lutte (2011-2015).*

A l'heure actuelle, l'objectif de réduction du taux de nouveaux cas présentant des invalidités de degré 2 pour 100.000 habitants (G2DR) a déjà été atteint. Toutefois, une relance du dépistage est susceptible d'entrainer une augmentation du nombre de nouveaux cas et de la proportion de ceux qui présentent une invalidité de degré 2, par effet d'arriéré. Auquel cas, le principal indicateur de suivi de la lèpre pourrait de nouveau augmenter, au lieu de diminuer, voire manquer la cible.

Compte tenu de la durée d'incubation du bacille de Hansen et de la fréquence des réactions, il est essentiel de maintenir une expertise dans le domaine de la lèpre et d'intégrer les activités de lutte dans les Centres Hospitaliers Régionaux et dans un nombre limité de FOSA polyvalentes.

Le renforcement du volet PIRP programmé durant les dernières années du PNDS doit permettre d'intégrer et mettre à l'échelle les activités dans toutes les Régions Sanitaires. Pour y parvenir, il est indispensable d'intégrer les circuits de référence de la lèpre dans les circuits existants. Il convient aussi de remplir les préalables de formation et/ou d'affectation de spécialistes, dans les 10 Régions sanitaires. Par ailleurs il faudrait mobiliser des ressources additionnelles pour financer les projets existants de la recherche opérationnelle sur les invalidités et les réactions, et sur l'évaluation quantitative et qualitative de la discrimination à l'encontre les personnes touchées par la lèpre.

Les principales forces, faiblesses, contraintes et opportunités de la lutte contre la lèpre figurent dans le Tableau 53 ci-dessous.

Tableau 53 : Forces, faiblesses, contraintes et opportunités de la lutte contre la lèpre

Forces	Faiblesses
• Validation d'une Politique nationale de lutte contre la lèpre en 2011 ; • Existence de la Stratégie nationale pour réduire davantage la charge de la lèpre et améliorer durablement la qualité des services de lutte (2011-2015) ; • Identité des stratégies d'intervention de la Stratégie nationale et de celles du PNDS 2011-2015 ; • Prise en compte de la lèpre par le Plan Directeur des Maladies Tropicales Négligées (PDMTN 2013-2016) ; • Intégration de la Résolution de l'ONU 65.215 pour *l'élimination de la discrimination à l'encontre des Personnes Affectées par la Lèpre (PALs*) et des Principes et Directives, dans la Politique nationale • Renforcement de la mise en œuvre d'activités intégrées (formation, sensibilisation) contre la lèpre et le Buruli dans le cadre de la PEC des MTN à manifestation cutanée ; • 2 Formations extérieures de deux formateurs lèpre, en 2009 et 2012 ; • Disponibilité de médicaments gratuits pour les malades ; • Existence de RH formées dans toutes les Régions Sanitaires ; • Décentralisation des activités de sensibilisation et de formation au niveau de toutes les RS (JML des Régions, supervisions formatives) ; • Implication récente des MCD (CS de Glass, CS de la Peyrie, CM de Lastourville) ; • Sensibilisation en langue vernaculaire (RS Sud) ; • Activités régulièrement relayés par les médias ; • Mise en œuvre de la PIRP à Libreville (CNR de Nkembo). • Implication des parties prenantes.	• Absence de budget pour l'acheminement des médicaments spécifiques ; • Absence de complétude et de promptitude des données sur la gestion des stocks de PCT ; • Absence de lits d'hospitalisation identifiables pour les urgences médico-chirurgicales dans la RSLO ; • Ressources humaines insuffisantes au niveau opérationnel ; • Faible intégration/implication des agents des services généraux de santé dans le dépistage et la PIM des nouveaux cas ; • Absence de financement national des activités de réadaptation ; • Mobilité des personnels formés par le programme ; • Equipement insuffisant des locaux du programme (bureautique, téléphone et internet…) ; • Dépistage non exhaustif et tardif (fréquence des invalidités au dépistage et de réapparition de formes infantiles) ; • Faible disponibilité des dermatologues pour la PEC des cas.
Contraintes	**Opportunités**
• Difficulté de développer/maintenir une expertise dans le domaine de la lèpre, dans un contexte de faible prévalence ; • Dernières années de validité du Mémorandum OMS/Novartis pour la fourniture de médicaments spécifiques gratuits.	• Convention de partenariat pour le renforcement de la lutte FRF/MS ; • Appui technique et financier de la Fondation Raoul Follereau (FRF) ; • Combat de Miss Gabon 2013 pour l'élimination de la discrimination à l'égard des personnes atteintes de la lèpre ; • Perspective d'intégration de la PIRP et de la RBC dans le DAP 2014.

5.6. Niveau de réalisation dans la lutte contre l'ulcère de Buruli

Les activités de lutte contre l'ulcère de Buruli sont liées à l'objectif *« Dépister au moins 90% des cas d'Ulcère de Buruli et traiter 100% des cas ».*

L'ulcère de Buruli (UB) est une maladie infectieuse causée par le *Mycobacterium ulcerans*, un agent de la famille de Mycobactéries, comme ceux de la lèpre et la tuberculose. Dans tous les pays d'endémie d'UB, la maladie survient à proximité d'eaux stagnantes et de zones marécageuses. Le mode de transmission qui n'est pas encore parfaitement élucidé pourrait mettre en jeu la piqûre par une puce d'eau. La maladie est rarement mortelle, mais particulièrement handicapante, avec apparition de plaies étendues, de rétractions et sévères limitations de mouvement, en l'absence de dépistage et de traitement précoces. Elle est mal connue des agents de santé et des populations, d'où un recours fréquent à la médecine traditionnelle en première intention (l'ulcère de Buruli fait l'objet d'interprétations diverses dans les communautés, qui attribuent volontiers la *« plaie inguérissable »* et la *« maladie mystérieuse »* à un *« fusil nocturne »*). La maladie touche fréquemment des adultes jeunes et des enfants de moins de 15 ans, et modifie le nombre d'années de vie perdues du fait d'un handicap ou d'un décès prématuré (DALYs).

La prise en charge de l'UB a été radicalement transformée depuis l'introduction des protocoles de traitements antibiotiques, recommandés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Le traitement médical permet de limiter les indications du traitement chirurgical (classiquement excision suivie de greffe), d'éviter une hospitalisation longue (et coûteuse) et de réduire les risques de récidive. La confirmation du diagnostic de tous les nouveaux cas d'UB est requise par la PCR et cet examen a supplanté l'anatomo-pathologie. Au Gabon, les premier cas d'UB ont été identifiés dans la Province du Moyen Ogooué, en 1961. En 2010, bien que quelques cas d'UB originaires des Départements sanitaires du Woleu, de l'Okano et de Tsamba-Magotsi aient été rapportés, les cas de Buruli proviennent essentiellement de Lambaréné et de sa région (DS Ogooué et des Lacs/RS Centre).

5.6.1. Formation des personnels à la prise en charge des cas d'UB

L'existence de relais communautaires formés permettrait de limiter le recours aux *«ngangas»* et à une médecine traditionnelle favorisant les retards de diagnostic et de prise en charge. Toutefois, aucun relai communautaire n'a été formé de 2011 à 2013. Quant aux 35 *« relais communautaires »* de la Région Sanitaire Centre, formés par le PNLUB avant cette période, ils n'ont pas pu être supervisés en 2012 dans la mesure où leur liste est indisponible, tant au niveau central qu'au niveau régional.

Le nombre et la qualité des personnels des Régions Centre et Sud-Est formés/recyclés à la prise en charge de l'ulcère de Buruli, avec l'appui de l'OMS et de FAIRMED, durant la première année de mise en œuvre du PNDS (2011) n'ont pas été archivés par le programme.

Suite aux regroupements de programmes de santé, le renforcement de la capacité des agents impliqués dans la lutte contre le Buruli des niveaux central, intermédiaire (DRS et Points focaux) et opérationnel (Dispensaires/CS/CM) a bénéficié des formations intégrées dermato-lèpre-Buruli financées par la Fondation Raoul FOLLEREAU (FRF). Des agents ont été formés à tous les niveaux de la pyramide sanitaires, y compris au niveau opérationnel, tel que reporté dans le Tableau 54 ci-dessous.

Tableau 54 : Nombre d'agents formés sur l'ulcère de Buruli

Année / *Niveau*	2011	2012	2013*	Total 2010-2013	dont services de référence	dont personnel du programme
Central	NA	22	1	23	0	9
Intermédiaire	NA	20	23	43	0	19
Opérationnel	NA	0	171	171	0	1
Total	*	**42**	**195**	**237**	**0**	**29**

Sources : Rapport annuels et rapports d'activité du PNLUB (2011) et du PLMI (2012-2013) – fiches de présence
(*) Y compris activités de formation pré et post Journée Mondiale réalisées sur octroi de FRF 2013

La plupart des agents de santé ont bénéficié d'une sensibilisation formative dans les Régions Sanitaires pilotes du programme lèpre (Région Sanitaire de Libreville-Owendo et Région Sanitaire Ouest). Ceci ne permet pas de couvrir les besoins additionnels des nouveaux foyers secondaires d'ulcère de Buruli (DS de Bendje/RS Maritime et RS Nord) et de la Région Sanitaire Centre (celle-ci, en effet, ne dispose plus du personnel qualifié nécessaire à la prise en charge ambulatoire et/ou chirurgicale des cas de Buruli, suite au départ des deux chirurgiens du Service de Chirurgie de l'Hôpital Albert Schweitzer et à l'affectation ailleurs de l'unique Point Focal Buruli, recyclé par le programme en juillet 2013).

5.6.2. Sensibilisation des populations des principales zones d'endémie

En 2011, les médias locaux ont été impliqués à la faveur de la mise en œuvre des activités du programme, lors de la sensibilisation en milieu scolaire de la Région Centre et de la formation des agents de santé dans les Régions Sanitaires Centre et Sud-Est. En outre, le PNLUB a participé à une émission radiodiffusée de la première chaîne de télévision (RTG1) sur le Buruli. En 2012 et en 2013, plusieurs Points Focaux Régionaux ont effectué une sensibilisation sur l'ulcère de Buruli en marge de la célébration de la Journée Mondiale de la Lèpre de 2012 et de 2013, notamment à Port-Gentil. En octobre 2012, le PLMI a accordé des interviews sur ce thème à la radio panafricaine *Africa n°1* et au correspondant migovéen de *Gabon matin,* et en juillet et décembre 2013 à deux télévisions locales. On estime que 5 à 10% de la population nationale adulte a ainsi bénéficié d'une information sur l'ulcère de Buruli, soit 60.000 à 120.000 personnes chaque année.

5.6.3. Dépistage des cas d'UB

Le nombre de cas de Buruli dépistés correspond avant tout au **nombre de « nouveaux cas »** dépistés », c'est-à-dire au nombre des cas traités pour la première fois pour un Buruli, même en l'absence de confirmation PCR. Il s'agit d'un élément essentiel du suivi de la lutte contre la maladie. En effet, il intervient au dénominateur de la plupart des autres indicateurs. En pratique, seuls les nouveaux cas enregistrés dans l'un des deux registres de la Région Centre et/ou par le registre central du PLMI ont été pris en compte pour le calcul de cet indicateur.

Tableau 55 : Répartition des nouveaux cas d'ulcère de Buruli selon le lieu de dépistage

Régions Sanitaires	Total 2008-2010	2011	2012	2013	Total 2011-2013
Libreville-Owendo			2	5	7
Ouest			0		0
Sud Est					0
Centre	102	59	42	47	148
Centre Sud					0
Sud					0
Est					0
Centre Est					0
Maritime				7	7
Nord			1		1
Total	**102**	**59**	**45**	**59**	**163**

Sources : fiches BU 02 de l'Hôpital Albert Schweitzer et du CSU de Lambaréné / Data base épi info BU02 du PLMI

Le Tableau 55 ci-dessus, et le Tableau 56 ci-dessous, présentent respectivement la répartition des nouveaux cas de Buruli selon le lieu de dépistage et selon le lieu de résidence des malades.

Sur cent soixante-trois (163) cas d'ulcère de Buruli dépistés et enregistrés de 2011 à 2013, 143 (91%) sont originaires de la Région Sanitaire Centre, soit en moyenne quarante-sept cas de Buruli par an. Depuis deux ans, des cas de Buruli ont été dépistés dans la Région Sanitaire de Libreville-Owendo et notifiés par l'Hôpital d'Instruction des Armées (2 cas), le Centre National de Référence du PLMI (4 cas), l'Hôpital El Rapha (1 cas), le PFR lèpre et le CHR de la Région Sanitaire Maritime.

Tableau 56 : Répartition des nouveaux cas d'ulcère de Buruli selon le lieu de résidence

Régions Sanitaires	Total 2008-2010	2011	2012	2013	Total 2011-2013
Libreville-Owendo	2		3	2	5
Ouest			1		1
Sud Est					0
Centre	**99**	**59**	**38**	**46**	**143**
Centre Sud			2		2
Sud					0
Est					0
Centre Est					0
Maritime	1			9	9
Nord			1	2	3
Total	**102**	**59**	**45**	**59**	**163**

Sources : fiches BU 02 de l'Hôpital Albert Schweitzer et du CSU de Lambaréné / Data base épi info BU02 du PLMI

La Région Sanitaire de Libreville-Owendo (RSLO) dépiste des patients venant d'autres Régions Sanitaires, du fait d'un classique biais de recrutement. En revanche, la survenue inhabituelle de neuf (9) cas originaires de la Région Maritime (15% du total des nouveaux cas, en 2013), a finalement permis de mettre en évidence l'émergence d'un nouveau foyer de Buruli dans le Département Sanitaire de Bendje. Cinq (5) d'entre eux ont été confirmés en PCR dont un enfant qui n'avait jamais quitté la Région Sanitaire avant de tomber malade.

Le Tableau 57 ci-dessous permet de préciser les performances de la confirmation des cas d'ulcère de Buruli par la PCR durant les trois dernières années. La moyenne des résultats obtenus durant les trois premières années de mise en œuvre de la stratégie nationale de lutte contre le Buruli est prise comme valeur de référence.

Tableau 57 : Confirmation des nouveaux cas d'ulcère de Buruli par la PCR

Rubrique	2008-2010	2011	2012	2013	Total 2011-2013
Nouveaux cas d'UB	102	**59**	**45**	**59**	**163**
Nombre d'examens PCR	79	51	30	31	112
% de malades prélevés	**77,5%**	**86,4%**	**66,7%**	**52,5%**	**68,7%**
Nombre de résultats PCR+	53	16	15	23	54
% de confirmation PCR +	67,1%	31,4%	50,0%	74,2%	48,2%
Taux de confirmation PCR +	**52,0%**	**27,1%**	**33,3%**	**39,0%**	**33,1%**

Sources : Data base Excel des résultats des examens PCR des laboratoires d'Anvers, d'Angers et du CIRMF

La proportion de nouveaux cas de Buruli ayant bénéficié d'un prélèvement est passé de 86,4% en 2011 à 52,5% en 2013. Cette diminution est principalement due à l'absence de respect des directives du programme par les structures de prise en charge de la Région Centre. Ainsi, en 2013, la proportion de malades prélevés en vue de la confirmation par la PCR du diagnostic de Buruli a été de 20% (1/5) pour l'Hôpital Schweitzer et de 25% (8/32) pour le CSUL mais de 85% (6/7) pour le nouveau foyer de Bendje. En revanche, la proportion d'examens PCR positifs est passée de 31,4% en 2011 à 74,2% en 2013. Cette augmentation très significative est la conséquence de la mise en œuvre par le CIRMF d'une technique PCR nichée, plus performante. En définitive, le taux de confirmation des nouveaux cas de Buruli par la PCR qui équivaut au produit de deux indicateurs évoluant en sens inverse, a augmenté de 27,1% à 39%, ce qui est inférieur à la confirmation de 50% des cas en PCR requise par l'OMS.

A défaut de pouvoir cibler le nombre de nouveaux cas qui devraient être dépistés annuellement, l'examen de leurs caractéristiques (% de formes ulcérées, % sans limitation de mouvement, % de de catégorie 3) permet d'apprécier la précocité du dépistage. La valeur de ces indicateurs figure dans le *Tableau 58* ci-dessous, avec les cibles programmatiques. Le code couleur est le suivant : vert = objectif atteint ; orangé = mauvaise performance et rouge = objectif non atteint. Les mauvaises performances de l'année 2013 sont d'une part liées au fait que l'OMS a fixé de nouveaux objectifs plus ambitieux, et d'autre part à la meilleure cotation des caractéristiques (effet post-formation) et à la gravité des cas du foyer Maritime. Une évaluation correcte nécessiterait d'évaluer la valeur des indicateurs et les performances de chaque Département Sanitaire.

Tableau 58 : Confirmation des nouveaux cas d'ulcère de Buruli par la PCR

Rubrique	Anciennes cibles	2011	2012	2013	Nouvelles cibles 2013
Nouveaux cas d'UB	**100%**	**59**	**45**	**59**	**100%**
% de confirmation PCR +	**>=50%**	27,1%	33,3%	39,0%	70%
% de formes ulcérées	**<85%**	44%	70%	83%	<60%
% de forme de catégorie 3	**<33% (1/3)**	38%	10%	42%	<25%
% de limitation de mouvements	**<25%**	5%	7%	14%	<15%

Sources : Rapport statistique BU 2011, 2012 et 2013 – Cibles programmatiques 2013

5.6.4. Prise en charge des cas

Le Tableau 59 ci-dessous rappelle le nombre de cas de Buruli traités depuis le début de la mise en œuvre du PNDS et précise les modalités de prise en charge. De 2010 à 2012, la quasi-totalité des nouveaux cas de Buruli pris en charge, dans la Région Centre, ont bénéficié d'un traitement médical spécifique de 8 semaines, recommandé par l'OMS, à base de rifampicine et de streptomycine. Les patients hospitalisés dans le service de Chirurgie B de l'Hôpital Schweitzer ont également bénéficié d'un traitement chirurgical associant excisions, greffes et, dans certains cas, mise en œuvre de la technique de Vacuum Adhesive Closure (VAC). Le coût moyen de ce traitement hospitalier, récemment évalué à plus d'un million de francs CFA (1000 à 3000 Euros), est difficilement accessible aux plus démunis. A l'inverse, les malades traités par le Centre de Santé Urbain de Lambaréné (CSUL) ont bénéficié d'un traitement spécifique (injections quotidiennes et soins locaux) en ambulatoire. Dans cette structure, ouverte depuis 2010, les prestations sont en principe gratuites

pour tous les patients suivis pour UB, mais les ruptures de stocks en médicament spécifiques et en consommables ne sont pas rares.

Tableau 59 : Prise en charge des cas d'ulcère de Buruli

Rubrique	2010 (réf.)	2011	2012	2013	Cible annuelle
nb de nouveaux cas d'UB	44	59	45	59	
nombre cas mis sous ATB (%)	**37** (84,1%)	**57** (96,6%)	**44**(97,8%)	**58** (98,3%)	100%
nombre de structures de PEC	3	3	4	5	qsp
nb d'achèvement du traitement%	**?**	(96,87%)	**?**	*2 (**)*	**90%**
nb de malades opérés%	27	13	17	7	*****
nb de greffe de peau (%)	**?**	**?**	**?**	*2*	*****

Sources : Rapport annuel PNLUB (2011) - data base Excel des registres des services de PEC de la RS Centre, 2012

Fin 2012, le PLMI a acquis de la Clarithromycine afin de traiter les cas de Buruli survenant chez des femmes enceintes, mais aussi et surtout pour pallier aux ruptures de stocks mondiales de Streptomycine. Depuis mars 2013, le programme a été approvisionné en médicaments spécifiques, par l'OMS et le nouveau traitement par voie orale (Rifamycine + Clarithromycine) a été généralisé au Gabon ; d'une part le protocole et les nouvelles Directives de prise en charge ont été diffusés lors du Séminaire Atelier de formation/recyclage des PFR lèpre-Buruli en juillet 2013, et d'autre part les BELE des Régions Sanitaires Maritime et Nord ont été approvisionnés.

Dans l'ensemble, la proportion de malades mis sous traitement antibiotique s'est progressivement améliorée de 2010 à 2013, passant de 84% à 98%. Cette valeur est très proche de l'objectif de couverture de 100% mais, pour autant, celui-ci n'est pas encore atteint. La disparition d'un des cas du nouveau foyer Maritime, avant l'arrivée des médicaments, explique la différence observée en 2013. Sur 5 patients dépistés et mis sous traitement dans la Région Sanitaire de Libreville-Owendo, deux ont achevé leur traitement (40%) sans limitation de mouvement, un l'a interrompu au bout de 4 semaines et deux ont été transférés dans la Région Centre. Suite au départ des 3 Points focaux de la Région Centre, le devenir des patients suivis par l'HAS et le CSUL n'est pas disponible.

Le nombre de cas d'ulcère de Buruli ayant bénéficié d'une greffe de peau n'est pas renseigné dans la Région Sanitaire Centre, bien qu'elle ait été équipée par le PLMI, en 2013, d'un matériel de greffe performant. En revanche, la Région Maritime a signalé 2 patients greffés sur 7 soit 28,5%.

Sur sept (7) patients réadmis au traitement (1 en 2011, 2 en 2012 et 4 en 2013), une seule « rechute » a pu être confirmée par un résultat positif à la PCR. Par ailleurs, le résultat de 30 examens PCR réalisés chez des personnes ne figurant pas dans les registres de la Région Sanitaire Centre figure dans le Tableau 60 ci-dessous.

Tableau 60 : Résultats PCR obtenus chez de sujets absents du registre

RS Centre	2011	2012	**Total**	Autres RS	2011	2012	total
PCR+	5	3	**8 (53%)**	PCR+	1	0	1 (6%)
négative	7	0	7	négative	14 *	0	14
Total	12	3	15	Total	15	0	15

Source : Data base Excel des résultats PCR du laboratoire d'Anvers.
(*) Y compris les 9 prélèvements de l'enquête de dépistage de la RS Sud-Est

On dénombre neuf (9) résultats positifs (PCR+) : huit chez des patients résidant dans la Région Centre (dont l'histoire de la maladie n'est pas connue) et un seul chez les patients résidant en dehors de cette Région (et qui aurait été traitée).

En revanche tous les prélèvements effectués dans la Région Sud-Est, dans le cadre d'une *« enquête de dépistage »,* se sont avérés négatifs. Ce résultat (0%) est identique à ceux des précédents dépistages menés dans les Régions Sanitaires Nord, Centre Sud, Sud et Centre-Est, de 2008 à 2010. Eu égard aux modalités d'inclusion et au petit nombre de personnes enquêtées, il n'est pas possible de conclure à l'absence de foyer d'UB dans les Régions concernées.

5.6.5. Organisation de la lutte contre l'UB

Durant des années, la notification des cas d'ulcère de Buruli pris en charge par des services de santé situés en dehors du foyer historique a été limitée par le fait que cette pathologie ne figurait pas sur la fiche de déclaration mensuelle des maladies utilisée par les services généraux de santé. Depuis 2012, l'UB a été inscrit dans la liste de maladies à déclaration obligatoire du Guide de la Surveillance intégrée des Maladies et Riposte. La mise en évidence d'un nouveau foyer d'ulcère de Buruli dans la Région Sanitaire Maritime en 2012 a également bénéficié de l'intégration des activités de sensibilisation, de formation et de suivi-évaluation de la lèpre, du Buruli et d'autres Maladies Tropicales Négligées.

Un autre acquis récent est le protocole d'accord signé entre la CNAMGS et l'Hôpital Schweitzer, afin que la structure reçoive un forfait de 500.000 FCFA pour chacun des malades pris en charge pour UB.

Au plan diagnostic, le taux de confirmation de l'UB par la PCR n'est que de 39% chez les malades enregistrés, alors que la cible programmatique est passée à 70% depuis 2013. La méconnaissance des possibilités de confirmation du diagnostic et de l'existence du traitement médical fait que certains cas de Buruli ne sont pas notifiés et/ou pas pris en charge. Par ailleurs, le rendu tardif des examens PCR favorisent le recours à des examens complémentaires dont les résultats ne sont pas contributifs. Il est urgent de revoir les arbres de décision et de mettre en place de nouvelles procédures.

