
CABINET DU MINISTRE

CELLULE D'OBSERVATION DE LA
SANTE PUBLIQUE



TABLEAU DE BORD GENERAL DE LA SANTE PUBLIQUE 2005

Cartes Sanitaires 2005 (en annexes)

Cellule d'Observation de la Santé Publique
Libreville, avril 2007

AVERTISSEMENT.

Le présent tableau de bord général de la santé publique arrive trois ans après le dernier de juin 2004 qui a eu un accueil enthousiaste de la part des professionnels de la santé et des partenaires.

Le souci d'améliorer le contenu et surtout les travaux d'organisation des Etats Généraux de la Santé et de la finalisation du Plan National de Développement Sanitaire n'ont pas permis de conduire rapidement, en tout cas comme nous l'aurions souhaité, la confection de ce nouveau tableau de bord général de la santé publique.

Nous voudrions nous excuser auprès du nombreux public qui attend cet instrument d'information et de renseignement généraux des activités des services dépendant du Ministère de la santé publique.

C'est le lieu et le moment pour nous d'appeler tous les professionnels de la santé au-delà du seul département de la santé (même s'il y a encore à ce niveau quelques résistances à vaincre) à se joindre à l'équipe pour présenter au public nos efforts, nos difficultés et nos ambitions et constituer ainsi un puissant plaidoyer en faveur de la santé de nos concitoyens.

Nous souhaitons que ce tableau de bord puisse répondre à vos attentes.

Les concepteurs ont décidé de présenter les thèmes de ce tableau de bord général selon les objectifs généraux du Plan National de Développement Sanitaire qui se déclinent de la manière suivante :

- Améliorer l'organisation, la gestion et le fonctionnement du système de santé ;
- Valoriser et développer les ressources humaines en adéquation avec les besoins du système de santé ;
- Améliorer le financement et l'utilisation des ressources financières du système de santé ;
- Adapter l'offre et la qualité des services de santé pour répondre aux besoins de la population.

Vos critiques, mêmes si elles peuvent être dures, nous permettront d'améliorer le produit.

Veillez adresser vos commentaires et suggestions aux adresses suivantes : COSP BP : 50 Libreville Gabon ou E.Mail : cospgabon@yahoo.fr

Merci de votre collaboration.

Tableau de bord Général de la Santé Publique

1 Améliorer L'organisation, La Gestion Et Le Fonctionnement Du Système De Santé

Le dernier tableau de bord général (juin 2004) avait déjà soulevé certains dysfonctionnements dont souffre le Ministère de la Santé au niveau du pilotage et du management. Il mentionnait un déficit de coordination à trois niveaux

1. au niveau central, il n'existe pas de programme de travail pluriannuel commun permettant de rendre lisible les actions des principales directions générales ;
2. entre les régions et les directions centrales il n'existe pas de plans pluriannuels commun d'actions d'amélioration de l'offre de soins des régions initiés par les professionnels (schémas régionaux d'organisation sanitaire) ;
3. au sein des régions, chacune des structures est dissociée et il n'y a pas de coordination réelle entre les hôpitaux, les centres médicaux et les dispensaires et les programmes nationaux.

Ce tableau de bord général constatait globalement que le Ministère ne disposait pas d'un objectif annuel mesurable et que pour les services qui en disposeraient, il n'y avait pas de structures pouvant réaliser le suivi et l'évaluation de ces objectifs.

Entre temps, la tenue des Etats Généraux de la Santé de Mars Avril 2005 a permis au Ministre d'Etat, Ministre de la Santé Publique de donner pour instructions aux concepteurs du nouvel organigramme de caler cette préoccupation fondamentale au centre de ce texte. Ainsi, il est permis de croire qu'à terme le nouvel organigramme se dotera d'une structure opérationnelle de pilotage ayant la possibilité de recevoir les objectifs annuels de chaque direction générale et de présenter en fin d'année le bilan de réalisation des objectifs. Cette structure opérationnelle ne pourra être placée qu'au niveau du Secrétariat Général dont la mission a été jusque là insuffisamment remplie en ce qui concerne la coordination.

Depuis toujours, il a été relevé à chaque fois, que le système de santé gabonais n'est pas en mesure de satisfaire de façon optimale l'attente des populations dans la mesure où trois sous-systèmes y cohabitent sans réelles relations de complémentarité. L'activité sanitaire se trouve donc menée de façon cloîtrée. La tenue des Etats Généraux de la Santé a eu le mérite de fédérer dans un même forum les professionnels de la santé qui se sont prononcés pour une harmonisation du système sanitaire national. Cette harmonisation trouvera son ancrage dans un instrument de planification appelé la CARTE SANITAIRE.

L'ordonnance n°01/95 du 14 janvier 1995 portant orientation de la politique de la santé en République Gabonaise stipule dans son article 7 que « le Ministère de la Santé est le coordonnateur de la politique de santé sur toute l'étendue du territoire national » et à ce titre ce département a l'obligation d'organiser la complémentarité et l'harmonisation dans un souci d'optimiser les moyens que l'Etat met à la disposition du système de santé. C'est dans ce cadre qu'il apparaît urgent de mettre sur pied la Commission Nationale de Coordination de la Santé prévue à l'article 42 de ladite ordonnance qui est chargée de la gestion de la carte sanitaire. L'article 41 de l'ordonnance précitée définit la carte sanitaire comme « un instrument fondamental de coordination et de planification de la politique nationale de santé. Elle constitue la base du développement et de la planification des investissements et des ressources humaines sur l'ensemble du territoire national ».

Nous notons par exemple qu'au niveau périphérique, il avait été suggéré que dans une ville moyenne, les Centres médicosociaux pourraient reprendre leurs fonctionnement en direction des activités au bénéfice des retraités, du planning familial et de toutes les consultations pré et postnatales, les bases d'épidémiologie se chargeraient de toute la médecine préventive; tandis que les Centres hospitaliers s'occuperaient des missions de soins, d'enseignement et de recherche. Une telle distribution de la clientèle au niveau d'une ville est à même de mieux utiliser les fonds de l'Etat.

Observation :

Mis à part le secteur privé de santé dans une moindre mesure, les autres sous-secteurs (parapublic et public militaire) sont financés par l'Etat. Il est observé que le manque de coordination et d'harmonisation peut engendrer un gaspillage de moyens et une concurrence des secteurs ayant le même financeur. Dans une telle situation, l'application des standards de PMA et de PCA et de la référence ne peut valablement aider à l'optimisation des moyens.

Recommandation :

Adopter une démarche sectorielle capable de rentabiliser les moyens mis par l'Etat aux soins de sa population ;
Fédérer l'information sanitaire afin de mieux connaître et potentialiser les activités de chaque sous-secteur ;
Orienter les moyens selon les besoins de chaque sous-secteur dans une démarche de planification.

La réorganisation du système de santé national

La nécessité de réorganiser le système de santé est apparue de manière insistante lors de la tenue des Etats Généraux de la Santé. Les pistes de cette réorganisation ont été définies lors de ce forum.

Il s'agit principalement de mettre en œuvre un programme de renforcement et de développement institutionnel qui aura pour objectif général de moderniser la système de santé pour l'adapter aux nouveaux défis actuels et à venir tout en l'orientant vers les besoins essentiels des bénéficiaires et des professionnels du secteur par l'introduction d'un certain nombre d'actions et interventions de type organisationnel, législatif et réglementaire.

Le nouvel organigramme qui sortira de cette réforme aura pour ambition de traduire le virage du système de santé vers une priorité essentielle : la médecine préventive dont l'action sera tournée vers la priorité donnée au couple Mère/Enfant. Il sera pris en compte les problèmes spécifiques des populations cibles que constituent les personnes âgées, les adolescents et les malades mentaux.

La poursuite de la politique de décentralisation/déconcentration, elle-même engagée au niveau de l'Etat, aura pour but de rendre le niveau périphérique opérationnel notamment dans le domaine de la gestion du personnel, de la préparation et de la mise en œuvre des schémas d'organisation ou plan régional, du suivi évaluation...tout cela dans l'esprit et la lettre de la loi n°20/2005 portant création et organisation des structures de l'Etat.

2- Valoriser et développer les Ressources Humaines en Adéquation avec les besoins du Système de Santé

2.1 Activités de gestion des ressources humaines

1- Recrutements		2004	2005	2006
1	Nbre de Dossiers restés en examen à la DGRHMG		132	-
2	Nbre de Dossiers transmis à la Fonction Publique pour examen		363	324
3	Nbre d'agents affectés en attente de poste budgétaire (SPB)		1.470	1.600
4	Nbre d'Attestations de recrutement, délivrées par la FP.		328/xxx	520/xxx
5	Nbre de dossiers en traitement au ministère des Finances (Budget)		593	102
6	Nbre de postes budgétaires attribués		-	621
2- Gestion des carrières				
7	Nbre d'avancements & reclassements		457/xxx	
8	Nbre de titularisation & confirmation		246/xxx	
9	Nbre de régularisation administrative & nominations		75/xxx	
10	Nbre de textes d'intégration		581/xxx	

