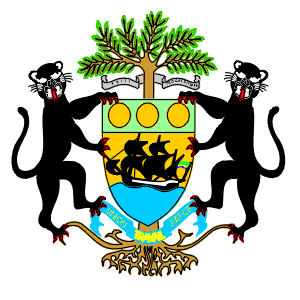
**République Gabonaise**

**Union- Travail – Justice**



**Ministère de la Santé, des Affaires Sociales,**

**de la Solidarité et de la Famille**

**Plan National de Développement Sanitaire**

**2011-2015**

***Décembre 2010***

**SOMMAIRE**

**Liste des abréviations et acronymes 3**

**Préface 5**

**Vision 6**

**Chapitre 1 : Arrière-plan et réalisations 7**

* 1. **Historique (arrière plan) 7**

**Chapitre 2: Analyse de la situation 9**

[**2.1 Contexte général**](#_Toc172796919) **9**

**2.2 Contexte sectoriel 11**

**2.3 Problèmes prioritaires 25**

**Chapitre 3: Priorités sanitaires stratégiques 26**

[**3.1 Objectif général 26**](#_Toc172796963)

[**3.2 Objectifs spécifiques, indicateurs et cibles 26**](#_Toc172796989)

[**3.3**](#_Toc172796983) **Axes stratégiques du PNDS 30**

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

**4.1. Ressources humaines 37**

**4.2. Infrastructures physiques 37**

**4.3. Matériels et fournitures 37**

**4.4. Ressources financières et gestion 37**

**4.5. Communication / Information 38**

**Chapitre 5: Plan financier**

**5.1 Calcul des coûts du plan 39**

**5.2 Coût estimé des interventions 39**

**5.3 Evaluation des fonds disponibles et prévus 39**

**5.4 Détermination de l’insuffisance du financement 39**

**Chapitre 6: Cadre de la mise en œuvre 46**

**6.1. Cadre logique (buts, orientations stratégiques, objectifs, indicateurs vérifiables, cibles et moyens de vérification) 47**

**6.2. Les acteurs de mise en œuvre, rôles et inter relations 51**

**Chapitre 7: Suivi et Evaluation 53**

**7.1. Mécanisme de suivi et l'évaluation 53**

**Conclusion 56**

**Annexes**

**Abréviations et acronymes**

**ACD :** Atteindre Chaque District

**CDMT :** Cadre de Dépense à Moyen Terme

**CEEAC :** Communauté Economique des Etats de l’Afrique Centrale

**CEMAC :** Communauté Economique et Monétaire de l’Afrique Centrale

**CENAREST :** Centre National de Recherche Scientifique et Technologie

**CIRMF :** Centre International de Recherches Médicales de Franceville

**CTA :** Centre de Traitement Ambulatoire du VIH

**CUSS :** Centre Universitaire des Sciences de la Santé

**CNAMGS :** Caisse Nationale d’Assurance Maladie et de Garantie Sociale

**CNSS :** Caisse Nationale de Sécurité Sociale

**CPNR :** Consultation Pré Natale Recentrée

**DGRHMG :** Direction Générale des Ressources Humaines et des Moyens Généraux

**DMP**: Direction du Médicament et de la Pharmacie

**DSCRP :** Document de Stratégie de Croissance et de Réduction Pauvreté

**DTC :** Diphtérie – Tétanos – Coqueluche

**DOTS :** Traitement sous observation direct

**EASSML :** Ecole d’Application des Services de Santé Militaire de Libreville

**EGEP :** Enquête Gabonaise pour l’Evaluation de la Pauvreté

**ENASS :** Ecole Nationale d’Action Sanitaire et Sociale

**EPS :** Education Pour la Santé

### FMSS : Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé

**GEF :** Gabonais Economiquement Faible

**HIABO :** Hôpital des Instructions des Armées Omar Bongo Ondimba

**IELE :** Institut d’Epidémiologie et de Lutte contre les Endémies

**IEC :** Information Education et Communication

**INFASS :** Institut National de Formation d’Action Sanitaire et Sociale

**IST :** Infection Sexuellement Transmissible

**MSPP :** Ministère de la Santé Publique et de la Population

**MST :** Maladie Sexuellement Transmissible

**NEPAD :** Nouveau Partenariat pour le Développement de l’Afrique

**OMD :** Objectif du Millénaire pour le Développement

**OMS :** Organisation Mondiale de la Santé

**ONG :** Organisation Non Gouvernementale

**OPN :** Office Pharmaceutique National

**OUA :** Organisation de l’Unité Africaine

**PCIME :** Prise en Charge Intégré des Maladies de l’Enfant

**PEV :** Programme Elargi de Vaccination

**PIB**: Produit Intérieur Brut

**PMA :** Paquet Minimum d’Activités

**PNUD**: Programme des Nations Unies pour le Développement

**PTME :** Prévention Transmission Mère Enfant

**PVVIH** : Personne vivant avec le VIH

**SIDA :** Syndrome d’Immunodéficience Acquise

**UA :** Union Africaine

**UNICEF :** Fonds des Nations Unies pour l’Enfance

**UNFPA :** Fonds des Nations Unies pour la Population

**UNHCR :** Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

**USD :** Dollar US

**USS :** Université des Sciences de la Santé

**VAT :** Vaccin Anti Tétanique

**VIH :** Virus de l’Immunodéficience Humaine

**Préface**

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

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

Le Plan National d’Action Sanitaire mis en œuvre entre 1998 et 2003 se décline dans cette logique, tout comme la loi n°012/95 du 14 janvier 1995 portant orientation de la politique de la santé en République Gabonaise. Les difficultés de mise en œuvre du PNAS ont conduit les autorités à le réviser plusieurs fois. Mais l’insatisfaction des populations vis à vis du système sanitaire et une forte demande de soins de qualité demeurent ; tout comme les difficultés d’accès aux soins des couches les plus défavorisées dans un contexte de pauvreté inquiétante.

L’organisation des états généraux de la santé précédé des foras régionaux en 2005 a permis de faire une analyse exhaustive du système de santé Gabonais et de proposer des pistes de solutions. Ils ont également été l’occasion d’impliquer les différentes communautés et les autorités locales dans l’analyse des problèmes de santé et de tenir compte de leurs besoins.

La recommandation principale de ces états généraux a été l’élaboration d’un Plan National de Développement sanitaire (PNDS) décrivant les objectifs et les stratégies qui devront être mises en œuvre pour répondre aux différents problèmes de santé des populations.

