



PREMIERE VICE-PRIMATURE

**MINISTERE DE LA SANTE,
DE LA PREVOYANCE SOCIALE ET DE LA
SOLIDARITE NATIONALE**

PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE

2017-2021

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Préface..... | 3 |
| Liste des figures et tableaux..... | 4 |
| Liste des abréviations et acronymes..... | 5 |
| Résumé | 7 |
| Chapitre 1 : Contexte général du pays..... | 8 |
| Chapitre 2 : Analyse de la situation du secteur de la santé..... | 10 |
| 2.1. Organisation du système de santé..... | 10 |
| 2.2. Fonctionnement du système de santé..... | 11 |
| 2.3. Performances du système de santé..... | 21 |
| Chapitre 3 : Déterminants de la santé..... | 24 |
| 3.1. Facteurs politiques..... | 24 |
| 3.2. Facteurs socioculturels..... | 24 |
| 3.3. Facteurs socio-économiques | 24 |
| 3.4. Facteurs liés aux moyens de communication..... | 25 |
| 3.5. Facteurs environnementaux..... | 25 |
| 3.6. Facteurs biologiques..... | 25 |
| Chapitre 4 : Problèmes prioritaires..... | 27 |
| Chapitre 5 : Orientations stratégiques | 28 |
| 5.1. Axes stratégiques..... | 28 |
| 5.2. Objectifs du PNDS 2017-2021..... | 34 |
| 5.3. Interventions du PNDS 2017-2021..... | 38 |
| Chapitre 6 : Coûts estimatifs des interventions par objectifs..... | 39 |
| Chapitre 7 : Modalités de financement..... | 45 |
| Chapitre 8 : Cadre logique de mise en œuvre..... | 46 |
| Chapitre 9 : Suivi et évaluation..... | 83 |
| 9.1. Mécanisme de suivi et évaluation..... | 83 |
| 9.2. Budget estimatif du suivi et évaluation..... | 84 |
| Conclusion..... | 86 |
| Annexes..... | 87 |

Préface

La quête d'une meilleure santé de la population pour assurer le développement du pays est une constante du Gouvernement de la République. Le Gabon s'inscrit dans cette logique depuis plusieurs années, et cela s'est notamment manifesté par son adhésion aux différentes initiatives, aussi bien nationales qu'internationales, tendant à l'amélioration des conditions de vie des populations. A cet effet, de nombreuses actions sont régulièrement entreprises, en accord avec la communauté internationale et avec l'appui des partenaires au développement, pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de plans.

C'est dans ce cadre que le Gabon a souscrit à plusieurs Déclarations, d'Alma Ata en 1978 sur les Soins de Santé Primaires, du Millénaire sur la pauvreté en 2000 à New York, d'Abuja au Nigéria en l'an 2000 sur le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, de Ouagadougou en 2008 sur le renforcement du système de santé et les Soins de Santé Primaires, d'Alger en 2008 sur la recherche en santé en Afrique, de Libreville en 2008 sur la santé et l'environnement et de Tunis en 2012 sur l'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité pour la santé. De même, après les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le pays a souscrit aux Objectifs de Développement Durable (ODD), adoptés en septembre 2015 à New York.

L'un des défis majeurs du Gouvernement gabonais est d'offrir à la population des prestations de qualité dans un esprit d'équité et de justice sociale. Ce défi ne pourra être relevé qu'avec la mise en place d'un système de santé performant, répondant aux besoins de plus en plus croissants des individus, des familles et des communautés en matière de santé. C'est tout l'objet de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un Plan National de Développement Sanitaire, en vue d'améliorer l'état de santé des populations et contribuer ainsi à la lutte contre la pauvreté.

Le précédent Plan National de Développement Sanitaire, adopté en Conseil des Ministres, pour la période 2011-2015, a fait l'objet d'une mise en œuvre et d'une évaluation finale. Celle-ci a permis de constater qu'à côté d'indéniables avancées, d'importants défis subsistent. Il appartient au présent PNDS de les relever.

Elaboré selon un processus participatif qui a impliqué l'ensemble des acteurs du secteur de la santé, le PNDS 2017-2021 répond au souci de mettre à la disposition de l'Etat et de l'ensemble des parties prenantes un document de référence pour l'ensemble des interventions dans le domaine de la santé en République gabonaise. Ce nouveau PNDS qui prend tout particulièrement en compte la cible santé des Objectifs de Développement Durable (ODD 3), a vocation à traduire en actes concrets, pour les cinq prochaines années, la *Politique Nationale de Santé* adoptée par le Gouvernement en 2010, à travers des interventions alignées sur les priorités sanitaires nationales et visant l'amélioration des indicateurs de l'état de santé du Gabon. L'accent y est mis sur l'éthique et le respect de la dignité humaine dans la pratique et la dispensation des services de santé, le renforcement des capacités, l'intégration des activités de soins, la déconcentration et la décentralisation du secteur de la santé, le développement du partenariat, l'approche genre et le devoir de solidarité entre les citoyens par la promotion de l'égalité des chances. Par ailleurs, l'opérationnalisation des départements sanitaires y occupe une place majeure, en vue de renforcer les soins de base à travers la prévention et la promotion de la santé. Le PNDS favorise ainsi la responsabilisation des populations et la participation communautaire, encourage et valorise l'implication des femmes et des jeunes dans le développement sanitaire.

Les objectifs et stratégies retenus, de même que les interventions prévues, devraient permettre au Gabon d'améliorer l'état de santé des populations et d'asseoir, à l'horizon 2021, un système de santé cohérent, performant et accessible à tous, avec l'appui multiforme de la communauté internationale.

Libreville, le

Le Premier Vice-Premier Ministre,
Ministre de la Santé, de la Prévoyance
Sociale et de la Solidarité Nationale

Paul BIYOGHE MBA

Liste des figures et tableaux

Figures

Figure 1 : Répartition des agents permanents du Ministère de la Santé par catégorie/hiérarchie

Figure 2 : Répartition des effectifs par sexe

Figure 3 : Répartition des effectifs par région sanitaire

Figure 4 : Programmation annuelle des dépenses du PNDS

Tableaux

Tableau 1 : Espérance de vie selon le sexe

Tableau 2 : Comparaison entre la proportion des effectifs en poste et le poids démographique par région sanitaire

Tableau 3 : Répartition de quelques spécialités par région sanitaire

Tableau 4 : Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans par sexe

Tableau 5 : Estimation des coûts des interventions du PNDS par catégorie de dépenses

Tableau 6 : Répartition du budget de fonctionnement par axe stratégique

Tableau 7 : Répartition du budget de fonctionnement par objectif d'impact

Tableau 8 : Répartition du budget d'investissement

Tableau 9 : Répartition du budget par niveau de soins

Tableau 10 : Répartition du budget par type de prestations

Tableau 11 : Budget du Suivi-Evaluation du PNDS 2017-2021

Liste des abréviations et acronymes

| | |
|-------------------|---|
| ACD : | Atteindre Chaque District |
| AFD : | Agence Française de Développement |
| BAD : | Banque Africaine de Développement |
| BID : | Banque Islamique de Développement |
| CCSLM : | Code Commercial des Substituts du Lait Maternel |
| 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 Technique |
| CHR : | Centre Hospitalier Régional |
| CHU : | Centre Hospitalier Universitaire |
| CIRMF : | Centre International de Recherches Médicales de Franceville |
| COMILOG : | Compagnie Minière de l’Ogooué |
| COSP : | Cellule d’Observation de la Santé Publique |
| CS : | Centre de Santé |
| CSM : | Centre de Santé Mentale |
| 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 |
| CNTS : | Centre National de Transfusion Sanguine |
| CPNR : | Consultation Périnatale Recentrée |
| DC : | Direction Centrale |
| DD : | Direction Départementale |
| DG : | Direction Générale |
| DGRHMG : | Direction Générale des Ressources Humaines et des Moyens Généraux |
| DMP : | Direction du Médicament et de la Pharmacie |
| DRS : | Direction Régionale de la Santé |
| DSCR | Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté |
| DTC : | Diphthérie – Tétanos – Coqueluche |
| DOTS : | Traitement sous observation directe |
| EASSML : | Ecole d’Application du Service de Santé Militaire de Libreville |
| ECV : | Enquête de Couverture Vaccinale |
| EDSG : | Enquête Démographique et de Santé du Gabon |
| EGEP : | Enquête Gabonaise pour l’évaluation et le suivi 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 |
| FMP : | Faculté de Médecine et de Pharmacie |
| GEF : | Gabonais Economiquement Faible |
| HD : | Hôpital Départemental |
| HIABO : | Hôpital d’Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba |
| IELE : | Institut d’Epidémiologie et de Lutte contre les Endémies |
| IEC : | Information Education Communication |
| INFASS : | Institut National de Formation d’Action Sanitaire et Sociale |
| IST : | Infection Sexuellement Transmissible |
| LNSP : | Laboratoire National de Santé Publique |
| MNT : | Maladie Non Transmissible |
| MSPSSN : | Ministère de la Santé, de la Prévoyance Sociale et de la Solidarité Nationale |
| MST : | Maladie Sexuellement Transmissible |