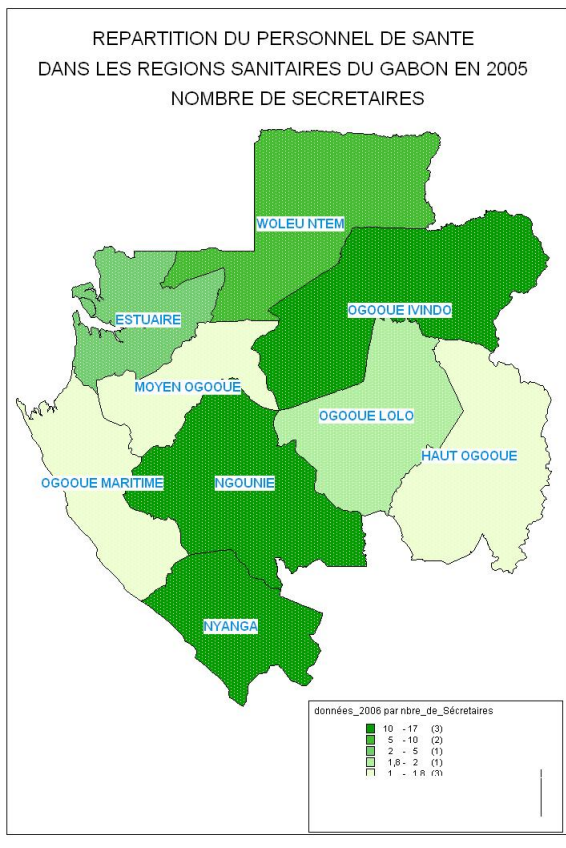
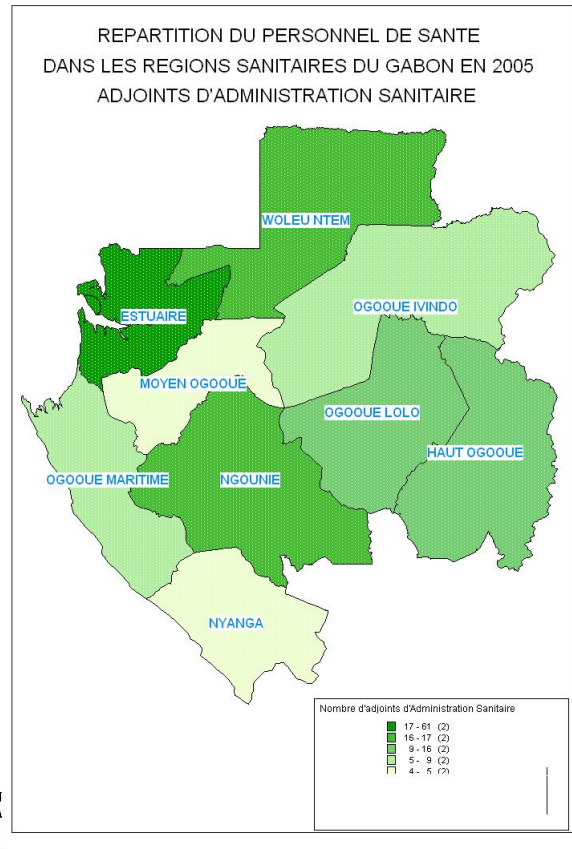
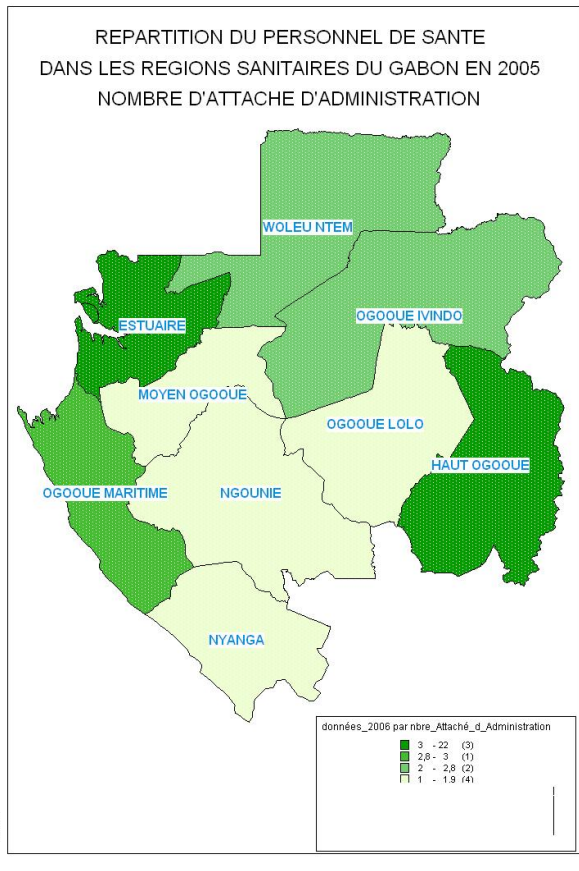
3- Formation des agents MSP				
11	Nbre d'admis en stage hors Gabon Bailleurs de fonds			
	Nbre d'agents MSP en cours de formation hors Gabon Bailleurs			
12	Nbre d'admis en stage hors Gabon Fonction Publique			41/xx
	Nbre d'agents MSP en cours de formation hors Gabon F P			
13	Nbre total d'agents publics admis en stage au Gabon dont :			
14	ENASS			
	EPCA			
	ENA			
	USS			
	Autres			
	Nbre total d'agents MSP en cours de formation au Gabon dont :			
	ENASS			
	EPCA			
	ENA			
	USS			
	Autres			
	Nbre de séminaires & colloques			

	4- Ecole Nationale d'Action Sanitaire et Sociale			
--	---	--	--	--

	Nbre total d'agents MSP admis en stage ENASS			
	Nbre total d'agents MSP en cours de formation dont :			
	Infirmières Assistantes (B2)			
	Agents de Génie Sanitaire & Hygiène Publique (B2)			
	Agents Affaires Sociales (B2)			
	Infirmières d'Etat (B1)			
	Adjoints Technique de Radiologie (B1)			
	Adjoints Technique de Laboratoire (B1)			
	Adjoints Technique de Pharmacie (B1)			
	Adjoints Techniques Dentaires (B1)			
	Adjoints Technique des Statistiques (B1)			
	Adjoints Technique de Génie Sanitaire & Hygiène Publique (B1)			
	Adjoints d'Administration Sanitaire (B1)			
	Educateurs Affaires Sociales (B1)			
	Assistants Sociales (A2)			

Source : Direction Générale des Ressources Humaines et des Moyens Généraux/MSP

2. 2 Répartition des ressources humaines





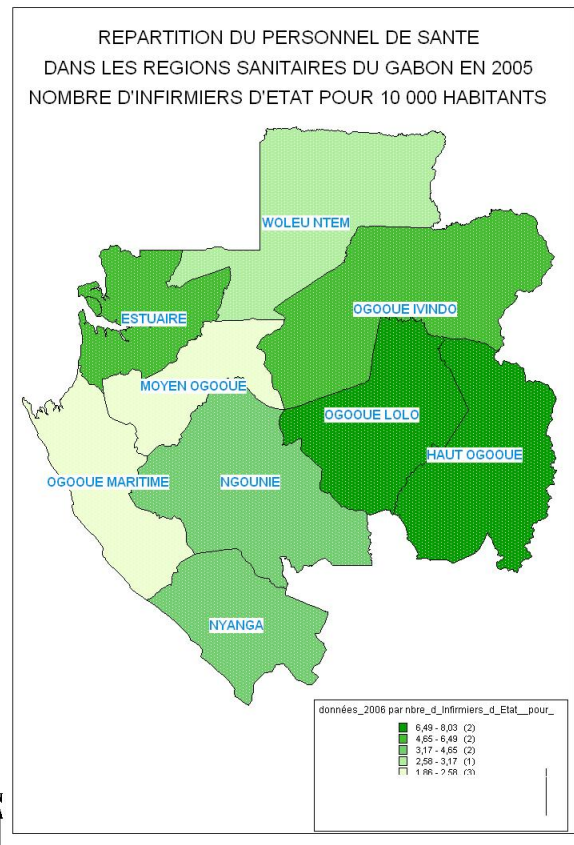
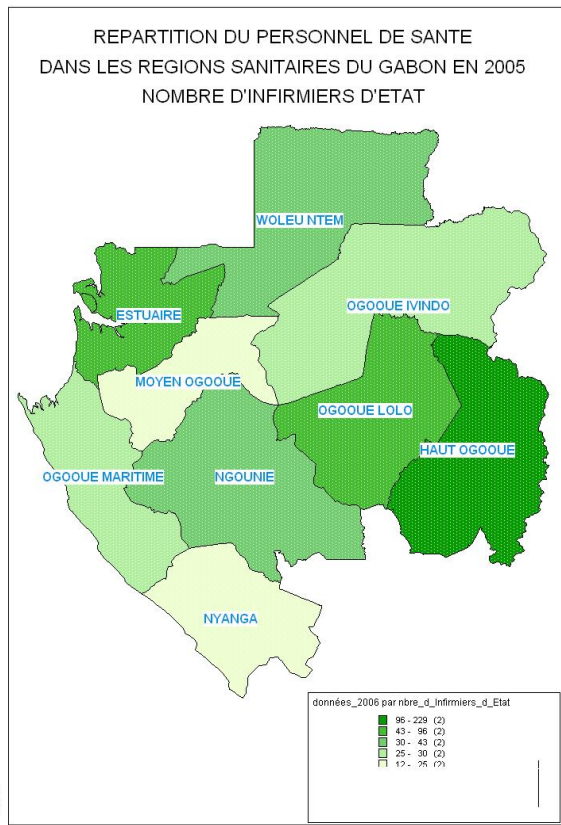
Erreur ! Liaison incorrecte.

Source : DRS_ Figure1

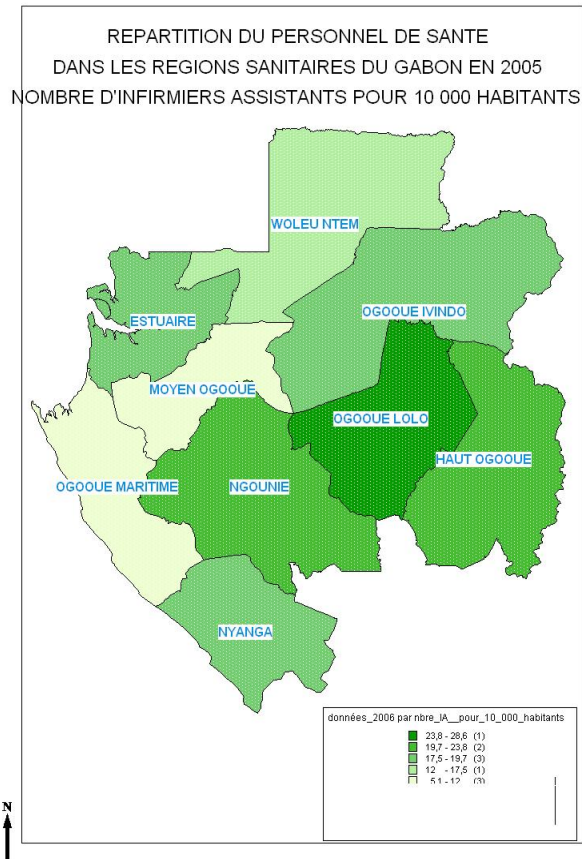
Observations:

L'épineux problème de la mauvaise répartition en ressources humaines demeure toujours d'actualité dans l'ensemble du pays. Les besoins exprimés par les structures n'étant pas respectés cela explique davantage cette inégalité constatée sur le terrain. Ainsi, les médecins se concentrent le plus dans la région Libreville-Owendo et dans quelques grandes villes.