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

L’élection en 2009, du Président de la République, Chef de l’Etat, son Excellence Ali BONGO ONDIMBA dont la santé est une priorité majeur de son programme de société « l’Avenir en confiance » va permettre l’élaboration et l’adoption de la politique nationale de santé et la reprise du processus d’élaboration du Plan National de Développement sanitaire.

Le Plan National de Développement Sanitaire qui est proposé ici a donc pour ambition d’améliorer l’état de santé des populations et contribuer ainsi à la lutte contre la pauvreté entreprise par le Gouvernement de la République dans le cadre de la lettre de politique économique et sociale (LPES). Le PNDS va favoriser une plus grande implication des populations dans l’amélioration de leur état de santé et un véritable partenariat entre les communautés, l’Etat, la société civile et les partenaires au développement. Il ambitionne de traduire en actes concrets la Politique Nationale de Santé (PNS) qui vient d’être adopté par le Gouvernement, qui s’appuie sur les Déclarations de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et le renforcement des Systèmes de Santé, d’Alger sur la Recherche en Santé en Afrique.

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

Malgré l’immensité des besoins, le coût du PNDS que nous proposons est resté réaliste et en parfaite harmonie avec les prévisions et les capacités budgétaires de l’Etat pour les cinq prochaines années.

Les nombreux investissements consentis par l’Etat pour accroître et étendre l’offre de soins de qualité et la mise en place de la Caisse Nationale d’Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS) devant permettre l’accès aux soins de toute la population, marquent un engagement politique majeur.

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

Libreville, le

Ministre de la Santé, des Affaires Sociales, de la Solidarité et de la Famille

**Flavien NZENGUI NZOUNDOU**

**Résumé analytique**

La Politique Nationale de Santé dont la vison est dedoter la nation, à l’horizon 2020, d’un système de santé cohérent et performant mettant l’individu au centre des soins de santé, accessible à tous les citoyens et reposant sur la stratégie des Soins de Santé Primaires, a ouvert la voie à l’élaboration du Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015.

L’analyse du système de santé révèle plusieurs dysfonctionnements.La gouvernance du secteur de la santé est faible et le leadership du Ministère de la Santé est peu affirmé. Le système national d’information sanitaire est peu performant et la recherche en santé reste faiblement structurée. Les ruptures de stock de médicaments dans les formations sanitaires sont fréquentes. Les services d’aide au diagnostic (laboratoires, transfusion sanguine et d’imageries médicales) sont peu disponibles dans l’ensemble du pays.

Les ressources humaines sont insuffisantes et mal reparties sur l’ensemble du territoire national. L’offre de soins de qualité et l’utilisation des services de santé sont insuffisantes, les infrastructures et équipements du premier niveau de la pyramide sanitaire sont souvent vétustes. La gestion des ressources financières n’est pas optimale et leur répartition présente un gros déséquilibre en faveur du volet curatif au détriment des volets préventif et promotionnel. Les allocations budgétaires sont inadéquatement reparties entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire.

Ces nombreux dysfonctionnements expliquent la faible performance du système de santé caractérisé par un ratio de mortalité maternel et un taux de mortalité infanto-juvénile élevée. Le poids de la maladie, notamment du paludisme, de l’infection à VIH, de la tuberculose et des affections liées aux nouveaux modes de vie est important.

Face aux multiples défis du système de santé et tenant compte des différents engagements internationaux du Gouvernement notamment les OMD et la déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et le renforcement du système de santé, le PNDS s’est fixé comme objectif général l’amélioration de l’état de santé des populations notamment des plus démunies et a retenu neuf objectifs spécifiques :

1. Réduire la mortalité maternelle de 519 décès pour 100 000 naissances vivantes à 129 décès pour 100 000 naissances vivantes, d’ici 2015 ;
2. 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 ;
3. Réduire de 5,2% à 3% la séroprévalence du VIH, d’ici 2015 ;
4. Réduire de 96 pour 100 000 habitants à 50 pour 100 000 habitants la mortalité liée au paludisme d’ici 2015 ;
5. Réduire de 410 à 200 pour 100 000 habitants la prévalence de la tuberculose d’ici 2015 ;
6. Eliminer la trypanosomiase humaine africaine en tant que problème de santé publique et prendre en charge les autres pathologies tropicales négligées ;
7. Réduire d’au moins 50 % l’incidence des maladies émergentes (Chikungunya, Ebola) ;
8. Réduire d’au moins 25% la mortalité et la morbidité liées au diabète, à l’hypertension artérielle, à la drépanocytose, aux maladies mentales et aux cancers d’ici 2015 ;
9. Réduire d’au moins 30% la mortalité intra-hospitalière d’ici 2015.

Pour atteindre ces objectifs, 7 axes stratégiques ont été retenus dans le PNDS. Il s’agit des six piliers du système de santé (Gouvernance et leadership, prestations de santé, les technologies pour la santé, les ressources humaines en santé, le système d’information sanitaire, le financement de la santé) et la participation communautaire.

Le coût prévisionnel du PNDS sur 5 ans s’établit à 497 milliards de francs CFA environ, soit 313 milliards en investissement ce qui représente 63% du budget et 184 milliards en fonctionnement soit 37%. 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.

Le PNDS marque la volonté des autorités d’intensifier les interventions essentielles qui permettront au pays d’atteindre les OMD 4, 5 et 6 en 2015. Il prend également en compte les autres problèmes majeurs de santé et la riposte aux différentes épidémies.

**Vision stratégique du développement sanitaire**

La politique nationale de santé au Gabon vise à doter la nation, à l’horizon 2020, d’un système de santé cohérent et performant mettant l’individu au centre des soins de santé, accessible à tous les citoyens et reposant sur la stratégie des Soins de Santé Primaires.

Cette stratégie assure le respect des droits Humains, notamment le droit à la santé et porte les valeurs d’équité dans l’accès aux soins et de justice sociale. Elle garantit des prestations de qualité sur toute l’étendue du territoire national et permet ainsi aux populations de jouir d’un bon état de santé, gage de développement durable du pays.

Dans cette optique, le système de santé sera organisé de façon à faciliter la collaboration intersectorielle avec d’autres acteurs et départements dont les interventions renforcent ou facilitent l’action sanitaire, telle que la lutte contre la pauvreté, contre l’ignorance et contre l’insalubrité. Il mettra l’accent sur l’éthique et le respect de la dignité humaine dans la pratique et la dispensation des soins de qualité, le renforcement des capacités, l’intégration des activités de soins, la déconcentration et la décentralisation du secteur et le développement du partenariat.