| | |
|-----------------|--|
| MTN : | Maladie Tropicale Négligée |
| NEPAD : | Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique |
| ODD : | Objectifs de Développement Durable |
| 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 Intégrée des Maladies de l'Enfant |
| PEC : | Prise En Charge |
| PESS : | Paquet Essentiel des Services de Santé |
| PEV : | Programme Elargi de Vaccination |
| PIB : | Produit Intérieur Brut |
| PLSCM : | Programme de Lutte contre la Surdité, la C civit  et la Malvoyance |
| PMA : | Paquet Minimum d'Activités |
| PNDS : | Plan National de Développement Sanitaire |
| PNUD : | Programme des Nations Unies pour le Développement |
| PPAC : | Plan Pluri Annuel Complet |
| PTME : | Prévention de la Transmission Mère-Enfant |
| PVVIH : | Personne Vivant avec le VIH |
| RGPH : | Recensement Général de la Population et de l'Habitat |
| RGPL : | Recensement Général de la Population et des Logements |
| RHS : | Ressources Humaines en Santé |
| RSI : | Règlement Sanitaire International |
| SIDA : | Syndrome d'Immunod ficiency Acquis |
| SNIS : | Système National d'Information Sanitaire |
| SSP : | Soins de Santé Primaires |
| SSR : | Santé Sexuelle et de la Reproduction |
| 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 Antitétanique |
| VIH : | Virus de l'Immunod ficiency Humaine |

Résumé

Le PNDS 2017-2021 a été élaboré selon un processus participatif ayant impliqué l'ensemble des acteurs du secteur de la santé (Etat, communautés, société civile et partenaires au développement). Comme les précédents, ce PNDS de troisième génération est un outil majeur pour la mise en œuvre de la *Politique Nationale de Santé* et de l'ODD 3. Il constitue l'unique cadre référentiel des stratégies et interventions. Son objectif général est d'améliorer l'état de santé et le bien-être des populations, notamment des plus démunies.

Le PNDS 2017- 2021 s'articule autour des 9 axes stratégiques suivants : 1) Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie, 2) Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles infectieuses et parasitaires, 3) Intensifier la lutte contre les maladies non transmissibles, 4) Soutenir la préparation, la surveillance et la riposte aux flambées épidémiques et autres urgences de santé publique et catastrophes, y compris le développement des capacités nationales dans le cadre du RSI, 5) Renforcer la gouvernance du secteur de la santé et le leadership du Ministère de la santé, 6) Mettre en place un système national d'information sanitaire et de surveillance en santé publique performant, 7) Opérationnaliser les départements sanitaires, 8) Progresser vers la couverture sanitaire universelle, axe incluant a) l'extension de l'offre de services de qualité qui intègre la gestion des ressources humaines en santé ; la dotation en structures et équipements adéquats et le renforcement de l'infrastructure ; la disponibilité de médicaments génériques et de dispositifs médicaux essentiels de qualité, ainsi que des vaccins, des produits sanguins, des services d'aide au diagnostic et de l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients, b) la protection financière des populations et c) l'extension de la protection contre le risque maladie, et 9) Développer l'appropriation et la participation communautaires.

Les objectifs spécifiques découlent des problèmes identifiés lors de l'analyse de la situation du secteur de la santé. Ainsi, ceux relatifs à la santé des adolescents et des personnes âgées font partie des nouveautés prises en compte dans ce plan. Il en est de même de la préparation, de la surveillance et de la riposte aux flambées épidémiques qui sont traitées de manière spécifique. En outre, un accent particulier est mis sur la lutte contre les maladies non transmissibles. Ces problématiques nouvelles viennent s'ajouter aux plus anciennes liées à la lutte contre la mortalité maternelle et infantile et à celle contre les maladies infectieuses et parasitaires.

Le PNDS 2017-2021 contient 20 objectifs d'impact, 62 objectifs de résultats à moyen terme, et 452 interventions regroupées en trois thématiques : promotion de la santé à toutes les étapes de la vie, lutte contre la maladie et renforcement du système de santé.

Le coût prévisionnel du PNDS 2017-2021 est estimé à **443 785 161 790 FCFA**, dont **250 845 000 000 FCFA** pour l'investissement (56,5%), et **192 940 161 790 FCFA** pour le fonctionnement (43,5%). Ce montant correspond à un coût annuel moyen de **88,75 milliards de FCFA**, soit environ **152 millions de dollars US**.

Les interventions du volet préventif et promotionnel représentent **23,0%** du budget de fonctionnement, et celles du volet curatif **74,8%**. La formation continue, la supervision et l'administration du système absorbent les **2,2%** restants.

Le financement du PNDS 2017-2021 sera assuré par l'Etat, les organismes d'assurance maladie, les collectivités locales, les ONG et les partenaires techniques et financiers.

Le mécanisme du suivi-évaluation des interventions du PNDS repose sur les revues annuelles des plans opérationnels des différents départements sanitaires et des services centraux, sur une évaluation à mi-parcours et sur une évaluation finale. Les unes et les autres seront réalisées selon un processus participatif rassemblant les compétences nationales et les partenaires bi et multi latéraux.

Chapitre 1 : Contexte général du pays

Le Gabon est situé en Afrique Centrale. A cheval sur l'Equateur, 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 qui le borde sur 800 km de côte. Sa superficie est de 267 667 km² avec une forêt recouvrant plus de 75% de son territoire. Le climat est de type équatorial, chaud et humide. La température moyenne annuelle est de 26°C et l'hygrométrie de plus de 80%. Le pays est traversé par environ 3 000 km de nombreux cours d'eau navigables appartenant à deux grands bassins : le bassin de l'Ogooué qui draine 75% du territoire national, et le bassin côtier. Le pays compte 9 provinces, 48 départements, 26 districts, 52 communes, 35 arrondissements, 164 cantons, 969 regroupements de villages et 2 743 villages.¹

Carte 1 : Carte administrative du Gabon



Selon les *Résultats Globaux du Recensement Général de la Population et des Logements de 2013 du Gabon (RGPL 2013)*, le pays compte 1 811 079 habitants, contre 1 014 976 en 1993. Entre les deux recensements, le taux d'accroissement démographique annuel moyen a été de 2,9%. Durant la même

¹ Tableau récapitulatif in *Circonscriptions administratives du Gabon*, Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité Publique, de l'Immigration et de la Décentralisation, 30 janvier 2015.

période, la densité de la population est passée de 3,7 à 6,7 habitants/km². A l'heure actuelle, 87% de la population vit en zone urbaine, concentrée sur 1,1% du territoire national.

Selon le RGPL 2013, l'espérance de vie à la naissance est de 63,4 ans (61,2 ans pour les hommes et 66,0 ans pour les femmes), tandis que l'espérance de vie à 20 ans est de 49,5 ans (47,9 ans pour les hommes et 51,5 ans pour les femmes). Le taux brut de natalité est de 34,3‰ et l'indice synthétique de fécondité de 4,2 enfants/femme.

Tableau 1 : Espérance de vie selon le sexe

| Indicateurs | Sexe | | |
|---|----------|---------|----------|
| | Masculin | Féminin | Ensemble |
| Espérance de vie à 20 ans | 47,9 | 51,5 | 49,5 |
| Espérance de vie à la naissance (p. 1000) | 61,2 | 66,0 | 63,4 |

Source : RGPL-2013, Direction Générale de la Statistique, Octobre 2015

La population gabonaise est relativement jeune : l'âge moyen est de 26 ans et la moitié de la population a moins de 22 ans. Le taux net de scolarisation au primaire est de 88,2% et le taux d'alphabétisation des jeunes âgés de 20 à 24 ans est de 87,4%.

En 2014, le PNUD classait le Gabon au 112^{ème} rang sur 187 pays avec un IDH de 0,674 et un PIB de 16 977 \$ US par habitant. Le Gabon fait partie des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et à développement humain moyen. D'après le RGPL-2013, un tiers (32,7%) des Gabonais vit dans la pauvreté et 3% d'entre eux sont extrêmement pauvres. L'Indice de performance environnementale (IPE 2010) est, quant à lui, de 56,4, ce qui place le Gabon au 96^{ème} rang sur 164 pays recensés. Selon le RGPL 2013, le taux d'activité est de 55,8% et le taux de chômage de 16,8%. Les femmes sont plus touchées que les hommes (22,9% contre 13,1%).