Le déficit de relais communautaires (acteurs essentiels de la lutte contre l'UB dans de nombreux pays d'endémie) et l'absence de liste formalisée et de supervision des 35 *« relais communautaires »* formés dans la Région Sanitaire Centre reflètent les insuffisances du pays en matière de politique de santé communautaire. La formation de nouveaux *« relais communautaires »* impose d'avoir au préalable défini avec soin leur profil, précisé leur motivation, les modalités de la supervision et du suivi-évaluation des agents. Il faudra de même avoir élaboré et validé le format du rapport périodique requis pour ces agents.

Il convient enfin de souligner que la pérennisation et la consolidation des acquis de la lutte sont d'ores et déjà compromises par le départ des trois principales personnes ressources de la Région Sanitaire Centre (2 chirurgiens et 1 IA formés) et par l'émergence du nouveau foyer d'endémie UB dans la Région Sanitaire Maritime.

Le Tableau 61 ci-dessous récapitule les principales forces, faiblesses, contraintes et opportunités de la lutte contre l'UB.

Tableau 61 : Forces, Faiblesses, Contraintes et Opportunités de la lutte contre l'ulcère de Buruli

Forces	Faiblesses
• Existence d'une Politique Nationale de Lutte contre l'ulcère de Buruli ; • Evaluation finale en octobre 2012 de la *Stratégie nationale de lutte contre l'ulcère de Buruli (2008-2012)* avec l'appui des partenaires OMS, FRF et FAIRMED ; • Intégration des objectifs et des stratégies de lutte contre l'UB dans le Plan Directeur de la Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées du Gabon (novembre 2012) ; • Mise en place du registre national et de la Data base Epi-Info (janvier 2013) ; • Intégration des activités de lutte contre la lèpre, l'UB et les autres MTN ; • Intégration de l'UB dans la liste des Maladies à déclaration obligatoire ; • Equipement de l'HAS en couteau et amplificateur de greffe, en 2013 ; • Existence de quelques ressources humaines formées sur la PEC de l'UB : 2 Chirurgiens (HAS) et 1 IA (CSUL) ; • Existence de quelques ressources humaines formées sur la cicatrisation de plaies sur UB : 1 IDE (HAS) ; • Renforcement des capacités de PEC lèpre-Buruli de 15 agents du niveau central (mars 2012) ; • Sensibilisation formative dermato-lèpre de 9 DRS et 10 PFR en mai 2012 ; • Formation dermato-lèpre–Buruli et autres MTN, en juillet 2013 ; • Sensibilisation formative intégrée lèpre-Buruli de 194 agents des FOSA de la RSLO et de la RSO (décembre 2013 et mars 2014).	• Absence de finalisation de la nouvelle Stratégie Nationale de Lutte contre l'ulcère de Buruli ; • Mobilité des ressources humaines formées ; • Absence d'implication du CHR de Lambaréné ; • Sous-équipement du LNSP pour l'appui au diagnostic ; • Absence de suivi des performances de la prise en charge des cas d'UB par la BELE de la Région Centre ; • Insuffisance de la gestion des stocks de médicaments spécifiques régionaux ; • Non-respect par les agents vacataires de l'HAS des directives de PEC de l'UB émises par le PLMI ; • Absence de recyclage et de supervision ; • Délais excessifs de rendu des examens PCR effectués par le CIRMF, notamment en 2012 ; • Sous-équipement de la structure de référence pour le diagnostic PCR de l'UB ; • Sous-utilisation des 2 agents du secteur public de santé formés par l'OMS pour la confirmation par PCR du diagnostic d'UB.
Contraintes	**Opportunités**
• Défaut de prise en charge hospitalière de l'UB par la CNAMGS ; • Modification du profil épidémiologique de l'UB au Gabon.	• Appui de nombreux partenaires : OMS, FRF, AVESNAD, FAIRMED notamment ; • Appui des Laboratoires d'Anvers et d'Anger à la confirmation du diagnostic d'UB par PCR (2007-2012) ; • Appui de l'Unité de Bactériologie du CIRMF à la confirmation des cas d'UB en PCR nichée (plus performante) ; • Disponibilité du Laboratoire d'Angers/FRF pour le contrôle de qualité ; • Prise en charge forfaitaire récente de la CNAMGS pour les cas d'UB traités à l'HAS ; • Mise à disposition de matériel didactique et de sensibilisation par l'OMS (logiciels, CD…)

5.7. Niveau de réalisation dans la lutte contre les maladies à potentiel épidémique

Les activités de lutte contre les maladies à potentiel épidémique sont liées à l'objectif *« Réduire d'au moins 50 % l'incidence des maladies émergentes (Chikungunya, Dengue, Ebola) »*.

Seules trois maladies émergentes mentionnées par la politique nationale de santé sont nommément ciblées par le PNDS, à savoir la dengue, le Chikungunya et la fièvre hémorragique à virus Ebola (FHE). Ces trois maladies non évitables par la vaccination font partie des neuf (9) maladies à déclaration obligatoire (à potentiel épidémique ou en voie d'élimination) figurant sur la fiche de surveillance hebdomadaire de l'IELE, à côté de la fièvre jaune, la poliomyélite (1 cas en 2010) ou la rougeole (dernière flambée déclarée en 2013).
Le Gabon a été plusieurs fois touché par Ebola depuis 1994 et la dernière flambée épidémique remonte à 2002. Il s'agit d'une maladie contagieuse, mortelle dans plus de 90% des cas. L'émergence du Chikungunya est

plus récente. Depuis l'épidémie de Chikungunya qui a touché la capitale, en 2007, plusieurs Régions Sanitaires ont été atteintes. Il s'agit d'une maladie virale transmise par des moustiques du genre *Aedes*, comme la dengue à laquelle le Chikungunya est fréquemment associé. L'identification de l'agent viral est assurée par le Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF).

5.7.1. Renforcement de la surveillance active contre les maladies prioritaires

D'après l'IELE, tous les départements ont disposé des fiches de surveillance active (pour la notification hebdomadaire) durant les trois années considérées. En 2013, 51 DS (100%) ont transmis leurs fiches de surveillance active renseignées, contre 43 en 2012 et 40 en 2011. Par ailleurs, le Guide technique national de Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR) a été transmis à toutes les Régions Sanitaires, en 2013. Mais seulement 32% des DS confirment posséder ce document.

Tableau 62 : Indicateurs de la surveillance intégrée de la maladie et riposte

	2011	2012	2013
Nombre de départements possédant des fiches de surveillance active	51	51	51
Nombre de départements ayant des fiches de surveillance active renseignées	40	43	51
Nombre de départements ayant transmis en totalité leurs fiches de surveillance active renseignées	40	43	51
Nombre de départements ayant le Guide de surveillance intégrée des maladies et riposte disponible au centre médical et dans les centres de santé	0	0	32

Source : Fiches de collecte des Régions Sanitaires / IELE

5.7.2. Incidence des maladies émergentes

L'ensemble des cas de Chikungunya notifiés par les Régions dans le cadre de la surveillance hebdomadaire, signalées à l'occasion de la Revue à mi-parcours et rapportées par la Direction Régionale Centre-Sud (Mouila), en 2012, figurent dans le Tableau 63 ci-dessous.

Tableau 63 : Répartition des cas de dengue et de Chikungunya par Région Sanitaire

Régions	Cas de Chikungunya			Cas de dengue		
	2 011	2 012	2 013	2 011	2 012	2 013
LBVO	0	39	52			
Ouest	0	3	301			1
Sud-Est	0	0	0			
Centre	0	4	1			
Centre-Sud	0	333	16			
Sud	0	0	1			
Est	5	1	7			
Centre-Est	1504	519	159	2		
Maritime	0	0	13			
Nord	9	1	0			
GABON	1518	900	550	2	0	1

Sources : fiches de collecte des Régions Sanitaires/ IELE/ Rapport RS Centre-Sud

On constate que toutes les Régions Sanitaires ont notifiés au moins 1 cas de Chikungunya, sauf la Région Sud-Est (Franceville). Cela étant, il convient de souligner que le terme de « Chikungunya » utilisée par les agents de santé s'applique le plus souvent à des « cas suspects » présentant un épisode fébrile algique pour lequel la recherche de paludisme est négative (syndrome dengue-*like*).
Plusieurs Régions disent avoir connu une flambée épidémique, à savoir les Régions Sanitaires Centre-Est (2011-2012), Centre-Sud (2012-2013) et Ouest (2013). Toutefois, seule l'épidémie de la Région Centre-Sud a fait l'objet d'une déclaration officielle. En revanche, aucun cas de fièvre hémorragique de type Ebola n'a été enregistré durant les trois premières années de mise en œuvre du PNDS. La dernière flambée épidémique remonte à 2002.

5.7.3. Sensibilisation des populations

Des campagnes de sensibilisation pour la lutte contre les vecteurs de Chikungunya et de la dengue ont été organisées dans la Région Sanitaire Sud et dans la Région Sanitaire Maritime. La Région Sanitaire Est a fait une seule campagne de sensibilisation sur la prise en charge des maladies émergentes, en 2012. Mais il n'existe pas de données disponibles sur le nombre de personnes sensibilisées.

Tableau 64 : Nature des campagnes menées par les Région Sanitaires

Thème / Régions	Lutte contre les vecteurs			Sensibilisation sur la prise en charge		
	2 011	**2 012**	**2 013**	ND	ND	ND
LBVO	0	0	0	0	0	0
Ouest	0	0	0	0	0	0
Sud-Est	0	0	0	0	0	0
Centre	0	0	0	0	0	0
Centre-Sud	0	**1**	0	ND	**1**	ND
Sud	**2**	**1**	**2**	0	**1**	0
Est	0	0	0	0	0	0
Centre-Est	0	0	0	0	0	0
Maritime	0	0	1	0	0	0
Nord	0	0	0		1	
GABON	**2**	**1**	**3**	ND	ND	ND

Sources : fiches de collecte des Régions Sanitaires/ IELE/ Rapport épidémie RS Centre-Sud

De son côté, la Région Centre Sud rapporte avoir élaboré *« une fiche CHIKUNGUNYA à large diffusion pour informer, rassurer les populations ».* En outre le DRS a également accordé une interview sur le Chikungunya, en marge de la tenue de *l'Atelier de validation du Plan Directeur de la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées* (Libreville, novembre 2012).

5.7.4. Diagnostic et prise en charge des cas

On estime que la majorité des patients atteints de Chikungunya ou de dengue ne sont pas vus par les services de santé (en dehors des périodes épidémiques), la maladie étant souvent étiquetée « paludisme » et gérée comme telle (automédication élevée du traitement anti palustre). Ainsi, le nombre de cas de « Chikungunya » reçus par les FOSA et pris en charge ne représente que la partie émergée de l'iceberg. Par ailleurs, en l'absence de prélèvement adressé à un laboratoire de référence, l'étiologie virale ne peut pas être confirmée. Cela étant, il convient de rappeler qu'en dépit de formes sévères sanctionnées par une hospitalisation, et malgré l'intrication fréquente de la dengue et du Chikugunya, aucun décès n'a été rapporté.

5.7.5. Renforcement des capacités des personnels et des laboratoires

Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), unité de référence des MTN au niveau national, dispose d'un département de virologie responsable de la surveillance des maladies émergentes. Depuis 2010, celui-ci est doté d'un équipement de biologie moléculaire moderne, pour la confirmation des cas et pour la surveillance de certaines maladies prioritaires. L'unité compte six (6) personnels formés à l'utilisation de ces équipements. Malgré cela, le plateau technique du LNSP demeure insuffisant. Certains laboratoires de 2ème niveau ont bénéficié d'un renforcement des capacités du personnel lors des supervisions de 2012, mais aucun d'entre eux n'a bénéficié d'un renforcement de son équipement.

Pour pallier à ces lacunes, l'IELE collabore avec le Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF) pour la confirmation du diagnostic des cas suspects de *« Chikungunya ».* Ainsi, lors de la dernière épidémie survenue à Mouila en 2012, la Région Sanitaire Centre Sud a envoyé au CIRMF, par le canal de l'IELE, 60 prélèvements dont 33 ont été confirmés au Chikungunya, soit un taux de confirmation de 55%. Et dans le cadre de la surveillance syndromique « dengue *like* », le CIRMF a montré que la proportion d'examens positifs est moins élevée en absence d'épidémie, soit 21% (51 confirmations sur 236 prélèvements) contre 50% lors des flambées épidémiques (1418 confirmations sur 2800 prélèvements).

5.7.6. Riposte aux épidémies

Un Fond de riposte aux épidémies été mis en place comme cela avait été prévu par le PNDS. Sur le montant de 450 millions annuellement alloué à ce Fonds, 150 millions ont été décaissés à l'occasion de l'épidémie de Chikungunya survenue en 2012 dans la Région Sanitaire Centre-Sud (Mouila).

5.7.7. Organisation de la lutte contre les maladies émergentes

La multiplication saisonnière des moustiques vecteurs de la dengue et du Chikungunya (*Aedes aegypti et aedes albopictus*) dans la plupart des Régions Sanitaires expose les populations à la survenue périodique de flambées épidémiques et à une dissémination par voie routière. En outre, comme cela a été observé pour la Région Ouest en 2007, en période post-épidémique le Chikungunya peut persister sur un mode endémique et c'est probablement le cas dans la Région Centre-Est qui a observé des cas durant trois années consécutives. Le Chikungunya sévirait ainsi sur un mode endémo-épidémique. A noter que des recherches poursuivies par le CIRMF ont permis d'incriminer un troisième virus déjà associé à la dengue et au Chikungunya lors de l'épidémie de 2007 : le virus Zika.

Il apparaît difficile d'apprécier en routine, la réduction de l'incidence des différents syndromes dengue *like* sans l'appui d'un laboratoire de référence. L'atteinte de cet objectif suppose un renforcement des activités d'assainissement, de lutte anti vectorielle intégrée (LAVI) et de la sensibilisation des populations. En l'état actuel de mise en œuvre des activités, le pays n'est pas à l'abri de la survenue d'une flambée épidémique de dengue ou de Chikungunya.

D'un autre côté, l'objectif de réduction d'au moins 50% n'est pas pertinent pour les fièvres hémorragiques à virus Ebola, maladies à potentiel épidémique pour lesquelles le seuil épidémique est atteint dès qu'un cas est identifié. Comme dans le cas de la poliomyélite et de la fièvre jaune, il convient plutôt de surveiller la réactivité du système (nombre et proportion de cas suspects notifiés et investigués dans les délais, et en cas d'épidémie déclarée, nombre de cas suspects confirmés, de décès et de contacts investigués).

Les principales réalisations en 2012, pour le renforcement de la lutte contre les maladies émergentes et pour l'amélioration de la SMIR, sont les suivantes :

- révision et validation du Guide de la Surveillance Intégrée des maladies et la Riposte (SMIR), avec l'appui technique et financier de l'OMS ;
- diffusion du Guide SMIR aux acteurs régionaux et départements ;

- élaboration, par l'IELE, de sept (7) plans de riposte aux épidémies pour les maladies suivantes : Chikungunya, Ebola, Rougeole, Choléra, Méningite, Poliomyélite, et Grippes H1N1 et H5N1.

Mis à part l'allocation destinée au Fond de riposte aux épidémies, il n'a pas été possible de chiffrer le budget mis à la disposition de l'IELE, de l'IHPA et des autres services impliqués dans la lutte contre les maladies émergentes. Pourtant, l'Etat et les partenaires ont financé quelques activités prévues par le PNDS. Des ressources additionnelles ont par ailleurs été mobilisées, dans le cadre de la collaboration avec les laboratoires de recherche. En outre, certaines structures comme le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) ont renforcé les capacités du personnel et procédé aux supervisions sur fonds propres.

Les principales forces, faiblesses, contraintes et opportunités de la lutte contre les maladies émergentes figurent dans le Tableau 65 ci-dessous.

Tableau 65 : Forces, Faiblesses, Contraintes et Opportunités de la Lutte contre les Maladies Emergentes

Forces	Faiblesses
• Existence d'un Comité de riposte et mise en place d'un Fonds de riposte aux épidémies ; • Disponibilité d'un guide technique SMIR ; • Disponibilité et complétude des fiches de surveillance hebdomadaire ; • Collaboration de l'IELE et du PEV ; • Réunions trimestrielles des points focaux du PEV et de l'IELE ; • Equipements modernes pour la surveillance des maladies prioritaires du LNSP ; • Collaboration de l'IELE avec le CIRMF pour la confirmation des cas et la catégorisation des précédentes épidémies combinées de Chikungunya et de Dengue (2007-2010) et de FEV à virus Ebola (1994-2002).	• Absence d'équipe de riposte au niveau intermédiaire (BELE/DRS) ; • Absence de matériel de prélèvement et de transport des échantillons ; • Absence de matériel de protection disponible ; • Faible réactivité du Système National d'Information Sanitaire ; • Faible réactivité intrinsèque de la surveillance intégrée (par rapport à l'approche syndromique) ; • Absence d'implication des cliniciens, notamment des prestataires de soins du secteur privé, dans la SIMR ; • Faible maîtrise de la définition des cas et de la conduite à tenir ; • Absence d'implication de relais communautaires dans la surveillance des phénomènes inhabituels ; • Disparition de la rubrique « divers » pour l'inscription des divers sur la fiche de surveillance hebdomadaire des neuf maladies ; • Absence de « seuil épidémique » défini pour certaines maladies à potentiel épidémique ; • Absence de suivi longitudinal ; • Mauvaise qualité des prélèvements effectués dans le cadre de la SIMR ; • Absence de rétro-information.
Contraintes	**Opportunités**
• Notification des diagnostics parfois retardée en cas d'envoi des examens dans des laboratoires à l'étranger.	• Existence de 3 structures comportant des laboratoires modernes et équipés pour la surveillance de la plupart des maladies sous surveillance, notamment pour celle des maladies émergentes (CIRMF, CERMEL, FMP) ; • Présence de laboratoires P2 et P3 (CIRMF) ; • Plateforme de diagnostic disposant de la PCR, de la RTPCR et du séquençage moléculaire de haut débit ; • Couplage de la surveillance des cas sporadiques (approche syndromique) à des enquêtes sérologiques (suivi longitudinal) du Centre Internationales de Recherches Médicales de Franceville ; • Développement d'une plateforme diagnostique prenant en compte les tendances évolutives et les caractéristiques temporo-spatiales.

5.8. Niveau de réalisation dans la lutte contre les autres Maladies Tropicales Négligées

Les Maladies Tropicales Négligées (MTN) sont des maladies qui gâchent la vie de plus d'un milliard de personnes dans le monde. Il s'agit de maladies infectieuses (bactériennes et virales) ou de maladies parasitaires très différentes les unes des autres. La plupart n'ont pas été citées par le PNDS 2011-2015. Certaines de ces maladies relèvent d'une stratégie de prise en charge intensive de la maladie (MTN/PIM). C'est le cas de trois maladies graves, mortelle (THA) ou invalidantes (lèpre et ulcère de Buruli), qui ont été ciblées de manière spécifique par le PNDS, de même que la dengue et le Chikungunya dans le cadre de la lutte contre les maladies à potentiel épidémique. L'ampleur et la distribution géographique des autres MTN sont mal connues au Gabon. C'est le cas de la rage, du pian et de la plupart des maladies parasitaires. La première relève de la vaccinothérapie préventive, les autres de la Chimiothérapie Préventive (CTP) ou « traitements de masse » de la population.

Liste des douze (12) maladies tropicales négligées endémiques au Gabon, pour lesquelles des données factuelles sont disponibles et/ou qui constituent un problème de santé publique : la dengue, le Chikungunya, la rage, la lèpre, l'ulcère de Buruli, le pian, la trypanosomiase humaine africaine, la bilharziose (schistosomiase), les géo-helminthiases (vers intestinaux), l'onchocercose, la loase et la filariose lymphatique.

5.8.1. Activités de surveillance et de dépistage des MTN

Certaines MTN, comme les microfilaires et les géo-helminthiases (vers intestinaux), sont des affections fréquentes, répandues sur l'ensemble du territoire. Les données du Tableau 66 ci-dessous confirment qu'elles sont régulièrement recherchées par les laboratoires et évoquées par le personnel de santé des FOSA dans toutes les Régions Sanitaires.

Tableau 66 : Répartition des examens de recherche de microfilaires et de géo-helminthiases

Examens / Régions	Microfilaires			Géo-helminthiases		
	2 011	**2 012**	**2 013**	**2 011**	**2 012**	**2 013**
LBVO						
Ouest	573	614	820	1 105	1 230	1 450
Sud-Est				0	0	0
Centre	43	40	61	770	577	500
Centre-Sud	109	3	58	99	44	73
Sud	316	316	496	46 398	487	333
Est	5 414	9 596	7 545	*	*	0
Centre-Est	360	300	324	132	72	84
Maritime				1 934	2 658	2 514
Nord						
GABON	6 815	10 869	9 304	4 040	5 068	4 954

Source : fiches de collecte des Régions et Départements sanitaires

Les bilharzioses et l'onchocercose sont des maladies répandues, qui existe dans tous les départements sanitaires. Un (1) seul cas de pian (tertiaire, sans signification épidémiologique) a été rapporté par le Programme de Lutte contre les Maladies Infectieuses en 2012. En revanche, il n'existe pas de données chiffrées fiables sur la filariose lymphatique ou sur la rage.
Le Tableau 67 ci-dessous indique le nombre de cas des maladies observées. Les données proviennent de la tournée conjointe d'évaluation de la lutte contre les MTN effectuée dans les RS lors de l'élaboration du Plan Directeur et du renforcement de la capacité des PFR du PLMI.

Tableau 67 : Nombre de cas de Bilharziose et d'Onchocercose

Thème / Régions	Bilharziose			Onchocercose		
	2 011	2 012	2 013	2 011	2 012	2 013
LBVO	Na		*			*
Ouest	Na		*			*
1567Sud-Est	Na		*			*
Centre	305		*			*
Centre-Sud	97	69	*	2	0	*
Sud	12		*			*
Est	18		*			*
Centre-Est	73	43	*	31	10	*
Maritime	21	65	*	0	*	*
Nord	Na		*			*
GABON	**526**	**177**	*	**33**	**10**	*

Sources : Régions sanitaires/ IELE/ Rapport RS Centre-Sud

5.8.2. Organisation de la lutte contre les MTN

L'insuffisance des données factuelles sur les MTN ne permet pas de planifier les interventions recommandées par l'OMS. C'est pourquoi le Programme de Lutte contre les Maladies Parasitaires (PLMP) a planifié de réaliser, avec l'appui des partenaires, l'ensemble des cartographies permettant de préciser la répartition et la prévalence des Maladies Tropicales Négligées relevant de la chimiothérapie préventive (MTN/CTP). Mis à part le pian, qui fait figure de *« maladie oubliée »*, toutes les MTN concernées par le *Plan Directeur des Maladies Tropicales Négligées 2013-2016* sont inscrites sur la nouvelle liste des 40 maladies soumises à une déclaration obligatoire du *Guide de la Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte*.

5.9. Niveau de réalisation dans la lutte contre les Maladies Non Transmissibles

Les activités de lutte contre les Maladies Non Transmissibles (MNT) sont liées à l'objectif *« 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 ».*

Sur les 57 millions de décès survenus dans le monde en 2008, deux tiers (36 millions) sont attribués aux maladies non transmissibles (MNT), principalement les maladies cardiovasculaires (48%), les cancers (21%), les affections respiratoires chroniques (12%) et le diabète (3,5%). Selon les projections de l'OMS, le nombre annuel de décès dus aux MNT atteindra 55 millions d'ici 2030, si rien ne change.

Au Gabon, les MNT constituent une source de préoccupation croissante pour les autorités sanitaires, compte tenu de l'augmentation de la durée de vie, de l'urbanisation croissante et de l'adoption d'un mode de vie plus sédentaire. Depuis 2004, la mortalité des maladies non transmissibles (716 pour 100.000 habitants) est devenue supérieure à celle attribuée aux maladies transmissibles (615 pour 100.000 habitants). Les maladies cardiovasculaires, le diabète et les cancers sont devenus des motifs fréquents de consultation dans les structures hospitalières. Compte tenu de leur chronicité et du coût de leur prise en charge, ces maladies retentissent défavorablement sur les dépenses de santé des ménages. La prévalence du diabète serait de l'ordre de 4%, d'après la Fédération Internationale du Diabète, tandis que l'hypertension artérielle toucherait un adulte sur 3. La drépanocytose affecte 2% de la population et cette maladie génétique constitue l'une des premières causes de mortalité infantile.