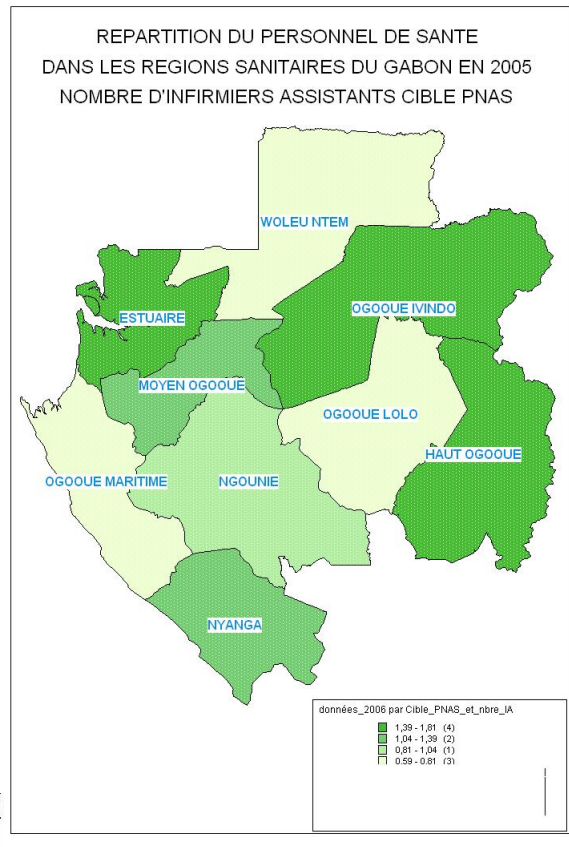
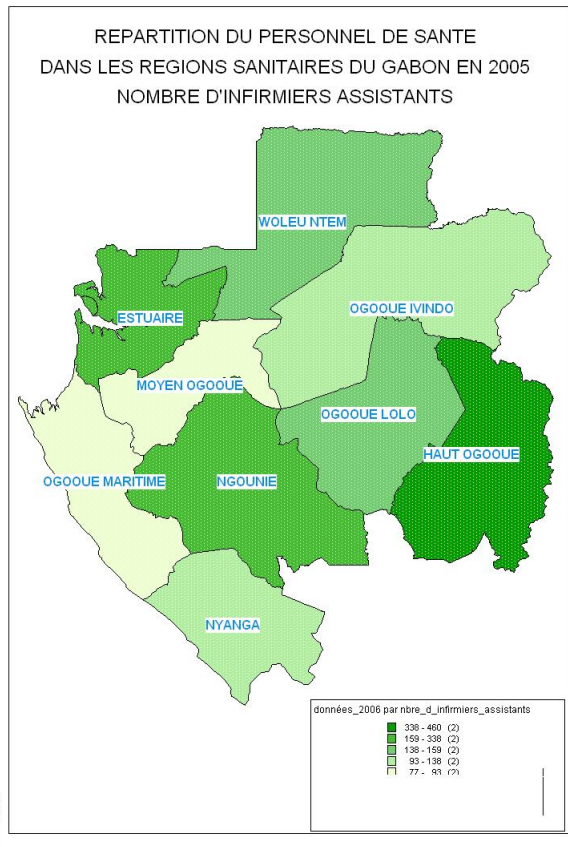
Erreur ! Liaison incorrecte.



Source : DRS _ Figure3

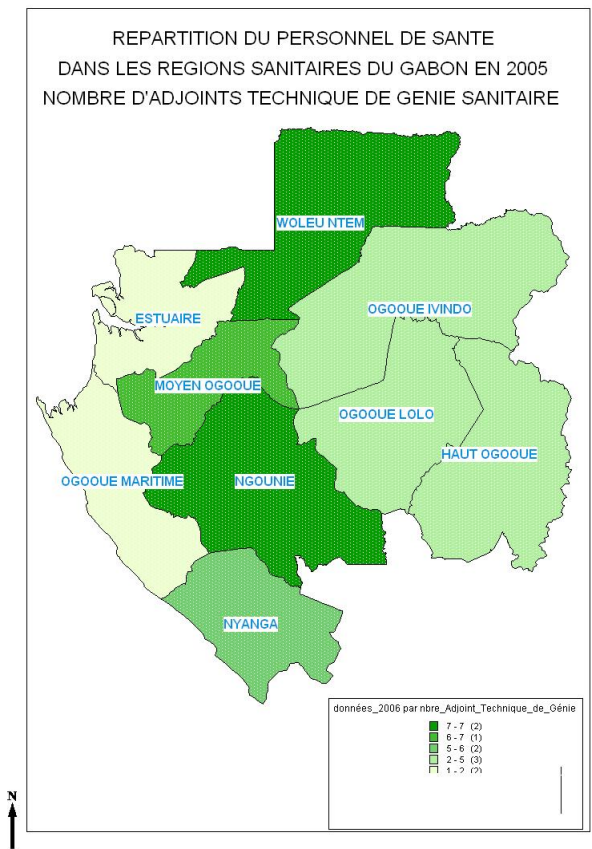


Erreur ! Liaison incorrecte.



Source : DRS_ Figure4

La répartition des personnels par habitant n'est pas toujours prise en compte lors des affectations et mutations des personnels. La logique de l'approche par structure sanitaire et par vœux des personnels doit être complétée par la prise en compte du poids démographique des villes et des régions.



Erreur ! Liaison incorrecte.

Source : DRS _ Figure5

Constats :

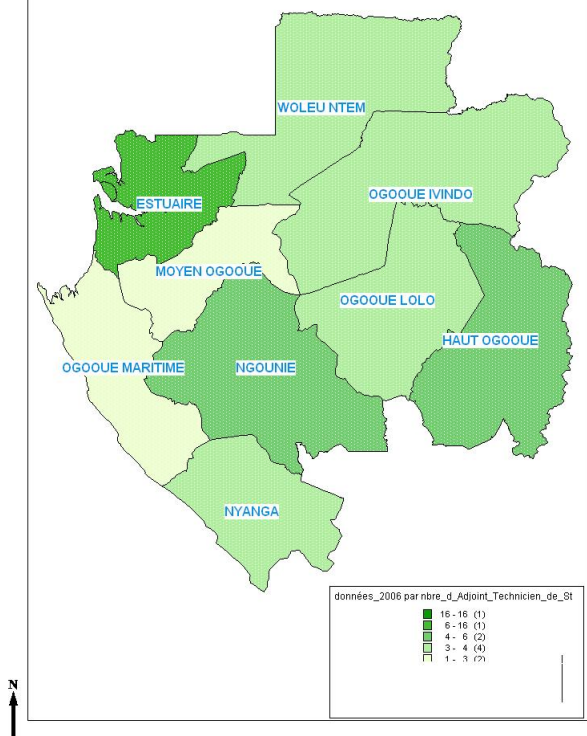
La moitié des régions sanitaires ont moins de deux (2) spécialistes en hygiène publique. Or pour faire face à l'importance grandissante des problèmes de l'environnement et de son implication dans la santé, la présence d'au moins quatre (4) de ces spécialistes par région sanitaire devient nécessaire,



Erreur ! Liaison incorrecte.

Source : DRS _ Figure 6

REPARTITION DU PERSONNEL DE SANTE
DANS LES REGIONS SANITAIRES DU GABON EN 2005
NOMBRE D'ADJOINTS TECHNIQUE DE STATISTIQUE



Constats :

Certaines qualifications méritent une attention particulière. Grande est la pression psychologique que le seul technicien de radiologie doit subir parce qu'il est le seul technicien de sa catégorie dans la ville ou la région sanitaire à laquelle il sert.

3 Améliorer Le Financement Et L'utilisation Des Ressources Financières Du Système De Santé

3.1. Améliorer La Quantité, L'affectation Et La Gestion Des Ressources Financières Publiques Conformément Aux Objectifs De La Politique Sanitaire

3.1.1. Renforcer les outils de pilotage du financement national de la santé

3.1.2. Accroître la dépense publique de santé

3.1.3. Améliorer le processus budgétaire et le suivi des dépenses publiques de santé

3.2. Elargir La Contribution Financière Des Populations Aux Dépenses De Santé

3.2.1. Mettre en place un système de recouvrement des coûts

Tous les établissements du service public de santé facturent leurs prestations. Pourtant les textes y afférents sont obsolètes et les prix pratiqués n'obéissent à aucune logique. Il n'existe aucune nomenclature nationale. La conséquence est l'inaccessibilité financière aux soins des populations malgré des efforts des pouvoirs publics. Les difficultés y afférentes se trouvent à tous les niveaux: au niveau des populations l'inaccessibilité financière entraînent la détermination des l'état de santé et au niveau des établissements de santé des difficulté de gestion et des détournements de recettes. La mise en place d'une tarification officielle et d'une couverture maladie doit permettre d'améliorer cet état de chose. Plus spécifiquement, pour assurer l'efficacité du système de santé, il y a lieu de mettre en place des crédits pluriannuels consolidés.

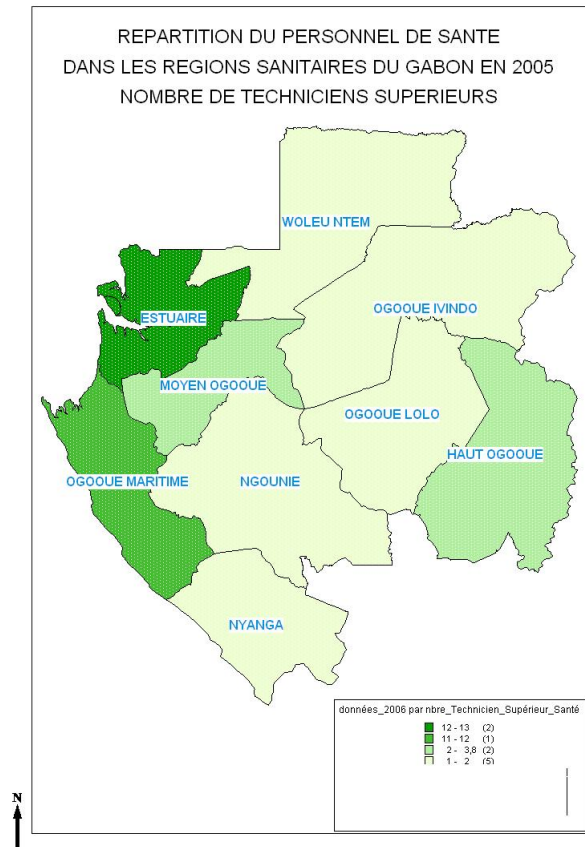
3.2.2. Promouvoir le système d'assurance-maladie

L'amélioration de l'accès financier aux soins pour tous passe par la mise en place effective de l'assurance maladie et l'instauration du paquet minimum de motivation pour sécuriser les recettes générées par le recouvrement des coûts.-

4 Adapter L'offre Et La Qualité Des Services De Santé Pour Répondre Aux Besoins De La Population

4.1. Mettre A La Disposition De L'ensemble De La Population Une Offre De Soins Conforme A Ses Besoins Et A Des Critères Standardises De Qualité

4.1.1. Améliorer l'offre de soins



4.1.2. Améliorer la qualité de l'accueil et la qualité des soins

On ne peut améliorer la qualité de l'accueil et la qualité des soins qu'en améliorant la formation du personnel de santé. La réforme des programmes de l'ENASS et de l'USS sera en bonne place et La mise en place des instruments de mesure de la qualité de l'accueil et de la qualité des soins permettra de suivre l'évolution de ces paramètres pour la satisfaction des populations.

4.1.3. Améliorer le plateau technique

4.1.4. Réhabilitation des infrastructures

4.2. Améliorer La Disponibilité, L'accessibilité Et L'usage Rationnel De Médicaments De Qualité

4.2.1. Approvisionner les formations sanitaires du service public de santé conformément à la liste nationale des médicaments essentiels



4.2.2. Améliorer et Promouvoir l'usage rationnel à la fois par les prescripteurs les dispensateurs et les consommateurs

5 Maîtriser Les Principaux Problèmes De Santé Et Améliorer Les Déterminants Sanitaires Et Environnementaux

5.1. Améliorer La Santé De La Mère Et De L'enfant

Objectif :

5- Maîtriser les principaux problèmes de santé et améliorer les déterminants sanitaires et environnementaux.