L'économie gabonaise est longtemps restée une économie de rente, fondée sur la richesse de son sous-sol en matières premières. Quoique l'exploitation des gisements de pétrole demeure la principale source de revenus du pays, la baisse confirmée des réserves et les fluctuations anarchiques du prix du baril ont imposé une diversification et une restructuration de son économie. C'est ainsi que le Gabon porte désormais ses efforts vers les secteurs minier et forestier et les industries de transformation, dans le cadre d'un vaste programme de restructuration et de réforme fiscale et douanière. Malheureusement, la mauvaise conjoncture internationale liée aux effets conjugués de la chute du prix du baril de pétrole et à la crise financière internationale, ont impacté ces efforts et amoindri les bénéfices attendus.

Chapitre 2 : Analyse de la situation du secteur de la santé

2.1. Organisation du système de santé

Le système de santé gabonais repose sur trois secteurs : public (civil et militaire), parapublic (CNSS) et privé (lucratif et non lucratif, y compris la médecine traditionnelle). Le secteur public civil a une organisation pyramidale à trois niveaux (périphérique, intermédiaire et central) calquée sur celle de l'administration générale. Selon le *Décret n°0142/PR/MSPS du 02 mars 2015 portant réorganisation des régions et départements sanitaires*, le Gabon compte 6 régions et 36 départements sanitaires assimilés à des districts sanitaires. Cette disposition réglementaire n'est pas encore appliquée, le système continue de s'appuyer sur l'ancien découpage qui compte 10 Régions et 50 Départements sanitaires (*Décret n° 488/PR/MSPP du 30 mai 1995 portant création et organisation des régions et départements sanitaires*).

Le niveau central ou tertiaire comprend l'ensemble des directions centrales y compris les programmes, les instituts et les structures de soins et de diagnostics de référence, notamment quatre centres hospitaliers universitaires (CHU) de construction récente. Le niveau intermédiaire ou secondaire est essentiellement composé de dix (10) directions régionales de santé et de neuf (9) hôpitaux ou centres hospitaliers régionaux (CHR) implantés dans les chefs-lieux des provinces. Ces établissements servent de référence aux structures du premier niveau de la pyramide sanitaire. Le niveau périphérique ou primaire est composé de 47 hôpitaux départementaux, 34 centres de santé, 413 dispensaires, et 157 cases de santé. Ce niveau est celui du département sanitaire. L'hôpital départemental, implanté au chef-lieu du département administratif, sert de référence à ce niveau.

Chacun de ces trois niveaux renferme des structures ou organes dont les missions relèvent soit de la planification stratégique, soit de l'appui technique, soit de la mise en œuvre opérationnelle.

Le secteur public militaire dépend directement du ministère de la Défense. Il se compose d'un grand hôpital moderne disposant d'un plateau technique performant, l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO), de centres de santé militaires, d'un vaste réseau d'infirmiers, et d'une institution de formation : l'École d'Application du Service de Santé Militaire de Libreville (EASSML). Par ailleurs, le service de santé militaire peut déployer des hôpitaux de campagne, version tentes et version motorisée. Il existe aussi des infirmiers de prisons dont le personnel relève du Ministère en charge de la Justice.

Le secteur parapublic (CNSS) dispose de six centres médico-sociaux repartis sur l'ensemble du territoire.

Le secteur privé non lucratif est représenté par le Centre International de Recherche Médicale de Franceville (CIRMF), le Centre de Recherches Médicales de Lambaréné (CERMEL), l'hôpital de COMILOG à Moanda, dans le Haut-Ogooué, l'Hôpital Albert Schweitzer à Lambaréné et l'Hôpital Evangélique de Bongolo à Lébamba, dans la Ngounié. Ce secteur comprend également les dispensaires d'Organisations Non Gouvernementales et de confessions religieuses.

Le secteur privé lucratif comprend les polycliniques et cliniques, les cabinets (médicaux, dentaires, d'accouchement, de soins infirmiers), les laboratoires d'analyses médicales, les grossistes répartiteurs de produits pharmaceutiques, les officines de pharmacie, les dépôts de produits pharmaceutiques et un centre de réadaptation et d'appareillage. La médecine traditionnelle, très sollicitée par les populations, appartient à ce secteur et est en cours d'organisation.

Elle définit la carte sanitaire comme l'instrument fondamental de coordination et de planification de la politique nationale de santé, redéfinit les mécanismes de financement du service public de santé en vue d'assurer à tous l'équité des contributions à l'effort de santé et l'égalité des conditions d'accès aux soins. Elle prévoit le transfert de certaines responsabilités aux formations sanitaires, par la réforme des procédures budgétaires et la décentralisation de leur gestion, précise les grandes lignes à suivre pour redynamiser les ressources humaines par une administration rationnelle du personnel existant, la planification du recrutement et de la formation, l'amélioration des conditions de vie et de travail des professionnels de la santé. Elle définit également la politique du médicament et du matériel médico-chirurgical 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.

Un nouveau décret portant attributions et organisation du Ministère de la Santé (décret n° 0326 du 28 février 2013) abroge toutes les dispositions contraires de l'ancien décret n° 1158/PR du 04 septembre 1997 fixant les attributions et l'organisation du Ministère de la Santé Publique et de la Population. Toutefois, le nouveau cadre institutionnel n'est pas encore pleinement opérationnel, car le décret n°0326 renvoie l'organisation des directions générales à des textes réglementaires particuliers qui n'ont pas encore été adoptés.

Selon le décret n° 0326 du 28 février 2013, le Ministère de la Santé comprend :

- le Cabinet du Ministre et les services rattachés, notamment la Direction Centrale des Affaires Financières ;
- les Inspections Générales (Inspection Générale des Services et Inspection Générale de la Santé) ;
- le Secrétariat Général et l'ensemble des Directions Centrales qui lui sont rattachées, hormis la Direction Centrale des Affaires Financières (Ressources Humaines, Communication, Archives et Documentation, Systèmes d'Information, Affaires Juridiques, Statistiques et Etudes, Planification des Infrastructures et des Equipements) et le Service Central du Courrier ;
- les Directions Générales ;
- les Etablissements et les Organismes sous tutelle (centres hospitaliers universitaires, centres hospitaliers régionaux, institut de cancérologie, office pharmaceutique national, laboratoire national d'analyses médicales, centre national de transfusion sanguine, institut national de formation d'action sanitaire et sociale, centre de santé mentale, centre de gérontologie).

Dans ses missions de lutte contre la maladie, la Direction Générale de la Santé s'appuie sur cinq services nationaux, ainsi que sur plusieurs programmes dont la majorité est peu fonctionnelle et ne dispose pas de cadre juridique.

Par ailleurs, l'absence de structure de coordination des trois secteurs de santé public, parapublic et privé, entraîne 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 parapublic et privé, notamment pour ce qui est des normes de construction, de financement et d'approvisionnement en médicaments.

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

De nombreux déterminants de la santé, bien qu'ayant des effets certains sur la santé des populations, ne relèvent pas directement de la compétence du ministère de la santé. Il en est ainsi des problèmes d'accès à l'eau potable, d'assainissement, d'alimentation, d'habitat, d'éducation, etc. Le fait que les modalités de collaboration du ministère de la santé avec les départements en charge de ces domaines ne soient pas clairement définies et formalisées, entraîne une insuffisance dans la

coordination et la collaboration intersectorielle, avec pour conséquence des interventions souvent fragmentaires et cloisonnées.

Par ailleurs, l'appropriation et la participation communautaires dans le domaine de la santé sont embryonnaires. Tout reste à faire pour encourager et promouvoir la participation communautaire au développement sanitaire, pour apporter un appui technique approprié aux prestataires de services de santé communautaires à travers la formation, la supervision et l'apport des outils et fournitures, pour encourager l'interaction entre les communautés et les services de santé en vue d'une offre de soins adaptée aux besoins locaux mais aussi pour mettre en place des mécanismes formalisés de collaboration avec les organisations communautaires.

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

Le système national d'information sanitaire reste peu performant malgré certaines réalisations majeures telles que l'élaboration d'un plan d'action du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), la création et l'opérationnalisation du site internet de la Cellule d'Observation de la Santé Publique (COSP), le renforcement des capacités des DRS et la formation des gestionnaires régionaux des données à l'utilisation de la base de données «Infosani». En attendant la réorganisation découlant des dispositions du décret n° 0326 du 28 février 2013, le SNIS continue de s'appuyer sur les trois entités créées par le décret n°1158/PR/MSPP, responsables de la gestion de l'information sanitaire, à savoir :

- 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 (IELE) et ses antennes régionales.

La COSP, créée par Décision n°00078/MSP/CAB du 30 août 2002 et rattachée au Cabinet du Ministre de la Santé, a pour mission d'élaborer le Tableau de Bord Général de la Santé (TBGS), à partir des données produites par ces trois entités.