5.9.1. Morbidité et mortalité du diabète

D'après le Tableau 68 ci-dessous, le nombre de cas de diabète notifiés par l'ensemble des Régions Sanitaires est successivement passé de 3066 cas en 2011, à 1224 cas en 2012 et 2203 cas en 2013. Cette variation en U résulte de l'évolution des cas notifiés dans deux Régions Sanitaires : diminution brutale du nombre de cas pour la Région Sanitaire de Libreville-Owendo entre 2011 et 2013 (pouvant faire discuter une modification de la complétude et/ou du recrutement), et augmentation d'allure exponentielle du nombre de cas pour la Région Sanitaire Centre-Sud (essentiellement dans le Département Sanitaire de Louetsi-Wano qui culmine à 911 cas en 2013). Le nombre de décès (hospitaliers) liés au diabète a été relativement stable durant les trois années étudiées.

Tableau 68 : Répartition des cas et décès liés au diabète par Régions sanitaires de 2011 à 2013

Régions \ Années	2011		2012		2013	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Libreville-Owendo	2177	6	109	0	233	0
Ouest	0	0	0	0	**16 (*)**	0
Sud-Est	550	4	496	5	679	2
Centre	0	0	0	0	0	0
Centre-Sud	44	0	204	1	956	9
Sud	58	0	92	1	50	0
Est	65	2	57	2	113	1
Centre-Est	44	1	115	0	92	2
Maritime	84	6	98	4	104	1
Nord	44	0	53	3	13	1
Total Gabon	**3 066**	**19**	**1 224**	**16**	**2 203**	**16**

Source : Fiches de collecte des régions/départements sanitaires
(*) Rapport de la Journée Mondiale du Diabète 2013

5.9.2. Morbidité et mortalité liées à l'hypertension artérielle

Le nombre total de cas d'hypertension artérielle (HTA) communiqué par les Régions Sanitaires est passé de 11.411 à 15.650 cas entre 2011 et 2013, avec une valeur minimale de 9064 en 2012, comme le montre le tableau 69 ci-dessous.

Tableau 69 : Répartition des cas et décès liés à l'HTA par Régions sanitaires de 2011 à 2013

Régions \ Années	2011		2012		2013	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Libreville-Owendo	**5 184**	9	1 669	0	4 017	0
Ouest	0	0	0	0	**53 (*)**	0
Sud-Est	2 322	4	2 242	4	3 033	13
Centre	69	0	226	0	55	0
Centre-Sud	728	5	1 613	9	5 410	13
Sud	445	1	647	6	565	2
Est	947	4	597	4	649	6
Centre-Est	473	2	641	1	961	1
Maritime	699	6	1 043	4	673	6
Nord	544	0	386	3	287	0
Total Gabon	**11 411**	**31**	**9 064**	**31**	**15 703**	**41**

Source : Fiches de collecte des régions/départements sanitaires
(*) Rapport de la Journée Mondiale du Diabète 2013

Durant ces trois années, les valeurs les plus élevées ont été notifiés par la Régions Sanitaires de Libreville-Owendo et par les Départements Sanitaires de l'Ogooué et des Lacs (Lambaréné) et Louetsi-Wano (Lebamba). Quant aux nombre de décès liés à l'HTA, ils proviennent principalement des mêmes zones. Comme dans le cas du diabète, la répartition géographique des cas d'hypertension est influencée par la localisation, la renommée et l'accessibilité des structures de prise en charge. Dans le cas du DS de Louetsi-Wano, l'amélioration du réseau routier entre Libreville et Mouila, courant 2012, peut avoir contribué à l'augmentation du recrutement de l'Hôpital Evangélique de Bongolo, au détriment des autres structures.

5.9.3. Morbidité et mortalité des cas de drépanocytose

Le nombre de cas de drépanocytose est passé de 1092 en 2011 à 965 en 2013, avec un pic à 1624 en 2012. La répartition par RS figure dans le Tableau 70 ci-dessous. Les cas notifiés l'ont été principalement par les Régions Sanitaires de Libreville/Owendo, Centre Sud, Centre-Est et Maritime. En 2012, près de la moitié des cas de la Région Sanitaire Centre-Sud proviennent du département de Louetsi-Wano (333 sur 734 cas). Cette répartition peut avoir été influencée à la fois par le plateau technique et/ou par une distribution particulière du gène HbS à transmission autosomique récessive au sein des populations. Quant au nombre total de décès rapportés, il varie de 8 à 11, valeur qui ne reflète pas la fréquente létalité de la maladie.

Tableau 70 : Répartition des cas et décès liés à la drépanocytose par Régions Sanitaires de 2011 à 2013

Régions \ Années	2011		2012		2013	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Libreville-Owendo	271	1	28	0	102	0
Ouest	0	0	0	0	0	0
Sud-Est	159	3	216	0	253	1
Centre	7	0	6	0	1	0
Centre-Sud	74	1	734	0	256	2
Sud	41	0	72	3	33	0
Est	58	0	47	1	10	0
Centre-Est	296		72	0	168	0
Maritime	173	3	413	7	129	0
Nord	13	0	36	0	13	0
Total Gabon	**1 092**	**8**	**1 624**	**11**	**965**	**3**

Source : Fiches de collecte des régions/départements sanitaires

5.9.4. Morbidité et mortalité lié aux cancers

Selon le Tableau 71 ci-dessous, le nombre total de cas de cancer notifiés a diminué depuis 2011. Il est passé de 682 cas en 2011 à 542 cas en 2013. La plupart des cas communiqués proviennent essentiellement de la Région Sanitaire de Libreville-Owendo et de la Région Sanitaire Maritime. Quant au nombre de décès liés aux cancers, il a plus que doublé entre 2011 et 2013, passant de 28 à 64 décès. Cette augmentation pourrait être liée à un meilleur suivi des malades enregistrés, à une modification de la gravité des cas et du recrutement des patients (effet d'arriéré) et/ou aux effets secondaires des traitements mis en œuvre (curiethérapie, radiothérapie).

Tableau 71 : Répartition des cas et des décès liés aux cancers par Régions Sanitaires de 2011 à 2013

Régions	An 2011		An 2012		An 2013	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Libreville-Owendo	**241 (*)**	**22 (*)**	250	1	410	56
Ouest	0	0	0	0	0	0
Sud-Est	Nr	nr	nr	nr	nr	nr
Centre	0	0	0	0	0	0
Centre-Sud	0	0	27	1	9	0
Sud	0	0	0	0	0	0
Est	0	0	0	0	0	0
Centre-Est	271	1	2	0	6	1
Maritime	87	5	33	4	41	7
Nord	0	0	3	3	0	0
Total Gabon	**682**	**28**	**544**	**9**	**542**	**64**

Sources : Fiches de collecte des régions et des départements sanitaires /CHUA
(*) *Mémoire INFASS*

La valeur relativement élevée des 271 cas, notifiée par le Département de Mulundu (Lastourville) en 2012 (contre 2 et 6 cas les années suivantes) contraste avec l'absence/le faible nombre de cas rapportés par la

Région Sanitaire Sud-Est et la Région Nord, Régions pour lesquelles la complétude des fiche de collecte des départements sanitaires est de 100%.

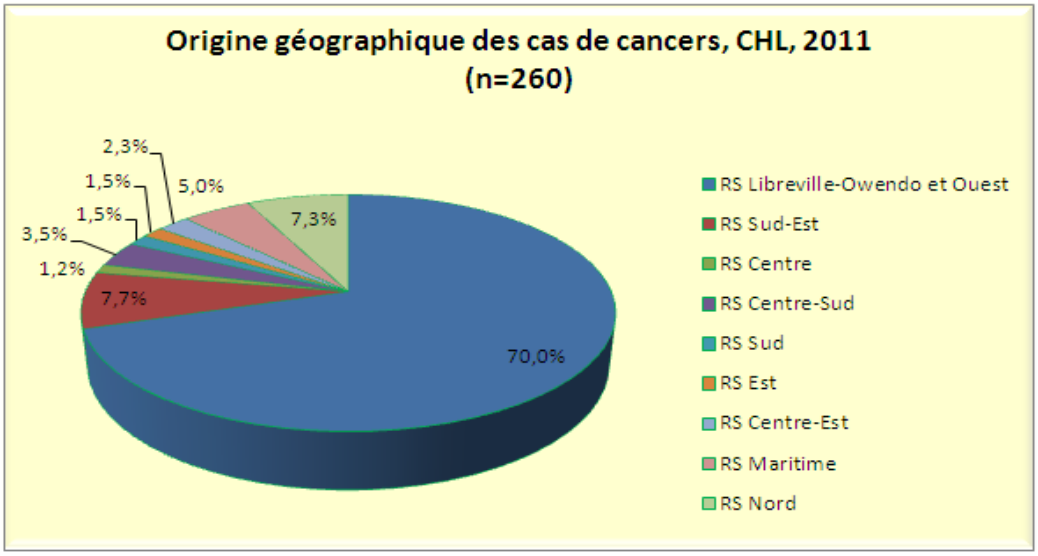


Figure 2 : Répartition des malades suivis au service d'Oncologie du CHL selon la Région Sanitaire

La figure 2 montre que 70% de l'ensemble des 260 cas de cancers enregistrés par le service d'Oncologie du Centre Hospitalier de Libreville en 2011 résident dans la Région Sanitaire de Libreville-Owendo et de l'Ouest. Ces patients ont plus facilement accès au service de référence que les 30% restants qui résident dans d'autres Régions sanitaires, principalement la Région Nord (7,3%), la Région Sud-Est (7,7%) et la Région Maritime (5,0%).

Dans cette série, les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes et les différentes catégories de cancer sont dominées par les cancers mammaires (49%), les cancers ORL (12%) et les cancers colorectaux (8%). Quant à la proportion des sarcomes de Kaposi, cancers dont la liaison au VIH/Sida est bien connue, elle est de 5,8% (soit 15 cas).

La répartition inégale des cas de cancers notifiés par les Régions Sanitaires pourrait être due au fait que l'unique service de référence du niveau national, et les deux services d'anatomo-pathologie sont tous les trois situés à Libreville. Elle pourrait également s'expliquer par la distribution des facteurs de risque dans les différentes populations. En effet, à côté des facteurs habituels, MEZEME émet l'hypothèse que certains cas originaires de la Région Sud-Est pourraient être liés au fait que *« la COMUF filiale d'AREVA a exploité pendant 40 ans un site d'uranium à ciel ouvert et en mines souterraines, employant plus de mille salariés par an, entrainant la pollution radioactive des sols et des maisons »*, y compris dans des lieux accessible au public. Il convient aussi de se demander si d'autres produits cancérigènes, comme le mercure ou les hydrocarbures, ne pourraient pas expliquer la fréquence des cancers rapportés par les Régions Sanitaires Centre-Est (en 2011) et Maritime. Dans cette hypothèse, il serait souhaitable de réaliser des enquêtes complémentaires cas-témoins dans les zones incriminées et/ou d'assurer le contrôle et le suivi des cohortes de travailleurs employés dans les mines d'uranium, l'industrie du pétrole et chez les orpailleurs.

Pour mener à bien ces différentes études, il serait souhaitable de confronter 1) les données des services cliniques prenant en charge les cancers 2) les informations détenues par les deux services d'anatomopathologie de Libreville 3) les données de la Faculté de Médecine et de Pharmacie, structure abritant un registre du cancer (dans le cadre de la Revue à mi-parcours, il n'a pas été possible d'obtenir de données statistiques de cette unité, eu égard au temps imparti).

5.9.5. Financement de la lutte contre les MNT

L'Etat gabonais alloue chaque année au programme national de lutte contre les MNT une ligne budgétaire pour chacune des maladies non transmissibles. En 2011, le budget global était de 34.402.000 FCFA. En 2012, il a légèrement augmenté, passant à 38.580.000 FCFA. En 2013, il est de 33.080.000 FCFA.
A côté de cela, il existe un financement de certaines activités (comme les journées mondiales des maladies cibles) par divers partenaires. Ainsi, la Journée Mondiale du Diabète organisée à Kango en 2013 a bénéficié d'un l'appui financier de 4695 $, soit 2.112.500 FCFA, venant de l'OMS, d'une part, et de celui fourni par des ONG nationales.

Pour ce qui est de la FSBO, acteur important de la lutte contre les cancers féminins au Gabon, les différents plans d'action sont financés sur fonds propres et avec l'appui conjugués de différents partenaires.

5.9.6. Organisation de la lutte contre les MNT

La réduction du nombre de cas et de décès dus aux MTN est tributaire d'activités de prévention et de prise en charge qui n'ont malheureusement pas été organisées/financées, si ce n'est ponctuellement, à la faveur des Journées. La lutte contre la plupart des Maladies Non Transmissibles (MNT) n'a pas connu d'avancée probante, depuis 2010, si ce n'est dans le domaine de la lutte contre le cancer. Cette dernière a bénéficié de l'individualisation d'un nouveau programme, de la mise en place des infrastructures nécessaires à une prise en charge optimale des patients (radiothérapie, curiethérapie), de la formation de nouveaux spécialistes (en cours), de la création d'un deuxième service d'anatomo-pathologie et de l'appui d'une ONG nationale (FSBO).

Les données statistiques disponibles sont le plus souvent incomplètes, fragmentaires et limitées au secteur public de santé. Durant les trois dernières années, l'élaboration des documents nécessaires à l'organisation de la lutte contre les MNT ciblées par le PNDS a été retardée par l'absence de données factuelles pertinentes et par le petit nombre des ressources humaines formées en santé publique au niveau central.

En outre, la distribution inéquitable des services spécialisés, des laboratoires de diagnostic (y compris les services d'anatomopathologie) et des ressources humaines assurant la prise en charge des différentes Maladies Non Transmissibles, retentit sur la répartition géographique des consultations et sur la mortalité hospitalière des MNT (biais de recrutement). Il faut aussi relever que l'éloignement les uns des autres des différents services de référence (Angondjé-PK9-Owendo) est préjudiciable aux échanges entre les services de diagnostic et de prise en charge des cancers, et *in fine* à la prise en charge des malades cancéreux (temps et coût du transport).

En définitive, il est à l'heure actuelle peu vraisemblable que les objectifs fixés par le PNDS 2011-2015 pour la lutte contre les MTN puissent être atteints. Car, en plus des contraintes évoquées plus haut, l'amélioration du SNIS (en termes de complétude des informations sanitaires), le renforcement de la sensibilisation appuyé par les médias, l'existence de services publics de prise en charge, accueillants, efficients et mieux répartis sur le territoire, et l'extension de l'assurance maladie par la CNAMGS devraient se traduire par une augmentation paradoxale du nombre de consultations et de cas observées/notifiées par les départements et par les régions sanitaires. Il est par contre difficile de prévoir comment évoluera la mortalité hospitalière. L'amélioration de la tenue des registres existants pour le cancer et le diabète et du suivi des malades atteints de MTN (exploitation d'enquêtes, courbes actuarielles de survie) pourrait permettre de disposer de données pertinentes lors de l'évaluation finale. D'ici là, il a été prévu d'organiser une enquête STEPS avec l'appui technique et financier de l'OMS. Celle-ci permettra de mieux cerner le profil épidémiologique des différentes MNT et d'élaborer une Politique et des Stratégies de Lutte reposant sur des données factuelles, pour 2015 et au-delà.

Les forces, faiblesses, contraintes et opportunités de la lutte contre les Maladies Non Transmissibles figurent dans le tableau 72 ci-dessous.

Tableau 72 : Forces, faiblesses, contraintes et opportunités de la lutte contre les Maladies Non Transmissibles

Forces	Faiblesses
• Création du Programme National de lutte contre les Maladies Non Transmissibles (2011) ; • Création de l'Institut de Cancérologie d'Angondjé (2012) ; • Création du Programme National de Prévention et de Contrôle des Cancers (2013) ; • Formation de prestataires sur le dépistage du cancer du col par la méthode IVA/IVL (2013) ; • Envoi de médecins en formation extérieure dans le domaine de l'Oncologie ; • Existence du service d'endocrinologie du CHUL (RSLO) ; • Existence de spécialistes/de services de cardiologie et d'endocrinologie dans plusieurs structures hospitalières (CHUL, CHUA, HIAOBO) et dans le privé ; • Prise en charge de certains médicaments de maladie de longue durée par la CNAMGS ; • Dépistage du Cancer du col par l'HIAOBO et la FMP ; • Consultations gratuites de la Journée Mondiale du diabète (Kango, 2013).	• Absence de politique et de plan stratégique nationaux contre les MNT ; • Rupture de stocks en anti-cancéreux de l'OPN ; • Concentration inéquitable des médecins spécialistes et des ressources humaines formées pour les MNT dans la RSLO ; • Eloignement géographique des services de diagnostic et de PEC (RSLO) ; • Sous notification du nombre de cas et de décès dus aux MNT ; • Sous détection des cas de MNT ; • Défaut de validation des données sur les MNT à tous les niveaux ; • Collaboration insuffisante des services de prise en charge avec les services de diagnostic n'appartenant pas au secteur public de santé ; • Absence de collaboration entre le PNLMNT et le PNPCC depuis l'individualisation d'un service en charge de la lutte contre le cancer, en 2013 ; • non sécurisation du circuit d'acheminement des prélèvements destinés à l'anatomopathologie ; • insuffisance des activités d'IEC et de campagnes de dépistage des MNT ; • Relâchement dans la tenue du Registre du diabète.
Contraintes	**Opportunités**
• Inertie manifestée par les populations en vue d'un changement de comportement durable ; • Présence de substances cancérigènes connues liée à l'exercice de certaines profession (mines, exploitation pétrolière) ; • Présence de substances cancérigènes connue dans divers bâtiments ; • Absence de partage des données factuelles du registre du Cancer aux Programme de santé en charge de l'organisation de la lutte.	• Prise en compte des MNT dans le PSGE (axe 4) ; • Adhésion du Gabon à la Déclaration de Brazzaville des Ministres participant à la 1ère Consultation Régionale sur les Maladies Non Transmissibles (06 avril 2011) ; • Appui de l'OMS dans le cadre de l'*Agenda stratégique de coopération 2014-2019 ;* • Appui de la Fondation Sylvia BONGO ONDIMBA pour la Famille (FSBO) : 1) Programme *Agir pour le cancer* et plan d'action à court et moyen terme 2) Convention avec la Fondation LALLA SALMA (de lutte contre le cancer) de la Princesse du Maroc 3) Equipement de 19 structures de santé des Régions Sanitaires de Libreville-Owendo et de l'Ouest (CHREM) pour le dépistage du cancer du col ; • Existence d'un personnel formé à la tenue du registre des cancers (FMP) ; • Existence de l'Association des Diabétiques du Gabon ; • Existence d'une unité d'hémoglobinopathie au CIRMF (diagnostic anté et néo natal de la drépanocytose).

5.10. Niveau de réalisation dans la promotion de la santé mentale et la lutte contre les toxicomanies

Les activités de promotion de la santé mentale et de lutte contre les toxicomanies sont liées à l'objectif *« 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 ».*

L'OMS définit la santé mentale comme un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté.

Jusqu'à un passé récent, au Gabon, comme dans la plupart des pays d'Afrique au Sud du Sahara, la santé mentale n'a pas été considérée comme une priorité dans les plans et programmes de développement sanitaire. Or, le nombre de personnes prises en charge pour un problème de santé mentale augmente régulièrement. Par ailleurs, l'abus d'alcool et la consommation de substances psychoactives (comme l'héroïne, le cannabis, et la cocaïne) posent un problème de santé publique d'autant plus préoccupant qu'il affecte les jeunes, y compris au sein des établissements scolaires.

5.10.1. Morbidité et mortalité liées aux maladies mentales

Le nombre total de cas de maladie mentale notifiés est passé de 1735 en 2011 à 5366 en 2013, soit une augmentation de plus de 200%, comme le montre le tableau 73 ci-dessous. La plupart ont été déclarés par le Centre National de Santé Mentale (CNSM). Toutefois, il n'est pas possible de préciser si ces chiffres sont ceux des consultations ou des nouveaux cas/consultants.

Tableau 73 : Répartition des cas et décès liés aux maladies mentales par Régions Sanitaires de 2011 à 2013

Années / Régions	2011		2012		2013	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Libreville-Owendo	126	0	21	0	33	0
Ouest (*)	**1081** *(62%)*	**0**	**860** *(54%)*	**9**	**5 046** *(94%)*	**3**
Sud-Est	0	0	0	0	0	0
Centre	127	1	567 *(34%)*	1	150	0
Centre-Sud	8	0	64	0	10	0
Sud	62	4	44	2	56	0
Est	238	0	1	0	0	0
Centre-Est	29	0	9	0	18	0
Maritime	52	1	67	0	43	0
Nord	12	0	9	0	10	0
Total Gabon	**1 735**	**6**	**1 642**	**12**	**5 366**	**3**

Source : Fiches de collecte des régions et des départements sanitaires
(*) Données du CNSM

Le fait que la quasi-totalité des « cas » de santé mentale (94%) continue d'être assurée par le Centre National de Santé Mentale, alors qu'aucune région ne déclare avoir référé à cette structure, traduit la faible intégration de la PEC des cas de maladies mentales dans les services médicaux des autres FOSA. L'évolution à la hausse du nombre absolu de consultants/consultations pourrait correspondre, soit à une brutale augmentation de la fréquence des maladies mentales, soit à une modification du recrutement (secondaire à des activités de sensibilisation), soit à un meilleur suivi et/ou enregistrement des patients.

Tableau 74 : Hospitalisation et décès notifiés par le Centre de Santé Mentale

Années / Thèmes	2011	2012	2013
Nombre total de cas de maladies mentales	1 081	860	5 046
Hospitalisations	309	486	398
Décès	**0**	**9**	**3**

Source : données du CNSM

Le tableau 74 ci-dessus montre le nombre de cas et d'hospitalisation des patients pris en charge par le CNSM, de 2011 à 2013. Le nombre d'hospitalisations varie moins que le nombre de cas (consultants ou consultations), vraisemblablement à cause de la capacité d'accueil limitée de la structure. Bien que les chiffres absolus des décès ne soient pas statistiquement significatifs, (9 en 2012 et 3 en 2013), l'évolution à la hausse entre 2011 et 2013 va à l'encontre des objectifs du PNDS.

5.10.2. Prise en charge de la toxicomanie dans les services de santé mentale

Mis à part la Région Ouest, trois départements situés dans les Régions Sanitaires Sud, Centre Sud et Est déclarent avoir intégré les consultations de santé mentale dans les services de médecine. La Région Centre présente un nombre relativement élevé de cas, jusqu'à un tiers du total des cas déclarés en 2012 (34,5%). Il est possible que certains des cas de la Région Centre aient été notifiés par l'Hôpital Albert Schweitzer, dans la mesure où celui-ci–ci dispose d'une infirmière psychiatrique.

Le PNDS a prévu la construction et l'équipement de 9 centres de PEC des toxicomanies. A mi-parcours, aucune des neuf structures n'a vu le jour. Le CNSM demeure la seule structure de prise en charge des toxicomanes. Le nombre de ces patients a été multiplié par 5 en l'espace de 2 ans, passant de 130 cas en 2011 à 689 cas en 2013.

Un acquis récent est l'enquête sur la consommation de substances psychoactives réalisée en mai 2014, sur financement de l'OMS.

5.10.3. Sensibilisation et formation

En matière de sensibilisation, aucune campagne n'a été menée pour la prévention de la toxicomanie et des maladies mentales de 2011 à 2013.

Et pour ce qui est de la formation des personnels, seule la Région Sanitaire Est signale la présence de trois (3) agents formés. Dans le reste des régions, aucune ressource humaine additionnelle n'a été formée en santé mentale depuis 2010.

5.10.4. Réinsertion des malades mentaux

Selon les données disponibles, seulement 9 malades mentaux en 2011 et 2 en 2012 auraient eu besoin d'une réinsertion, contre 0 en 2013. Cet indicateur est manifestement sous-renseigné.

5.10.5. Organisation de la promotion de la santé mentale et de la lutte contre les toxicomanies

Vu l'ampleur croissante de la consommation des substances psychoactives, notamment chez les jeunes, il est plus que jamais nécessaire de prendre des mesures aussi bien préventives que curatives pour préserver l'état de santé mentale des générations présentes et futures, et prévenir les toxicomanies. La prise en charge adéquate des malades mentaux sur l'ensemble du territoire national et plus particulièrement dans les chefs-lieux des Régions Sanitaires est d'autant plus importante qu'elle interagit avec les résultats d'autres programmes de santé (SMI, PLIST). Une synergie multisectorielle est de mise pour une lutte efficace et efficiente.