5-1 Améliorer la santé de la mère et de l'enfant ;

5-1-2 Réduire la mortalité maternelle de 75% dans les SOUC et les SOUB d'ici 2015.

Les Etats Généraux de la Santé qui se sont tenus du 29 mars au 1^{er} avril 2005 à Libreville, ont permis au cours de ces assises, de réaffirmer la place privilégiée qu'occupe la Santé de la mère et de l'enfant au Gabon.

Le plan National de Développement Sanitaire qui a été élaboré a placé la Santé de la mère et de l'enfant comme l'une des priorités.

Des stratégies ont été mises en place pour réduire cette mortalité et morbidité maternelle. Il s'agit de :

- l'équipement des structures sanitaires en matériels et médicament ;
- la formation des personnels de santé à la prise en charge des complications obstétricales (Soins Obstétricaux d'urgence) ;
- la mise en place de la planification familiale ;
- la prise en charge financière des consultations du bilan prénatal.

Activités :

Le nombre de naissances attendues pour 2006 est 42 000

Les complications obstétricales attendues sont de 6 303.

Au cours de l'année 2005, l'on a enregistré :

- 19 298 : accouchements réalisés en infrastructure hospitalière ;
- 1 118 : accouchements à domicile, soit 5,8% des accouchements ;
- 612 : césariennes, soit 3% des accouchements ;
- 170 : décès néonataux ;
- 26 : décès maternels ;
- 96 prescriptions de contraceptifs ;
- 2 058 : consultations post natales dans certaines régions sanitaires.

Il est à noter que ces données ne concernent que les structures sanitaires publiques.

Problèmes :

Au cours de cette période, 26 décès maternels ont été enregistrés dans les structures sanitaires publiques du pays.

Ce chiffre ne reflète pas la réalité, il y a un sous enregistrement ou déclaration de la mortalité maternelle. Beaucoup de structures n'enregistrent pas les décès.

L'on observe également que la prescription des contraceptifs est faible.

S'agit-il d'un sous enregistrement des données, ou d'un manque d'activités ?

La proportion d'accouchement à domicile est élevée. Cela peut être du à l'inaccessibilité géographique, et financière des structures.

Solutions :

Il faudrait :

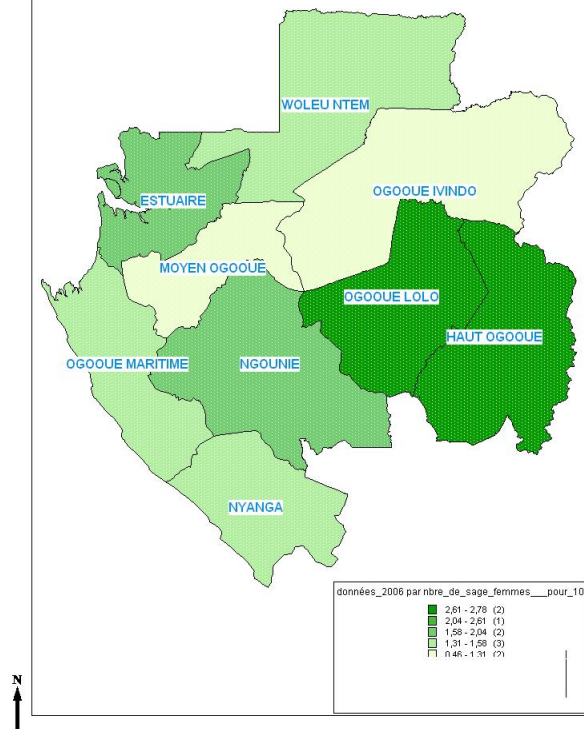
1) Améliorer le recensement des décès maternels et néonataux en utilisant comme méthodes : la collecte des données au niveau des établissements de santé et de la communauté.

Dans les structures sanitaires, la collecte des données des décès maternels et néonataux devra être systématique par :

- la notification des décès par les sanitaires ;
- la revue des dossiers médicaux ;
- l'étude de cas dans les établissements de santé ;
- la réalisation des audits cliniques.

2) Améliorer les prestations de planification familiale sur toute l'étendue du territoire national.

REPARTITION DU PERSONNEL DE SANTE
DANS LES REGIONS SANITAIRES DU GABON EN 2005
NOMBRE DE SAGE-FEMMES POUR 10 000 HABITANTS



Erreur ! Liaison incorrecte.

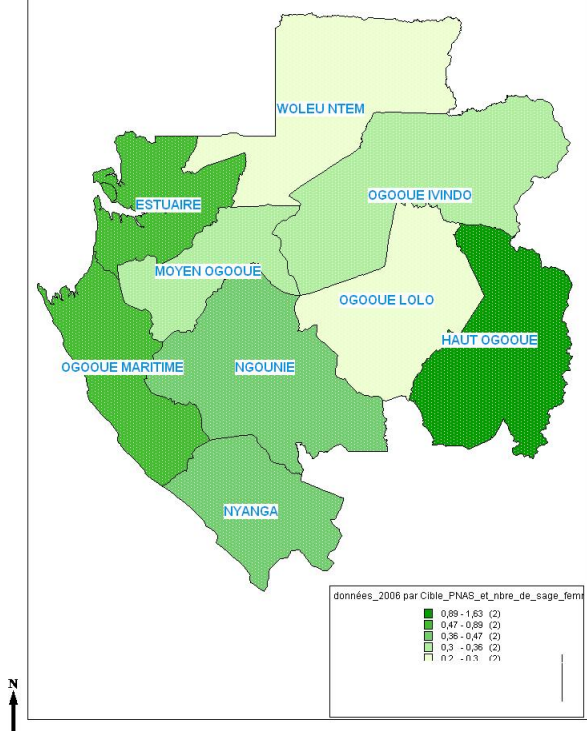
Source : DRS_ Figure2

Observations:

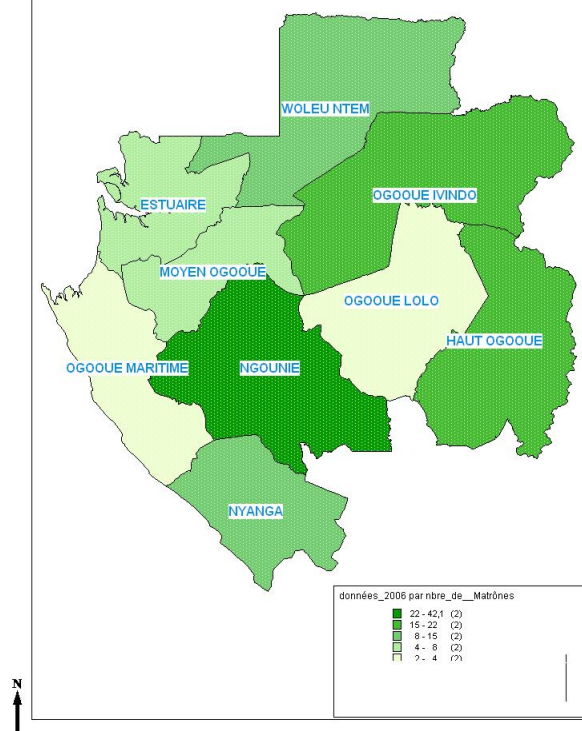
Si jusqu'en 2005, la présence de matrones est encore considérable dans plusieurs régions, cela suppose qu'il y a beaucoup d'effort à fournir au niveau du redéploiement et surtout de la formation des sages femmes.

(Possibilité d'adjoindre le nombre d'accouchements par région ?)

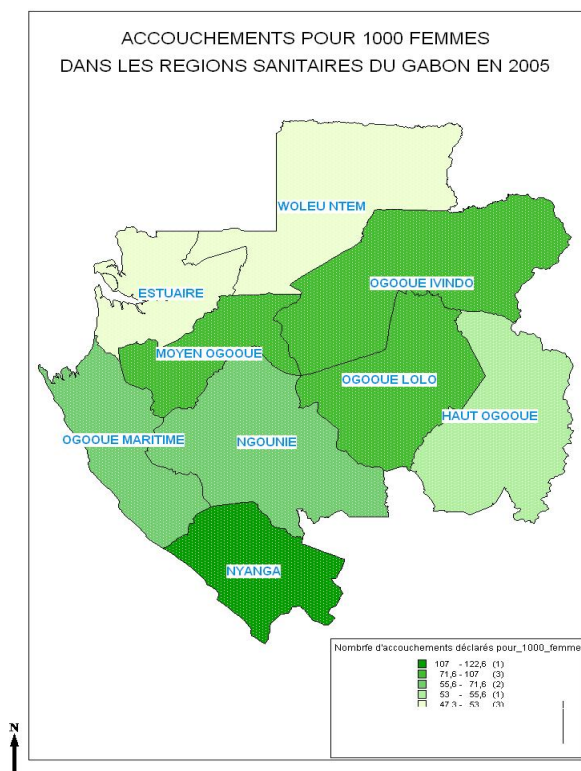
REPARTITION DU PERSONNEL DE SANTE
DANS LES REGIONS SANITAIRES DU GABON EN 2005
NOMBRE DE SAGE-FEMMES ET CIBLE PNAS



REPARTITION DU PERSONNEL DE SANTE
DANS LES REGIONS SANITAIRES DU GABON EN 2005
NOMBRE DE MATRONES



ACCOCHEMENTS POUR 1000 FEMMES
DANS LES REGIONS SANITAIRES DU GABON EN 2005



Erreur ! Liaison incorrecte.

Source : DRS_ Figure 7

Observations:

Le nombre d'accouchements semble plus élevé dans l'infrastructure (Sud:1956 et Centre-Est: 876) qu'à domicile. Cela pourrait être dû aux disparités importantes de l'accès aux soins. Voir enquête nationale sur les Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgences en décembre 2003 (SONU).



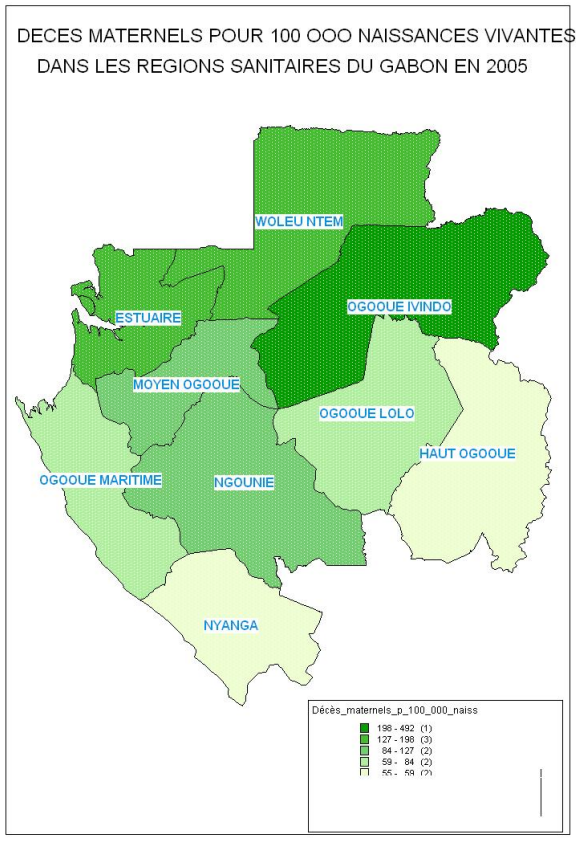
Erreur ! Liaison incorrecte.