Les raisons des contre-performances du SNIS sont multiples : données à enregistrer complexes par rapport au niveau de compétence des agents, outils de recueil des données pas toujours disponibles, circuits et délais de transmission des données non respectés, traitement des données non effectué, tant au niveau du département sanitaire qu'au niveau de la région, absence de rétro-information, aussi bien du niveau central au niveau régional, que de ce dernier au niveau départemental, faible intégration des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le système, données nationales incomplètes par manque de maîtrise des informations sanitaires générées par les secteurs privé et parapublic.

La mise en place des capacités requises au titre du Règlement Sanitaire International (RSI) n'a pas été parachevée. Le Gabon a démarré sa mise en œuvre par une évaluation des capacités existantes et la désignation par arrêté ministériel d'un point focal national (PFN) en charge de la coordination des activités du RSI au sein du pays et avec l'OMS. Le PFN est coordonné par le DGS et a pour membres d'autres directions du Ministère en charge de la Santé, ainsi que la direction de la médecine vétérinaire et les directions d'autres départements ministériels. Le pays a sollicité par écrit, une extension de deux ans pour la mise en place des capacités requises et l'élaboration d'un plan d'action budgétisé décrivant les interventions à mener et fixant un calendrier d'exécution. Au stade actuel du développement du RSI, seul le secteur de la santé est réellement impliqué dans sa mise en œuvre.

▪ ***L'offre de soins***

Le pays compte près d'un millier de structures de soins depuis les cases de santé jusqu'aux centres hospitaliers universitaires, 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 4 centres hospitaliers universitaires. La couverture géographique du pays en formations

sanitaires publiques est relativement bonne, à quelques exceptions près, comme la Région Sanitaire Nord où les ratios population/nombre de structures sanitaires ne sont pas satisfaisants.

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. Ces chiffres cachent les dysfonctionnements de la majorité des structures du premier niveau de la pyramide sanitaire. En effet, de nombreux dispensaires sont fermés et/ou ne répondent à aucune norme. Un grand nombre d'hôpitaux départementaux (centres médicaux) sont dans un état de décrépitude avancé, et la quasi-totalité des formations sanitaires du niveau départemental présentent des insuffisances en équipements. Il se pose de surcroît des problèmes de maintenance.

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 qui se traduit 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 base.

L'insuffisance de mise en œuvre des paquets essentiels de services de santé par nature et niveau de structure a pour conséquence la non-maîtrise de l'offre ou son inadéquation. Le continuum de soins depuis la communauté jusqu'au niveau de référence nationale n'est pas assuré, la prise en charge communautaire étant défailante, 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 (SSP) 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 propre projet d'établissement, élément-clé pour planifier l'offre de soins et asseoir les éléments constitutifs de la qualité des soins dans la structure. La prise en charge des maladies non transmissibles, en particulier de l'hypertension artérielle, du diabète et des 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**

Concernant le médicament, une politique pharmaceutique nationale a été adoptée, la réforme institutionnelle de l'OPN a été réalisée et une liste nationale des médicaments essentiels a été élaborée et révisée plusieurs fois avec l'appui de l'OMS, notamment courant 2016. Toutefois, tant sur le plan réglementaire qu'organisationnel, la gestion du médicament présente des défaillances à tous les niveaux.

Le cadre réglementaire est faible et très peu respecté. Le personnel chargé de gérer les stocks n'a pas toujours 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 sont insuffisantes. Dans une certaine mesure, les problèmes de disponibilité des produits pharmaceutiques favorisent le développement d'un commerce illicite de médicaments, y compris ceux contrefaits et dangereux pour la santé.

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

Enfin, le cadre réglementaire ne prend pas encore en compte les produits issus de la pharmacopée traditionnelle.

Concernant les services d'aide au diagnostic (biologie et imagerie médicales), ils ne sont pas suffisamment nombreux et se concentrent dans les grands centres urbains. Leur fonctionnement optimal est compromis par le déficit en ressources humaines qualifiées, l'absence d'équipement et la rupture fréquente d'intrants (réactifs, films...). A noter toutefois que les capacités du laboratoire de référence pour le diagnostic de la rougeole et de la fièvre jaune situé au niveau de la Faculté de Médecine et de Pharmacie (FMP) ainsi que celle du laboratoire national de santé publique (LNSP) ont été renforcées récemment.

Dans le domaine de la vaccination, le pays est depuis plusieurs années 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, l'absence d'équipement pour la conservation des vaccins au niveau de certaines structures périphériques compromet le respect de la chaîne de froid et limite l'offre continue des services de vaccination au niveau du chef-lieu de certains départements. Des efforts ont été faits pour l'élaboration d'un Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) appuyé par les partenaires OMS et UNICEF, et les capacités gestionnaires des acteurs du PEV ont été renforcées. Les activités relatives à la vaccination de routine, à l'éradication de la poliomyélite, et à la surveillance des paralysies flasques aiguës ont été intensifiées.

En matière de sécurité transfusionnelle, le plateau technique est insuffisant et inégalement réparti sur l'ensemble du territoire national. Ainsi, l'offre de produits sécurisés pour la transfusion sanguine, assez bien assurée au niveau de Libreville et de Port-Gentil, est sujette à caution à l'intérieur du pays, notamment dans les capitales provinciales et les chefs-lieux de départements. En outre, le prix de cession élevé d'une poche de sang, qui oscille entre 10.000 et 30.000 FCFA l'unité, en limite l'accès. Il faut aussi relever la difficulté de recruter des donneurs de sang eu égard au contexte actuel de l'infection à VIH et de certaines 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 11 385 pour le secteur public.

Répartition des effectifs par catégorie /hiérarchie

Les agents publics permanents se répartissent en trois catégories : A (conception et encadrement), B et C (exécution). La main-d'œuvre non permanente (MONP) constitue un personnel d'appui.

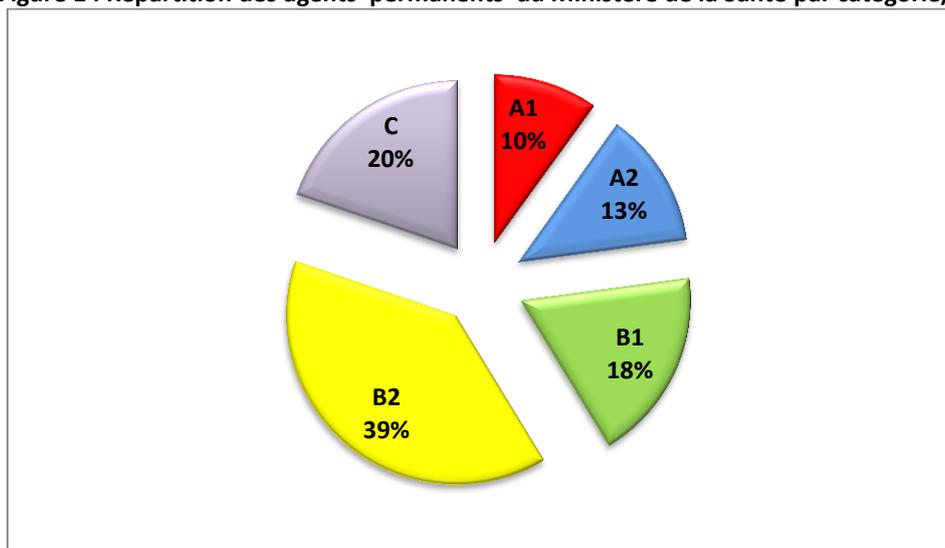
Le personnel d'exécution représente le plus gros des effectifs permanents du Ministère de la Santé. En effet, l'analyse de la répartition des effectifs par catégorie montre une prédominance de la catégorie B avec 57%, soit 18% pour la hiérarchie B1 représentée par les Infirmiers diplômés d'Etat (IDE), et 39% pour la hiérarchie B2 représentée par les infirmiers assistants (IA). Les filles de salles, les brancardiers et autres personnels d'appui appartenant à la catégorie C, représentent 20% des effectifs. Ainsi, l'ensemble des catégories B et C représente les trois-quarts des effectifs du personnel de santé (77%).

Quant à la catégorie A, chiffrée à 23% des effectifs, elle se répartit en agents de la hiérarchie A1 (médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien, biologiste et administrateur de santé) qui représentent 10% et en agents de la hiérarchie A2 (sage-femme, technicien supérieur, attaché d'administration sanitaire) qui représentent 13%.

Les agents publics permanents représentent 81% des effectifs totaux du Ministère de la Santé.

Quant à la main-d'œuvre non permanente (planton, chauffeur, cuisinier, blanchisseur, gardien, jardinier...), elle représente 19 % des effectifs totaux.