Le système va intégrer l’approche genre et le devoir de solidarité entre les citoyens, favoriser la responsabilisation des populations et la participation communautaire, encourager et valoriser l’implication des femmes et des jeunes dans le développement sanitaire.

Chapitre 1 : Arrière plan et réalisations

**I.1. Evolution de l’action sanitaire**

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

La priorité du Gouvernement gabonais dans les années 60 s’est axée essentiellement sur le renforcement des formations sanitaires existantes, la construction de nouvelles structures et la formation des personnels de santé. Le souci de développement des ressources humaines s’est traduit par la création dans les années 60 d’une école d’infirmiers devenue l’Ecole Nationale d’Action Sanitaire et Sociale (ENASS) pour la formation des personnels paramédicaux. En 1971 un Centre Universitaire des Sciences de la Santé (CUSS) est créé pour la formation locale des médecins et certains paramédicaux.

Ce Centre est actuellement érigé en une Université des Sciences de la Santé. Par ailleurs, des filières de formation des personnels administratifs de santé ont été ouvertes à l’Ecole Nationale d’Administration (ENA) et à l’Ecole de Préparation aux Carrières Administratives (EPCA). En plus de la formation locale, l’Etat poursuit le développement des ressources humaines du secteur sanitaire par le biais de la coopération avec d’autres pays (financement de formation à l’étranger, recrutement des personnels expatriés).

A l’instar de la plupart des pays africains au sud du Sahara, le Gabon a adhéré en 1978 à la déclaration d’ALMA ATA sur la stratégie des Soins de Santé Primaires.

Les années 80 ont été marquées par un engouement en faveur des soins de santé primaires (mise en place des structures aux différents niveaux, formation des agents de santé des villages, constructions des cases de santé et mise en œuvre des différentes composantes des soins de santé primaires).

Le Gabon a adhéré en 1985 au scénario de développement sanitaire en trois phases de LUSAKA dans l’optique de trouver des solutions aux faibles performances du système de santé. Dans ce cadre, il a été créé des directions provinciales de santé (actuelles Directions Régionales de Santé). Cependant, cette volonté de déconcentration administrative et de décentralisation opérationnelle avec la mise en place des districts ou départements sanitaires n’a pas encore connu le succès escompté.

En 1987, lorsque la communauté internationale lance l’initiative de BAMAKO avec le principe du recouvrement des coûts et de la participation communautaire, le pays ne s’engage pas dans cette voie en raison de la conjoncture économique favorable de l’époque marquée par une forte production pétrolière. Au cours de cette période (70-80) sont créées dans toutes les régions sanitaires du pays les structures sanitaires de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) avec des prestations quasiment gratuites pour les salariés affiliés.

Durant la même période, des plans quinquennaux de développement intégrant la santé sont mis en œuvre dans le secteur public. Au cours de la décennie 80, le Gabon traverse une grave crise économique et financière qui réduit les efforts du pays dans la mise en place d’un système de santé performant. En 1995, est adoptée l’ordonnance 001/95 du 14 janvier 1995, portant orientation de la politique de santé en République Gabonaise.

Tout en rappelant les priorités sanitaires, ce texte met fin au concept de gratuité des soins et introduit le concept de participation de tous les citoyens à l’effort de santé, rejoignant ainsi les principes de l’Initiative de Bamako.

Les grands axes stratégiques de la politique sanitaire du Gabon sont définis dans la loi 12/95 PR du 14 janvier 1995, portant orientation de la politique de la santé au Gabon. Ils s’articulent autour des points suivants : (i) le renforcement du système de prévention (santé maternelle et infantile, médecine préventive, hygiène publique et assainissement, l’éducation pour la santé et la promotion sanitaire) ; (ii) la protection des populations vulnérables. Ces axes mettaient essentiellement l’accent sur les soins promotionnels et les soins préventifs.

Conformément aux orientations de cette ordonnance, le pays élabore en 1998 son premier Plan National d’Action Sanitaire (PNAS) qui sera révisé en 2000. Quatre ans plus tard, le document de politique nationale de santé est validé.

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

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

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

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

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

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

Chapitre 2: Analyse de la situation

I.Contexte général

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

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

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

La population totale était de 1.587 685 habitants en 2005[[1]](#footnote-1) avec une densité de la population de 5,9 habitants / Km²  et un taux d’accroissement annuel de 2,5%. Le sexe ratio est de 0,9 avec 48% d’hommes contre 52% de femmes. 41% de la population a moins de 15 ans, 46% entre 15 et 49 ans et 11,5% pour la tranche d’âge de 50 ans et plus.

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

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

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

Le PIB per capita est passé de 4000 dollars en 2000 à plus de 12 746 dollars US en 2010. L’encours de la dette par rapport au PIB était de 12% en 2008. Les principales ressources de l’économie gabonaise demeurent le pétrole, le manganèse et le bois.

Près de 33% de la population vit en dessous du seuil national de pauvreté et 60% en dessous du seuil de pauvreté relative[[3]](#footnote-3).

L’indice de développement humain (IDH) estimé à 0,653, plaçait le Gabon au 93ème rang sur 169 pays selon le rapport Mondial sur le développement Humain 2009 du PNUD. Cet indice contraste avec les données du PIB.

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

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

[](http://www.populationdata.net/pays/afrique/gabo)

**Figure 1 : Carte administrative du Gabon**

**II. Contexte sectoriel**

**2.1. L’organisation du système de santé**

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

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

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

- le niveau central ou niveau stratégique comprend l’ensemble des directions centrales y compris les programmes, les instituts et les structures de soins et de diagnostics de référence ;

- le niveau intermédiaire ou niveau d’appui technique est essentiellement composé de dix (10) directions régionales de santé et de neuf (9) hôpitaux ou centre hospitaliers régionaux implantés dans les chefs lieux des régions. Ces centres hospitaliers régionaux servent de référence aux structures du premier niveau de la pyramide sanitaire ;

- le niveau périphérique ou niveau opérationnel appelé département sanitaire est le premier niveau de la pyramide sanitaire et est composé des centres médicaux, des dispensaires, des centres de santé de district ou urbain et des cases de santé. Le centre médical, implanté au niveau du chef lieu du département sert de référence à ce niveau. Le pays compte 52 départements sanitaires.