Source : DRS_ Figure 8

Erreur ! Liaison incorrecte.

Source : DRS_ Figure 9

Observations:
Le Taux de césariennes est beaucoup plus faible dans la quasi-totalité des régions sanitaires en dehors des régions Libreville-Owendo (4,8%) et Maritime (5,4%). Cela peut s'expliquer par le fait que c'est dans ces deux grandes villes qu'on trouve les Soins Obstétricaux Néonataux d' Urgences Complets (SONUC)



Erreur ! Liaison incorrecte.

Source : DRS _ Figure 10

Observations:

Le CHL reste la structure la plus attractive en ce qui concerne les accouchements. La fermeture de la maternité de l'hôpital Sino-gabonais peut en être la cause. Mais un point d'ombre existe par rapport à la qualité des soins en Obstétrique et en pédiatrie. Cala pourrait être l'explication du nombre de décès maternel élevé dans la région Libreville Owendo. (Possibilité de joindre le nombre d'accouchements?)

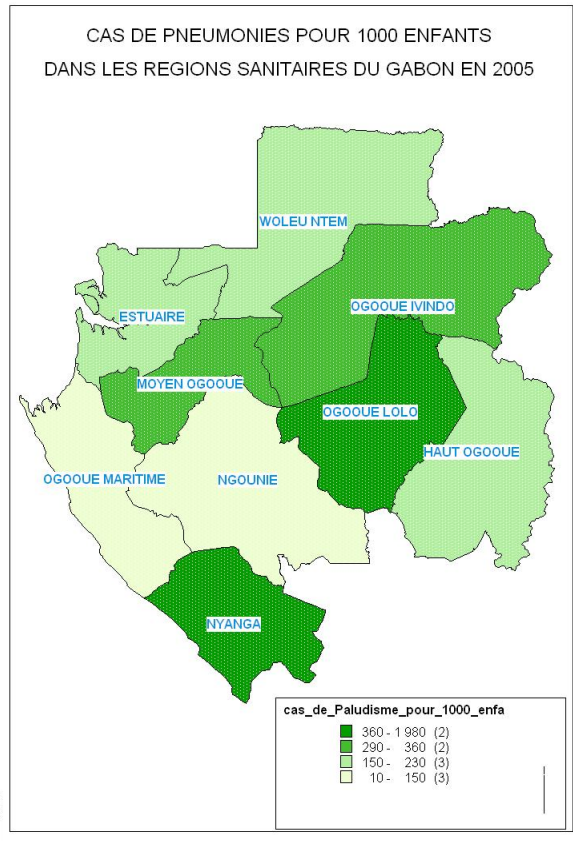
Recommandations

- Présence d'un registre de décès des femmes dans toutes les maternités avec les causes de décès.
- Recueil des données des naissances et des décès auprès des collectivités locales et municipales
- Les causes de décès maternels et néonataux doivent être déclarées.
- Les moyens d'éviter les causes de décès doivent faire l'objet des spots éducatifs.

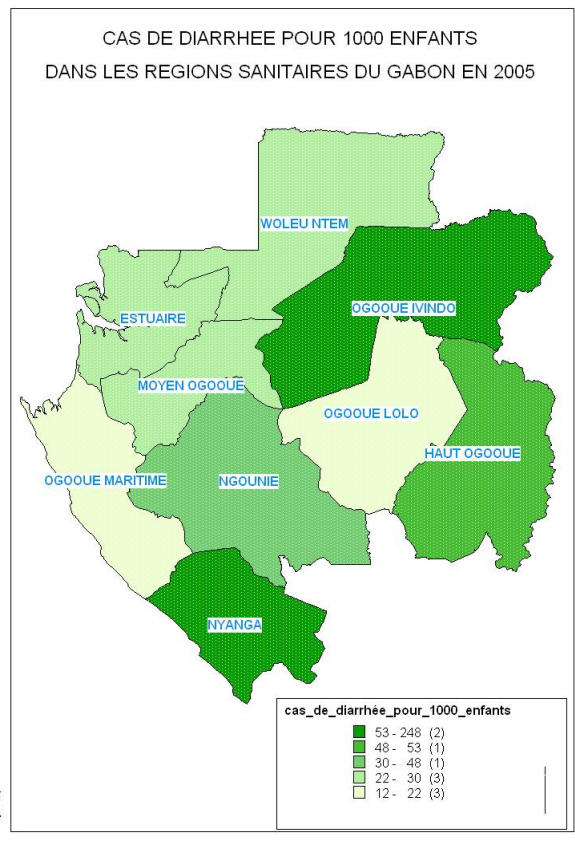
5.1.2. Application de la PCIME dans 10% des formations sanitaires

Les maladies des enfants les plus fréquentes et les plus mortelles prises globalement permettent de contrôler un problème qui est aggravé par le sous développement de notre pays. Si la mort d'un vieillard équivaut à une bibliothèque qui brûle, n'oublions pas que le vieillard en question était d'abord enfant avant de devenir vieux. Et pendant son enfance des bibliothèques potentielles ont été brûlées avant d'être achevées : une crise de paludisme, une gastroentérite ou une infections respiratoire a suffit pour brûler des bibliothèques que nous n'aurions jamais connues.

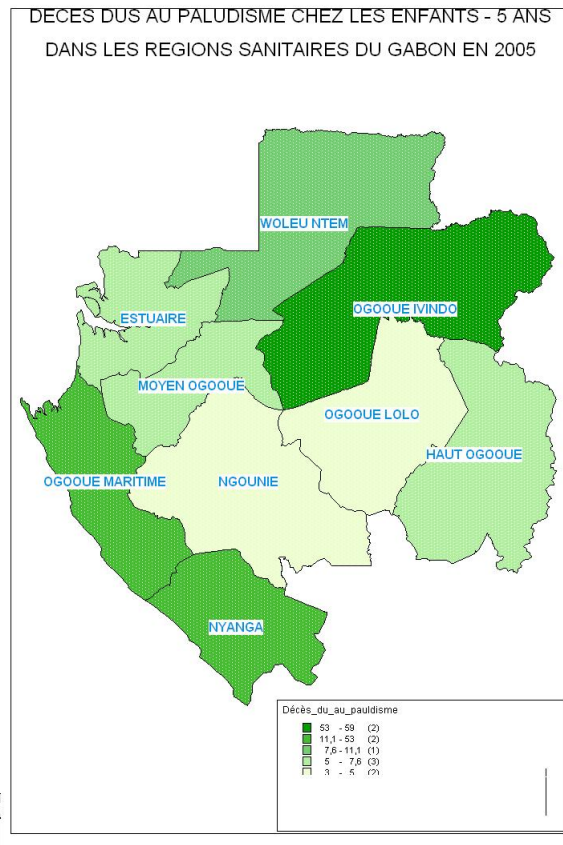
Au regard des chiffres de l'activité des services de gynécologie obstétrique et de Pédiatrie nous pouvons comprendre que la majorité des clients de nos formations sanitaires sont les femmes et les enfants. Dans les Centres de Santé Urbains cette majorité est quasiment écrasante. Une attention particulière sur cette population nous permettra d'évaluer le problème et d'ajuster les actions à mener pour réduire l'incendie des futures bibliothèques et des celles qui posent les fondations de ces bibliothèques en puissance.



Erreur ! Liaison incorrecte.
Source : DRS_ Figure 11



Erreur ! Liaison incorrecte.
Source : DRS_ Figure 12



Erreur ! Liaison incorrecte.

Source : DRS_ Figure 13

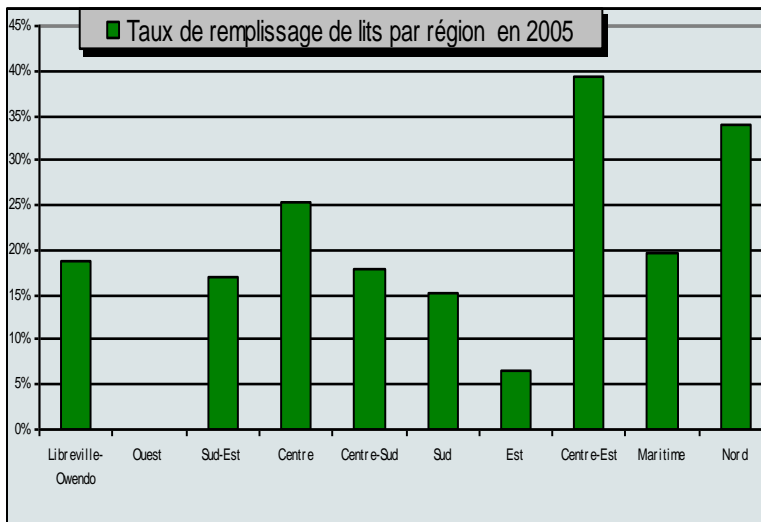
Observations:

Parmi les dix premières causes de mortalité et de morbidité au Gabon, le paludisme occupe le premier rang. C'est dans cet optique que plusieurs efforts sont élaborés par le PNLN afin d'éradiquer cette pathologie (campagne de distributions des moustiquaires imprégnées aux populations les plus vulnérables...)

Pathologies les plus fréquentes au Gabon en 2005

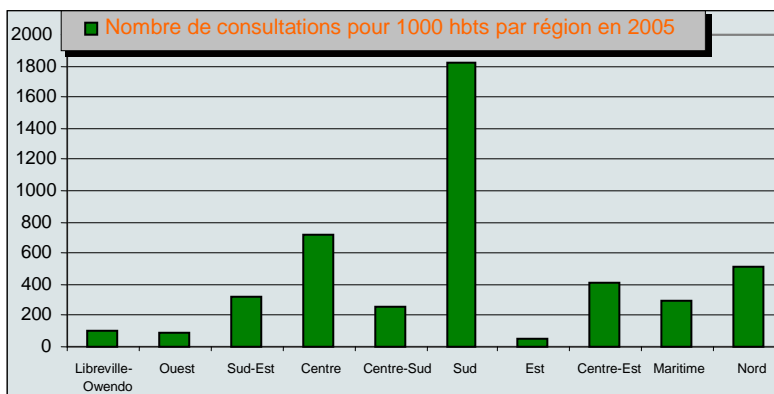
Pathologies fréquentes au Gabon en 2005	Nbre de Cas	Pourcentage
1. Paludisme probable (GE non faite)	69 214	16,01
2. Fièvre (sans autre indication)	60 008	13,88
3. Tous autres états morbides mal définis	48 404	11,20
4. IRA	43 203	9,99
5. Furoncles, Panaris, Abscess Pyodermite.	43 178	9,99
6. Grippe Rhinites, Rhinoph, Angines	40 974	9,48
7. Rhinites, Rhinoph, Angines	35 379	8,18
8. Contusions, Plaies (sans fracture)	32 010	7,40
9. Paludisme confirmé (GE positive)	31 087	7,19
10. Diarrhée aiguë, Gastroentérite	28 840	6,67

Source : DIS



Observations:

Lorsqu'une structure de santé n'est pas utilisée, c'est qu'elle ne répond pas aux besoins des populations à cause de son inaccessibilité géographique ou financière, d' une mauvaise réputation ou souffrir d'un manque d'approvisionnement (en médicaments, matériels, ressources humaines,...) ou même être surdimensionné par rapport aux besoins. Les schémas régionaux d'organisations sanitaires pourraient être une alternative à cette problématique. Le but de ces indicateurs simples est de repositionner la population et ses besoins au centre de l'organisation des soins au Gabon.