Les rares actions de sensibilisation mises en œuvre depuis 2010 n'ont pas permis d'améliorer la situation de la santé mentale, ni de prendre en charge de manière équitable la toxicomanie. La plupart des indicateurs de suivi étudiés dans le cadre de la Revue à mi-parcours indiquent une aggravation de la situation initiale. Ainsi, l'augmentation du nombre total de cas pris en charge par le CNSM, du nombre de toxicomanes vus par cette

structure et du taux de mortalité hospitalière des patients internés nécessitent la mise en œuvre urgente de mesures préventives et curatives.

D'après les nouvelles orientations de l'OMS, la construction de nouveaux centres psychiatriques, source de stigmatisation et d'exclusion, doit être abandonnée au profit d'une intégration des services de toxicomanies et de santé mentale dans les structures hospitalières polyvalentes (CHR, CHU), ce qui est de surcroît moins coûteux.

Le tableau 75 ci-dessous récapitule les principales forces, faiblesses, contraintes et opportunités de la promotion de la santé mentale et de la lutte contre les toxicomanies.

Tableau 75 : Forces, faiblesses, contraintes et opportunités de la promotion de la santé mentale et de la lutte contre les toxicomanies

Forces	Faiblesses
• Existence d'un Plan Stratégique National de Santé Mentale validé ; • Renforcement de la capacité du PNSMLTAD en septembre 2013 ; • Existence de quelques ressources humaines motivées dans certaines des Régions Sanitaires ; • Implication des parties prenantes dans la mise en œuvre du Plan Stratégique National de Santé Mentale.	• Ressources humaines insuffisantes ; • Absence de plans opérationnels ; • Absence de construction des structures régionales de PEC de la santé mentale et des toxicomanies ; • Absence de financement par l'Etat des activités de sensibilisation et de formation.
Contraintes	**Opportunités**
• Modification des stratégies du programme mondial en charge de la santé mentale ; • Discrimination à l'encontre des personnes souffrant de maladies mentales.	• Appui de l'OMS à la mise en œuvre de certaines activités ; • Collaboration/implication de deux ONG impliquées dans la lutte contre la toxicomanie (*Agir pour le Gabon* et *Mouvement Populaire pour la Santé au Gabon*) ; • Activités de sensibilisation du Premier Ministre dans le domaine de la lutte contre la toxicomanie chez les Jeunes.

Chapitre 6. Système de Santé

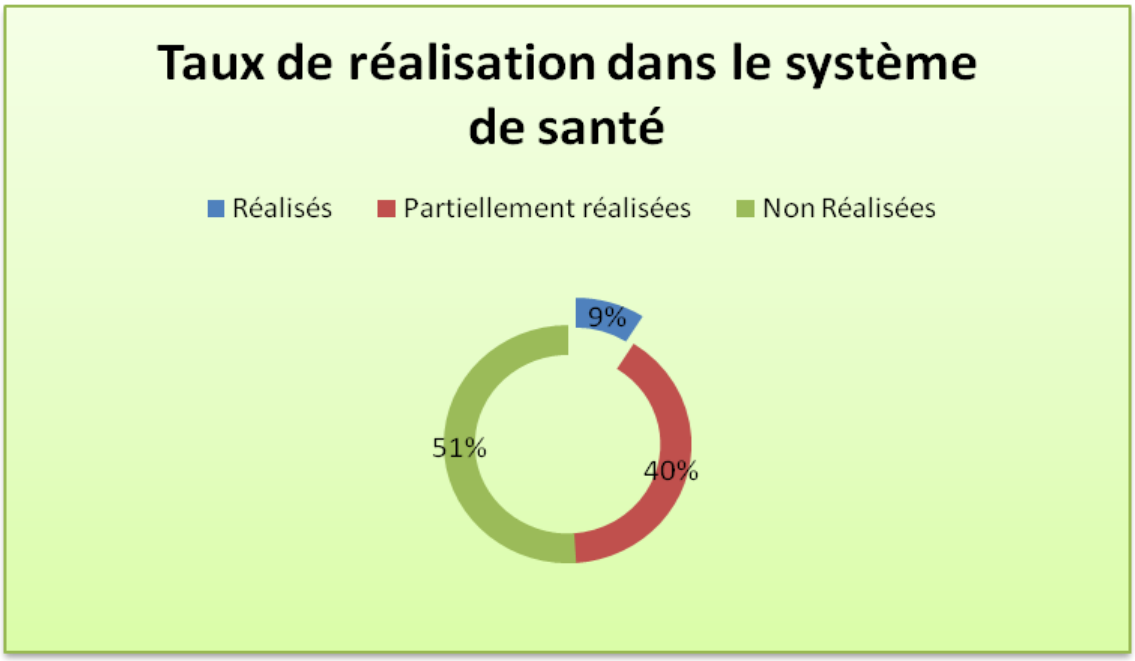
On entend par système de santé l'ensemble des moyens (organisationnels, humains, structurels, matériels et financiers) mis en place pour permettre l'action sanitaire en vue d'atteindre les objectifs d'une politique de santé.

Le volet « système de santé » de la revue à mi-parcours de la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 du Gabon a exploré les sept axes stratégiques suivants :

- l'accessibilité géographique des populations à des soins de qualité ;
- la disponibilité en médicaments et dispositifs essentiels de qualité ;
- les ressources humaines : production, gestion et répartition ;
- le financement : requis, disponible et gaps ;
- le système national d'information sanitaire et la surveillance en santé publique ;
- la gouvernance et le leadership du ministère de la santé ;
- le développement des partenariats.

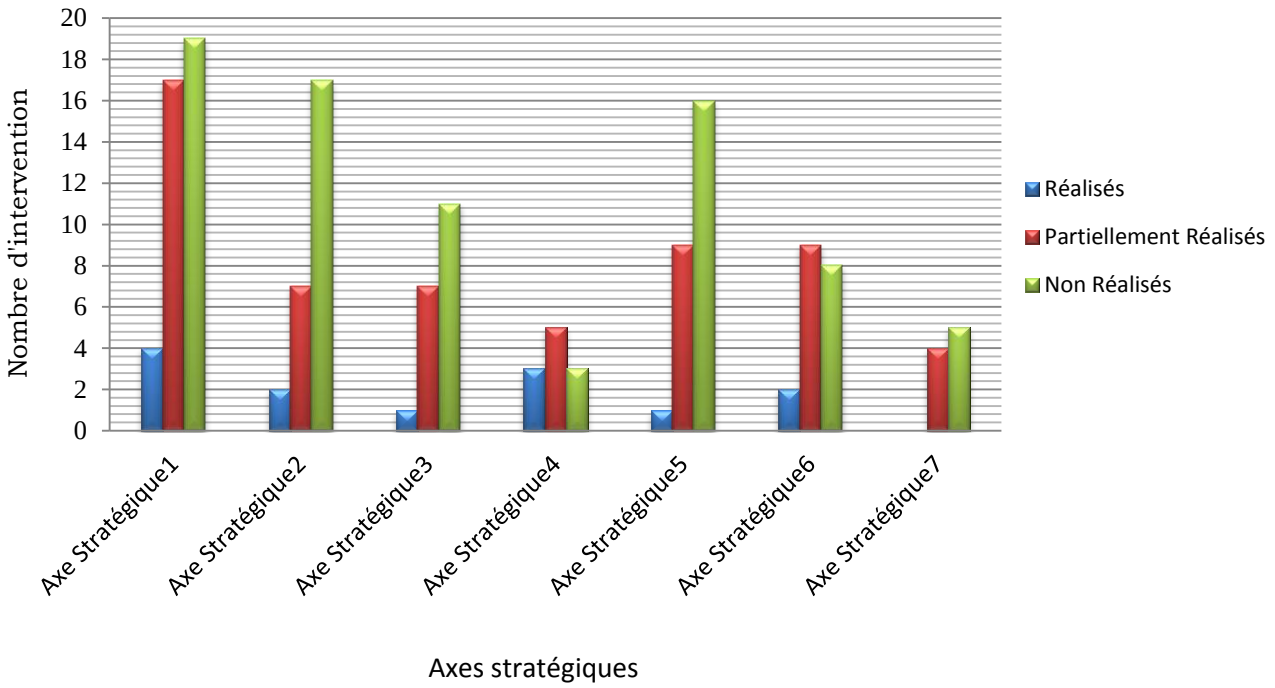
6.1. Taux global de réalisation des interventions programmées

Il est prévu dans ce volet 156 interventions.
Le niveau de mise en œuvre à mi-parcours est le suivant : 9% entièrement réalisées, 40% partiellement réalisées et 51% non réalisées.



Graphique 5 : Taux de réalisation des interventions dans le système de santé

L'analyse des réalisations par axe stratégique donne le même profil de résultats, comme le montre le graphique 6 ci-dessous.



Graphique 6 : Niveau de réalisation par axe stratégique

6.2. Niveau de réalisation dans l'axe stratégique 1 « Assurer l'accessibilité géographique à des soins de qualité aux populations d'ici 2015 »

Pour cet axe stratégique, les résultats sont les suivants :

- nombre d'interventions prévues : 40 ;
- totalement réalisées : 10% ; partiellement réalisées : 42% ; non réalisées : 48% ;
- montant qui aurait dû être investi à mi-parcours FCFA : 264 529 100 000 ;
- budget effectivement disponibilisé par l'Etat FCFA : 52 200 000 000 ;
- contribution des partenaires FCFA : 4 591 698 000 ;
- gap FCFA : - 207 737 402 000.

Les problèmes majeurs identifiés dans cet axe sont :

- l'insuffisance des budgets alloués à la construction et à la réhabilitation des structures sanitaires ;
- la lenteur des procédures administratives et financières de décaissement des fonds ;
- l'absence de budgétisation de certaines interventions prévues dans le PNDS ;
- l'insuffisance de fonctionnalité de la Direction de la réglementation et de la qualité des soins, en charge de la conception/exécution des activités portant sur l'offre et la qualité des soins ;
- l'insuffisance de ressources humaines en quantité et en qualité pour la réalisation des interventions ;
- l'insuffisance des infrastructures et des équipements sur l'ensemble du territoire ;
- l'absence de fonctionnement des équipes cadres des régions et des départements qui devraient être les chevilles ouvrières des interventions du niveau opérationnel.

6.3. Niveau de réalisation dans l'axe stratégique 2 « Rendre disponible les médicaments et dispositifs médicaux essentiels de qualité ainsi que les vaccins, les produits sanguins et les services d'aide au diagnostic d'ici 2015 »

Pour cet axe stratégique, les résultats sont les suivants :

- nombre d'interventions prévues : 26 ;
- totalement réalisées : 7% ; partiellement réalisées : 27% ; non réalisées : 66% ;

- montant qui aurait dû être investi à mi-parcours FCFA : 115 427 946 000 ;
- budget effectivement disponibilisé par l'Etat FCFA : 2 160 000 000 ;
- contribution des partenaires FCFA : ND ;
- gap FCFA : - 113 267 946 000.

Comme interventions planifiées non réalisées compromettant fortement l'atteinte des objectifs liés à l'axe stratégique 2, il y a notamment la construction du laboratoire contrôle qualité du médicament, du centre anti poison, du centre de pharmacovigilance, de l'atelier central de maintenance des équipements biomédicaux, des CRTS, et l'élaboration d'un plan national de maintenance en bâtiment et équipement.

Le texte portant création d'une Centrale d'achat du médicament a certes vu le jour, mais l'absence d'application de celui-ci ainsi que l'absence d'une Agence du médicament continuent à obérer le circuit du médicament et donc sa disponibilité permanente sur l'ensemble du territoire.

La problématique de la gestion des déchets biomédicaux reste entière, tant pour ce qui est du tri règlementaire (absent dans les services producteurs) que de l'élimination sans dommage pour les populations (absence de décharge publique aux normes).

Les problèmes majeurs identifiés dans cet axe sont :
- l'absence de textes juridiques et normatifs ;
- l'insuffisance de financement des interventions ;
- l'insuffisance de ressources humaines en quantité et en qualité pour la réalisation des interventions ;
- les difficultés de gestion et d'organisation des services en charge du médicament et du diagnostic.

6.4. Niveau de réalisation dans l'axe stratégique 3 « Développer les Ressources Humaines en santé d'ici 2015 »

Pour cet axe stratégique, les résultats sont les suivants :
- nombre d'interventions prévues : 17 ;
- totalement réalisées : 6% ; partiellement réalisées : 24% ; non réalisées : 70% ;
- montant qui aurait dû être investi à mi-parcours FCFA : 9 480 000 000;
- budget effectivement disponibilisé par l'Etat FCFA : 13 766 500 000 ;
- contribution des partenaires FCFA : ND ;
- gap FCFA : + 4 286 500 000.

A mi-parcours, le déficit qualitatif et quantitatif en ressources humaines demeure important, surtout dans les spécialités de médecine.
Pour les formations de courte durée (à travers les séminaires et les ateliers), il semble qu'il y ait une sous-estimation des compétences acquises liée au fait que l'information sur ces formations et le nombre d'agents en ayant bénéficié n'est pas maitrisée au niveau de la Direction de la Formation.

La réforme de l'Ecole Nationale d'Action Sanitaire et Sociale (ENASS) a abouti à la création de l'Institut National de Formation d'Action Sanitaire et Sociale (INFASS) par la loi n° 20/2010 du 27 juillet 2010. L'INFASS assure ainsi des formations initiales et continues dans les domaines de l'action sanitaire et sociale.

Toutefois, cette réforme (appuyée par le Canada et le Maroc) n'est pas encore achevée, les organes de l'INFASS prévus dans son texte de création n'étant pas tous mis en place et l'organigramme de l'INFASS restant incomplet. Les filières de formation ne sont pas toutes ouvertes, par manque d'enseignants et de locaux. Par ailleurs, certains curricula de formation ne sont toujours pas élaborés et la formation des enseignants manque de financement. Ce déficit des capacités d'accueil est à l'origine des faibles effectifs lors des recrutements,

d'autant plus que les EPFASS de Franceville, Mouila et Makokou (antennes provinciales de l'INFASS) n'ont toujours pas été construites et équipées.

De même, la construction et l'équipement de l'Institut Supérieur de Formation des Personnels de Santé et des Affaires Sociales, également prévus dans le PNDS 2011-2015, n'ont pas débuté faute de financements disponibles.

A l'Université des Sciences de la Santé (USS), des réformes sont en cours pour revoir les curricula, mais là aussi la formation manque de financement.

Enfin, il convient de rappeler que le Ministère en charge du Budget et celui en charge de la Fonction publique jouent un rôle clé dans le développement des ressources humaines en santé par la régulation qu'ils opèrent en matière de recrutement et de formation des personnels.

Les problèmes majeurs identifiés dans cet axe sont :

- l'absence de logiciel de gestion des ressources humaines à la DGRHMG ;
- l'absence de validation du Plan National de Développement des Ressources Humaines en Santé ;
- l'insuffisance quantitative des structures de formation ;
- la faible capacité d'accueil des structures de formation existantes ;
- l'absence de complétude des curricula de formation dans ces structures.

6.5. Niveau de réalisation dans l'axe stratégique 4 « Développer des mécanismes de financement de la santé et de protection sociale fiables et durables d'ici 2015 »

Pour cet axe stratégique, les résultats sont les suivants :

- nombre d'interventions prévues : 11 ;
- totalement réalisées : 27% ; partiellement réalisées : 46% ; non réalisées : 27% ;
- montant qui aurait dû être investi à mi-parcours FCFA : 160 500 000 ;
- budget effectivement disponibilisé par l'Etat FCFA : 96 300 000 ;
- contribution des partenaires FCFA : ND ;
- gap FCFA : - 64 200 000.

Le financement des interventions de l'axe stratégique 4 figure bien dans le PNDS 2011-2015, mais la répartition habituelle en budget de fonctionnement et budget d'investissement n'est pas reportée, en sorte qu'il n'est pas possible de savoir la part dévolue à l'un et à l'autre. Par ailleurs, dans le budget de l'Etat des trois dernières années, aucune ligne ne prend spécifiquement en compte le financement de ces interventions. Toutefois, le Ministère de la Santé bénéficie d'un budget d'investissement dont certaines lignes rentrent dans des mécanismes de financement de la santé. Ce sont ces lignes qui ont été mises au compte du budget effectivement disponibilisé par l'Etat dans l'axe stratégique 4.

Il convient de souligner le rôle majeur de la CNAMGS dans le financement de la santé au Gabon. En effet, le Gouvernement par la loi n° 0022/PR/2007 du 21 Août 2007 a institué le régime d'assurance maladie obligatoire et de garantie sociale au Gabon. Mis en œuvre depuis 2011 pour les agents publics et les GEF, ensuite pour les étudiants, et étendu depuis 2013 aux salariés du secteur privé et parapublic, ce régime assure une couverture médicale universelle qui prend en charge une grande partie des frais de santé y compris l'achat des médicaments essentiels.

Cependant, la part exacte supportée par la CNAMGS dans le financement de la santé pendant les trois ans de mise en œuvre du PNDS reste à préciser. En effet, il n'a pas été réalisé pour chacune de ces années des comptes nationaux, régionaux et départementaux de santé, seuls outils permettant de connaître les différentes sources de financement et leur poids dans la dépense de santé des ménages.

Enfin, l'absence de mécanisme fiable et pérenne de financement des plans d'actions en santé constitue un handicap majeur pour la réalisation des interventions, d'autant plus qu'il n'existe pas de mécanisme de coordination des divers financements issus des donateurs (la plateforme HHA, qui a cette ambition, n'est pas encore pleinement opérationnelle).

Les problèmes majeurs identifiés dans cet axe sont :

- l'absence de mise à disposition du CDMT à tous les échelons de sa mise en application, car ce document élaboré depuis septembre 2011 n'a toujours pas été validé ;
- l'absence de loi de programmation (contrat programme) des plans d'actions en santé ;
- l'absence de CNS, CRS et CDS annuels (seuls les CNS 2010 et 2011 ont été élaborés, et seulement l'année 2010 a fait l'objet d'une validation) ;
- la mauvaise appréciation des autorités administratives sur l'importance des CNS ;
- la faible part allouée aux soins préventifs et promotionnels dans les budgets (6,42% en 2010 et 7,1% en 2011 selon les CNS) à cause de l'option hospitalo-centriste des investissements.

6.6. Niveau de réalisation dans l'axe stratégique 5 « Mettre en place un système national d'information sanitaire y compris la surveillance en santé publique opérationnel et performant d'ici 2015 »

Pour cet axe stratégique, les résultats sont les suivants :

- nombre d'interventions prévues : 26 ;
- totalement réalisées : 4% ; partiellement réalisées : 35% ; non réalisées : 61% ;
- montant qui aurait dû être investi à mi-parcours FCFA : 3 779 880 000 ;
- budget effectivement disponibilisé par l'Etat FCFA : 1 520 940 000 ;
- contribution des partenaires FCFA : ND ;
- gap FCFA : - 2 258 940 000.

En 2012 et 2013, des lignes budgétaires ont été inscrites dans cet axe pour la surveillance épidémiologique, pour un montant FCFA de 600 000 000, soit 300 000 000/an. Il en a été de même pour le système national d'information sanitaire qui a lui aussi bénéficié des mêmes allocations FCFA, soit 600 000 000 à raison de 300 000 000/an. Mais ces sommes ont été utilisées à d'autres fins, au détriment des interventions prévues.

Certaines des interventions réalisées dans cet axe ont été financées par l'AFD, notamment la formation des personnels des services régionaux d'information sanitaire. Les montants précis de ces financements n'ont pas été disponibilisés.

Au titre des réalisations emblématiques dans cet axe, on peut noter :

- l'élaboration d'un plan d'action du SNIS ;
- la création et l'opérationnalisation du site internet de la COSP ;
- le renforcement des capacités des DRS (équipements informatiques à raison de 3ordinateurs, 1 photocopieur et 1 connexion internet par région sanitaire) ;
- la formation des gestionnaires régionaux de l'information sanitaire à l'utilisation de la base de données « Infosani ».

Les problèmes majeurs identifiés dans cet axe sont :

- l'absence d'archivage des données ;
- l'absence de cadre institutionnel et organisationnel pour le SNIS et toutes ses composantes ;
- l'insuffisance des ressources humaines et matérielles dédiées à la gestion de l'information sanitaire ;
- l'absence de validation des supports actualisés (carte sanitaire, annuaire statistique) ;
- l'inconstance dans la production du Tableau de Bord Général de la Santé (la dernière production remonte à 2005) ;

- les faibles complétudes et promptitudes des rapports d'activités des structures sanitaires ;
- l'absence de connexion Internet dans la majorité des structures à tous les niveaux (central, intermédiaire et périphérique) ;
- la non maîtrise des données sanitaires du secteur privé ;
- la faiblesse du système de surveillance épidémiologique.

6.7. Niveau de réalisation dans l'axe stratégique 6 « Renforcer la gouvernance et le leadership du Ministère de la santé y compris la collaboration inter sectorielle d'ici 2015 »

Pour cet axe stratégique, les résultats sont les suivants :

- nombre d'interventions prévues : 19 ;
- totalement réalisées : 10% ; partiellement réalisées : 47,5% ; non réalisées : 42,5% ;
- montant qui aurait dû être investi à mi-parcours FCFA : 4 517 046 000 ;
- budget effectivement disponibilisé par l'Etat FCFA : 250 000 000 ;
- contribution des partenaires FCFA : ND ;
- gap FCFA : - 4 267 046 000.

Cinq documents de gouvernance organisent l'action sanitaire. Ce sont, dans leur ordre chronologique de conception :

1) la politique nationale de santé ;
2) le code de la santé ;
3) les normes du secteur de la santé ;
4) le plan national de développement sanitaire ;
5) la carte sanitaire.

La préoccupation première de tout responsable nommé à la tête du département de la santé doit être de s'assurer que ces documents existent. Dans le cas contraire, leur élaboration et leur validation doivent être une priorité.

En effet, la politique nationale de santé donne les grandes orientations sur la vision politique et philosophique voulue par l'autorité pour définir et organiser les rapports entre l'autorité sanitaire et la population d'une part, et le personnel soignant et les malades d'autre part.

Le code de la santé pose les fondements juridiques de l'action sanitaire.

Les normes donnent les standards ou exigences nationales et internationales en matière d'organisation, d'activités, de ressources, de constructions et d'environnement des institutions ou structures sanitaires.

Le plan national de développement sanitaire indique, sur une période déterminée, les actions à réaliser pour mettre en œuvre la politique nationale de santé en tenant compte des exigences juridiques (contenues dans le code de la santé) et normatives (indiquées dans les normes du secteur de la santé).

La carte sanitaire enfin permet d'avoir une bonne visibilité sur ce qui a été réalisé et ce qui reste à faire en termes d'acquisition et de gestion des ressources en santé (personnels, infrastructures et équipements).

En dehors du Code de la Santé, le Ministère de la Santé dispose de tous les documents de gouvernance. Toutefois, l'absence de plan de travail annuel et financé ne permet pas d'appliquer puis évaluer la stratégie de gouvernance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La coordination et le suivi-évaluation des activités restent faibles. Le cadre institutionnel du Ministère de la Santé présente des lacunes qui obèrent son leadership sur l'action sanitaire nationale. Il en résulte que les actions synergiques et intégrées entre les différents secteurs de la santé (public civil et militaire, parapublic et privé) sont le plus souvent occasionnelles.

Le reste du temps, chaque secteur évolue pour son propre compte sans se soucier des liens de complémentarité édictés par les normes de la santé. Enfin, le cadre normatif et règlementaire de l'offre de soins est à renforcer, de même que le suivi et l'évaluation des performances du secteur de la santé.

Les problèmes majeurs identifiés dans cet axe sont :

- le non-respect du chronogramme d'élaboration des textes normatifs et règlementaires ;
- l'absence d'initiation des textes d'application par les services concernés ;
- le retard dans la mise en place du budget, empêchant la mise en œuvre des activités ;
- le retard de mise en œuvre de la réforme hospitalière ;
- la non-validation du texte créant l'Observatoire National de Santé Publique ;
- l'absence de publication d'un document officiel des nomenclatures et des tarifs des actes en santé ;
- la non maîtrise par le Ministère de la Santé des activités de soins et des données sanitaires du secteur privé, incluant la médecine traditionnelle.