Figure 1 : Répartition des agents permanents du Ministère de la Santé par catégorie/hiérarchie

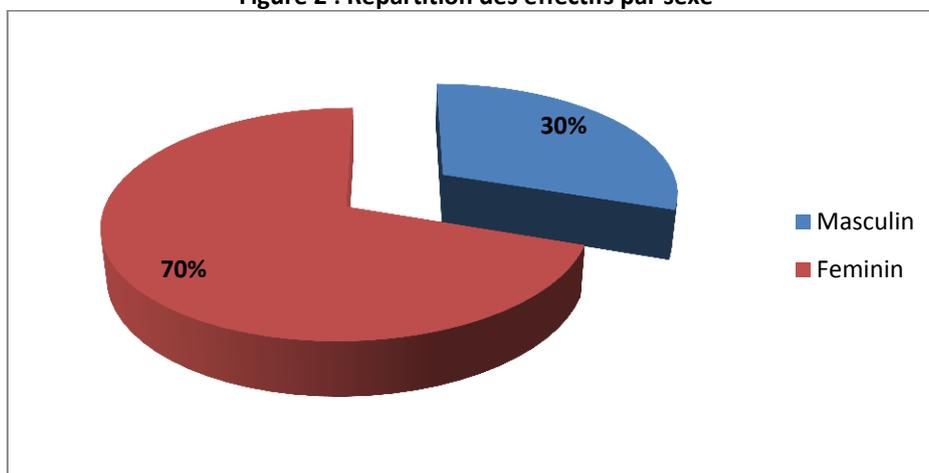


Source : DGRH 2014

✚ Répartition des effectifs par sexe

L'analyse de la répartition par sexe montre une forte représentativité du personnel féminin qui constitue les deux tiers (2/3) des effectifs globaux du ministère de la santé. La plupart d'entre elles travaillent dans la Région Sanitaire de Libreville-Owendo (RSLO), qui absorbe à elle seule 43% des effectifs féminins.

Figure 2 : Répartition des effectifs par sexe



Source : DGRH 2014

✚ Répartition par âge

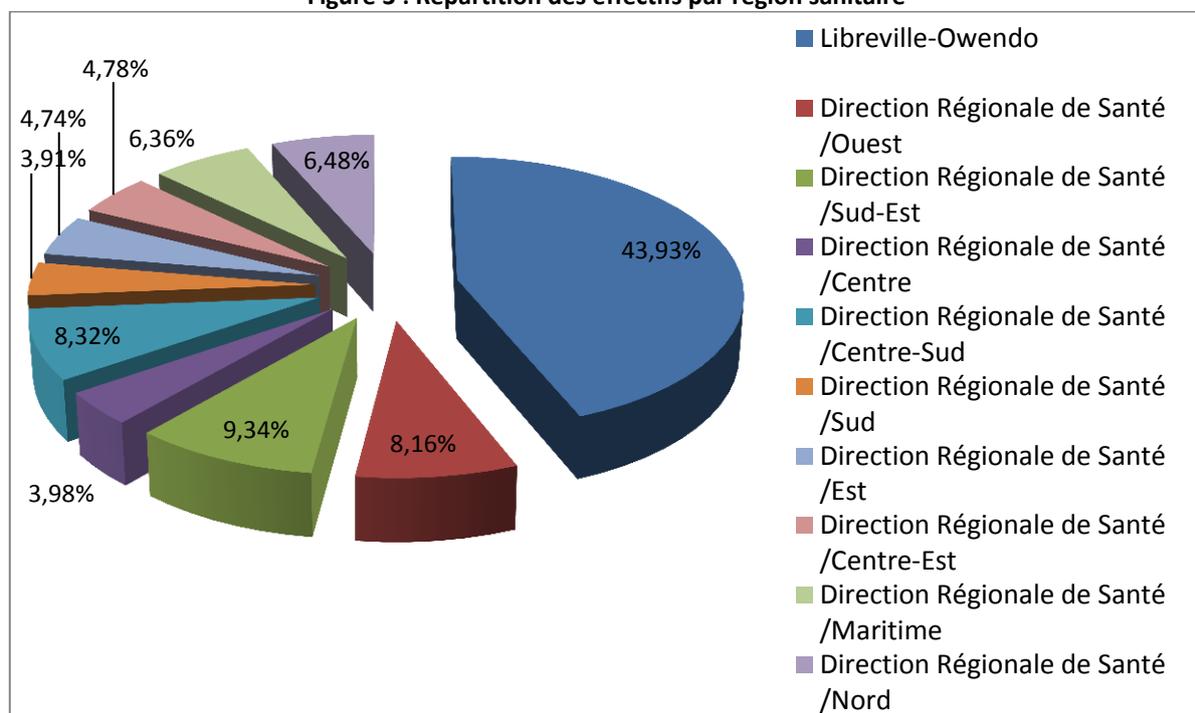
La pyramide des âges des effectifs du ministère de la santé montre un âge moyen de 43 ans et un âge médian de 42 ans. Les tranches des 36-40 et 41-45 ans sont les plus représentées.

✚ Répartition des effectifs par région sanitaire

L'examen de la répartition géographique des personnels par région sanitaire révèle que la région sanitaire de Libreville-Owendo concentre près de 44% des effectifs du Ministère de la Santé. Pour le reste, les mieux nanties sont les régions sanitaires Sud-Est (Haut-Ogooué, 9,34%), Centre-Sud (Ngounié, 8,32%) et Ouest (Estuaire, 8,16%). Les autres régions sanitaires mobilisent chacune moins

de 7% des effectifs. Une analyse plus poussée de la distribution des personnels à l'intérieur des régions sanitaires montre des disparités entre les départements sanitaires, et des déséquilibres dans les catégories représentées. Ainsi par exemple, dans les régions sanitaires Centre-Sud, Est et Maritime, la main-d'œuvre non permanente représente entre 30% et 45% des effectifs globaux.

Figure 3 : Répartition des effectifs par région sanitaire



Source : DGRH 2014

Par ailleurs, quand on compare les effectifs des personnels de santé en poste et le poids démographique de la région sanitaire, on obtient trois types de situation : soit la proportion des agents en poste s'équilibre avec celle des populations desservies (régions sanitaires Libreville-Owendo et Centre), soit elle est inférieure (régions sanitaires Sud-Est, Maritime et Nord), soit elle est supérieure (cas de toutes les autres régions sanitaires), cette dernière situation étant la plus favorable.

Tableau 2 : Comparaison entre la proportion des effectifs en poste et le poids démographique par région sanitaire

| Région sanitaires | Proportion des effectifs de PS | Population (RGPL 2013) | Poids démographique en % |
|----------------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------------|
| Libreville-Owendo | 43,93% | 783 239 | 43,2% |
| Ouest (Estuaire) | 8,16% | 112 450 | 6,2% |
| Sud-Est (Haut-Ogooué) | 9,34% | 250 799 | 13,8% |
| Centre (Moyen-Ogooué) | 3,98% | 69 287 | 3,8% |
| Centre-Sud (Ngounié) | 8,32% | 100 838 | 5,6% |
| Sud (Nyanga) | 3,91% | 52 854 | 2,9% |
| Est (Ogooué-Ivindo) | 4,74% | 63 293 | 3,5% |
| Centre-Est (Ogooué-Lolo) | 4,78% | 65 771 | 3,6% |
| Maritime (Ogooué-Maritime) | 6,36% | 157 562 | 8,7% |
| Nord (Woleu-Ntem) | 6,48% | 154 986 | 8,6% |
| Gabon | 100,00% | 1 811 079 | 100,0% |

Source : DGRH 2014

 *Ratio population/personnel de santé clé*

Le ratio national de médecins rapporté à la population est de 1 médecin généraliste pour 6 610, ce qui se situe dans l'intervalle de la norme OMS qui recommande 1 médecin pour 5 000 à 10 000 habitants. L'analyse des ratios par région sanitaire révèle des disparités, avec certaines comme Libreville-Owendo, Ouest et Sud qui affichent des scores au-dessus de la moyenne nationale, à l'inverse d'autres comme les régions Maritime et Nord dont les ratios sont nettement plus faibles.

Le ratio national de sages-femmes rapporté à la population des femmes en âge de procréer est de 1 sage-femme pour 823, ce qui est de très loin supérieur à la norme OMS qui recommande 1 sage-femme pour 4 000 habitants. Les ratios des régions sanitaires Libreville-Owendo et Ouest sont au-dessus du chiffre national, tandis que ceux des autres régions sanitaires sont en-dessous.

Le ratio national d'infirmiers d'Etat rapporté à la population est de 1 pour 1925, ce qui est plus de deux fois supérieur à la norme de l'OMS qui recommande 1 infirmier d'Etat pour 4 000 habitants. Les ratios des régions sanitaires Sud et Nord sont meilleurs que la norme internationale, tandis que ceux des régions sanitaires Centre et Maritime sont nettement inférieurs à celle-ci.

Si l'on examine la répartition par région sanitaire des spécialités médicales (gynécologie-obstétrique, pédiatrie, cardiologie, chirurgie, anesthésie-réanimation, etc.) ou infirmières (TS en soins infirmiers, TS en anesthésie, TS Infirmier bloc, etc.), on observe que la région sanitaire Libreville-Owendo concentre à elle seule près de la moitié des spécialistes du secteur public (42%) alors que la plupart des autres régions en sont dépourvues.