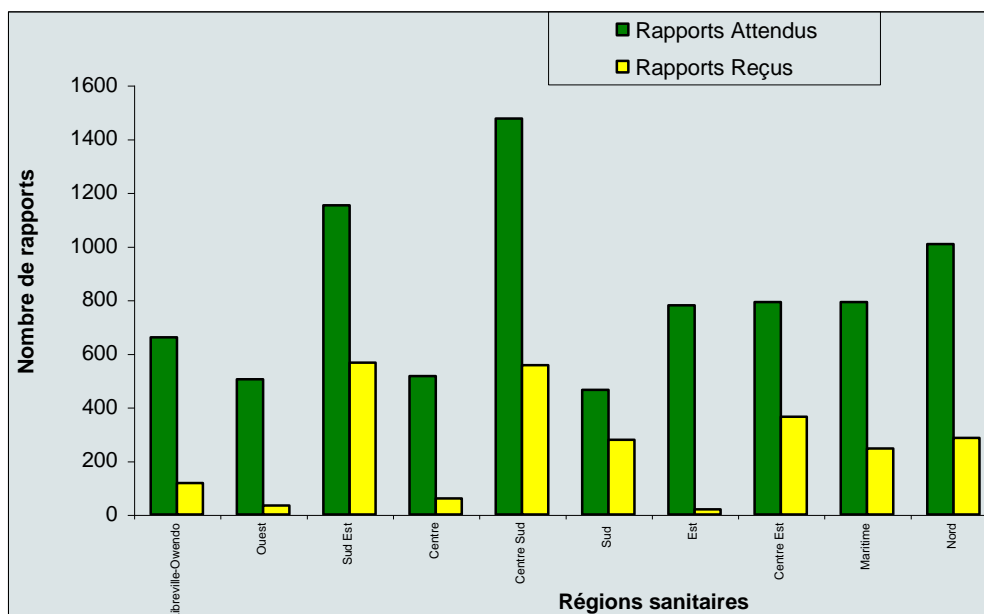
5.1.3. Renforcement du PEV

Erreur ! Liaison incorrecte.

Source : DIS _ Figure 14

Taux de complétude et de promptitude

Trois régions se démarquent du lot en affichant un score parfait de 100%, le Centre-Sud, le Centre-Est et la région Maritime.



Source : DIS _ Figure 15

Le taux de complétude demeure toujours faible dans la quasi-totalité des dix (10) régions sanitaires du Gabon en 2005. En dehors des régions Sud et Sud-Est qui ont respectivement 60% et 49,2% de rapports reçus.

- Recommandation :
- Valoriser les régions sanitaires qui rendent leurs données régulièrement.

Erreur ! Liaison incorrecte.

_ Figure 16

Constat :

Le vaccin Polio 0 est administré à la naissance. La disparité observée sur ce graphe témoigne de l'ampleur des problèmes que nous avons avec le système national d'information sanitaire. Deux hypothèses sont à discuter au niveau des régions sanitaires :

Le pourcentage de naissances déclarées est supérieur au taux de couverture Polio 0. Quatre régions sont dans ce cas de figure : l'Estuaire, le Haut-Ogooué la Nyanga et dans une moindre mesure l'Ogooué Ivindo. L'absence de poste fixe de vaccination permanent dans certains départements peut expliquer cette situation.

Recommandation : ouvrir un centre fixe de vaccination fonctionnel dans chaque district sanitaire.

Le pourcentage de naissances déclarées est inférieur au taux de couverture Polio 0. Cette situation paradoxale peut provenir de deux situations :

Toutes les naissances survenues dans la région ne sont pas déclarées parce que les formations sanitaires ne rédigent pas leur rapport d'activités ou parce que les formations privées ne déclarent pas leurs naissances.

Certaines femmes choisissent d'accoucher à domicile parce que les formations sanitaires ne sont pas accessibles. Cette accessibilité peut-être géographique ou financière.

Recommandation : les femmes enceintes ne devraient bénéficier d'une prise en charge adéquate par la mise en place d'une stratégie nouvelle : le forfait obstétrical.

Erreur ! Liaison incorrecte.

Source : PEV, Conception COSP _ Figure 17

Ce graphe donne une idée de l'activité vaccinale en faveur de enfants de moins de six mois. Le BCG est donné lors du premier contact. Le DTC 1 au premier mois et les deux autres à quatre semaines du précédent. L'efficacité de l'accueil, la sensibilisation des équipes de santé se traduit ici par la constance des chiffres ; la parité des chiffres des vaccins DTC 2 et DTC 3 montrent que les femmes qui sont venues pour le 2^e vaccins ont été motivées pour revenir recevoir la 3^e dose. Le Moyen Ogooué se distingue sur ce critère.

Nous noterons aussi que la région LBVO se distingue aussi pour la constance de la plus part des chiffres. Ce qui montre que la frange de la population couverte par le système public dans les Centres de Santé est bien suivie. Les efforts restent à faire pour étendre la couverture vaccinale à l'ensemble de la population.

Erreur ! Liaison incorrecte.

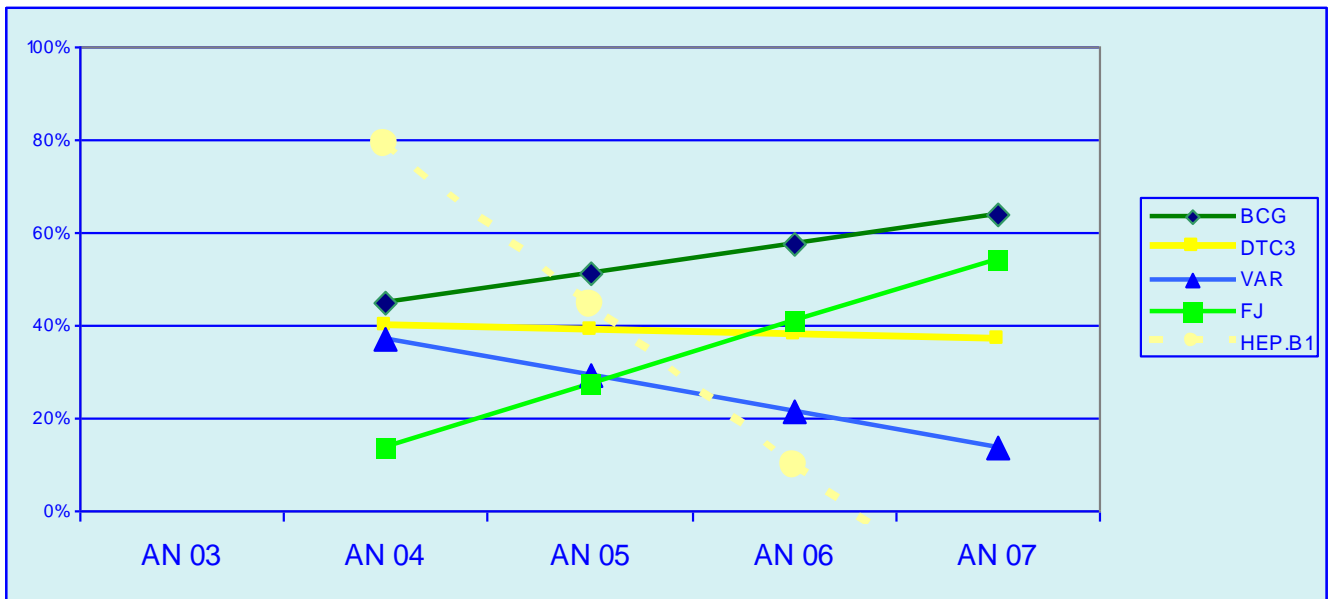
_ Figure 18

Les trois vaccins représentés ici nous renseignent sur trois rendez-vous du système de santé avec l'enfant de moins de un an. Dans la plus part des régions, le taux de vaccinations antirougeoleux est le plus bas.

Erreur ! Liaison incorrecte.

_ Figure 19

Ce graphe montre le pourcentage des abandons. Entre le premier et le dernier DTC d'une part, entre le BCG et la rougeole d'autre part. dans toutes les régions il y a au moins un taux qui avoisine 40% à l'exception de la région maritime où aucun taux ne dépasse 20%.



5.1.4. Développement d'une politique de Planification familiale

Le développement d'une politique de planification familiale passe par la mise en œuvre d'une politique de planification familiale, la formation du personnel, la supervision du personnel formé, la sensibilisation de la communauté et l'achat des contraceptifs.

La planification familiale se met progressivement en place dans les régions sanitaires. Le superviseur local devra s'assurer que les informations nécessaires au suivi de ce programme sont collectées.

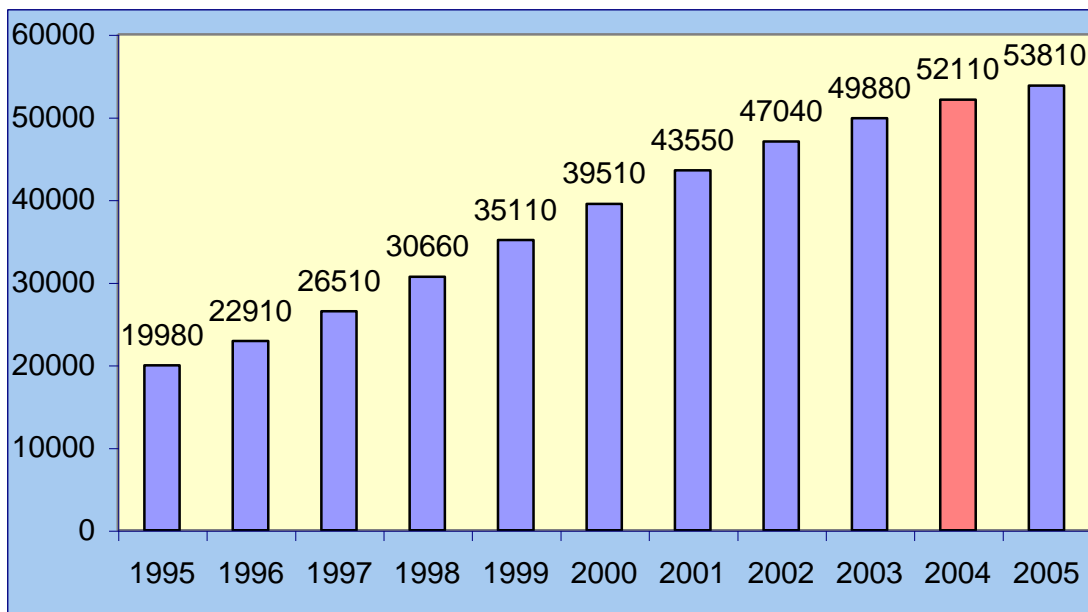
Erreur ! Liaison incorrecte.