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

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

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

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

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

##### 

##### **Graphique n°1 : Représentation du système national de santé**

Organisation offre de soins

Organisation administrative

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Niveau Central** | **MSASSF** |  | **CHL**  **CMM**  **LN**  **CNTS**  **OPN** |
| **Niveau Intermédiaire** | **DRS** | **CHR** / **HR** |
| **Niveau Périphérique** | **Département**  **sanitaire** | **CM**  **CS**  **Dispensaire** |

**2.2 Le fonctionnement du système de santé**

* ***La gouvernance et le leadership***

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

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

• Elle crée un service public de santé diversifié faisant intervenir plusieurs acteurs et dont l’efficacité implique une véritable coordination au niveau des investissements et une recherche systématique des complémentarités.

• Elle définit la carte sanitaire comme l’instrument fondamental de coordination et de planification de la politique nationale de santé.

• Elle redéfinit les mécanismes de financement du service public de santé afin d’assurer à tous, l’équité des contributions à l’effort de santé et l’égalité des conditions d’accès aux soins. Cette redéfinition implique une réforme institutionnelle de la protection sociale.

• Elle prévoit le transfert de certaines responsabilités aux formations sanitaires, par la réforme des procédures budgétaires et la décentralisation de leur gestion.

• Elle précise les grandes lignes à suivre pour redynamiser les ressources humaines par une administration rationnelle des personnels existants, la planification du recrutement et de la formation, l’amélioration des conditions de vie et de travail des professionnels de la santé.

• Elle définit la politique des médicaments et des matériels médico-chirurgicaux qui vise à assurer :

- la permanence, dans toutes les structures du service public de santé, des médicaments et des matériels nécessaires à leur fonctionnement ;

- la sécurité des consommateurs des médicaments.

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

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

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

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

- **La Direction Générale de la Santé** est chargée de coordonner et d’évaluer les programmes de Santé, de veiller à la qualité des soins, d’élaborer et faire appliquer la réglementation régissant l’exercice des professions de santé et le fonctionnement des établissements sanitaires.

- **La Direction Générale de la Planification, des Infrastructures et des Equipements** a pour mission de rendre les soins accessibles à tous, grâce à un réseau de structures sanitaires bien réparties sur l’ensemble du territoire national et bien équipées. Elle est chargée d’élaborer et de mettre à jour la carte sanitaire et les Schémas d’Organisation Sanitaire.

- **La Direction Générale des Ressources Humaines et des Moyens Généraux** est chargée d’élaborer et faire appliquer le plan directeur de développement des ressources humaines, de mettre en œuvre la politique de formation du ministère, planifier les recrutements et suivre l’évolution de la carrière des personnels, de proposer, de suivre et de contrôler le budget du département, d’assurer la gestion des locaux et des équipements de l’administration centrale et de participer à la gestion d’une banque de données sanitaires en liaison avec la Direction Générale de la Santé.

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

- le Centre Hospitalier de Libreville ;

- le Laboratoire National d’Analyses Médicales qui est un établissement de référence, chargé de l’exécution de la politique de l’Etat en matière de biologie clinique ;

- le Centre National de Transfusion Sanguine chargé de coordonner la mise en œuvre de la politique nationale de transfusion sanguine ;

- l’Office Pharmaceutique National (OPN) chargé de l’approvisionnement et de la distribution des médicaments et des matériels médico-chirugicaux nécessaires au fonctionnement des formations sanitaires ;

- le Centre des Malades Mentaux ;

- l’ENASS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* ***L’offre de soins***

**En matière d’infrastructures et d’équipements**, l’orientation politique était tournée vers le développement des structures de soins curatifs. Le pays compte environ 959 structures de soins depuis les cases de santé jusqu’aux hôpitaux nationaux, tous secteurs de santé confondus. Il existe près de 700 structures de premier contact entre la population et le système de santé (dispensaires, infirmeries, cabinets de soins) et 5 hôpitaux nationaux[[4]](#footnote-4). Le nombre de lits est estimé à environ 4000 pour l’ensemble du système de santé, soit un ratio de 25 lits pour 10 000 habitants[[5]](#footnote-5). Ces chiffres cachent les dysfonctionnements de la majorité des structures du premier niveau de la pyramide sanitaire. De nombreux dispensaires sont fermés et/ou ne répondent à aucune norme. Les centres médicaux sont majoritairement dans un état de décrépitude.

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

**Tableau 1 : Répartition des structures sanitaires par secteur**

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

(\*) HG Schweitzer et Bongolo

**(\*\*)** Missions catholiques et protestantes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* ***Les ressources humaines en santé***

Les ressources humaines pour la santé sont estimées à environ 12 000 personnes pour l’ensemble du pays, dont 9500 pour le secteur public. En termes de ratio, il y a environ dans le secteur public 4 médecins, 50 infirmiers et 4 sages-femmes pour 10 000 habitants[[6]](#footnote-6).

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



**Figure 2 : Répartition des agents publics par région sanitaire**

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

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

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

Par ailleurs, en l’absence de plan de carrière, l’effectif des sages femmes en exercice diminue d’année en année et en plus, très peu de jeunes étudiantes choisissent cette profession. Si rien n’est fait pour la rendre plus attractive, le Gabon court le risque d’un déficit grandissant en sages femmes avec pour conséquences la non sécurisation des accouchements et partant une élévation de la mortalité maternelle et périnatale.

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

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

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

* ***Le financement de la santé***

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

L’absence des comptes nationaux de la santé ne permet pas de disposer de données fiables sur les différents postes de dépenses et leur importance dans le secteur de la santé. On estime à près de 200 milliards de francs CFA (soit 400 millions de dollars US) les dépenses totales de santé, dont 138 milliards de francs CFA pour le secteur public en 2009[[7]](#footnote-7). Ces dépenses représentent 4,6%7 du PIB du pays. Les dépenses totales de santé per capita en dollars US ont doublé entre 2000 et 2007, passant de 185 dollars US à 373 dollars US.