Tableau 3 : Répartition de quelques spécialités par région sanitaire

| | Libreville-Owendo | DRS Ouest | DRS Sud-Est | DRS Centre | DRS Centre-Sud | DRS Sud | DRS Est | DRS Centre-Est | DRS Maritime | DRS Nord | TOTAL |
|---------------------------------------|-------------------|-----------|-------------|------------|----------------|---------|---------|----------------|--------------|----------|-------|
| Médecin Généraliste | 142 | 25 | 28 | 8 | 15 | 10 | 9 | 12 | 12 | 13 | 274 |
| Gynécologue/ Gynécologue Obstétricien | 20 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 2 | 32 |
| Médecin ORL | 3 | 1 | | | | | | | | | 4 |
| Ophthalmologue | 7 | | | | | | | | 1 | | 8 |
| Pédiatre | 24 | 7 | 1 | | 2 | 1 | 2 | | 2 | 1 | 40 |
| Médecin Urgentiste | 2 | | | | | | | | | | 2 |
| Cardiologue | 9 | 1 | | | | | | | 1 | | 11 |
| Radiologue | 4 | | | | | | | | | | 4 |
| Endocrinologue | 4 | | | | | | | | | | 4 |
| Cancérologue-biologiste | 1 | | | | | | | | | | 1 |
| Orthopédiste | 6 | | | | | | | | | | 3 |
| Anesthésiste-réanimateur | 8 | | 2 | | | | | | | | 10 |
| Chirurgien | 6 | 5 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 2 | 19 |
| Pharmacien | 20 | 2 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 2 | 29 |
| Stomatologue | 2 | | | | 3 | 1 | 1 | | | 2 | 9 |
| Biologiste | 22 | 1 | | 1 | | | 1 | | 1 | | 26 |
| TS/ en Anesthésie Réanimateur | 25 | 5 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 5 | 3 | 45 |
| TS/de Laboratoire et TS/Biologie | 117 | 2 | 12 | 10 | 7 | 3 | 6 | 11 | | 9 | 194 |

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------|
| médicale | | | | | | | | | | | |
| TS/de Radiologie | 12 | 2 | | | | 1 | | 1 | 1 | 1 | 18 |
| Sage-femme | 316 | 40 | 38 | 15 | 19 | 8 | 12 | 13 | 20 | 21 | 502 |
| Infirmier Diplômé d'Etat | 504 | 87 | 135 | 19 | 44 | 17 | 28 | 34 | 24 | 48 | 940 |
| Infirmier Assistant | 1257 | 344 | 405 | 196 | 394 | 153 | 221 | 208 | 208 | 330 | 3716 |

Source : DGRH 2014

Production des ressources humaines en santé

Le système de formation du pays est relativement bien développé, avec trois niveaux de formation : le niveau post-universitaire et universitaire pour les formations médicales et administratives, le niveau licence professionnelle pour les cadres adjoints et le niveau secondaire pour le personnel de base.

La formation du personnel médical et paramédical est essentiellement assurée par la Faculté de Médecine et de Pharmacie (FMP) de l'Université des Sciences de la Santé (USS) de Libreville et par l'Institut National de Formation d'Action Sanitaire et Sociale (INFASS).

La FMP produit, à ce jour, la quasi-totalité des médecins généralistes ainsi que certains spécialistes (gynécologues obstétriciens, pédiatres, chirurgiens, anesthésiste-réanimateurs, internistes). Elle forme aussi des pharmaciens, des sages-femmes, des techniciens supérieurs de biologie médicale et des techniciens supérieurs d'anesthésie, recrutés parmi les personnels paramédicaux (infirmiers d'Etat en particulier).

L'INFASS produit les personnels paramédicaux (infirmiers, techniciens de radiologie, de laboratoire, de statistiques, de génie sanitaire, d'odontologie) et sociaux (assistants sociaux, éducateurs spécialisés et de jeunes enfants), mais aussi depuis peu des Infirmiers Accoucheurs et des Cadres de Santé Publique (CSP).

L'ENA et l'EPCA assurent la production des cadres administratifs, à savoir, des administrateurs de santé, des attachés et des adjoints d'administration sanitaire.

Des structures telles que l'Institut Universitaire des Sciences de l'Organisation, l'Institut des Sciences de Gestion, l'Institut Supérieur de Technologie et le Centre de Formation Professionnelle Basile ONDIMBA, pour les niveaux master, licence professionnelle et DUT, développent une offre de formation qui prend en compte certains besoins du système de santé (management des services sanitaires, gestion des ressources humaines, assistance médico-sociale).

A un niveau moindre, l'Agence Nationale de Formation et de Perfectionnement Professionnel (ANFPP) assure des formations de documentaliste, de secrétaire et de comptable qui intéressent les agents du Ministère des catégories B et C.

Malgré l'existence de toutes ces institutions de formation, le constat général est que la production nationale moyenne des RHS est largement inférieure à la demande. A titre d'exemple, la production moyenne annuelle de RHS de la FMP est de 40 médecins, 9 sages-femmes, 14 techniciens supérieurs de biologie médicale et 8 techniciens supérieurs d'anesthésie. Depuis le démarrage de ses activités en 2010, l'INFASS n'a formé que 26 enseignants paramédicaux, 30 cadres en santé publique et 24 infirmiers accoucheurs.

A noter qu'à côté de la production nationale, il existe également des formations à l'étranger, notamment pour les professions médicales.

Enfin, la majorité des établissements développent une offre de formation continue par la création d'organes ou services spécifiques destinés au perfectionnement et recyclage des agents, ce qui

permet dans une certaine mesure une capitalisation et une actualisation des compétences dans les différents domaines de la santé.

En dernier ressort, les recrutements et les envois en formation des agents doivent être autorisés par les Ministères en charge du Budget et de la Fonction Publique, ce qui constitue une contrainte de taille pour la satisfaction des besoins en ressources humaines du Ministère de la Santé.

Gestion des ressources humaines en santé

Les ressources humaines du ministère de la santé étaient autrefois gérées par la direction générale des ressources humaines et des moyens généraux du Département (DGRHMG, décret n°1158/PR/MSPP du 14 septembre 1997, fixant les attributions et l'organisation du Ministère de la Santé Publique et de la Population). Mais depuis le 16 janvier 2013, la gestion des ressources humaines de l'Etat assurée par le ministère de la fonction publique a été décentralisée au sein des différents ministères (décret n° 25/PR/MBCFP, portant création et organisation d'une direction centrale des ressources humaines). Ainsi, le décret n° 326/PR/MS du 28 février 2013, portant attributions et organisation du Ministère de la Santé, organise la direction centrale des ressources humaines (service décentralisé du ministère de la fonction publique) au sein du secrétariat général du ministère de la santé.

Cette nouvelle organisation n'est pas encore pleinement opérationnelle, en raison de différentes contraintes, notamment d'ordre logistique. Mais la définition des normes et procédures de gestion, l'élaboration des cadres organiques et l'actualisation des effectifs sont en cours.

Le pays s'est doté dernièrement d'une politique nationale et d'un plan de développement des ressources humaines en santé qui restent à mettre en œuvre. La réforme administrative suit son cours, mais pour l'instant, les procédures de recrutement des personnels restent longues et la disponibilité des postes budgétaires, incertaine.

▪ ***Le financement de la santé***

L'institutionnalisation des comptes de la santé permet de disposer des données fiables sur le financement du secteur de la santé. Pour 2014, les dépenses totales de santé (DTS) sont estimées à 292 803 832 404 francs CFA, soit 3,1% du PIB et 151 064 FCFA *per capita*, contre 338 581 421 752 FCFA, l'année précédente, en 2013, soit 3,5% du PIB et 178 350 FCFA de dépenses *per capita*. De leur côté, les dépenses courantes (DCS) sont estimées à 227 658 319 557 FCFA, contre 65 145 512 847,45 FCFA pour la formation en capital. D'après les résultats des comptes nationaux de santé, les dépenses pour la santé ne représentent plus que 9,4% des dépenses totales du Gouvernement gabonais, contre 11% en 2013. Ces valeurs sont inférieures aux 15% recommandés par les Chefs d'Etat lors du sommet d'Abuja, engagement auquel le Gabon a de nouveau souscrit à l'occasion de la Déclaration de Ouagadougou (2008). En 2014, les dépenses des ménages représentaient 20,8% des dépenses totales de santé (DTS) et 28,13% des dépenses courantes de santé (DCS). Près de 85% de ce budget est consacré aux soins curatifs, contre environ 5% pour les soins préventifs. De même, seulement 11% de ces dépenses sont consacrés au premier niveau de la pyramide sanitaire, expliquant ainsi en partie, les nombreux dysfonctionnements constatés au niveau des départements sanitaires.