_ Figure 20

5.2. Favoriser L'intégration Et Le Renforcement Des Programmes Prioritaires Des Maladies Infectieuses Et Parasitaires

La réduction de la prévalence des maladies transmissibles et non transmissibles ne sera possible que par le renforcement des activités des programmes et la formation des agents de santé sur la prise en charge des cas.

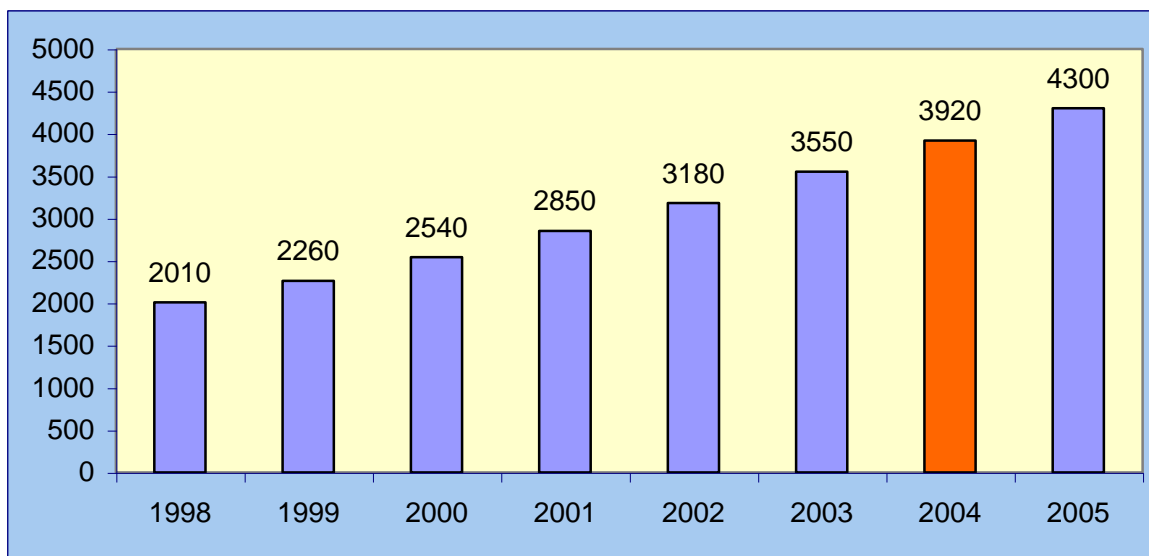
5.2.1. Renforcement de la lutte contre le VIH/SIDA



_ Figure 21 Source PNLIS

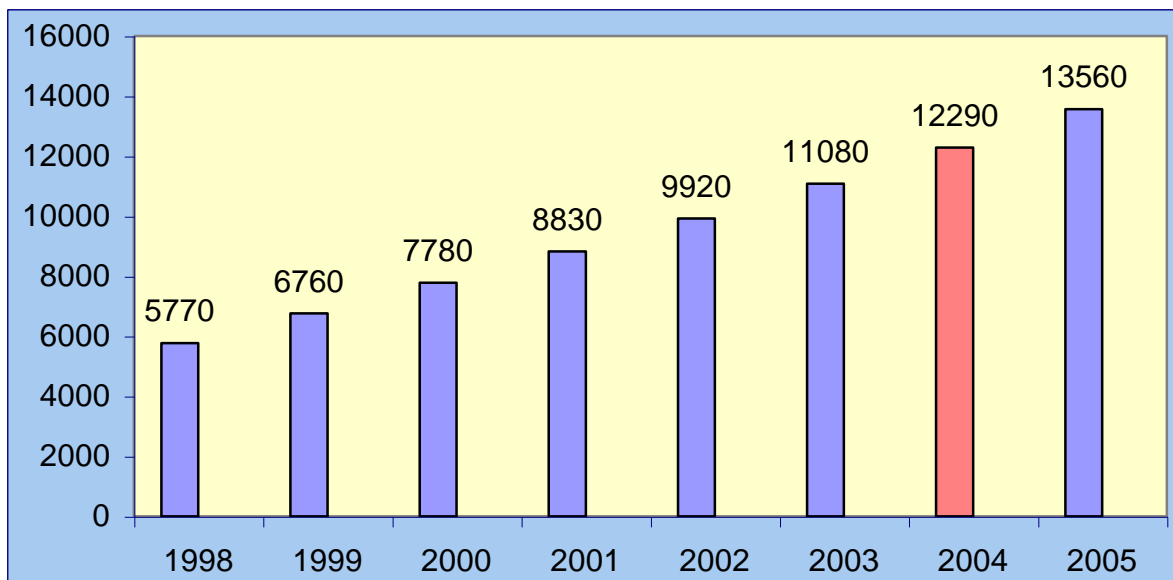
Figure 29 : Estimation du nombre de PVVIH

En fin 2004, on estime à 52110 le nombre de personne vivant avec le VIH /SIDA au Gabon



_ Figure 22: Estimation du nombre de décès du au VIH/SIDA (Source PNLIS)

Au Gabon, on estime à 3920 le nombre personnes décédées en 2004 à cause du SIDA



_ Figure 23: Estimation du nombre d'orphelins (Source PNLs)

En 2004, on estime à 12290 le nombre d'orphelins du SIDA

ESTIMATION DE LA PREVALENCE NATIONALE (EEP – OMS)

A partir des sites sentinelles (surveillance chez la femme enceinte), la prévalence nationale pour 2003 est estimée à 8,1% ± 2,5%

3. DISCUSSIONS

Depuis 2001 la demande en tests du réseau de laboratoire est de plus en plus forte. En effet, nous sommes passés de 11065 tests en 2003 à 14935 tests en 2004 soit une augmentation annuelle de 3870 tests.

Le pourcentage de tests positifs, en 2003 est de 14,8 % mais il est de 15,1 % en 2004. Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux pourcentages.

Dans l'ensemble, le dépistage spontané représente la plus grande demande en test pour l'an 2004 alors qu'en 2003 c'était les femmes enceintes et en 2002 les donneurs de sang.

La demande en tests spontanés a été encouragée par la mise en place des centres de dépistage anonyme et volontaire au niveau du PNLIS et des SMI et les campagnes de sensibilisation et d'information.

Les jeunes de 15-24 ans sont les plus grands demandeurs.

La promotion du dépistage volontaire a permis d'effectuer 31,36% des tests en 2004 contre 28,2 % en 2003 et 23,9 % pour 2002. Cette augmentation du nombre des tests effectués n'a pas d'influence sur le taux d'infection qui était de 13,5 % en 2002, 12,6 % pour l'année 2003 et est de 14,4 en 2004.

Le dépistage prénatal représente le deuxième motif de tests. Ce dépistage a été favorisé par l'introduction de la Prévention de la transmission du virus VIH de la mère à l'enfant (PTME) dans les SMI.

Le pourcentage de femmes enceintes séropositives est le même depuis 2002. Il est de l'ordre de 8 %.

Les suspicions cliniques représentent le troisième motif de test. Depuis 2001, il y a de moins en moins de patients qui découvrent leur séropositivité en phase SIDA. Le projet Access a permis de mettre 1880 patients sous antiretroviraux (depuis 2001) dont 513 en 2004. Plus de la moitié des personnes mise sous ARV en 2004 sont démunies.

On constate une féminisation de l'infection à VIH dans la plupart des pays d'Afrique. Pour ce qui est du Gabon, le sexe ratio est de 1/1 depuis 2002.

CONCLUSIONS

Il en ressort que sur 14935 tests effectués en 2004, a travers le réseau de laboratoires, 2256 étaient positifs. L'examen détaillé de ces résultats nous permet de faire les observations suivantes :

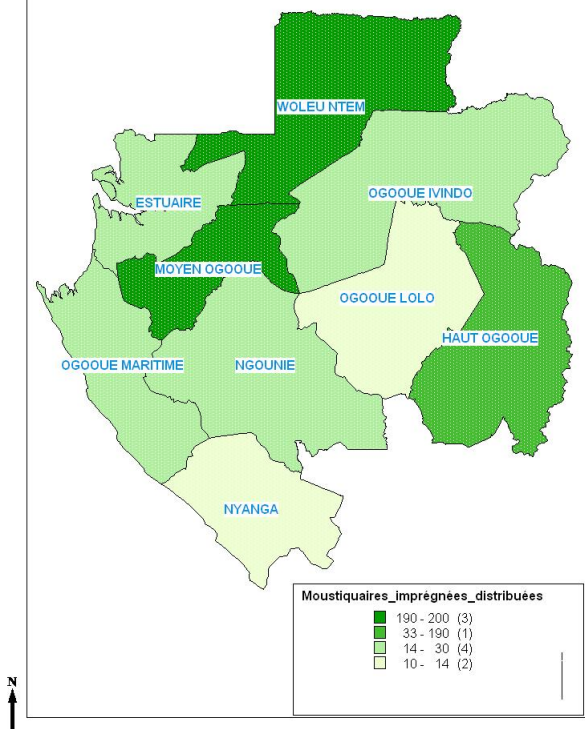
- depuis 1999, le nombre de tests réalisés ne cesse de croître et le pourcentage de résultats positifs a augmenté jusqu'en 2001.
- a partir de 2002, la proportion des tests positifs est en baisse.
- la différence entre la proportion des femmes infectées et celle des hommes n'est pas significative.
- depuis 2001, on note une diminution du nombre de patients qui découvrent leur séropositivité au stade de sida.
- Depuis le début de la pandémie, le Gabon a déclaré à ONUSIDA 7777 cas de Sida dont 878 en 2004.
- en 2004, le nombre cumulé de décès dus au VIH/Sida serait de 3920, conséquence de quoi celui des orphelins du Sida serait de 12290.
- à partir sites sentinelles (femmes enceintes) la prévalence nationale pour l'année 2004 est estimée à 8,1 % \pm 2,5%. A partir de cette prévalence, le nombre de personnes vivant avec le VIH/Sida au Gabon serait de 52110 [dans l'intervalle 34 000 – 52 000]
- Des progrès sont réalisés dans la lutte contre ce fléau. L'implication de tous est plus que jamais déterminante pour l'avenir.