6.8. Niveau de réalisation dans l'axe stratégique 7 « Développement des partenariats (communautés, développement intersectoriel, autres secteurs sanitaires, partenaires au développement) d'ici 2015 »

Pour cet axe stratégique, les résultats sont les suivants :

- nombre d'interventions prévues : 9 ;
- totalement réalisées : 0% ; partiellement réalisées : 44,45% ; non réalisées : 55,55% ;
- montant qui aurait dû être investi à mi-parcours FCFA : 940 800 000 ;
- budget effectivement disponibilisé par l'Etat FCFA : 0 ;
- contribution des partenaires FCFA : ND ;
- gap FCFA : - 940 800 000.

Pour une mise en œuvre réussie du PNDS, la mobilisation et l'implication de tous les acteurs contribuant à l'état de santé des populations sont d'une importance majeure. C'est pourquoi plusieurs activités concernant le développement des partenariats ont été retenues.

Des arrêtés ont été pris (l'arrêté n° 000581/MSASSF/CAB du 26 octobre 2010 portant création, attributions, organisation et fonctionnement des Equipes Cadres de Santé des Régions et Départements sanitaires, et l'arrêté n° 00097 portant création des Comités de Santé régionaux et départementaux) pour mettre en place des organes ayant pour mission de mobiliser les communautés en faveur de l'action sanitaire dans la région et le département. L'existence du service national d'éducation sanitaire et de promotion de la santé (SNESPS), d'un document de stratégie nationale de promotion de la santé (quoique pas encore validé) et de quelques ONG œuvrant dans le domaine de la santé constitue également un atout pour la mobilisation sociale et la création de partenariats.

Cependant, il apparaît que l'appropriation et la participation communautaires dans le secteur de la santé restent embryonnaires. Il reste beaucoup à faire pour encourager et promouvoir la participation communautaire au développement sanitaire, apporter un appui technique approprié aux prestataires de services de santé communautaires à travers la formation, la supervision et l'apport des outils et fournitures, encourager l'interaction entre les communautés et les services de santé pour une offre de soins adaptée aux besoins locaux, et mettre en place des mécanismes formalisés de collaboration avec les organisations communautaires.

Concernant le partenariat du ministère de la santé avec les ONGs et associations œuvrant dans le domaine de la santé, une difficulté majeure est l'inexistence d'une cartographie fonctionnelle d'identification de ces structures, et le manque de visibilité sur le poids de leur contribution dans l'atteinte des objectifs du PNDS.

Au niveau international, c'est le Plan Cadre des Nations Unies pour l'aide au développement du Gabon (UNDAF) qui constitue la plateforme partenariale référentielle des agences de l'ONU au Gabon. Des partenariats sont aussi noués de façon bilatérale avec la France, le Maroc, Cuba, l'Afrique du Sud, etc.

Des initiatives visant à l'harmonisation et à la complémentarité dans l'action sanitaire et sociale sont actuellement développées, notamment par le processus de renforcement du partenariat civil-militaire, public-parapublic, et de contractualisation public-privé (PPP). Ce processus s'étend aux organisations communautaires et aux partenaires techniques et financiers.

Toutefois, et de façon globale, le ministère de la santé n'exploite pas suffisamment toutes les possibilités offertes en matière de partenariat, tant au plan national qu'international. D'une part, le pays ne dispose pas pour l'instant d'un document national de politique formelle en matière de partenariat, et d'autre part le cadre institutionnel, règlementaire et organisationnel du secteur de la santé doit d'abord être renforcé pour mieux asseoir les partenariats existants, puis susciter et promouvoir de nouveaux partenariats favorables au développement sanitaire.

Les problèmes majeurs identifiés dans cet axe sont :

- le peu de développement de la santé communautaire ;
- l'absence d'un service opérationnel de coordination des ONGs ;
- les difficultés de fonctionnement des Equipes Cadres de Santé et des Comités de Santé régionaux et départementaux par manque de moyens humains, matériels et financiers ;
- le peu d'optimisation des partenariats en raison de la faiblesse du cadre institutionnel, règlementaire et organisationnel du secteur de la santé.

Chapitre 7. Etat de mise en œuvre du budget d'investissement du PNDS 2011-2015

Le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 a été adopté en mai 2011 par le Conseil des Ministres. Son coût financier était évalué à 497 milliards de francs CFA, soit 313 milliards en investissement et 184 milliards en fonctionnement (coût annuel moyen de l'ordre 99,5 milliards de francs CFA, soit 62,7 milliards en investissement et 36,8 milliards pour le fonctionnement).

À mi-parcours, le budget d'investissement, essentiellement consacré au renforcement du système de santé, est estimé à 188 milliards de francs CFA.

L'état de mise en œuvre du budget d'investissement du PNDS 2011-2015 présenté ici découle de l'examen des comptes administratifs 2011 et 2012, du rapport des comptes nationaux de la santé 2010 et 2011, de la loi de finances rectificative 2013, des rapports d'activités de la Direction Générale de la Planification, et des entretiens avec divers responsables concernés.

Au titre des interventions

Sur le total des 51 interventions attendues, 5 (10%) sont totalement réalisées, 18 (35%) en cours de réalisation et 28 (55%) non réalisées.

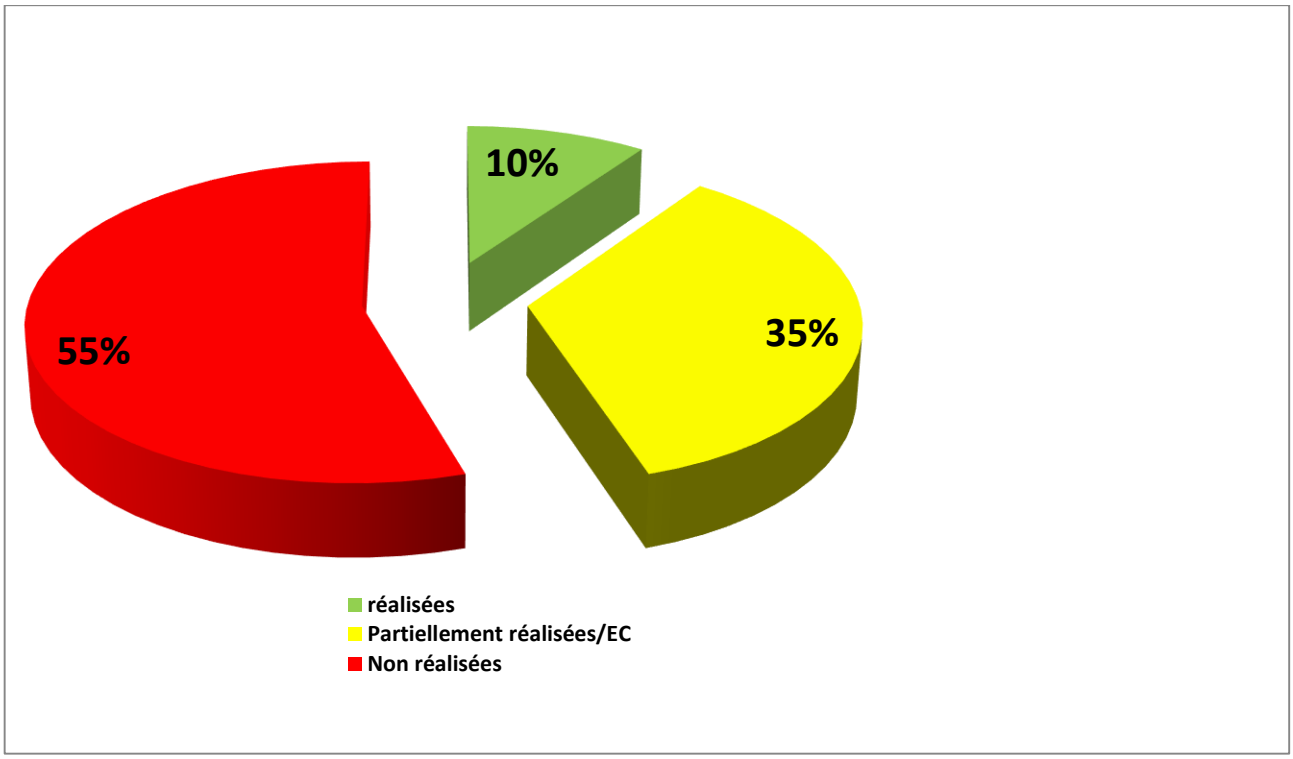


Figure 3 : Etat des réalisations

Au titre des dépenses d'investissements

Sur le total de 188,026 milliards de FCFA prévus avoir été dépensés à mi-parcours, seulement 129,228 milliards l'ont été, soit un gap de 58,798 milliards. L'analyse des dépenses d'investissements et des taux d'exécution du budget par axe stratégique montre de grandes disparités traduisant une option hospitalo-centriste de la dépense (volet curatif et structures sanitaires du niveau tertiaire privilégiés tels les CHU, au détriment de la

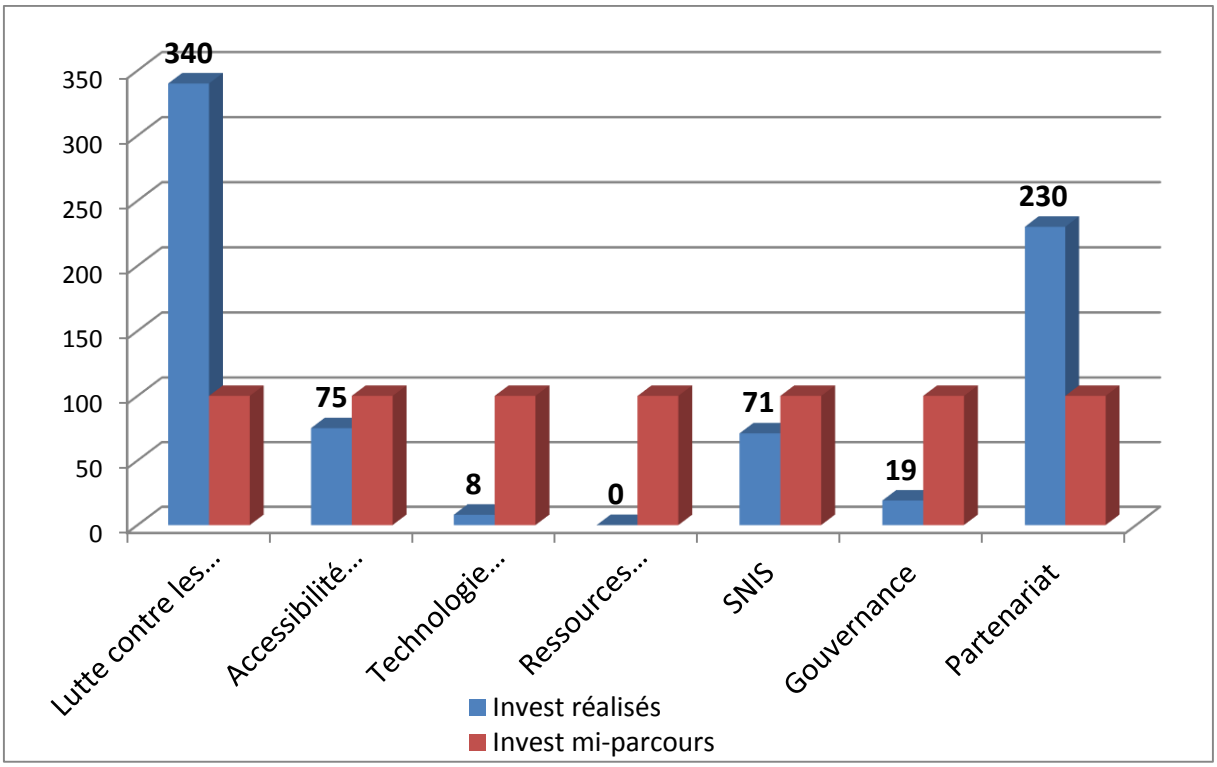
prévention et des formations sanitaires du niveau primaire). Les tableaux et graphiques ci-dessous illustrent cette situation.

Tableau 76 : Dépenses d'investissement

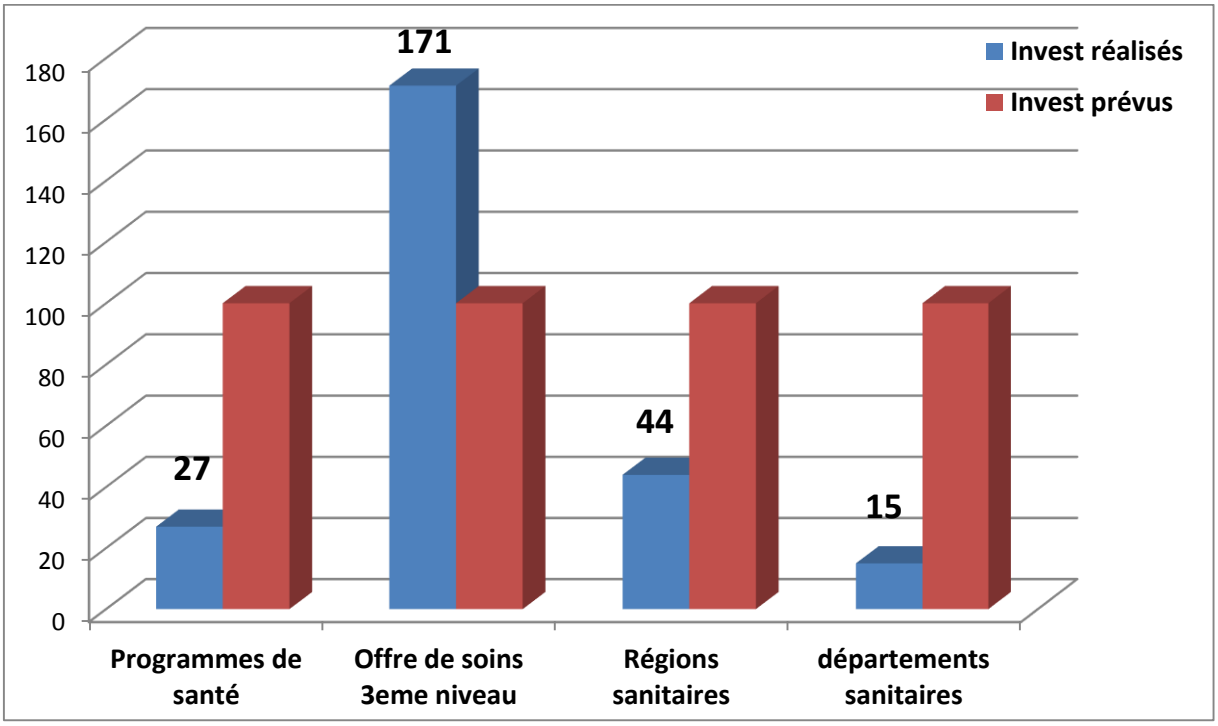
Plan National de Développement Sanitaire	Dépenses 2011 (en milliards)	Dépenses 2012 (en milliards)	Dépenses 2013 (en milliards)	TOTAL dépenses réalisés	Budget prévu à mi- parcours	ECART
Améliorer l'état de santé des populations notamment des plus démunies	18, 454	52, 698	57, 933	129, 228	188, 026	- 58, 798

Tableau 77 : Dépenses d'investissements par axe stratégique

Plan National de Développement Sanitaire	Budget d'investissement à mi- parcours	TOTAL dépenses d'investissement	Taux de mise en œuvre (%)	Ecart
Améliorer l'état de santé des populations notamment des plus démunies	188 026 095 000	129 228 008 927	67%	- 61 998 086 073
Réduire d'au moins 25% la mortalité et la morbidité liées au maladies non transmissibles	1 380 000 000	4 692 060 000	340%	+ 3 312 060 000
Assurer l'accessibilité géographique à des soins de qualité aux populations	158 717 460 000	119 758 709 776	75%	- 38 958 750 224
Rendre disponible les médicaments et dispositifs médicaux essentiels de qualité	9 254 055 000	696 590 000	8%	- 8 557 465 000
Développer les Ressources Humaines en santé	9 840 000 000	0	0%	- 9 840 000 000
Mettre en place un système national d'information sanitaire	1 520 940 000	1 072 493 602	71%	- 448 446 398
Renforcer la gouvernance du système de santé et le leadership	7 313 640 000	1 419 685 000	19%	- 5 893 955 000
Développement du partenariat	0	239 999 999	100%	+ 239 999 999



Graphique 7 : Taux d'exécution du budget d'investissement par axe stratégique



Graphique 8 : Taux d'exécution sur l'axe stratégique accessibilité géographique aux soins

Au titre des infrastructures réalisées

Concernant le niveau central, aucun des 860 bureaux prévus abriter les services du Ministère de la Santé n'a été construit, et seulement 30 des bureaux existants ont été réhabilités.

Concernant les Hôpitaux nationaux, seul le CHU d'Angondjé abritant l'institut de cancérologie est achevé. Le CHU de Libreville, d'Owendo et l'Hôpital mère-enfant Jeanne Ebori sont en cours de réalisation. Le Centre de gériatrie/gérontologie et le village psychiatrique n'ont pas vu le jour.

Concernant les Régions sanitaires, il est prévu la construction de 10 Directions Régionales de Santé, 2 Pharmacies régionales, 10 Bases d'Epidémiologie et de Lutte contre les Endémies, 9 Centres de santé mentale, 8 Centres Régionaux de Transfusion Sanguine, 9 Inspections régionale de santé, 9 centres de maintenance et 2 Ecoles provinciales de santé ; aucune de ces structures n'est réalisée ou en cours de réalisation. 2 Centres Hospitaliers Régionaux sont en cours de réalisation, et un (1) SMI régional sur les 12 prévus a été construit (via le projet AFD). Sur 5 Centres Hospitaliers Régionaux à réhabiliter, 3 l'ont été.

Concernant les Départements Sanitaires, 6 Centres de Santé ont été réalisés sur 10 prévus, et 2 dispensaires sur 84 prévus. 5 Centres médicaux sur 11 prévus sont en cours de réalisation. Sur 18 Centres Médicaux, 20 Centres de Santé et 246 Dispensaires à réhabiliter, 3 Centres Médicaux l'ont été ainsi que 5 Centres de Santé (via le projet AFD). Aucun dispensaire n'a été réhabilité.

Les deux tableaux ci-après donnent le détail de ces réalisations.

Tableau 78 : Infrastructures du PNDS réalisées

Pyramide sanitaire	Infrastructures prévues dans le PNDS	Réalisées ou en cours	Infrastructures réhabiliter	Infrastructures réhabilitées
Niveau central	860 bureaux (construction du MSP) 1 agence du médicament 1 laboratoire contrôle qualité 1 centre anti poison 1 Centre de pharmacovigilance 1 Centrale d'achat du médicament 1 Institut d'hygiène publique 1 Laboratoire national 1 Construction de l'INFASS 1 Atelier central de maintenance 1 Inspection générale de la santé	0 0 0 0 0 0 1 en cours 0 0 0 0		30 bureaux
Hôpitaux nationaux	1 Centre hospitalier de Libreville 1 CHU Angondjé/ cancérologie 1 CHU d'Owendo 1 Hôpital mère enfant Jeanne Ebori 1 Centre de gériatrie/gérontologie 1 village psychiatrique	1 en cours 1 1 en cours 1 en cours 0 0	1 Hôpital de Nkembo	1

Tableau 79 : Infrastructures du PNDS réalisées

Pyramide sanitaire	Infrastructures prévues dans le PNDS	Réalisées ou en cours	A réhabiliter	Infrastructures réhabilitées
Régions sanitaires	10 Directions régionales de santé 2 Centres hospitaliers régionaux 12 SMI régionaux 2 Pharmacies régionales 10 BELE 9 Centres de santé mentale 8 CRTS 9 Inspections régionale de santé 9 centres de maintenance 2 Ecoles provinciale de santé	0 2 en cours 1 SMI (AFD) 2 0 0 0 0 0 0	5 Centres hospitaliers régionaux	3 (Melen, Amissa, Rawiri)
Départements sanitaires	11 Centres médicaux 10 Centres de santé 84 dispensaires	5 en cours 6 2	18 CM 20 CS 246 Dispensaires	3 5 SMI (AFD) 0

Au titre des équipements

Aucun des 1058 ordinateurs, 605 imprimantes, 15 photocopieurs et 15 vidéo projecteurs prévus n'a été livré. Sur 118 voitures de services, 159 voitures de supervision et 10 ambulances attendues, 35 voitures de services, 17 voitures de supervision et 22 ambulances ont été livrées. Le tableau ci-dessous montre la situation des équipements.

Tableau 80 : Equipements du PNDS

	Equipements prévus dans le PNDS	Equipements livrés
Equipements informatiques	1058 ordinateurs 605 imprimantes 15 photocopieurs 15 vidéo projecteurs	0 0 0 0
Equipements roulants	118 voitures de services 159 voitures de supervision 10 ambulances	35 17 22

Au total, l'analyse de l'état de mise en œuvre du budget d'investissement du PNDS 2011-2015 donne les enseignements principaux suivants :

- l'option de dépense est fortement hospitalo-centriste, avec une orientation préférentielle des investissements vers les infrastructures du troisième niveau de la pyramide sanitaire ;
- la majorité des infrastructures sont en cours de construction ou en arrêt des travaux ;
- aucun centre médical ou centre de santé construit n'a été livré ;
- c'est l'appui du projet AFD qui a permis certaines réalisations (1 SMI régional construit et 5 centres de santé/SMI réhabilités y compris la dotation d'ambulance) ;
- le suivi des investissements dans la durée est affaibli par les coupes budgétaires intempestives ;
- l'exécution des projets inscrits dans la loi de finances est faible ;
- les équipements roulants sont très insuffisants, notamment au niveau opérationnel.

En conclusion, on peut retenir de la mise en œuvre du budget d'investissement du PNDS 2011-2015 les points clés suivants :

- le taux de mise en œuvre du budget d'investissement du PNDS se situe à 67% par rapport à l'échéance 2013 et à 41% par rapport au budget d'investissement total ;
- 75% (96 milliards FCFA) du budget d'investissement réalisé concerne l'offre de soins de 3ème niveau ;
- la prévention et les départements sanitaires ont reçu très peu de financement ;
- le médicament et les ressources humaines ont été négligés ;
- le volet supervision a été très peu pris en compte ;
- le financement affecté au suivi-évaluation n'a pas été utilisé à cette fin majeure ;
- il est urgent de réorienter les investissements vers les soins de santé primaires et l'opérationnalisation des départements sanitaires.

Troisième partie :
Recommandations

Chapitre 1. Concernant la qualité du PNDS

Sur l'analyse de la situation et la programmation

1. Disposer de données actualisées et désagrégées pour une bonne analyse de la situation ;
2. Mettre l'équité et la prise en compte des groupes vulnérables au centre des préoccupations du Plan National de Développement Sanitaire, de même que les obstacles financiers et la lutte contre l'appauvrissement des personnes du fait de leur santé ;
3. Tenir compte du rapport coût/efficacité des interventions pour s'assurer de l'efficience du PNDS.

Sur le processus d'élaboration

1. Mettre en place les organes de gestion et de mise en œuvre du PNDS (cellule de coordination et comité de suivi) avec l'ensemble des parties prenantes ;
2. Définir un mécanisme de financement du PNDS ;
3. Diffuser le PNDS auprès de tous les acteurs de mise en œuvre.

Sur le coût et le cadre de financement de la stratégie

1. Organiser une table ronde des bailleurs de fonds du PNDS pour la durée de mise en œuvre restante ;
2. Mettre en place un mécanisme et un plan de priorisation des interventions du PNDS en cas de déficit de financement ;
3. Renforcer le volet financement du PNDS avec plus de documentation sur les estimations de coûts.

Sur la mise en œuvre et les dispositions de gestion

1. Elaborer les plans opérationnels du PNDS à tous les niveaux requis du Ministère de la Santé ;
2. Mettre en place/rendre opérationnels les organes de gouvernance décrits dans le PNDS ;
3. Prendre des dispositions réglementaires pour garantir une redevabilité et une transparence dans la gestion des ressources du PNDS ;
4. Mettre en place un plan de redéploiement des ressources du PNDS à tous les niveaux requis, notamment au niveau régional et départemental.

Sur le mécanisme de suivi et d'évaluation

1. Mettre en place tous les organes de suivi-évaluation prévue dans le PNDS et les rendre fonctionnels ;
2. Diffuser les outils harmonisés de collecte des données ;
3. Elaborer un plan de suivi-évaluation complet et budgétisé ;
4. Réaliser les évaluations nationales, régionales et départementales restantes prévues dans le PNDS et diffuser les résultats ;
5. Organiser en 2014 et en 2015 un dialogue politique autour des défis de la mise en œuvre du PNDS et des actions correctrices nécessaires.