Concernant la couverture sanitaire universelle (CSU), des avancées majeures ont été obtenues dans les trois dimensions que sont la protection sociale, la protection financière des plus vulnérables et l'offre de soins. La mise en place de l'assurance maladie obligatoire qui couvre à ce jour près de 60% de la population (dont deux tiers de gabonais économiquement faibles), constitue un atout de premier plan. L'équité dans la participation des ménages a été une ligne directrice dans la mise en place de l'assurance maladie. Les ménages contribuent selon leurs ressources et reçoivent le même paquet de prestations quelle que soit la maladie. Par ailleurs, certaines pathologies classées ALD (HTA, cancers..) et certains traitements particuliers (dialyse) bénéficient d'une prise en charge entre

90% et 100%. La maternité est prise en charge à 100%. Les pauvres et les indigents sont exemptés de cotisations. Les dépenses des ménages (dépenses catastrophiques) ont connu une baisse importante, passant de 45% à 20% en moyenne. Le pays a donc pris l'option d'une adhésion progressive, afin de tendre vers la couverture sanitaire universelle en commençant par les plus vulnérables.

▪ **La recherche en santé**

Le Gabon dispose de deux centres de recherches médicales de renommée internationale qui participent à l'amélioration des techniques, des connaissances et au partage d'expériences avec le reste de l'Afrique et du Monde. Il s'agit :

- du Centre de Recherches Médicales de Lambaréné (CERMEL) qui a participé ces dernières années à l'essai clinique multicentrique sur le vaccin contre le paludisme RTS'S dont les résultats ont montré une efficacité autour de 40% chez les enfants de moins de 10 ans ; actuellement, il participe au diagnostic et à la surveillance de la tuberculose résistante, ainsi qu'à l'essai clinique d'un vaccin contre le Virus Ebola ;
- du Centre de Recherche Médicale de Franceville (CIRMF) qui a contribué plusieurs fois à la confirmation diagnostique des épidémies de chikungunya et de Maladie à Virus Ebola au Gabon et dans la Sous-Région. Actuellement, cette structure évalue l'efficacité thérapeutique des deux médicaments antipaludiques utilisés en 1^{ère} intention. Par ailleurs le CIRMF assure la confirmation du diagnostic des cas d'ulcère de Buruli par la *Polymerase Chain Reaction (PCR)*. Il pourrait en cas de besoin assurer la confirmation diagnostique d'un cas de rage ou de résistance de *M. leprae* aux antibiotiques spécifiques.

Par ailleurs, l'Université des Sciences de la Santé (USS) dispose d'unités de recherches que sont :

- le Département de Parasitologie-Mycologie qui mène des activités d'évaluation de molécules antipaludiques, d'outils de diagnostic biologique du paludisme (moléculaire et Tests de Diagnostic Rapide), de la résistance aux antipaludiques ; il effectue aussi des études de caractérisation de la transmission et détermination de la morbidité des affections parasitaires ;
- le Département de Bactériologie-Virologie qui réalise des évaluations de la résistance aux antirétroviraux et d'outils de diagnostic biologique de l'infection à VIH ; il effectue aussi des études de détermination de la morbidité des affections bactériennes.

En matière de lutte contre la poliomyélite et la Maladie à Virus Ebola (MVE), des experts nationaux ont fourni un appui technique à d'autres pays. Le Gabon dispose aussi de l'Institut de Cancérologie de Libreville (ICL) qui accueille des malades, y compris venant d'autres pays pour la prise en charge des cancers. Cet Institut collabore avec des homologues marocains pour un partage d'expériences, de technologies et d'expertises.

Cependant, la recherche en santé reste malgré tout peu structurée, caractérisée par l'absence d'un agenda de recherche officiel, le faible contrôle du Comité d'Ethique et le peu d'impact des travaux effectués sur le système de santé.

2.3. Les performances du système de santé

Selon l'EDSG 2012, le taux de mortalité des adultes (15-60 ans) était de 285‰ chez les hommes et 273‰ chez les femmes.

Concernant la santé de la mère et de l'enfant, le ratio de mortalité maternelle et les taux de mortalité infanto-juvénile et infantile ont été réduits de manière notables, sans pour autant atteindre les cibles fixées pour les OMD 4 et 5, à l'échéance 2015. Ainsi, le ratio de mortalité maternelle reste élevé, à 271 pour 100 000 naissances vivantes (NV), alors que l'objectif visé en 2015 était de 129 pour 100 000 NV, et cela bien que le pourcentage d'accouchements assistés par un

personnel qualifié soit de 90%. Le taux de mortalité infanto-juvénile est de 60,4 pour 1000, le taux de mortalité infantile de 40,6 pour 1000 naissances vivantes et le taux de mortalité néo natale de 26,0 pour 1000 naissances vivantes.

Tableau 4 : Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans par sexe

| Taux de mortalité | Sexe | | |
|--|---------|--------|----------|
| | Garçons | Filles | Ensemble |
| Taux de mortalité infantile : ${}_1Q_0$ (‰) | 43,0 | 38,0 | 40,6 |
| Taux de mortalité juvénile ${}_4Q_1$ (‰) | 24,0 | 17,8 | 21,0 |
| Taux de mortalité infanto-juvénile ${}_4Q_0$ (‰) | 66,0 | 55,1 | 60,4 |

Source : RGPL-2013, Direction Générale de Statistique, Octobre 2015

Pour la vaccination, malgré des appuis importants, l'augmentation de la couverture vaccinale complète a été insuffisante, passant de 26% à 34% et la couverture anti-rougeoleuse à 74,3% durant la même période (ECV 2012). L'antigène de référence, le PENTA 3, a d'abord connu une hausse jusqu'à 82% (Rapport PEV 2012), puis une baisse constante pour s'établir à 70% en 2014 (Rapport PEV 2014). Concernant l'éradication de la poliomyélite, aucun cas n'a été découvert depuis 2011. Le taux de PFA non polio a été amélioré, passant de 0,75 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans à 4,9 en fin 2014, pour un objectif fixé à 3 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, ce qui correspond à une amélioration du taux de détection des PFA de 85%. Le pays est ainsi sur la voie de la certification. Les indicateurs de surveillance de la rougeole et de la fièvre jaune ont également été améliorés, et l'élimination du Tétanos néonatal a été validée en 2013.

Concernant les maladies transmissibles, le Gabon qui demeure dans un contexte d'épidémie généralisée pour ce qui est du VIH connaît une recrudescence des cas de paludisme depuis 2011 et une augmentation significative des cas de tuberculose, y compris des cas de tuberculose multi-résistante (TB-MR). Ainsi, la séroprévalence de l'infection à VIH/SIDA s'élève à 4,1% et le taux d'incidence de la tuberculose est estimé à 444 pour 100 000 habitants. Le paludisme demeure la première cause de morbidité et de mortalité, notamment chez les enfants de moins de 5 ans en raison du faible niveau de mise en œuvre des mesures de lutte (taux d'utilisation des MIILDE : 27%, proportion des femmes enceintes ayant reçu le TPI2 : 12%). Dans la population générale, le taux de mortalité du paludisme, estimé à 68,4 pour 100 000 habitants est également encore élevé.

Pour ce qui est des maladies tropicales négligées relevant de la prise en charge des cas (THA, lèpre et ulcère de Buruli), les capacités de gestion des programmes, le renforcement du système de surveillance, le dépistage et le traitement précoces ont été améliorés. Ainsi, de 2010 à 2015, la prévalence de la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) est passée de 8,3% à 22,0%, le taux des nouveaux cas de lèpre dépistés avec une invalidité visible est passé de 0,93 à 0,36 pour 100 000 habitants tandis qu'un nouveau foyer d'ulcères de Buruli confirmés par la PCR a été identifié depuis 2013 dans la Région Sanitaire Maritime. Plus récemment, la finalisation des cartographies des Maladies Tropicales Négligées relevant de la Chimiothérapie préventive (MTN/CTP) a permis d'identifier les départements sanitaires où la schistosomiase, l'onchocercose et la filariose lymphatique sont endémiques.

Compte tenu de l'augmentation de la durée de vie, de l'urbanisation croissante, et de l'adoption d'un mode de vie sédentaire multipliant les facteurs de risques, les maladies non transmissibles (MNT) constituent une source de préoccupation croissante pour les autorités sanitaires. Depuis 2004, la mortalité des maladies non transmissibles (716 pour 100 000 habitants) est devenue supérieure à celle attribuée aux maladies transmissibles (615 pour 100 000 habitants).