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

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

**Tableau n°2 : Budget de l’Etat attribué au Ministère de la Santé Publique**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Année** | **Ministère du budget en millions FCFA** | **Budget Ministère de la Santé** | **Budget Santé (Min santé+ autres Min)** | **% budget santé /budget public** |
| **2000** | 786,000.00 | 36,907.00 | 41,907.00 | 5,3% |
| **2001** | 1,061,900.00 | 41,385.00 | 46,385.00 | 4,4% |
| **2002** | 969,100.00 | 39,564.00 | 44,564.00 | 4,6% |
| **2003** | 789,000.00 | 49,837.00 | 58,057.00 | 7,35% |
| **2004** | 821,700.00 | 46,358.00 | 58,458.00 | 7,1% |
| **2005** | 1,041,100.00 | 48,940.00 | 55,840.00 | 5,4% |
| **2006** | 1,122,100.00 | 59,445.00 | 66,485.00 | 5,9% |
| **2007** | 1,165,600.00 | 71,218.00 | 78,398.00 | 6,7% |
| **2008** | 1,332,700.00 | 68,713.00 | 76,033.00 | 5,7% |
| **2009** | 1,261,600.00 | 71,063.00 | 78,533.00 | 6,2% |

\* Loi de finances rectificatives

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

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

Enfin, les financements extérieurs de la santé ne représentent que 1,5% du total des dépenses de santé[[8]](#footnote-8).

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

* ***La recherche en santé***

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

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

**2.3. Les performances du système de santé**

L’espérance de vie à la naissance en 2008, était de 58 ans chez les hommes et 62 ans chez les femmes. Par contre l’espérance de vie en bonne santé dans la même période chutait à 50 ans chez les hommes et 53 ans chez les femmes[[9]](#footnote-9).

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

Le ratio de mortalité maternelle est de 520 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes. Les principales causes de mortalité sont les hémorragies notamment de la délivrance, les infections, les dysgravidies, l’hypertension artérielle et ses complications, les complications d’avortements provoqués clandestins[[10]](#footnote-10). Ce ratio n’a pas évolué depuis 2000, l’année de la dernière enquête démographique et de santé.

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

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

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

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

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



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

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



**Figure 4 : Evolution du taux d’utilisation des MIILDE chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans**

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

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



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

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

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

La drépanocytose touche près de 10% des enfants de moins de cinq ans et environ 2% de la population générale. On estime entre 20% à 30% la population porteuse du trait drépanocytaire au Gabon[[11]](#footnote-11).

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

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

On assiste vraisemblablement à une transition du profil épidémiologique national et il n’est pas impossible qu’à l’avenir le poids des maladies non transmissibles surpasse durablement celui des maladies transmissibles.

**2.4. Les autres déterminants de la santé**

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

* **Les facteurs politiques**

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

* **Les facteurs socioculturels**

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

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

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

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

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

* **Les facteurs socio-économiques**

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

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

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

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

* **Les facteurs environnementaux**

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

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

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

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

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

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

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

* **Les facteurs biologiques**

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

**III. Problèmes prioritaires**

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

Chapitre 3: Priorites sanitaires stratégiques

Le PNDS 2011-2015 prend 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 doit aussi s’inspirer 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) les grandes initiatives internationales en faveur du développement humain et social ; (iii) les conventions internationales de portée sanitaire et sociale et (iv) la nécessité d’un développement du secteur de la santé portant le respect du cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) convenu.

**3.1. OBJECTIF GENERAL**

**Améliorer l’état de santé et le bien-être des populations notamment des plus démunies.**

**3.2 Objectifs spécifiques et indicateurs**

L’atteinte de l’objectif général du PNDS est envisagée à travers les objectifs spécifiques présentés dans cette section.

|  |  |
| --- | --- |
| **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 maternel. |
| 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 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 cancers du col  Prévalence/incidence de la Drépanocytose  Prévalence/incidence des insuffisances rénales  Taux de mortalité spécifique aux maladies |
| Réduire d’au moins 30% la mortalité intra-hospitalière d’ici 2015 | Taux de mortalité intra-hospitaliere |

**3.2 Les axes stratégiques d’interventions**

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

* **Assurer aux populations l’accès universel aux soins promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs de qualité et continus;**

L’accès aux soins des populations est l’enjeu majeur de tout système de santé. Il s’agit de permettre aux populations de bénéficier des prestations de soins afin de réduire significativement la morbidité et la mortalité. Ces prestations conformément aux orientations de la loi 12/95 du 14 janvier 1995 et de la politique nationale de santé visent prioritairement l’amélioration de la santé de la mère et de l’enfant et le renforcement de lutte contre les maladies.

La réduction de la mortalité maternelle passe par la promotion du planning familial et l’utilisation des méthodes modernes de contraception notamment chez les adolescents permettant ainsi de réduire le nombre de grossesses précoces et non désirées. Il en est de même du développement des consultations pré natales recentrées. Le suivi de la grossesse qui inclut les prestations de PTME, de vaccination anti-tétanique et d’administration du TPI restent primordiales dans la prise en charge des grossesses.

La présence d’un personnel qualifié notamment des sages-femmes mais également des infirmiers accoucheurs, la mise aux normes SONUB et SONUC de l’ensemble des maternités du pays et surtout la disponibilité permanente des kits d’accouchements comprenant des ocytociques, des antibiotiques et anticonvulsivants injectables constituent des conditions minimales d’une prise en charge correcte des accouchements.

La formation du personnel sur la prise en charge des complications de l’accouchement, de même que la disponibilité des maternités avec bloc opératoire viennent compléter la prise en charge des grossesses.

**Les interventions**

1. *Promouvoir l’utilisation des méthodes contraceptives (PF) ;*
2. *Augmenter le pourcentage de femmes enceintes effectuant au moins 4 visites prénatales (CPNR complet) ;*
3. *Augmenter le taux d’accouchement assisté par un personnel qualifié ;*
4. *Améliorer la prise en charge des complications obstétricales et néonatales ;*

La réduction de la mortalité infanto-juvenile nécessite le développement des stratégies de survie de l’enfant. La promotion de l’allaitement maternel exclusif jusqu’à six mois passe par l’intensification des messages de sensibilisation des populations notamment des mères et des professionnels de la santé et le renforcement de la réglementation. L’introduction des nouveaux vaccins notamment le vaccin anti-haemophilus et la mise en œuvre de la stratégie ACD permettront d’augmenter la couverture vaccinale. L’augmentation de l’utilisation des MIILDE et l’amélioration de la prise en charge correcte des cas de paludisme chez les enfants de moins de cinq ans permettront une réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme. La prise en charge des cas d’enfants affectés et infectés par le VIH/SIDA constitue un axe d’intervention majeur. L’extension de la Prise en Charge Intégré des Maladies de l’enfant (PCIME) à l’ensemble des départements sanitaires et sa mise en œuvre dans les formations sanitaires demeure la stratégie prioritaire pour assurer une prise en charge globale des enfants.