Chapitre 2. Concernant la santé de la mère et de l'enfant

Sur la lutte contre la mortalité maternelle

1. Développer une stratégie des audits des décès maternels adaptée au contexte gabonais et la rendre effective dans toutes les régions et départements sanitaires ;
2. Mettre en place et rendre fonctionnel dans les régions et départements sanitaires, les comités d'audit qu'il faudrait renforcer à travers le suivi et des supervisions régulières ;
3. Renforcer les compétences du personnel en audit des décès et développer des stratégies pour les motiver et les mettre en confiance ;
4. Développer et mettre en œuvre un plan à l'adresse du troisième retard ;
5. Promouvoir les SONUB et la mise en réseau des formations sanitaires pour la prise en charge efficace des problèmes de santé qui constituent les causes directes ou indirectes des décès maternels chez les FAP ;
6. Renforcer et rendre opérationnel le système de collecte et d'obligation du rendu de compte des données en santé maternelle et infantile au Gabon.

Sur la planification familiale

A l'endroit des femmes en union, qui ont le taux d'utilisation PF le plus faible :

1. Promouvoir la sensibilisation de proximité, à travers les causeries débats dans les services de SMI (en consultations pré et postnatals) et en stratégie avancée (dans les communautés) ;
2. Impliquer activement la société civile et le privé comme partenaires d'intervention à part entière ;
3. Initier des actions spécifiques à l'endroit des hommes ;

A l'endroit des jeunes de 15 à 24 ans, pour renforcer les acquis du PNDS

4. Renforcer l'IEC et la CCC sur la sexualité responsable, la PF et la prévention des avortements dans les écoles, lycées, collèges, universités et grandes écoles, vu le niveau élevé du taux de scolarisation des jeunes au Gabon ;
5. Renforcer l'éducation par la méthode des paires ;
6. Impliquer activement la société civile et le privé comme partenaires d'intervention à part entière ;

A l'endroit des femmes hors union, pour renforcer les acquis du PNDS

7. Renforcer l'IEC et la CCC sur la sexualité responsable, la PF et la prévention des avortements dans les Églises, les Mosquées et les formations sanitaires.

Sur la consultation prénatale

1. instaurer et prendre en charge de façon formelle la formation continue des prestataires de SSR ;
2. Standardiser et renforcer la qualité de la formation des prestataires, en multipliant et en diffusant auprès des utilisateurs, le module révisé sur la thématique ;
3. Intégrer l'eTME et la PF dans l'offre des services CPNR et CPONR ;
4. Intensifier l'enrôlement des FAP à la CNAMGS, surtout celles qui sont économiquement faibles ;
5. Assurer la continuité des services de CPNR par la réhabilitation ou la construction des laboratoires dans les SMI ;
6. Mener des campagnes de sensibilisation des communautés sur les bénéfices des CPNR et l'importance de leur démarrage dès le premier trimestre de la grossesse.

Sur l'accouchement assisté par un personnel qualifié

1. Encourager et motiver la profession de sage-femme et leur maintien dans l'exercice de la profession à travers l'élaboration d'un plan de carrière les concernant ;
2. Renforcer la formation initiale et la formation continue des sages-femmes et des infirmiers accoucheurs ;
3. Décentraliser les maternités pour les rendre plus proches des bénéficiaires ;
4. Multiplier et diffuser les normes en SSR auprès des prestataires en clarifiant auprès des responsables des formations sanitaires la notion de personnel qualifié et celle de personnel formé à faire l'accouchement ;
5. Donner aux matrones le niveau de qualification requis et les citer dans les documents normatifs du pays comme personnel qualifié à faire l'accouchement (à l'instar d'autres pays de la sous-région), puisqu'elles pratiquent déjà l'accouchement et constituent de fait une alternative au déficit quantitatif de sages-femmes en zone rurale.

Sur la PEC des complications de l'accouchement aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né selon les protocoles nationaux

1. Actualiser le protocole spécifique élaboré par le Ministère de la Santé et ses PTF en 2008 en le conformant aux normes et procédures en SSR et le valider en atelier national ;
2. Rendre disponible auprès des utilisateurs le protocole validé ;
3. Suivre et évaluer l'utilisation du protocole par les prestataires ;
4. Inclure dans les supports de collecte des points de prestations de service (SMI et maternités) cet indicateur pour mieux le renseigner de manière routinière.

Sur la prévention du paludisme chez la femme enceinte

1. Renforcer le budget de l'Etat lié à la thématique ;
2. Développer une bonne politique d'achat, de distribution et de gestions des stocks de SP, et la rendre disponible dans tous les points de prestation de service ;
3. Renforcer la sensibilisation des FAP et des femmes enceintes sur l'importance du TPI.

Sur l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH

1. Définir et clarifier les relations fonctionnelles entre la DGPS, le PLIST et la DNSMI pour une meilleure intégration des interventions et une optimisation des ressources disponibles, dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie PTME et des CPN recentrées ;
2. Promouvoir et rendre effective l'intégration des prestations de SMI/SR/PTME au niveau des structures de PEC de la mère et de l'enfant (CPN, conseil, dépistage du VIH, traitement prophylactique ou curatif aux ARV, accompagnement/soutien) ;
3. Etendre le droit de prescription des ARV aux prestataires des structures privées et des maternités rurales, pour une meilleure adhésion des femmes enceintes séropositives ;
4. Financer la mise en œuvre du Plan national d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (2013-2015) ;
5. Développer des mécanismes de recherche des perdues de vue et de mobilisation sociale au niveau communautaire, ainsi que des programmes attrayants dans les CS pour stimuler l'utilisation continue des services de PTME par la cible.

Sur la lutte contre la mortalité infantile

1. Evaluer les programmes PCIME exécutés au Gabon, et concevoir le nouveau en se basant sur les acquis des premiers ;
2. Bien définir l'ancrage institutionnel du nouveau programme PCIME, ainsi que le mécanisme de suivi-évaluation ;
3. Elaborer et mener le plaidoyer pour une bonne politique de la PCIME et la recherche de financements idoines.

Sur la couverture vaccinale

1. Garantir la disponibilité nationale, régionale et départementale des vaccins du PEV de routine, notamment en évitant les ruptures de stocks et en assurant le suivi de la distribution des vaccins dans les bases ;
2. Veiller à la disponibilité et à l'intégrité du matériel constitutif de la chaîne de froid dans les centres vaccinateurs régionaux et départementaux, et pour cela : élaborer un outil d'évaluation de la gestion efficace des vaccins, conduire l'inventaire périodique de la chaîne de froid, renouveler le matériel roulant du PEV et installer le logiciel de gestion des vaccins dans les régions sanitaires ;
3. Veiller à la formation continue du personnel de santé des régions et des départements sanitaires en matière de PEV, et pour cela **:** effectuer de manière régulière des missions de supervisions formatives, affecter une ligne budgétaire à ce volet, intégrer le cours sur la gestion du PEV dans les curricula de formation initiale des professions médicales et paramédicales ;
4. Mettre en place le volet communication du PEV, et pour cela : doter le PEV central d'une cellule de communication, affecter une ligne budgétaire à ce volet, élaborer un plan de communication pour le PEV et renforcer les connaissances du personnel en matière de communication ;
5. Renforcer les effectifs du PEV.

Sur la promotion de l'AME jusqu'à 6 mois

1. Intensifier les actions d'IEC sur l'intérêt de l'allaitement maternel auprès des agents de santé et de la population sur tout le territoire national, et pour cela mettre à contribution le CNN et les agents communautaires formés en alimentation infantile ;
2. Vulgariser le code de commercialisation des substituts du lait maternel et veiller à son respect par les firmes et les structures sanitaires ;
3. Redynamiser les activités de l'IHAB (Initiative Hôpitaux Ami des Bébés) ;
4. Relancer la formation des puéricultrices à l'INFASS, le plus rapidement possible ;
5. Doter le CNN des ressources humaines et financières appropriées pour mener ses activités ;
6. Assoir le leadership du Ministère de la Santé sur les publicités en matière d'alimentation du nouveau-né et de l'enfant en général ;
7. Reconduire les interventions planifiées dans le PNDS 2011-2015 pour promouvoir l'AME (mais non réalisées) dans le prochain PNDS.

Sur la prise en charge adéquate des cas de malnutrition chez les enfants

1. Elaborer et diffuser les documents nationaux de référence sur la prise en charge adéquate des cas de malnutrition chez les enfants ;
2. Mettre en place une politique de santé communautaire ;
3. Prendre en compte et financer la Stratégie Nationale de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) ;
4. Intégrer la prise en charge adéquate des cas de malnutrition, dans ses aspects préventif et curatif, dans les activités des formations sanitaires des régions et des départements sanitaires ;

5. Former/recycler les personnels de santé sur la prise en charge adéquate des cas de malnutrition ;
6. Former les relais communautaires sur le dépistage des malnutritions et le conseil nutritionnel ;
7. Doter les formations sanitaires des départements et des régions sanitaires des outils de démonstration nutritionnelle ;
8. Intégrer la formation des spécialistes en nutrition à l'INFASS et/ou à la Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé.

Sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

1. Mobiliser les ressources financières pour la mise en œuvre des activités de la PCIME prévues dans le PNDS ;
2. Intégrer la stratégie de la PCIME dans les curricula de formation des personnels de santé (médecins, sages-femmes, infirmiers) à la FMSS et à l'INFASS ;
3. Développer un partenariat formel avec les institutions privées de formation aux métiers de la santé pour l'intégration de la stratégie de la PCIME dans les curricula ;
4. Elaborer et mettre en œuvre la stratégie de santé communautaire.

Chapitre 3. Concernant la lutte contre la maladie

Sur la lutte contre le sida

Au Gouvernement

1. Financer la mise en œuvre du Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/Sida 2013-2017 ;
2. Accélérer la finalisation de la construction/réhabilitation et la mise aux normes des banques du sang dans toutes les Régions Sanitaires ;
3. Financer l'équipement des services en matériel de soins sécurisés ;
4. Finaliser et diffuser les résultats du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH 2013) ;

Au Ministère de la Santé

1. Renforcer la collaboration entre le PLIST, le PNLT et les services de prise en charge des co-infections TB/VIH ;
2. Elaborer, imprimer et diffuser les directives de gestion des objets coupants, piquants ou tranchants (OCPT) ;
3. Elaborer, imprimer et afficher dans les toutes les formations sanitaires un support d'information précisant la conduite à tenir en cas d'Accident d'Exposition au Sang (AES) ;
4. Assurer le traitement et le suivi des agents victimes d'AES.

Aux partenaires

Fournir un appui technique et financier coordonné.

Sur la lutte contre le paludisme

Au Gouvernement

1. Assurer le financement des activités de promotion de la santé ;
2. Augmenter les budgets alloués à l'achat des médicaments et des MIILDE ;
3. Baisser les droits de taxes douanières sur les MIILDE (par ex : les assimiler à des médicaments).

Au Ministère de la santé

1. Rendre disponible les ACT dans les FOSA ;
2. Assurer l'achat des doses de SP données gratuitement aux femmes enceintes ;
3. Assurer l'achat des MIILDE ;
4. Améliorer le circuit d'approvisionnement de MIILDE et de SP ;
5. Mettre en place une réelle politique de santé communautaire ;
6. Développer les initiatives de lutte contre le paludisme à base communautaire ;
7. Intensifier la collaboration du secteur public – privé de la santé
8. Former et recycler le personnel de santé sur la gestion des stocks de médicaments ;
9. Former le personnel de santé sur le respect de stocks de sécurité des médicaments et consommables ;
10. Renforcer les capacités du personnel de santé sur l'accueil du malade ;
11. Former le personnel de santé sur l'importance de la notification des données sanitaires ;
12. Former le personnel de santé sur l'importance de complétude et la promptitude dans l'envoi des rapports d'activité.

Au Programme National de Lutte contre le Paludisme

1. Réviser et diffuser des Directives Opérationnelles, en prenant en compte la modification des cibles ;
2. Organiser les formations, recyclages et supervisions sur le respect des nouvelles directives de PEC du paludisme ;
3. Former et recycler les personnels de laboratoire sur l'utilisation de TDR ;
4. Former des relais communautaires à la PECADOM ;

5. Former le personnel de santé aux techniques de CCCD ;
6. Recommander l'installation des MIILDE dans les maternités et pédiatries dans les FOSA ;
7. Intensifier les sensibilisations et causeries en langues vernaculaires sur l'assainissement du milieu ;
8. Intensifier la lutte anti vectorielle par les séances de PID organisés et suivies en collaboration avec l'IHPA (LAVI) ;
9. Renforcer la surveillance épidémiologique et entomologique, et le suivi de l'efficacité des antipaludiques ;
10. Réviser le carnet de consultation prénatale en intégrant une rubrique pour le TPI.

Aux personnels de santé

Relayer dans les FOSA les activités de sensibilisation de la lutte contre le paludisme.

Aux partenaires

Appuyer le Ministère de la santé dans la mise en œuvre du nouveau Plan Stratégique National de lutte contre le paludisme.

Sur la lutte contre la tuberculose

Au Gouvernement

1. Financer le nouveau Plan Stratégique de Lutte contre la Tuberculose ;
2. Augmenter le budget alloué à l'achat des médicaments antituberculeux ;
3. Garantir la disponibilité et la gratuité des médicaments spécifiques pour la TB-MR ;
4. Rendre opérationnels tous les Centres de Diagnostic et de Traitement (CDT) ;

Au Ministère de la Santé

1. Renforcer la collaboration PLIST/PNLT pour la prise en charge des co-infections TB/VIH ;
2. Elaborer des plans opérationnels intégrés pour le dépistage et la PEC des co-infections TB/VIH ;
3. Intégrer la PEC de la TB au niveau de toutes les structures de la pyramide sanitaire ;
4. Renforcer le diagnostic de la TB multi-résistante dans les CHU et CHR ;
5. Ouvrir des CDT (centres de dépistage et de traitement) dans tous les Départements Sanitaires ;
6. Renforcer les capacités des personnels de santé dans le dépistage et la PEC de la tuberculose, notamment dans les départements sanitaires ;
7. Affecter en qualité et quantité les ressources humaines appropriées au PNLT (statisticiens, cadres en santé publique) ;
8. Organiser l'archivage des données dans toutes les structures de la pyramide sanitaire, et former les personnels en système d'information ;
9. Faire des plaidoyers de mobilisation de ressources auprès des partenaires techniques et financiers.

Aux partenaires

1. Renforcer la capacité de tous les acteurs et du personnel soignant sur les indicateurs du suivi-évaluation de la lutte contre la tuberculose ;
2. Appuyer techniquement et financièrement la mise en œuvre du *Plan Stratégique National de Lutte contre la Tuberculose 2013-2017*.

Sur la lutte contre la THA

Au Gouvernement

1. Allouer des ressources suffisantes pour la mise en œuvre du nouveau *Plan Stratégique National pour l'Eradication des Mouches Tsé-tsé au Gabon 2011-2019* ;
2. Financer le *Plan d'action 2014-2015 de la lutte contre les Tsé-Tsé dans le foyer de la Noya* ;
3. Equiper le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) en matériel de diagnostic de la THA ;

4. Doter le PLMP des équipements de diagnostic requis (centrifugeuses, agitateur CATT) ;
5. Renforcer la capacité des équipes mobiles de prospection et de piégeage.

Au Ministère de la Santé

1. Renforcer la collaboration et la coordination entre l'IHPA et le PLMP ;
2. Finaliser et diffuser la cartographie de la THA au Gabon ;
3. Elaborer et valider un Plan de relance spécifique contre la THA, pour la dernière année de mise en œuvre du PNDS ;
4. Formaliser le circuit de référence et contre-référence des cas de THA ;
5. Etendre la formation/recyclage des agents des services de santé du niveau opérationnel à la prise en charge de la THA, dans tous les Départements Sanitaires endémiques identifiés par la Cartographie ;
6. Sensibiliser les communautés des zones à risque.

Aux partenaires OMS, PATTEC et OCEAC

1. Financer le renforcement des capacités du responsable du Laboratoire National de Santé Publique, du laboratoire de référence, et d'un ou deux autres agents du LNSP dans le domaine de la THA ;
2. Appuyer de manière coordonnée les Plans opérationnels du PLMP et de l'IHPA.

Sur la lutte contre la lèpre

Au Gouvernement

1. Renforcer la capacité des équipes chirurgicales de Port-Gentil, Lambaréné, Libreville et Melen ;
2. Former et affecter/Recruter des spécialistes : 1 dermatologue, 1 chirurgien, 1 kinésithérapeute et 1 ophtalmologue dans chaque RS ;
3. Mettre en place un Observatoire des Droits de l'Homme chargé du suivi de la *Résolution d'élimination de la discrimination à l'encontre les Personnes Affectées par la Lèpre (A/RES/65/215).*

Au Ministère de la Santé

1. Accorder plus de poids à la *proportion d'invalidités* et au *nombre de nouveaux cas* ;
2. Renforcer la gestion des stocks et l'utilisation adéquate des médicaments spécifiques ;
3. Formaliser les circuits d'orientation recours de la lèpre (DRS/Equipe cadre) ;
4. Organiser une Revue annuelle des dossiers avec l'appui des PFR ;
5. Actualiser et valider la data-base Epi-info ;
6. Collecter les informations nécessaire à l'élaboration des analyses de cohorte ;
7. Collecter les données sur les besoins de réhabilitation nécessaires à l'élaboration du DAP 2015-2021.

Aux partenaires

1. Finaliser et diffuser les modules de formation intégrée sur la lèpre et l'ulcère de Buruli ;
2. Appuyer le Gabon pour la mise en place d'activité de télémédecine et/ou de e-learning ;
3. Financer la recherche opérationnelle sur les invalidités et sur la discrimination.

Sur la lutte contre l'ulcère de Buruli

Au Gouvernement

1. Equiper le Laboratoire National de Santé Publique en matériel adéquat pour la PCR des BAAR ;
2. Assurer un financement adéquat aux CHR/HR prenant en charge les cas d'UB ;
3. Garantir aux malades l'accès gratuit au traitement médical spécifique.

Au Ministère de la Santé

1. Renforcer les capacités des agents de santé du CHR de Bendje ;
2. Former et affecter/recruter des spécialistes : 1 dermatologue, 1 chirurgien, 1 kinésithérapeute et 1 ophtalmologue dans chaque Région Sanitaire ;
3. Approvisionner les Régions Sanitaires endémiques en intrants pour la confirmation de l'UB ;
4. Formaliser le protocole de recueil des prélèvements expédiés au CIRMF pour la confirmation par PCR ;
5. Renforcer les capacités des équipes chirurgicales de Port-Gentil, Lambaréné, Libreville et Melen ;
6. Organiser un Atelier de Communication sur l'ulcère de Buruli, la Lèpre et les autres MTN ;
7. Organiser le contrôle de qualité en partenariat avec l'unité de Bactériologie du Centre International de Recherches Médicales de Franceville et les partenaires (OMS, FRF) ;
8. Diffuser aux structures de prise en charge, aux laboratoires BAAR et au LNSP les directives de confirmation du diagnostic d'UB ;
9. Approvisionner les Régions endémiques en médicaments spécifiques ;
10. Renforcer la gestion des stocks et l'utilisation adéquate des médicaments spécifiques ;
11. Rationaliser le transport des médicaments spécifiques des programmes (OPN, transporteurs);
12. Assurer un renforcement des capacités des agents du CHR de Port-Gentil ;
13. Formaliser les circuits d'orientation recours de l'ulcère de Buruli (DRS/Equipe cadre) ;
14. Sensibiliser les populations des départements sanitaires endémiques (causeries et médias) ;
15. Mettre en place un annuaire des agents de santé et des relais communautaires formés ;
16. Elaborer et mettre en place le cadre de la médecine communautaire ;
17. Elaborer et valider une nouvelle Stratégie nationale de lutte contre l'ulcère de Buruli prenant en compte la modification des cibles programmatiques et du profil épidémiologique de l'UB au Gabon;
18. Collecter les données sur les besoins de réhabilitation pour le DAP 2015-2021 ;
19. Renforcer la collaboration entre le PLMI et le PLMP pour la mise en œuvre d'activités intégrées dans les zones de co-infections BU/THA ou BU/Bilharziose ;
20. Intégrer les activités de lutte contre les handicaps liés au Buruli dans le futur Plan d'Action contre le Handicap (DAP), y compris les activités de réadaptation à base communautaire.

Aux partenaires OMS, FRF, UNICEF et autres

1. Assurer le renforcement des capacités du point focal du laboratoire MTN et de deux biologistes pour le diagnostic de l'UB ;
2. Fournir au PLMI des logiciels d'exploitation des fiches BU 02 et BU 01
3. Assurer la formation des 3 agents du PLMI à l'utilisation des logiciels BU 02 et BU 01 ;
4. Fournir au PLMI du matériel didactique et de sensibilisation (affiches, CD...) ;
5. Fournir au PLMI des exemplaires du nouveau Guide des examens de laboratoires ;
6. Appuyer l'organisation d'un Atelier de Communication sur les MTN ;
7. Financer l'organisation d'un Atelier de Communication sur la lèpre, le Buruli et les MTN cutanées ;
8. Assurer le financement de la lutte intégrée contre la lèpre et contre l'ulcère de Buruli ;
9. Appuyer le financement du contrôle de qualité de la PCR par le laboratoire d'Angers ;
10. Equiper le programme en matériel de collecte pour la PCR ;
11. Former et recycler le personnel de laboratoire sur la PCR.

Sur la lutte contre les maladies émergentes

Au Gouvernement

1. Mettre en place l'Observatoire de Santé Publique ;
2. Garantir des ressources budgétaires pour la lutte contre les maladies émergentes ;
3. Renforcer le leadership et la capacité du Laboratoire National de Santé Publique ;
4. Financer l'équipement adéquat du Laboratoire National de Santé Publique.

Au Ministère de la Santé

1. Multiplier et diffuser le nouveau Guide de surveillance intégrée des maladies et Riposte (SIMR) ;
2. Finaliser la rédaction du Plan de Riposte de la Fièvre jaune ;
3. Organiser un Atelier de validation pour l'ensemble des plans de riposte élaborés par l'IELE, avec l'appui des partenaires et de toutes les parties prenantes ;
4. Multiplier et diffuser les plans de riposte des maladies à potentiel épidémique ;
5. Améliorer la réactivité de la Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (approche syndromique, sites sentinelles, définition des seuils épidémiques, formation de relais communautaires) ;
6. Renforcer la maîtrise des procédures de la SIMR par les personnels réalisant les prestations ;
7. Organiser des campagnes de sensibilisation des populations sur les maladies à potentiel épidémique ;
8. Renforcer la collaboration intra sectorielle et la coordination entre les services impliqués dans la surveillance des maladies, la vaccination, la lutte contre les maladies infectieuses, la Lutte Anti Vectorielle Intégrée (LAVI) et les laboratoires de référence (FOSA/BELE/IELE, PEV, PLMI, IHPA, PNLP, SNESPS, LNSP) ;
9. Renforcer la collaboration avec les unités du CIRMF et les Départements de la FMP impliquées dans la confirmation du diagnostic des maladies à potentiel épidémique ;
10. Actualiser et diffuser la cartographie de l'ensemble des MTN ;
11. Réviser le plan Directeur des Maladies Tropicales Négligées.

A l'OMS

1. Appuyer techniquement le Ministère de la santé dans le cadre de la lutte contre les maladies à potentiel épidémique ;
2. Appuyer la mise en réseau des laboratoires impliqués dans la confirmation du diagnostic des maladies à potentiel épidémique (renforcement de capacité, contrôle de qualité, certification) ;
3. Appuyer le plaidoyer et la mobilisation de ressources, y compris médicamenteuses, pour la mise en œuvre des traitements de masse contre les maladies tropicales négligées relevant de cette stratégie (MTN/CTP).

Sur la lutte contre les MTN

Au Gouvernement

Construire/Réhabiliter et équiper le Laboratoire National de Santé Publique, laboratoire de référence des MTN.

Au Ministère de la santé

1. Finaliser et diffuser les résultats de la cartographie des MTN parasitaires ;
2. Organiser la révision du *Plan Directeur des Maladies Tropicales Négligées* en prenant en compte les résultats de la cartographie et les nouvelles cibles OMS de la lutte contre les MTN ;
3. Organiser la surveillance des effets indésirables graves de la CTP (DMP) ;
4. Elaborer et valider des Plans Opérationnels spécifiques contre chacune des MTN.