A prise en charge des soins spécifiques passe par l'amélioration de l'offre de soins, de la réhabilitation et de l'équipement de l'existant, de l'organisation des enquêtes de dépistages, de l'intégration des consultations dans les services de médecine et de la prise en charge médicale et chirurgicale.

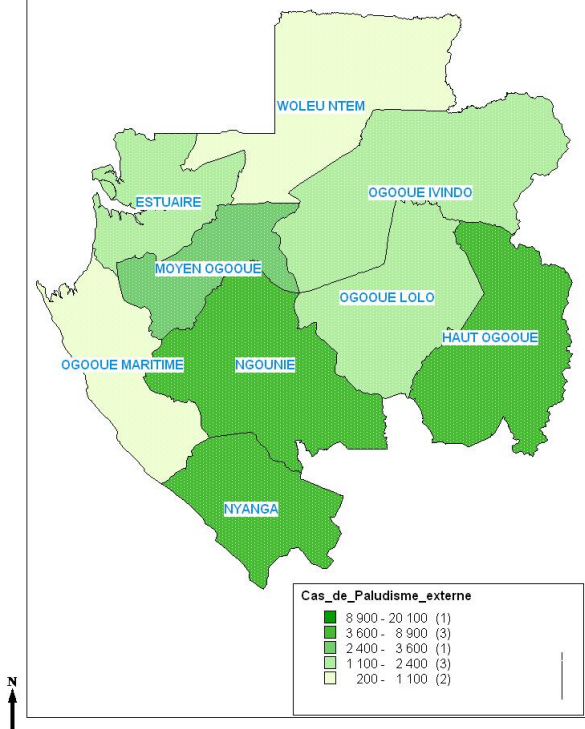
5.2.2. Renforcement de la lutte contre le paludisme

Le renforcement de la lutte contre le paludisme passe par la sensibilisation des communautés, la distribution des moustiquaires imprégnées et par la couverture en TPI des populations cibles.

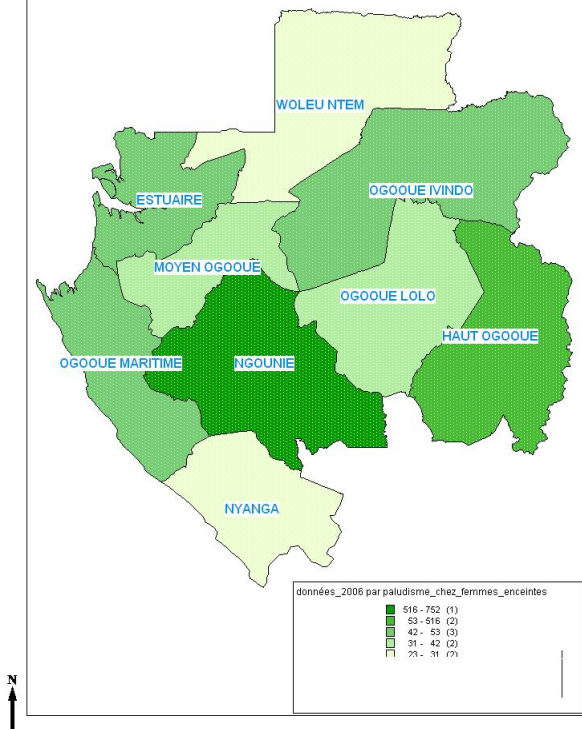
NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES DISTRIBUEES
DANS LES REGIONS SANITAIRES DU GABON EN 2005



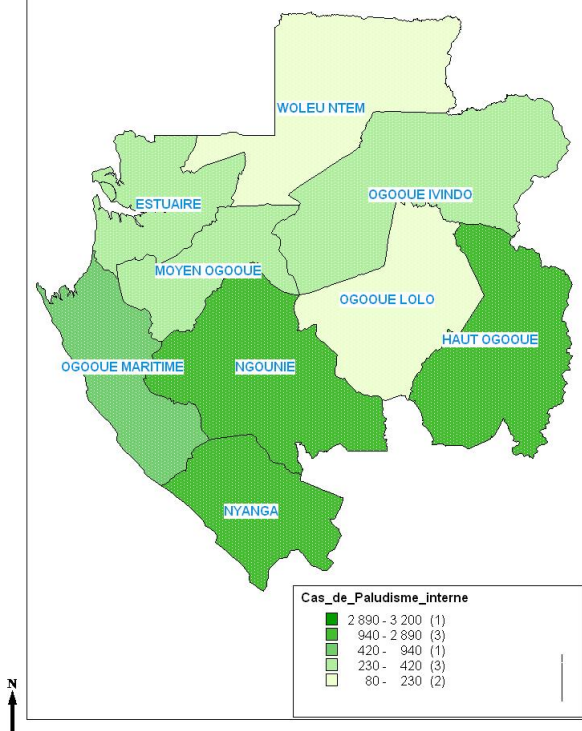
CAS DE PALUDISME TRAITE EN EXTERNE
DANS LES REGIONS SANITAIRES DU GABON EN 2005

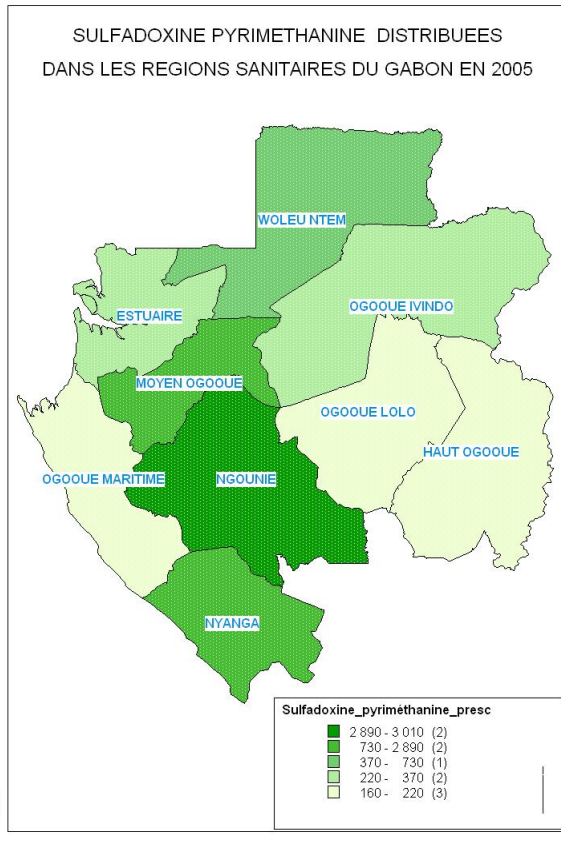


PALUDISME CHEZ LA FEMME ENCEINTE
DANS LES REGIONS SANITAIRES DU GABON EN 2005



CAS DE PALUDISME TRAITE EN INTERNE
DANS LES REGIONS SANITAIRES DU GABON EN 2005

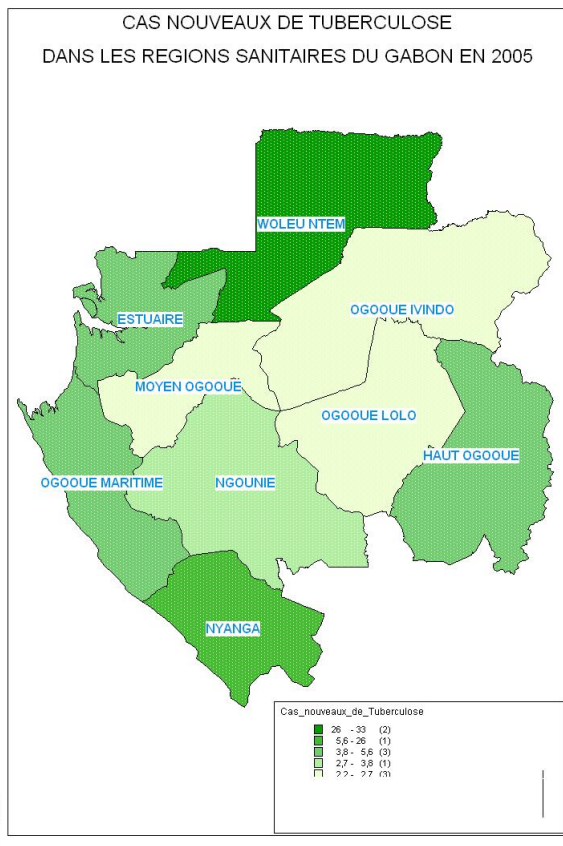
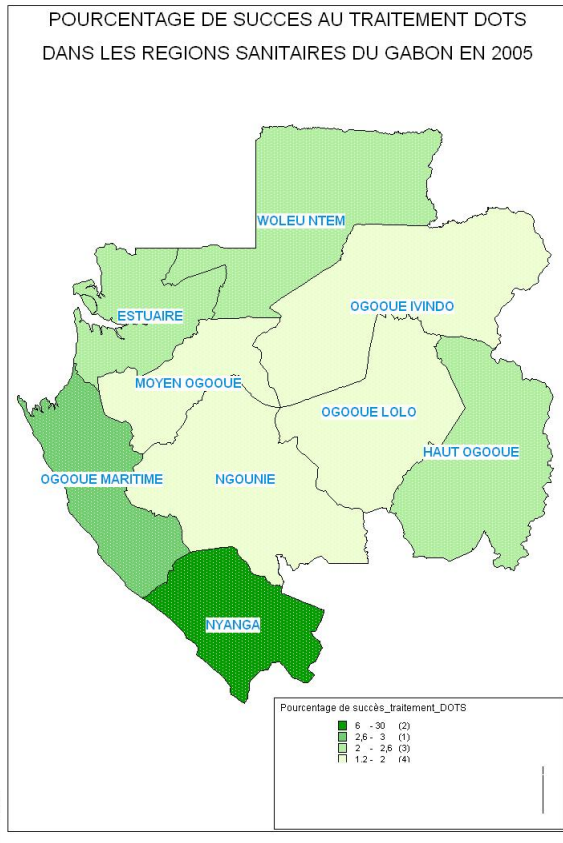




5.2.3. Renforcement de la lutte contre la tuberculose

Le taux de prévalence de la tuberculose se situe à 280/100.000 en 2005, en 2003 le taux de mortalité lié à la tuberculose se situait à 3% tandis que le taux de guérison sous DOTS est de 44%. La stratégie préconisée est la chimiothérapie courte directement supervisée ou DOTS. On visera à consolider la stratégie DOTS à Libreville où vit le tiers de la population et son extension à l'intérieur du pays par l'intégration dans les régions et départements. Résultats attendus taux de succès sous DOTS 85%, taux de détection 70% et un taux de couverture de 100%. **Erreur ! Liaison incorrecte.**

_Figure 24



5.7.5. Renforcer le Service National d'Hygiène Bucco-dentaire

Erreur ! Liaison incorrecte.

Observations:

Le paludisme est parmi les dix premières causes de mortalité et de morbidité au Gabon. C'est pour cela que beaucoup d'efforts sont élaborés par le PNLP afin d'éradiquer cette pathologie (Campagne de distributions des moustiquaires imprégnées aux populations les plus vulnérables.....)