**Les interventions**

1. *Améliorer la couverture vaccinale dans tous les départements pour tous les antigènes;*
2. *Promouvoir l’allaitement maternel exclusif jusqu’à 6 mois ;*
3. *Renforcer la lutte contre la malnutrition chez les enfants;*
4. *Etendre la PCIME à l’ensemble des départements sanitaires ;*

Le renforcement de la lutte contre les maladies concerne principalement le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose, les maladies tropicales négligées (Trypanosomiase Humaine Africaine, Lèpre et Ulcère de Buruli) et les maladies non transmissibles notamment le diabète, l’hypertension artérielle, la drépanocytose, les cancers et les maladies mentales.

Il s’agit essentiellement de renforcer les campagnes de sensibilisation des populations, d’intensifier la surveillance épidémiologique et d’améliorer la prise en charge des cas.

**Les interventions**

1. *Améliorer la prise en charge des cas de paludisme ;*
2. *Promouvoir l’utilisation des MIILDE (femmes enceintes et d’enfants de moins de cinq ans);*
3. *Augmenter le pourcentage des femmes enceintes recevant le Traitement Préventif Intermittent ;*
4. *Augmenter le pourcentage des femmes enceintes bénéficiant des prestations de PTME ;*
5. *Améliorer l’accès des PVVIH aux services de prévention, traitement et soins y compris les enfants;*
6. *Promouvoir l’utilisation du condom notamment dans les groupes à risques ;*
7. *Renforcer le dépistage et la prise en charge des cas de tuberculose à microscopie positive ;*
8. *Renforcer le dépistage et la prise en charge des cas de THA à parasitologie positive dans tous les foyers d’endémies ;*
9. *Réduire le taux d’invalidité imputable à la lèpre chez les patients sous poly chimiothérapie ;*
10. *Renforcer le dépistage et la prise en charge des cas d’ulcère de Buruli ;*
11. *Renforcer le dépistage et la prise en charge de l’hypertension Artérielle, du diabète, des cancers, des maladies mentales et de la drépanocytose ;*

* **Développer une offre de soins de qualité et accessibles aux populations**

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

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

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

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

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

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

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

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

Les interventions

1. *Elaborer les algorithmes, les paquets minimums et complémentaires d’activités et les directives de prises en charge par niveau de soins ;*
2. *Rendre fonctionnel les programmes et services nationaux de lutte contre la maladie ;*
3. *Renforcer l’offre de soins du troisième niveau de la pyramide sanitaire ;*
4. *Rendre opérationnel les régions sanitaires ;*
5. *Rendre opérationnel les départements sanitaires ;*

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

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

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

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

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

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

***Interventions***

1. *Renforcer les capacités institutionnelles ;*
   1. *Actualiser le cadre institutionnel du Ministère en charge de la Santé ;*
   2. *Mettre en place la réforme du secteur pharmaceutique ;*
   3. *Adopter les textes d’applications de la loi portant création de la CNAMGS ;*
   4. *Mettre en place la réforme hospitalière ;*
   5. *Créer l’Observatoire National de la Santé Publique ;*
   6. *Elaborer la nomenclature des actes et fixer la tarification ;*
   7. *Réformer le secteur privé de santé ;*
   8. *Elaborer et adopter un code de la santé publique au Gabon ;*
   9. *Organiser la médecine traditionnelle et la pharmacopée locale ;*
   10. *Mettre en place le cadre institutionnel de coordination du secteur de la santé ;*
2. *Optimiser le fonctionnement du Ministère de la Santé ;*
3. *Rendre fonctionnel les organes (structures) de régulation du secteur de la santé (contrôle, inspections, ordres professionnels.*

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

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

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

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

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

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

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

***Les interventions***

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

* **Développer les ressources humaines**

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

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

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

***Les interventions***

1. *Elaborer un plan de développement des ressources humaines ;*
2. *Renforcer la formation continue du personnel ;*
3. *Former et recruter les ressources humaines pour la santé ;*
4. *Réformer la politique de formation des personnels de santé**;*
   1. *La redéfinition des curricula de formation des professions médicales, pharmaceutiques, odonto-stomatologiques, paramédicales et administratives.*

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

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

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

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

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

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

***Les interventions***

1. *Rendre pérenne le système de financement de la santé ;*
   1. *Elaborer en relation avec le Ministère des Finances un Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT) ;*
   2. *Elaborer tous les deux ans les comptes nationaux de la santé;*
   3. *Augmenter les ressources budgétaires consacrées aux interventions de prévention et de promotion de la santé ;*
   4. *Augmenter les ressources budgétaires consacrées aux départements sanitaires (centres médicaux, centres de santé, dispensaires) ;*
   5. *Renforcer les capacités de gestion financière des formations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;*
2. *Contribuer à la mise en place d’un système performant d’assurance maladie ;*
   1. *Contribuer à l’extension de la couverture maladie ;*
   2. *Elaborer une politique de contractualisation et les contrats de performances ;*

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

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

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

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

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

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

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

***Les interventions***

1. *Réorganiser et accroître les performances du SNIS ;*
2. *Améliorer le système national d’information de routine ;*
3. *Améliorer le système national d’information de gestion des ressources ;*

##### Renforcer le système de surveillance en santé publique y compris la création d’un fonds de riposte aux épidémies ;

1. *Développer la recherche opérationnelle*

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

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

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

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

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

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

***Interventions***

1. *Impliquer les communautés dans l’appropriation de leur état de santé ;*
2. *Développement du partenariat ;*