A l'OMS

Mobiliser les ressources médicamenteuses nécessaires à la mise en œuvre de la CTP au Gabon.

Sur la lutte contre les MNT

Au Gouvernement

1. Financer la formation de 3 médecins et de 6 techniciens anatomopathologistes ;
2. Subventionner la prise en charge par la CNAMGS du dépistage du cancer du col, du diabète et de la drépanocytose.

Au Ministère de la Santé

Concernant l'ensemble des MNT

1. Organiser la mise en œuvre et la diffusion des résultats de l'enquête STEPS ;
2. Elaborer et valider une politique et une stratégie (intégrée) de lutte contre les Maladies Non Transmissibles ;
3. Elaborer un Plan de Lutte et de Prévention du Cancer ;
4. Organiser la collecte systématique des données sur le diabète, l'hypertension, le cancer et la drépanocytose auprès des FOSA et des laboratoires publics et privés, ainsi que des registres et de la CNAMGS ;
5. Intégrer les activités de lutte contre les maladies non transmissibles dans les plans opérationnels des Régions Sanitaires dès 2015 ;
6. Renforcer les campagnes d'information par les médias, pour un changement de comportement durable des populations, et à l'appui d'un dépistage précoce ;
7. Renforcer la collaboration avec les ONG du niveau national impliquées dans la lutte contre les MTN (ADG, FSBO) ;
8. Former et affecter 15 à 20 régistreurs au niveau central et dans les structures hospitalières de références du niveau régional (SNIS, LNSP ; PNLMNT, PNPCC, CHUL, CHUA, CHU de Lambaréné, CHR/HR, CNSM).

Concernant particulièrement le cancer

1. Former/recycler les prestataires sur le dépistage du col pour les 10 Régions Sanitaires ;
2. Organiser une campagne de dépistage du cancer du col dans les différents départements sanitaires de la RS de Libreville-Owendo en 2015 ;
3. Formaliser la procédure de transport des prélèvements destinés à la cytologie et à l'anatomopathologie ;
4. Règlementer l'examen des pièces opératoires (obligation juridique) ;
5. Organiser la mise en réseau des services d'anatomopathologie et des registres du cancer du niveau national et du niveau régional ;
6. Organiser une/des enquête(s) de dépistage du cancer dans les populations à risque (personnes exposés au tabac et à l'amiante notamment).

Aux partenaires

1. Appuyer le Ministère de la Santé dans la réalisation de l'enquête STEPS ;
2. Soutenir la mise en œuvre des activités de sensibilisation des populations et des campagnes de dépistage semi-actif ;
3. Soutenir la mise en œuvre des activités de lutte intégrée contre les MNT des plans opérationnels régionaux en 2015.

Sur la promotion de la santé mentale et la lutte contre les toxicomanies

Au Gouvernement

1. Financer la réhabilitation et l'équipement du Centre National de Santé Mentale ;
2. Financer la réhabilitation et l'équipement d'une unité de prise en charge des cas de santé mentale et de toxicomanie, dans au moins une Région Sanitaire ;
3. Financer la formation de ressources humaines qualifiées (psychiatres, psychologues, infirmiers/ères en Psychiatrie) ;
4. Financer la prise en charge à 100% par la CNAMGS des médicaments de longue durée de la Santé Mentale et les cures de désintoxication (toxicomanes et alcooliques) ;
5. Financer le nouveau *Plan Stratégique de Santé Mentale*.

Au Ministère de la Santé

1. Promouvoir la gratuité de la prise en charge médicale des patients hospitalisés pour une cure de désintoxication ;
2. Former ou renforcer la capacité d'au moins 2 médecins par Région Sanitaire dans le domaine de la Santé Mentale, soit 20 au total ;
3. Participer à la réalisation de l'enquête STEPS.

Aux partenaires

Mener le plaidoyer et appuyer l'intégration de la prise en charge des personnes atteintes de maladie mentale ou de toxicomanie dans les services généraux de santé.

Chapitre 4. Concernant le système de santé

Dans l'axe stratégique 1 « Assurer l'accessibilité géographique à des soins de qualité aux populations d'ici 2015 »

1. Mettre en place un comité de coordination et de suivi/évaluation des activités relatives au PNDS ;
2. Augmenter les budgets alloués à la construction/réhabilitation des structures sanitaires ;
3. Allouer les budgets appropriés aux besoins des programmes et services ;
4. Procéder au renforcement des capacités de la Direction de la réglementation et de la qualité des soins ;
5. Rendre fonctionnelles les équipes cadres des régions et des départements sanitaires.

Dans l'axe stratégique 2 « Rendre disponible les médicaments et dispositifs médicaux essentiels de qualité ainsi que les vaccins, les produits sanguins et les services d'aide au diagnostic d'ici 2015 »

1. Prendre les textes juridiques et normatifs de gestion du circuit du médicament au Gabon et améliorer son financement ;
2. Mettre l'accent sur la formation des ressources humaines et l'organisation des services pour améliorer l'offre en matière de médicament et d'aide au diagnostic.

Dans l'axe stratégique 3 « Développer les Ressources Humaines en santé d'ici 2015 »

1. Vulgariser les normes du secteur de la santé, qui indiquent les ratios minimum en ressources humaines dans les structures sanitaires ;
2. Créer une cellule de rédaction et de révision des curricula de formation ;
3. Financer l'acquisition d'un logiciel de gestion des ressources humaines pour la DGRHMG ;
4. Instituer le recyclage des agents (formation/hôpital) dans les établissements de santé ;
5. Financer la construction et l'équipement des antennes provinciales de l'INFASS ;
6. Mettre en place un comité de coordination pour le suivi des fonds/bourses octroyés par les partenaires ;
7. Renforcer la collaboration entre les formations sanitaires et la Direction de la Formation.

Dans l'axe stratégique 4 « Développer des mécanismes de financement de la santé et de protection sociale fiables et durables d'ici 2015 »

1. Disponibiliser et respecter le CDMT pour un meilleur suivi et évaluation des dépenses du PNDS ;
2. Organiser une table ronde des bailleurs de fonds, notamment ceux du mécanisme HHA, et formaliser un cadre de financement du PNDS ;
3. Elaborer une loi de programmation du PNDS (contrat programme) ;
4. Intensifier le plaidoyer auprès des autorités administratives pour améliorer leur appréciation de l'importance des CNS, des CRS et des CDS ;
5. Instituer l'élaboration des CNS, des CRS et des CDS ;
6. Intensifier le plaidoyer auprès du Gouvernement pour une augmentation des ressources allouées à la santé à hauteur de 15% du budget national, tel que décidé par les Chefs d'Etats Africains en 2001 à Abuja ;
7. Intensifier le plaidoyer auprès du Gouvernement pour une réorientation des investissements en faveur des soins préventifs et promotionnels ;
8. Créer d'une cadre de concertation entre le Ministère de la santé, le secteur privé et la CNAMGS, pour une harmonisation et une meilleure lisibilité de la dépense nationale de santé.

Dans l'axe stratégique 5 « Mettre en place un système national d'information sanitaire y compris la surveillance en santé publique opérationnel et performant d'ici 2015 »

1. Redynamiser le SNIS ;
2. Réorganiser et renforcer les ressources matérielles et financières du SNIS ;
3. Institutionnaliser la validation et la publication annuelles de la carte sanitaire et de l'annuaire statistique ;
4. Réorganiser la surveillance épidémiologique ;
5. Doter le SNIS du cadre institutionnel et organisationnel approprié ;
6. Veiller à ne pas utiliser à d'autres fins les inscriptions budgétaires allouées à la surveillance épidémiologique et au SNIS.

Dans l'axe stratégique 6 « Renforcer la gouvernance et le leadership du Ministère de la santé y compris la collaboration inter sectorielle d'ici 2015 »

1. Elaborer les textes appropriés pour le renforcement du cadre institutionnel du Ministère de la Santé ;
2. Intensifier le processus d'élaboration des textes normatifs et règlementaires par le renforcement des capacités de la Commission des Textes du Ministère de la Santé et l'interpellation des services concernés pour l'initiation des textes d'application ;
3. Mettre en œuvre la réforme hospitalière, notamment le processus d'autonomisation des formations sanitaires ;
4. Diffuser l'arrêté n° 00086/MSASSF/SG/DGS/DRQS du 26 janvier 2012 fixant les normes applicables aux institutions et structures sanitaires publiques et privées en République gabonaise, l'arrêté n° 000146/MSASSF/SG/DGS/DRQS/SRA du 21 janvier 2010 fixant les conditions d'ouverture et d'exploitation d'une structure sanitaire privée en République Gabonaise, et publier le document des normes du secteur de la santé ;
5. Doter les services centraux et régionaux d'inspection et de contrôle du Ministère de la Santé des moyens d'action appropriés (siège avec les locaux, les équipements, la logistique et le personnel requis) ;
6. Poursuivre la mise aux normes des formations sanitaires du secteur privé.

Dans l'axe stratégique 7 « Développement des partenariats (communautés, développement intersectoriel, autres secteurs sanitaires, partenaires au développement) d'ici 2015 »

1. Elaborer la politique nationale de santé communautaire ;
2. Valider la politique et la stratégie nationales de promotion de la santé ;
3. Renforcer les capacités opérationnelles du SNESPS ;
4. Doter les Equipes Cadres de Santé et les Comités de Santé régionaux et départementaux des moyens d'actions appropriés.

1. Réorienter les investissements vers les soins de santé primaires et l'opérationnalisation des départements sanitaires ;
2. Améliorer la prise en compte du médicament et des ressources humaines ;
3. Améliorer la prise en compte du volet supervision ;
4. Utiliser les fonds prévus pour le suivi-évaluation à cette fin.

Quatrième partie :
Interventions réalisables d'ici fin 2015

Chapitre 1. Concernant la santé de la mère et de l'enfant

Objectifs/Axes stratégiques/Activités	Coût FCFA
Objectif « Réduire la mortalité maternelle de 519 décès pour 100 000 naissances vivantes à 129 décès pour 100 000 naissances vivantes, d'ici 2015 »	
Sous-objectif « 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 »	
Actualiser et vulgariser les protocoles sur la prise en charge des complications de l'accouchement aussi bien chez la mère que chez le nouveau-né	**10 000 000**
Renforcement des capacités des personnels sur la prévention et la PEC des complications de l'accouchement	**16 000 000**
Recycler par des supervisions formatives les prestataires en charges de la CPNR, CPON et SONU dans huit (8) régions Sanitaires du Gabon	**32 000 000**
Approvisionner régulièrement les structures en charge de l'accouchement dans en 7 médicaments de maternité à moindre risque	**50 000 000**
Renforcer les capacités des prestataires et réaliser des revues des décès maternels de manière systématique dans huit (8) Régions Sanitaires du Gabon	**25 000 000**
Organiser la célébration de la journée de la mortalité maternelle	**5 000 000**
Objectif « Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 91,4 pour 1000 NV à 30 pour 1000 NV, d'ici 2015 »	
Sous-objectif « D'ici 2015, au moins 20% des femmes pratiquent l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois »	
Organiser des campagnes de sensibilisation des mères sur l'AME	**40 000 000**
Organiser la célébration de la semaine de l'allaitement maternel exclusif	**5 000 000**
Sous-objectif « D'ici 2015, au moins 80% des cas de malnutrition chez les enfants bénéficient d'une prise en charge adéquate »	
Actualiser et vulgariser les protocoles sur prévention et la prise en charge des cas de malnutrition	**27 000 000**
Doter les formations sanitaires des départements et des régions sanitaires des outils de démonstration nutritionnelle	**50 000 000**
Recycler par des supervisions formatives les personnels de santé sur la prise en charge des cas de malnutrition	**16 000 000**
TOTAL BUDGET des interventions réalisables du volet santé de la mère et de l'enfant	**244 000 000**

Chapitre 2. Concernant la lutte contre la maladie

Objectifs/Axes stratégiques/Activités	Coût FCFA
Sous-objectif « D'ici 2015, au moins 80% des cas de paludisme déclarés reçoivent un traitement correct dans les 24 heures »	
Elaborer et diffuser les algorithmes de PEC du paludisme	20 000 000
Former le personnel à la PEC des cas de paludismes	79 000 000
Former les relais communautaires à la PECADOM	50 310 000
Doter les formations sanitaires de TDR et d'ACT (PM/OPN)	950 000 000
Sous-objectif « D'ici 2015, dépister au moins 70% des cas de tuberculose à microscopie positive et guérir au moins 85% d'entre eux »	
Renforcer les capacités des personnels impliqués dans la lutte contre la tuberculose	39 500 000
Elaborer et produire les outils de gestion	18 000 000
Sensibiliser les populations sur la tuberculose	23 800 000
Superviser les ECS des régions sur la PEC de la tuberculose	7 000 000
Sous-objectif « D'ici 2015, réduire d'au moins 50% l'incidence de la lèpre avec invalidité de degré 2 pour 100 000 habitants »	
Promouvoir le dépistage et le traitement précoce des malades	32 500 000
Assurer la disponibilité et la gratuité de la poly chimiothérapie	10 000 000
Améliorer la prise en charge des urgences chirurgicales	9 000 000
Prévenir les invalidités imputables à la Lèpre auprès des malades sous PCT	10 000 000
Promouvoir les activités de réadaptation à base communautaire	30 750 000
Sous-objectif « Dépister au moins 90% des cas d'Ulcère de Buruli et traiter 100% des cas »	
Former le personnel à la prise en charge des cas d'ulcère de Buruli	20 000 000
Sensibiliser les populations des principales zones d'endémies sur l'ulcère de Buruli	13 800 000
Dépister les cas d'ulcère de Buruli	75 825 000
Prendre en charge les cas d'ulcère de Buruli	28 000 000
Sous-objectif « Réduire l'incidence des cancers au Gabon d'ici 2015 »	*82 500 000*
Organiser des campagnes de sensibilisation et d'information sur les cancers	59 500 000
Former les prestataires de santé au dépistage du cancer du col par la méthode IVA/IVL	17 500 000
Former les régistreurs	5 500 000
Sous-objectif « Intégrer la prise en charge de la toxicomanie dans les activités de santé mentale »	
Organiser des campagnes de sensibilisation pour la prévention des toxicomanies et maladies mentales	98 600 000
Former le personnel de santé des départements et régions sanitaire dans la PEC des maladies mentales	85 050 000
Développer l'activité de réinsertion des malades mentaux.	63 000 000
TOTAL BUDGET des interventions réalisables du volet lutte contre la maladie	**1 746 635 000**

Chapitre 3. Concernant le système de santé

Objectifs/Axes stratégiques/Activités	Coût FCFA
Axe stratégique 1 « Assurer l'accessibilité géographique à des soins de qualité aux populations d'ici 2015 »	**680 982 000**
Elaborer les algorithmes, les paquets minimums et complémentaires d'activités et les directives de prise en charge par niveau de soins	**68 490 000**
Réviser les PMA des établissements de premier contact et les PCA des hôpitaux de recours (PMA/PCA)	4 490 000
Former le personnel des structures de soins par niveau de la pyramide sanitaire au PMA	64 000 000
Rendre fonctionnel les programmes et services nationaux de lutte contre la maladie	**216 520 000**
Doter les programmes et services nationaux de véhicules de fonction et de supervision	120 000 000
Doter les services nationaux et des programmes de lutte contre la maladie de matériels informatiques et de communication y compris l'accès Internet	21 020 000
Elaborer, valider et diffuser les politiques et plans stratégiques sectoriels	25 500 000
Former les équipes cadres de santé des régions sur la planification, la supervision, les schémas thérapeutiques standardisés et les algorithmes	50 000 000
Renforcer l'offre de soins de 3ème niveau de la pyramide sanitaire	**120 000 000**
Réhabiliter et équiper l'hôpital spécialisé de NKEMBO	120 000 000
Rendre opérationnelles les régions sanitaires	**149 932 000**
Doter les DRS de véhicule de supervision	100 000 000
Former les ECS des départements sanitaires	42 432 000
Elaborer les plans opérationnels annuels	7 500 000
Rendre opérationnels les départements sanitaires	**126 040 000**
Doter les départements sanitaires de matériels informatiques et de communication y compris l'accès Internet	45 000 000
Former les comités de santé des villages et les personnels des dispensaires	34 840 000
Superviser les comités de santé des villages et les personnels des dispensaires	31 200 000
Elaborer les plans opérationnels annuels	15 000 000
Axe stratégique 2 « Rendre disponible les médicaments et dispositifs médicaux essentiels de qualité ainsi que les vaccins, les produits sanguins et les services d'aide au diagnostic d'ici 2015 »	**11 887 380 000**
Assurer la disponibilité permanente des médicaments dans toutes les formations sanitaires	**15 000 000**
Promouvoir les pratiques optimales de prescription et éduquer les consommateurs à l'utilisation sûre et optimale des médicaments	15 000 000
Assurer la disponibilité du sang sécurisé dans toutes les formations sanitaires	**11 576 000 000**
Assurer la disponibilité du sang sécurisé (100 000 poches sécurisées)	11 550 000 000
Renforcer les capacités du centre national de transfusion sanguine	26 000 000
Renforcer les capacités des laboratoires des formations sanitaires	**116 380 000**
Assurer la supervision des laboratoires des centres hospitaliers régionaux et des centres médicaux	32 380 000
Renforcer les capacités des laboratoires des formations sanitaires de 2ème niveau	9 000 000
Développer les activités de surveillance et de dépistage des anémies, diabète, micro filaires, parasitoses intestinales, chlamydiae et drépanocytose	30 000 000
Développer la recherche appliquée	45 000 000
Assurer la gestion des déchets biomédicaux dans l'ensemble des formations sanitaires du pays	**32 500 000**
Elaborer des directives nationales en gestion des déchets biomédicaux	7 500 000
Renforcer les capacités des personnels des structures de soins à la gestion des DBM	25 000 000
Renforcer les capacités de maintenance des équipements biomédicaux	**147 500 000**
Définir une politique nationale de maintenance	7 500 000
Souscrire des contrats de maintenance	90 000 000
Renforcer les capacités des personnels en maintenance	50 000 000

Axe stratégique 3 « Développer les Ressources Humaines en santé d'ici 2015 »	**971 500 000**
Elaborer un plan de développement des ressources humaines	**90 500 000**
Définir les normes en ressources humaines par niveau de soins/structures en fonction des PMA/PCA	0
Elaborer les curricula de formation (médecin, sage-femme, biologiste, infirmier, technicien anesthésiste…)	0
Elaborer, adopter et diffuser un document de description de profil de postes de travail et définition des tâches	18 000 000
Prendre un logiciel de gestion des ressources humaines	30 000 000
Former le personnel à l'utilisation du logiciel	8 000 000
Souscrire des contrats de maintenance	0
Former le personnel à la gestion des ressources humaines	16 500 000
Elaborer et mettre en œuvre un Plan National de Développement de Ressources Humaines/PNDRH en tenant compte du nouveau cadre institutionnel	18 000 000
Rédiger des référentiels métiers pour des familles d'emplois	0
Redéfinir le plan de carrière des différents corps de métiers de la santé	0
Assurer la formation continue du personnel de santé	**881 000 000**
Axe stratégique 4 « Développer des mécanismes de financement de la santé et de protection sociale fiables et durables d'ici 2015 »	**60 100 000**
Rendre pérenne le système de financement de la santé	**60 100 000**
Elaborer le cadre de dépense à moyen terme (CDMT) du secteur santé	20 000 000
Elaborer les comptes nationaux de la santé (CNS)	20 000 000
Augmenter le budget général de la santé de 2% par an pour atteindre 15% du budget national en 2015	0
Augmenter les dotations budgétaires consacrées aux interventions de prévention et de promotion de la santé	0
Augmenter les ressources budgétaires allouées aux départements sanitaires	15 000 000
Renforcer les capacités de gestion financière à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	5 100 000
Mettre en place un système performant d'assurance maladie	0
Contribuer à l'extension de la couverture du risque maladie aux travailleurs du secteur public et privé	0
Intégrer le secteur privé dans les conventions avec l'organisme d'Assurance maladie	0
Elaborer un texte sur la clé de répartition et l'utilisation des ressources auto-générées	0
Elaborer une politique de contractualisation et d'incitation à la performance	0
Axe stratégique 5 « Mettre en place un système national d'information sanitaire y compris la surveillance en santé publique opérationnel et performant d'ici 2015 »	**1 722 280 000**
Réorganiser et accroître les performances du SNIS	**26 980 000**
Définir l'organigramme du SNIS	**0**
Doter le SNIS d'équipements informatiques et de reprographie	**26 980 000**
Pérenniser le SNIS	**51 200 000**
Mettre en place l'intégrateur/archivage du SNIS	18 000 000
Mettre en place un système d'information hospitalière	13 200 000
Assurer la performance de la COSP	**20 000 000**
Améliorer le système national de routine (SNR)	**80 000 000**
Former les personnes des services régionaux d'information sanitaire	30 000 000
Production et diffusion de l'annuaire statistique	24 000 000
Reproduction des rapports mensuels du système national de routine	26 000 000
Améliorer le Système National d'Information de Gestion des Ressources (SNIR)	**14 000 000**
Mettre à jour la carte sanitaire	10 000 000
Reproduction des rapports trimestriels du SNIR	4 000 000
Renforcer le système de surveillance en santé publique	**1 483 900 000**
Renforcer les capacités de la DIS, de l'IELE et de l'IHPA	140 000 000
Renforcer la surveillance active des maladies prioritaires	50 000 000
Renforcer les capacités des personnels et des laboratoires	15 000 000
Elaborer un plan de contingence	3 900 000

Fournir un appui logistique	25 000 000
Améliorer la riposte aux épidémies (Fonds de riposte aux épidémies)	**1 250 000 000**
Développer la recherche opérationnelle en santé au Gabon	**15 000 000**
Mettre en place un plan directeur national sur la recherche opérationnelle au système de santé gabonais	0
Mettre en place un organe de coordination sur la recherche opérationnelle	0
Coordonner la recherche (biomédicale, clinique, épidémiologique, bio statistique, organisationnelle, sociale et traditionnelle) en lien avec les besoins de santé publique	0
Atelier sur le développement de la Recherche en santé au Gabon	7 500 000
Promouvoir la formation à la recherche (biomédicale, clinique, épidémiologique, bio statistique, organisationnelle, sociale et traditionnelle) à la méthodologie de la recherche, et à l'anglais scientifique	0
Mise en place d'une politique nationale de recherche opérationnelle dans les domaines biomédicale, clinique, épidémiologique, organisationnelle, sociale et traditionnelle du système de santé gabonais	7 500 000
Axe stratégique 6 « Renforcer la gouvernance et le leadership du Ministère de la santé y compris la collaboration inter sectorielle d'ici 2015 »	**156 390 000**
Renforcer les capacités institutionnelles	**33 000 000**
Mettre en place la réforme du secteur pharmaceutique	6 000 000
Mettre en place la réforme hospitalière	6 000 000
Adopter le décret portant création, attributions et fonctionnement de l'Observatoire National de la Santé Publique	3 000 000
Elaborer et adopter le décret portant fixation de la nomenclature et de la tarification des actes professionnels	3 000 000
Réorganiser le secteur privé de santé	6 000 000
Elaborer et adopter un code de déontologie y compris de la médecine traditionnelle	3 000 000
Organiser la Médecine traditionnelle et la pharmacopée	3 000 000
Mettre en place le cadre institutionnel de coordination du secteur de la santé	3 000 000
Renforcer les organes de contrôles et d'inspections du Ministère de la Santé	**123 390 000**
Doter l'inspection générale de la santé d'équipements informatiques y compris accès internet	5 140 000
Recenser et immatriculer les structures sanitaires privées	55 875 000
Effectuer les missions de contrôle des structures sanitaires privées	62 375 000
Axe stratégique 7 « Développement des partenariats (communautés, développement intersectoriel, autres secteurs sanitaires, partenaires au développement) d'ici 2015 »	**313 600 000**
Impliquer les communautés dans l'appropriation de leur état de santé	**313 600 000**
Adopter la politique nationale de promotion pour la santé	0
Créer des radios communautaires	0
Créer un réseau de comités régionaux d'éducation pour la santé	0
Développer le partenariat avec les leaders d'opinions, les ONG et la société civile	0
Développer la communication pour le changement de comportement	0
Former des relais communautaires	313 600 000
Appui à la mise en place des relais communautaires	0
Le développement du partenariat	0
Développer le partenariat public-privé	0
Renforcer le partenariat sud-sud	0
Développer le partenariat bilatéral et multilatéral	0
TOTAL BUDGET des interventions réalisables du volet système de Santé	**15 792 232 000**