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

**4.1. Ressources humaines**

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

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

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

**4.2. Infrastructures physiques**

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

**Tableau n°3 : Tableau synthétique des infrastructures à construire ou réhabiliter du PNDS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pyramide sanitaire** | **Types d’infrastructures**  **(Construction)** | **Types d’infrastructures**  **(Réhabilitation)** |
| Niveau central | 860 bureaux (construction du MSP)  1 agence du médicament  1 laboratoire contrôle qualité  1 centre anti poison  1 Centre de pharmaco-vigilance  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 |  |
| (Hôpitaux nationaux) | 1 Centre hospitalier de Libreville  1 CHU Angondjé et institut de cancérologie  1Centre de chirurgie d’Owendo  1 Hôpital mère enfant Jeanne Ebori  1 Centre de gériatrie/gérontologie  1 village psychiatrique | 1 Hôpital de Nkembo |
| Régions sanitaires | 10 Directions régionales de santé  2 Centres hospitaliers régionaux  12 SMI régionaux  2 Pharmacies régionales  10 Bases d’épidémiologie et d’hygiène  9 Centres de santé mentale  8 Centres régionaux de transfusion sanguine  9 Inspections régionale de santé  9 centre régionaux de maintenance  2 Ecoles provinciale de santé (INFASS) | 5 Centres hospitaliers régionaux |
| Départements sanitaires | 11 Centres médicaux  10 Centres de santé  84 dispensaires | 18 Centres médicaux  20 Centres de santé  246 Dispensaires |

Au niveau de l’offre de soins, on compte la construction d’un centre hospitalier universitaire et l’institut de cancérologie d’Angondjé et du centre de chirurgie d’Owendo, la reconstruction du centre hospitalier de Libreville et l’hôpital mère enfant de Jeanne Ebori, la construction d’une centrale d’achat de médicament, de l’Institut National de Formation d’Action Sanitaire et Sociale (INFASS), du laboratoire national, de l’institut d’hygiène publique et d’assainissement et du centre des malades mentaux.

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

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

**4.3. Matériels et fournitures**

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

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

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

**4.4. Ressources financières et gestion**

Le besoin en financement du PNDS est évalué à 497 milliards de francs CFA environ sur 5 ans soit 313 milliards en investissement et 184 milliards en fonctionnement. Cela représente un besoin de financement annuel de 99,5 milliards de francs CFA. Ce montant équivaut à 199 millions de dollars par an.

Le besoin en financement annuel du PNDS per capita représenterai environ 66 355 francs CFA soit environ 135 dollars par personne par an.

L’Etat, y compris les collectivités locales est le principal agent de financement du PNDS. La caisse nationale d’assurance maladie et de garantie sociale devrait assurer des financements importants dans le cadre de ce plan notamment dans les objectifs liés à la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

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

**4.5. Communication / Information**

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

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

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

**Chapitre 5: Plan financier**

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

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

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

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

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

Ainsi le budget prévisionnel du PNDS sur 5 ans s’établit à 497 milliards de francs CFA environ, soit 313 milliards en investissement ce qui représente 63% du budget et 184 milliards en fonctionnement soit 37%. Il s’agit d’un besoin de financement annuel moyen de l’ordre 99,5 milliards de francs CFA. Soit en moyenne 62,7 milliards de francs CFA par an en investissement et 36,8 milliards de francs CFA en moyenne par an pour le fonctionnement.

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

Concernant le budget de fonctionnement, les 36,8 milliards constitue un coût marginal hors salaires. L’Etat doit augmenter de 36,8 milliards de francs CFA en moyenne le budget de fonctionnement hors salaire du Ministère de la Santé. Il s’agit d’une augmentation de près de 100% du budget de fonctionnement. Ce dernier était de l’ordre de 71 milliards de francs CFA en 2010 y compris les salaires et de 30 milliards hors salaires. L’augmentation de ce budget est consécutive aux coûts récurrents engendrés par les nouvelles constructions mais également par la prise en compte réelle des coûts de prise en charge des maladies cibles et les besoins en médicament des structures publiques.

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

Les coûts supportés par la CNAMGS et les partenaires au développement dans le cadre de ce plan avoisineront les 10 à 15 milliards de francs CFA. Le gap de financement à la charge de l’Etat se situerait autour de 21, 8 milliards de francs CFA annuel.

**BUDGET PAR OBJECTIFS ET AXES STRATEGIQUES DU PNDS**

**BUDGET DISPONIBLE PNDSChapitre 6: Cadre de la mise en œuvre**

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

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

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

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

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

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

**L’ETAT et ses démembrements**

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

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

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

* **Les partenaires**

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

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

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

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

**Les partenaires privés**. Ils apportent un appui financier de deux manières : d’une part le financement du fonctionnement des formations sanitaires à leurs charges qui accueillent leurs personnels et les populations résidant dans leur aire géographique d’intervention ; d’autre part en contribuant au financement des campagnes de santé publique telles que la campagne de grande envergure de 2007 (distribution de moustiquaires imprégnées d’insecticide, vaccination contre la rougeole, administration de vitamine A), Journées Nationales de Vaccination pour l’éradication de la poliomyélite. Ils apportent aussi leur financement dans des projets en partenariats stratégiques, ceci de façon ponctuelle ou lors de projets orientés vers des zones d’intervention clairement définies. C’est le cas de Total Gabon avec l’UNICEF dans les Communes de Libreville Owendo et à Port – Gentil, de la société SHELL et le PNUD pour la ville de GAMBA. D’autres opérateurs privés organisent également des activités de santé au bénéfice de leurs agents et de la population.

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

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

* Les communautés et les familles.

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

**Les parents/familles**

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

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

**Association des malades**

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

**Les accoucheuses traditionnelles et les tradipraticiens**

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

**Chapitre 7: Suivi et Evaluation**

**7.1. Mécanisme de suivi et l'évaluation**

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

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

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

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

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

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

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

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

**7.2 Indicateurs de suivi-évaluation**

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

**7.3 Les mécanismes de suivi-évaluation**

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

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

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

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

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

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

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

* **Les revues annuelles du PNDS**

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

* **L’évaluation à mi-parcours**

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

Cette évaluation à mi-parcours permettra de:

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

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

Elle est destinée à :

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

Conclusion

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour les 5 prochaines années 2011-2015 constitue l’instrument fondamental de mise en œuvre de la Politique National de Santé adopté par le Gouvernement en Conseil des Ministres. Il traduit la volonté du Gouvernement de doter le pays d’un système de santé performant basé sur les soins de santé primaires dont la finalité est d’améliorer de façon significative l’état de santé des populations.

Le PNDS marque la volonté des autorités d’intensifier les interventions essentielles qui permettront au pays d’atteindre les OMD 4, 5 et 6 en 2015. Il prend également en compte les autres problèmes majeurs de santé et la riposte aux différentes épidémies.

La méthodologie participative retenue pour l’élaboration de ce plan et l’implication de tous les partenaires ont permis de doter le pays d’un document consensuel qui prend en compte les besoins prioritaires des populations. Aussi, le PNDS devient le cadre de référence de tous les intervenants dans le secteur de la santé.

L’élaboration et l’adoption d’un plan de suivi –évaluation et l’organisation d’une table ronde des bailleurs du PNDS constituent les étapes ultimes de ce processus.

L’engagement du Gouvernement doit permettre de mobiliser des fonds publics additionnels au secteur de la santé. La mise en place de l’assurance maladie permettra de financer l’essentiel des activités curatives de ce plan.

La mise en œuvre du PNDS se fera à travers les plans opérationnels des différents départements sanitaires du pays avec l’implication des communautés, de la société civile, des autorités locales et des partenaires au développement.

**ANNEXE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs de résultats à moyen terme** | **Indicateurs de résultats** |
| **Assurer aux populations l’accès universel aux soins promotionnels, préventifs, curatifs et ré adaptatifs de qualité et continus;** | |
| D’ici 2015, au moins 30% des femmes et des adolescents utilisent une méthode moderne de contraception (PF) ; | Pourcentage des femmes et des adolescentes qui utilisent une méthode moderne de contraception |
| D’ici 2015, 90% des femmes enceintes effectuent au moins 4 visites prénatales (CPNR complet) ; | Pourcentage des femmes enceintes qui effectuent au moins 4 CPNR |
| Atteindre un taux d’accouchement assisté par du personnel qualifié d’au moins 90% d’ici 2015 ; | Taux d’accouchement assisté par du personnel qualifié |
| 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 ; | Pourcentage des complications de l’accouchement chez la mère et chez le nouveau –né pris en charge selon les protocoles nationaux |
| Atteindre une couverture vaccinale d’au moins 90% au niveau national et d’au moins 80% dans tous les départements pour tous les antigènes d’ici 2015; | Taux de couverture vaccinale nationale et par département sanitaire |
| D’ici 2015, au moins 20% des femmes pratiquent l’allaitement exclusif jusqu’à 6 mois ; | Pourcentage des femmes pratiquant l’allaitement maternel exclusif jusqu’à six mois |
| D’ici 2015, au moins 80% des cas de malnutrition chez les enfants bénéficient d’une prise en charge adéquate; | Pourcentage des cas de malnutrition chez les enfants correctement pris en charge |
| D’ici 2015, au moins 80% des cas de paludisme déclarés reçoivent un traitement correct dans les 24 heures | Pourcentage des cas de paludisme déclarés recevant un traitement correct dans les 24 heures |
| D’ici 2015 au moins 80% de la population (femmes enceintes et d’enfants de moins de cinq ans) dorment sous MIILDE ; | Proportion de la population dormant sous moustiquaire imprégné |
| D’ici 2015, au moins 80% des femmes enceintes reçoivent le TPI ; | Pourcentage des femmes enceintes qui reçoivent le TPI 2 ; |
| D’ici 2015, au moins 80% des femmes enceintes bénéficient des prestations PTME | Pourcentage des femmes enceintes ayant bénéficiées des prestations de PTME ; |
| Au moins 80% de PVVIH ont accès aux services de prévention, traitement et soins y compris les enfants d’ici 2015. | Pourcentage de PVVIH ayant accès aux services de prévention, de traitement et de soins ;  Pourcentage d’enfants infectés par le VIH ayant accès aux services de prévention, traitement et soins ; |
| Atteindre un taux d’utilisation du condom d’au moins 85% dans les groupes à risques. | Taux d’utilisation du condom dans les groupes à risque ; |
| D’ici 2015, dépister au moins 70% des cas de tuberculose à microscopie positive et guérir au moins 85% d’entre eux. | Taux de dépistage de cas de tuberculose à microscopie positive ;  Taux de guérison des cas de tuberculose ; |
| D’ici 2015 au moins 95% des enfants malades bénéficient d’une prise en charge adéquate contre les principales pathologies (diarrhée, Infections respiratoires aigues, infections urinaires…) ; | Pourcentage d’enfants bénéficiant d’une prise en charge adéquate contre les principales pathologies parasitaires et infectieuses |
| D’ici 2015, au moins 95% personnes à risque pour l’hypertension Artérielle, le diabète, les cancers, la santé mentale et la drépanocytose ont accès aux services de prévention, traitement et de soins. | Taux de dépistage par an ;  Taux de cas traités par an ; |
| 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. | Taux des cas de THA dépistés (parasitologie positive) par an  Taux de cas de THA traités par an  Taux de guérison des cas de THA  Taux de cas de THA suivis pendant deux ans après le traitement |
| D’ici 2015 réduire d’au moins 50% le taux d’invalidité imputable à la lèpre chez les patients sous poly chimiothérapie. | Taux d’invalidité imputable à lèpre |
| D’ici 2015 dépister au moins 90% des cas d’ulcère de Buruli et traiter 100% des cas dépistés | Taux de cas d’ulcère Buruli dépistés  Taux de cas d’ulcère Buruli traités et guéris |
| D’ici 2015, au moins 90% des hôpitaux nationaux et régionaux offrent des prestations de qualité (selon le référentiel qualité) | Pourcentage d’hôpitaux nationaux/régionaux qui offrent des prestations de qualité |

1. Arrêté de la Cour constitutionnelle sur les résultats du Recensement Général de la Population et de l’Habitat (RGPH) 2003 [↑](#footnote-ref-1)
2. Enquête Démographique et de Santé, 2000 [↑](#footnote-ref-2)
3. Enquête Gabonaise pour l’Evaluation de la Pauvreté (EGEP) [↑](#footnote-ref-3)
4. Carte sanitaire 2008, Ministère de la Santé [↑](#footnote-ref-4)
5. Estimation nationale. [↑](#footnote-ref-5)
6. Statistiques sanitaires mondiales [↑](#footnote-ref-6)
7. Estimations nationales [↑](#footnote-ref-7)
8. Statistiques sanitaires mondiales 2010. [↑](#footnote-ref-8)
9. Statistiques sanitaires mondiales 2010. [↑](#footnote-ref-9)
10. Enquête sur l’évaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d’urgence au Gabon [↑](#footnote-ref-10)
11. OMS, la drépanocytose dans la région Africaine : situation actuelle et perspectives (2006) [↑](#footnote-ref-11)
12. Idem, P. 35 [↑](#footnote-ref-12)
13. Ibidem, P. 37 [↑](#footnote-ref-13)
14. Direction générale de l’éducation populaire. Source citée par UNESCO

    14 Office National de l’Emploi [↑](#footnote-ref-14)