ANNEXE 1
Groupes de travail

Sous-comité thématique mère-enfant

- Président : Dr. OLIVEIRA Emma / Directeur du CNN
- Rapporteur : Dr. DIARRA Aïchata SAKO/ DNSMI
- Co-Rapporteur : M.MOUELE MOUKOUMOU Patrice/ DNSMI
- Membres :
  Mme NDOMBI Caroline / DNSMI
  Mme ESSOBO Victorine / DGS
  Mme N'NO-NZENG Charlotte / CHUL
  Mme MOUTETE Elvire / Conseiller du Ministre de la Santé, chargé de la Reproduction et de la Promotion de la Santé Maternelle et Infantile
  M.ADANDE MENEST Fabrice / CNN
  M.MBOMBE MBAGOU Paulin / PEV
  M.ONDO ELLA Parfait / CNN

Sous-comité thématique lutte contre la maladie

- Président : Dr MONDJO Annick / Directeur du PLMI, thématique Lèpre
- Rapporteur : M. MAMBOUNDOU Thierry Noël / thématique Toxicomanie
- Membres :
  Mme OKOME NZE Gyslaine / thématique Paludisme
  Mme KOUNDI BOUANGA Nathalie / thématique Tuberculose
  Mme DIOLA Roseline / thématique THA
  M. AGNAME Philippe / thématique THA
  M. TSOKATI Jean Donatien / thématique Ulcère de Buruli
  Mme MBENGA ROGUET Nina / thématique Maladies émergentes/SIMR
  Mme NGUIDANG OBIANG Nadège Marina / thématique Maladies Non Transmissibles

Sous-comité thématique système de santé

- Président : Dr ATSAME Julienne
- Rapporteur : Mme NGOUESSOUKOU WOLBERT Marie Augustine
- Co-Rapporteur : Mme MBANG OBAME Françoise
- Membres :
  MOUDOUNENE Guy- Patrick
  BOULOUPY-PITHER Annie
  APOURA Eulalie Chantal
  NKOA Mireille
  AYINGONE Dominique
  DELICAT GNANSSOUNOU Ferdinand

Présidents des sous-comités régionaux

Dr NZENGUE Antoine, DRS Libreville-Owendo
Président du sous-comité régional Libreville-Owendo

Dr NGOUBOU Pauline, DRS Ouest
Président du sous-comité régional Ouest

Dr OVONO EDZO Clet Raymond, DRS Sud-Est
Président du sous-comité régional Sud-Est

M. NGOMBI Gilbert, DRS Centre
Président du sous-comité régional Centre

Dr MAKAYA Igor, DRS Centre-Sud
Président du sous-comité régional Centre-Sud

M. NSANG SALLA Louis, DRS Sud
Président du sous-comité régional Sud

Mme MBENG MBA Félicité, DRS Est
Président du sous-comité régional Est

Dr MEYONG BEKALE Julien, DRS Centre-Est
Président du sous-comité régional Centre-Est

Dr BEKALE ELOGUET Pamphile Aimé, DRS Maritime
Président du sous-comité régional Maritime

Dr GUIKOUMBI Jean René, DRS Nord
Président du sous-comité régional Nord

Coordination de la revue et rédaction/finalisation du Rapport National

Dr NGOMO Jean-Juste,
Directeur Général Adjoint de la Santé

ANNEXE 2
Sources bibliographiques

1. *Politique nationale de santé 2010*, République gabonaise/MSASSF : 28. [Version finale, document.pdf]
2. *Plan national de développement sanitaire 2011-2015*, République gabonaise/MSASSF ; décembre 2010 : 66.
3. Recensement de 1993
4. *Décision n"003/CC du 17 février 2005 relative à la requête du Ministre de la Planification et de la Programmation du Développement tendant au contrôle des résultats provisoires du recensement général de la population et de I' habitat de 2003,* République gabonaise - Journal Officiel ; 2006, 46 (2) : 11-6.
5. *Arrêté n° 581/MSASSF/CAB du 26 octobre 2010 portant création, attributions, organisation et fonctionnement des équipes cadres de santé des régions et des départements sanitaires*
6. BIYOGO OBAME J.N., BIKOMA F. – *Connaissance, attitudes et comportements vis-à-vis du VIH/SIDA et des IST*
7. in Direction Générale de la Statistique (DGS) et ICF International. 2013. *Enquête Démographique et de Santé du Gabon 2012*. Calverton, Maryland, et Libreville, Gabon : DGS et ICF International. *:* 219- 36. [document.pdf]
8. MINTSA NDONG A., BARRERE B. - *Prévalence du VIH et facteurs Associés*
9. in Direction Générale de la Statistique (DGS) et ICF International. 2013. *Enquête Démographique et de Santé du Gabon 2012*. Calverton, Maryland, et Libreville, Gabon : DGS et ICF International. *:* 255-19. [document.pdf]
10. *Plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida (2013-2017)*, République Gabonaise/ MS/DGPS ; 1-70.
11. *Plan national d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant*, République du Gabon/ MS/PLIST – décembre 2012 ; 1-104.
12. MOUSSAVOU N. – *Paludisme* in Direction Générale de la Statistique (DGS) et ICF International. 2013. *Enquête Démographique et de Santé du Gabon 2012*. Calverton, Maryland, et Libreville, Gabon : DGS et ICF International. *:* 183-16. [document.pdf]
13. *Lutte contre le paludisme* - WHO | Regional Office for Africa
14. http://www.afro.who.int/fr/gabon/press-materials/item/5911-lutte-contr
15. TOUNG MVE, *Rapport de la revue de performance du programme national de lutte contre le paludisme*, 10 octobre 2012 [présentation power point des principaux résultats]
16. OMD 2015
17. *La Politique Nationale de Lutte contre la Tuberculose*, République Gabonaise/MS/DGS/PNLT. Novembre 2013
18. MILLIELLIRI J.-M., LOUIS F. - *Histoire de la maladie du sommeil au Gabon* in *Gabon Magazine* [e-revue] *Histoire de la maladie du sommeil au Gabon [2ème partie : 1940-2009]* in *Gabon Magazine* [e-revue /document.pdf]
19. NGOMO J.-J. – *Profil Analytique Gabon 2012*, République Gabonaise/OMS-Observatoire en Santé : 98-4.
20. OMS – *Human African trypasonomiasis (sleeping sickness)* in *Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases* : 60-6 [WHO/HTM/NTD/2013.1]
21. *Plan stratégique pour l'éradication des mouches tsé-tsé au Gabon,* République Gabonaise/MS/IHPA : 1-42. [version finale : document photocopié]
22. *Politique nationale contre la lèpre,* République gabonaise/MSASSF, décembre 2011 : 33.
23. *Stratégie nationale pour réduire davantage la charge de la lèpre et améliorer durablement la qualité des services de lutte (période 2011-2015)*, République gabonaise/MSASSF, décembre 2011 : 48
24. *Rapport du Séminaire-Atelier de Formation/Recyclage des Points Focaux Régionaux lèpre et Buruli du Programme de Lutte contre les Maladies Infectieuses (PLMI), Libreville (INFASS), 09-12 juillet 2013 – MS/PLMI* ; Libreville, 15 août 2013 : note 1 page13
25. *Ulcère de Buruli – infection à Mycobacterium ulcerans atlas des cas déclarés dans le monde,* OMS : Rel. Epidem. Hebd. 79, 194-5.
26. MONDJO A. – *Cas clinique chez un enfant gabonais – Les bacilles acido-alcoolo-résistants n'étaient pas des M. leprae* ! – Bull. ALLF n°16, janvier 2006 : 37-3. http://sfdermato.actu.com/allf/bulletins.html
27. MONDJO A., NGUIZI OGOULA S., TOUNG MVE M. - *Mycobacterii et HIV : à propos d'une suspicion d'ulcère de Buruli chez une patiente immunodéprimée traitée pour tuberculose pulmonaire au Gabon [Communication affichée]* - Le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme : enjeux et défis pour la santé en Afrique / Séance délocalisée de la Société de Pathologie Exotique, Libreville, 23-24 mars 2009, Volume des Résumés : 40-2.
28. *Programme de Lutte contre l'ulcère de Buruli* in *Annuaire statistique 2005,* République Gabonaise/MSP ; 163-2. [document.pdf]
29. ADZODA G.K.A, ETEY K., MOKUBA J., L'HER P., DEMORTIERES E. – *L'ulcère de Buruli au Gabon expérience de la Fondation Albert Schweitzer – [Communication affichée]*
30. Formation PFR lèpre/BU et MTN
31. MONDJO A., NGUIZI OGOULA S., TOUNG MVE M. - *Mycobacterii et HIV : à propos d'une suspicion d'ulcère de Buruli chez une patiente immunodéprimée traitée pour tuberculose pulmonaire au Gabon [Communication affichée]* - Le Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme : enjeux et défis pour la santé en Afrique / Séance délocalisée de la Société de Pathologie Exotique, Libreville, 23-24 mars 2009, Volume des Résumés : 40-2.
32. ADZODA ppt

33. MONDJO A., *Rapport de Rapport du Séminaire-Atelier de Formation/Recyclage des Points Focaux Régionaux lèpre et Buruli du Programme de Lutte contre les Maladies Infectieuses (PLMI),* Libreville, INFASS, 09 au 12 juillet 2013 : 1-42.
34. *Recommandations pour la lutte contre l'ulcère de Buruli*, Réunion de l'OMS sur l'ulcère de Buruli : lutte et recherche, 25-27 mars 2013, siège de l'OMS, Genève Suisse ; 1-4. [document.pdf]
35. NKOGE D. – *Surveillance des maladies à potentiel épidémiques : quelle serait la place du CIRMF ?, Min. Santé/CIRMF* : Présentation du 11 mai 2012
36. BEKALE B'ALLOGHO Alex – *Etude de la persistance du Chikungunya, maladie a transmission vectorielle émergeante dans la province de l'Estuaire, au Gabon : le cas de Kango* – Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Sociale/mémoire de Génie Sanitaire : 97. [fichier.doc]
37. Le virus Zika : la nouvelle menace du moustique tigre - Fiches d'actualité scientifique mai 2014
38. (Référence : GRARD G., CARON M., MOMBO I. M., NKOGHE D., ONDO S. M., JIOLLE D., FONTENILLE D., PAUPY C., LEROY E. Zika virus in Gabon (Central Africa) - 2007: a new threat from *Aedes albopictus* ?. *Plos Neglected Tropical Diseases,* 2014, 8 (2), art. E 2681 : 6 p. [ISSN 1935-2735])
39. http://www.ird.fr/la-mediatheque/fiches-d-actualite-scientifique/457-le-virus-zika-la-nouvelle-menace-du-moustique-tigre
40. *Plan Directeur de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées* – République Gabonaise/Ministère de la Santé, novembre 2012 : p.6 (document en cours de révision)
41. *Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases* [WHO/HTM/NTD 2013.1]
42. MEZENE Agnès – *Profil épidémiologique des cancers suivis dans le service d'oncologie du CHL en 2011.* - INFASS/Filière Santé Publique, Mémoire n°17, mars 2013 : 1-68.
43. ECKE NZENGUE J.E. - *Rapport de la Journée Mondiale du Diabète, Kango 14 novembre 2013 – Thème : faisons un pas pour le diabète, Ministère de la Santé/PNLMNT,* 05 décembre 2013 : 1-36.

ANNEXE 3
Sources des informations sanitaires additionnelles

Pour la lutte contre le VIH

- Données nationales transmises par le PLIST, le 17 juin 2014 ;
- Informations communiquées par la Responsable PTMe dudit programme, le 19 juin 2014 ;
- résultats de l'enquête de séroprévalence du VIH dans les différentes Régions Sanitaires figurant dans l'Enquête de Démographie et de Santé GABON 2012 [i] [ii] ;
- Données figurant dans les documents stratégiques envoyés par la DGPS[iii] et par le PLIST[iv] ;
- Données relatives à l'endémie du VIH-Sida au Gabon de l'ONU Sida 2011 et 2012 indiqués par une Responsable de l'UNICEF ;
- Rapports statistiques des années 2011, 2012,2013 et 2014 mis à disposition par un expert du Bureau de l'ONU Sida au Gabon, le 17 juillet 2014 ;
- Projections des indicateurs du Gabon sur le VIH, accessibles via l'outil One Health 8.0.

Pour la lutte contre le paludisme

- Rapports annuels 2010, 2011, 2012 et 2013 du Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) des années. Ces rapports élaborés avec le concours des acteurs du niveau régional, et l'appui de divers experts du niveau national, de la Cellule d'Observation en Santé Publique et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), contiennent la plupart des données désagrégées nécessaires au calcul des indicateurs de suivi ;
- Résultats de la *Revue de Performance du Programme National de Lutte contre le Paludisme* ;
- Enquête de Démographie et de Santé du Gabon 2012 ;
- Annuaires Statistiques 2010 et 2011 de la Direction de l'Informatique et des Statistiques (DIS) du Ministère de la Santé.

Pour la lutte contre la tuberculose

- Nombreux interviews menés auprès de plusieurs responsables du programme, d'une part, et des point focaux du PNLT du laboratoire du dispensaire de Nkembo et du Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), d'autre part Le nom des personnes ainsi rencontrées figurent en Annexe ;
- Exemplaire de de la nouvelle *Stratégie nationale de lutte contre la tuberculose (2013-2017)* (draft) et un fichier Excel du rapport annuel 2013 (donnée désagrégées) ont été mis a disposition ;
- Données des rapports annuels du PNLT des années 2010,2011 et 2012 (données agrégées) ont pu être recopiées ;
- Recherche documentaire sur la thématique réalisée sur le Web ;
- Résultats des traitements des cohortes de malades mis sous traitement en 2011 et 2012, reçus le 02 juillet 2014, du Directeur du PNLT (données désagrégées par CDT) ;
- Résultats des examens PCR du Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF), le 05 juillet 2014, du Responsable de l'Unité de Bactériologie du CIRMF ;
- Résultats des examens PCR du Centre de Recherches Médicales de Lambaréné, répercutés par le point focal TB/Palu/VIH du Bureau national de l'OMS au Gabon, le 28 juillet 2014.

Pour la lutte contre la THA

- Informations fournies par la Région Sanitaire Ouest.

Pour la lutte contre la lèpre

- Informations communiquées par les Régions sanitaires ;
- Données archivées par le Programme National de Lutte contre la Lèpre (PNLL) ;
- Données du Programme de Lutte contre les Maladies Infectieuses (PLMI), notamment :
- la *Politique nationale contre la lèpre*[v] ;
- la *Stratégie nationale pour réduire davantage la charge de morbidité de la lèpre et améliorer durablement la qualité des services* (2011-2015)[vi] ;
- les Rapports d'activités du PNLL et du PLMI des années 2011,2012 et 2013 ;
- le Rapport de synthèse des Journées Mondiales de la Lèpre et des Campagnes d'Education et de Mobilisation pour une Autre Image de la Lèpre (EMAIL 2011, 2012 et 2013) ;
- le draft des data base lèpre Excel et Epi-info, élaborées en 2014 ;
- les Rapport statistiques annuels, communiqués à l'OMS ;
- les Rapport des projets ILEP 2011 et 2013, communiqués à la Fondation Raoul Follereau (FRF) ;
- les points de situation des rapports d'utilisation des fonds octroyés par la FRF;
- les Fiches de suivi du budget de fonctionnement 2011, 2012 et 2013 du programme lèpre.

Pour la lutte contre l'UB

- Informations communiquées par les Régions Sanitaires ;
- Data base de données épi-info (registre numérique national BU02) mise en place par le Programme de Lutte contre les Maladies Infectieuses (PLMI), depuis janvier 2013 ;
- Data base Excel des données d'examens de confirmation du Buruli par la PCR des laboratoires d'Anvers (2010-2012), d'Angers (2012) et du CIRMF (2013) ;
- Données de la lutte intégrée contre la lèpre, le Buruli et d'autres MTN.

Pour la lutte contre les maladies à potentiel épidémique

- Informations fournies par les Régions et les Départements sanitaires ;
- Données statistiques provenant :
  - de la surveillance hebdomadaire de neuf maladies en voie d'élimination et/ou à potentiel épidémique assurée par l'IELE et le PEV ;
  - du rapport sur l'Epidémie de Chikungunya de la Région Centre-Sud (produit par le Dr J.R. GUIKOUMBI).

---

[i] BIYOGO OBAME J.N., BIKOMA F. – *Connaissance, attitudes et comportements vis-à-vis du VIH/SIDA et des IST*
in Direction Générale de la Statistique (DGS) et ICF International. 2013. *Enquête Démographique et de Santé du Gabon 2012*. Calverton, Maryland, et Libreville, Gabon : DGS et ICF International. *:* 219- 36. [document.pdf]

[ii] MINTSA NDONG A., BARRERE B. - *Prévalence du VIH et facteurs Associés*
in Direction Générale de la Statistique (DGS) et ICF International. 2013. *Enquête Démographique et de Santé du Gabon 2012*. Calverton, Maryland, et Libreville, Gabon : DGS et ICF International. *:* 255-19. [document.pdf]

[iii] *Plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida (2013-2017)*, République Gabonaise/ MS/DGPS ; 1-70.

[iv] *Plan national d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant*, République du Gabon/ MS/PLIST – décembre 2012 ; 1-104.

[v] *Politique nationale contre la lèpre,* République gabonaise/MSASSF, décembre 2011 : 33.

[vi] *Stratégie nationale pour réduire davantage la charge de la lèpre et améliorer durablement la qualité des services de lutte (période 2011-2015)*, République gabonaise/MSASSF, décembre 2011 : 48

ANNEXE 4

Liste des participants à l'atelier de dialogue national sur les résultats de la revue à mi-parcours du PNDS 2011-2015 et l'accélération de sa mise en œuvre

	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	INSTITUTION / ORGANISME	CONTACT
1.	NGUIDANG OBIANG Nadège Marina	CSP	PNLMNT	07 21 87 97 nguidangg@yahoo.fr
2.	NTSAME NGUEMA Yolande	CSP	CHU Angondjé	07 50 06 24
3.	OKOME NZE Gyslaine	R S/E PNLP	PNLP	07 50 37 70 okomegyslaine@yahoo.fr
4.	APOURA Eulalie Chantal	CSP	CNSM	07 89 13 31
5.	MBANG OBAME Françoise	CSP	PNLMNT	07 39 59 13 / 06 23 02 92 mbangof@yahoo.fr
6.	ESSOBO née PEMBA KOUMBA Victorine	SFC	CE / DGS	04 37 40 11
7.	NDOMBI Caroline	Ingénieur SR	DNSMI	04 10 47 87
8.	ONDO ELLA Parfait	Statisticien	CNN	04 70 94 23
9.	MOUHISSI Jeanne	CSP	PLMP	07 56 69 45 / 06 05 07 91
10.	MBINDAGA née OVILI Murielle	CE	DGS	04 35 19 53 movili5@h.fr
11.	NGOUESSOUKOU WOLBERT Marie-Augustine	CSRA/DGS	MS	07 35 18 39 masefrier@yahoo.fr
12.	MOUSSAVOU MOUKAGNI Jean Olivier	DA IHPA	MS	06 07 80 67
13.	AGNAME Philippe	Ingénieur Sanitaire	IHPA	06 27 30 14 agnamephilippe@yahoo.fr
14.	TOMO TOMO Innocent	Coordonnateur DRSLO	MS	02 45 98 58 / 07 42 51 96
15.	ONIANE Nicole	Coordonnatrice DRSLO	MS	07 89 88 85 / 06 88 36 23
16.	ADA ASSOUMOU Géneviève	Coordonnatrice SR DRSLO	MS	04 52 36 90
17.	N'NO-NZENG Charlotte	Puéricultrice Cadre	CHUL	07 50 05 87
18.	MOUELE MOUKOUMOU Patrice	CSP	DNSMI	06 23 30 89 patrice.mouele@yahoo.fr
19.	Dr DIARRA-AÏCHATA Sako	Médecin de SP option SR	DNSMI	06 71 57 71 / 05 37 00 29 diarraaichata@yahoo.fr
20.	Dr OLIVEIRA Emma	DCNN	MS	07 99 00 98 / 06 23 88 68 drolivema@hotmail.fr
21.	Dr ATSAME Julienne	DPNLMP	MS	06 04 73 14 julienneatsame@yahoo.fr
22.	Dr MACOURA Oulare	Représentant adjoint	UNICEF	03 43 35 54 moulare@unicef.org
23.	MBENGA ROGUET Nina	CSP	CHUL	06 07 07 53 ninaroguet@yahoo.fr
24.	MAYOMBO Maixent	CSP DRSLO	MS	07 00 66 34 maixentcardier@yahoo.fr
25.	DIOLA Roseline	Cadre administratif	PNLP	diolaroseline@yahoo.fr
26.	ASSOUMOU NKA Emmanuel	CS carte sanitaire	COSP	06 05 75 69 / 07 96 20 61 assoumounka2006@yahoo.fr
27.	MIBEMA Ingrid Fanny	SG/Budget	MIN BUDGET	06 25 40 51 ingrid_mibema@yahoo.fr
28.	MOUNDENDE née MONDOUBE Suzanne	CSP	PEV	06 08 66 43 smondoube@ymail.com
29.	MOUSSAVOU-ITOUMBA Natalie	CSP	PNLP	06 07 54 32 moussavouitoumbanatalie@yahoo.fr
30.	DELICAT GNANSOUNOU Ferdinand	CE DGS	MS	07 14 20 11 fgdelicat@yahoo.fr
31.	Dr NTSAME NDONG Jophrette Mireille	DA CNTS	CNTS	ntsamendong2012@yahoo.fr
32.	BOULOUPY-PITHER Annie	CE DGS	MS	06 93 04 15 / 07 82 31 22 mougoulamomboannie@yahoo.fr
33.	MISSOGNI BADILA Annie	Cadre IELE	IELE	06 21 87 95
34.	KOUNDI BOUANGA Nathalie	CSP	MS	06 04 09 15
35.	OVONO née EBO Nadine	CE	DNSMI	07 37 16 31
36.	AYINGONE OBIANG Dominique	Ingénieur SR	DNSMI	04 18 27 06

				ayingone41@yahoo.fr
37.	TSOKATI Jean Donatien	Master SP	PLMI	04 10 03 16
38.	BITSAKA Zhara	Pharmacienne	DMP	06 40 30 42
39.	LEVASSATH Alice	Ingénieur SR	DNSMI	06 68 57 58
40.	Dr NSENG NSENG NDONG Corinne	DT OPN	OPN	06 21 97 23
41.	Dr INOUA Aboubacar	MPN	OMS	06 63 22 22 inouaa@who.int
42.	Dr NGOMO Jean-Juste	DGAS	MS	06 39 12 75 / 07 38 94 86 jeanjustengomo@gmail.com
43.	Dr KHOUILLA Jean-Damascène	DGS	MS	07 87 87 32 jdkhouilla@yahoo.fr
44.	Dr NZE EYO'O Rodrigue	Chargé de Programme	ONUSIDA	07 40 95 60
45.	NKOA Mireille	ADS	MS	07 29 05 77
46.	MBOMBE MBAGOU Paulin	CSP	PEV	04 10 58 63 mbombep@yahoo.fr
47.	MABIALA Mérès	DCAF	MS	07 11 42 11 / 06 27 08 67 meres.mabiala@gmail.com
48.	BISSAGOU KOMBILA Léa	CE DCAF	MS	06 46 22 27 labissagoukombila@yahoo.fr
49.	MOUDOUNENE Guy Patrick	Infirmier	INFASS	04 28 06 30 mguypatrick@yahoo.fr
50.	MANDZA Claire	CS Appui aux entreprises	Chambre de commerce	04 35 91 41 / 01 72 20 64 cmandza@yahoo.fr
51.	NTSAME MBA Jeanne Sylvie	Pharmacienne	OPN	07 32 30 23 jeannesylvie02@yahoo.fr
52.	Dr MONDJO Annick	DPLMI	MS	06 27 84 66 mondjoannick@yahoo.fr
53.	MAMBOUNDOU Thierry Noël	CSP	PNSMLTAD	mamboundouthierrynol@yahoo.fr
54.	MBA Clotilde Margo	CSP	PLIST	margomba@yahoo.fr

Remerciements spéciaux pour leur appui technique à :

Dr INOUA Aboubacar, OMS

Dr NZE EYO'O Rodrigue, ONUSIDA

Dr MACOURA Oulare, UNICEF