Bien qu'inconstamment notifiées à l'heure actuelle, les maladies cardiovasculaires (notamment l'hypertension artérielle), le diabète et les cancers sont devenus des motifs fréquents de consultation dans les structures hospitalières. D'après la Fédération Internationale du Diabète (FID), la prévalence actuelle du diabète au Gabon est estimée à 9,05%. Celle de l'hypertension artérielle serait de 5% selon le *Rapport Journée Nationale de Maladies Cardiovasculaires* de 2012. Par ailleurs, d'après les

statistiques sanitaires mondiales de l'OMS de 2013, un sujet sur cinq est obèse. La prévalence de l'inactivité physique est de 15,3 % et celle de la consommation insuffisante de fruits et légumes de 70,6 %. La consommation excessive et nocive d'alcool est fréquente. A l'âge adulte, la proportion des fumeurs est de 22,3% chez les hommes et de 3,3% chez les femmes. De ce fait, une proportion non négligeable de la population gabonaise est exposée au tabagisme. Ceci justifie que le Gabon ait ratifié la Convention cadre de lutte antitabac de l'OMS et le protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. En outre, une loi antitabac a été promulguée depuis septembre 2013.

Le fardeau grandissant lié aux MNT constitue un défi supplémentaire pour le système de santé. Les résultats des derniers comptes de la santé ont montré que les dépenses pour les maladies non transmissibles sont équivalentes aux dépenses des maladies infectieuses et parasitaires. A l'exception de la santé mentale, qui dispose d'une politique et d'un plan stratégique faiblement mis en œuvre, le pays ne dispose ni de documents normatifs pour la prise en charge des principales MNT, ni d'un système de surveillance et de suivi de ces affections. D'ores et déjà,

D'après le premier *Rapport mondial sur le handicap*, publié par l'OMS, la proportion de personnes affectées par un handicap, qu'il soit moteur, visuel, mental ou autre, serait de 15% de la population mondiale, et la proportion des personnes qui présentent des difficultés fonctionnelles importantes serait de 2%. Au Gabon, le RGPL 2013 dénombre 36 483 personnes vivant avec un handicap, soit 2,3% de la population. Bien que les données sur la répartition actuelle, la gravité des handicaps et la fréquence des polyhandicaps ne soient pas disponibles, on dispose de données fragmentaires. Ainsi, la prévalence de la cécité et de la malvoyance serait de 8%, soit 13.500 aveugles et 50.000 malvoyants (PLSCM). Le nombre de personnes présentant une invalidité visible du fait de la lèpre serait de 500. Les handicaps moteurs représenteraient 46% des handicaps (Recensement national des Affaires Sociales, 1997).

Dans le domaine de la surveillance et de la riposte aux flambées épidémiques et autres urgences de santé publique et catastrophes, le pays a enregistré, entre 1994 à 2002, quatre épidémies de Maladie à virus Ebola (MEV) localisées dans la Région Sanitaire Est. Deux épidémies de Chikungunya ont été enregistrées depuis 2007, et des épidémies de rougeole sont notifiées de temps en temps par certaines régions sanitaires. Concernant les autres urgences et catastrophes, des vents violents et des inondations localisées sont parfois enregistrés au moment de la grande saison des pluies, avec des éboulements et glissements de terrain. Compte tenu de ces événements imprévisibles, le Gouvernement a adopté un plan de contingence national de lutte contre les urgences et les catastrophes, en 2012. Un comité national de lutte contre les catastrophes a été créé, dont le Ministère de la Santé est membre.

Chapitre 3 : Déterminants de la santé

Les déterminants qui se situent en amont du département de la santé et conditionnent l'état de santé des populations sont de plusieurs ordres : politiques, socioculturels, socio-économiques, liés aux moyens de communication, environnementaux et biologiques.

3.1. 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. Bien que la solidarité et la justice sociale soient garanties par la loi, des inégalités d'accès aux soins persistent. Les mécanismes traditionnels d'entraide sociale s'effritent et, pour minimiser l'impact de la paupérisation grandissante, l'Etat a mis en place une protection sociale en faveur des personnes les plus démunies (GEF). Malgré tout, une partie de la population, dépourvue de couverture sociale, est toujours exclue du système de soins. De plus, la CNAMGS ne prend en charge qu'une partie des dépenses de santé. De ce fait, Les pauvres ont moins accès aux services de santé, alors que ce sont eux qui en ont le plus besoin.

3.2. Facteurs socioculturels

En 2013, le taux d'alphabétisation chez les jeunes de 20-24 ans est de 84,7%. Le taux de fréquentation scolaire chez les enfants et les adolescents âgés de 6 à 16 ans est de 92,9%. Toutefois on constate que le taux net de scolarisation, de 88,2 % au primaire, n'est plus que de 41,1% au secondaire, différence qui traduit une déperdition scolaire importante. Selon le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR), près de 13% de la population vit dans des ménages dont le chef n'a aucune instruction (données de l'année 2005).

La fréquence 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. Globalement, les hommes sont plus instruits que les femmes (35% d'hommes ont atteint le niveau secondaire ou supérieur contre 26% de femmes). 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.

3.3. Facteurs socio-économiques

D'après le RGPL-2013, un tiers (32,7%) des Gabonais vit dans la pauvreté et 3% d'entre eux sont extrêmement pauvres. La pauvreté est plus fréquente en milieu rural (75%) qu'en milieu urbain (25%). Globalement, la pauvreté est plus importante dans les ménages où la femme est le chef (femmes célibataires) comparés à ceux où c'est l'homme qui est le chef (hommes célibataires ou mariés), soit 35,2% contre 31,7%. La différence est plus marquée en milieu rural (76,1 % contre 71,7%). En zone urbaine, la pauvreté touche plus les ménages dirigés par des hommes (24,4%) que ceux dirigés par des femmes (23,4%).

Le faible pouvoir d'achat des populations limite grandement leur accès aux soins de santé. Selon l'Enquête Gabonaise pour l'Evaluation et le Suivi de la Pauvreté (EGEP), la probabilité de consulter dans un service de santé pendant les quatre semaines précédant l'enquête varie selon le statut social, et la probabilité que les ménages pauvres ont de recourir aux services de santé est deux fois moindre que celle des ménages riches (8% contre 16%). Selon le RGPL 2013, le taux de chômage ajusté est élevé, il est de 16,8%. Les femmes sont plus touchées que les hommes, 22,9% contre 13,1%.

Le régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale, porté par la CNAMGS et mis en œuvre depuis 2010, constitue une avancée majeure pour la prise en charge des indigents, appelés

Gabonais Economiquement Faibles (GEF). Pour les travailleurs des secteurs public et privé, il existe en plus de l'assurance maladie obligatoire différents régimes de prise en charge par des assurances privées.

3.4. Facteurs liés aux moyens de communication

Le Gabon dispose de voies de communication terrestres, aériennes et maritimes. Le réseau routier est peu dense et pose de gros problèmes d'entretien, ce qui fait que certaines zones du territoire manquent de desserte par voie terrestre. Le chemin de fer traverse 5 provinces (Estuaire, Moyen-Ogooué, Ogooué-Ivindo, Ogooué-Lolo et Haut-Ogooué). Le réseau aérien, après l'envolée prometteuse des années 70, a subi de nombreux revers. Il reste néanmoins suffisamment fonctionnel pour répondre à la demande. Le réseau fluvial permet de nombreux échanges entre les provinces côtières (Estuaire, Nyanga, Moyen-Ogooué et Ogooué-Maritime).

Le réseau des télécommunications, très performant, couvre l'ensemble du territoire national grâce au dynamisme de plusieurs opérateurs de téléphonie mobile, en concurrence. On note, enfin, une plate-forme médiatique audiovisuelle et écrite assez bien développée, tant publique que privée, avec une offre locale et étrangère de plusieurs journaux, chaînes de radio et télévisions.

3.5. Facteurs environnementaux

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

La proportion moyenne des ménages évacuant leurs ordures de manière adéquate est de 53,3%, mais il existe des disparités importantes entre le milieu urbain, où cette proportion est de 60,5%, et le milieu rural, où elle n'est que de 9,1%. De même, la proportion des ménages qui évacuent leurs eaux usées de manière adéquate est de 32,9%, avec 37,2% en milieu urbain contre 5,9% en milieu rural. Quant à la proportion des ménages utilisant une source d'eau potable améliorée, elle est de 85,2%, avec 93,6% en zone urbaine contre 45,1% en zone rurale (RGPL 2013). La qualité moyenne de cette eau favorise la survenue de maladies diarrhéiques et parasitaires.

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 à Libreville en dépit des progrès récents du service de voirie, en l'absence de systèmes efficaces de destruction et de tri des déchets. Quant au système d'évacuation des eaux pluviales, il est peu performant, ce qui a pour conséquences des inondations, l'insalubrité et la prolifération de vecteurs de maladies, notamment de l'anophèle, agent vecteur du paludisme et de *Aedes albopictus*, vecteur de la dengue et du Chikungunya.

Les accidents de la voie publique, en nette progression, résultent du développement des villes et de l'explosion du nombre de véhicules en circulation, dans un contexte de sécurité routière défailante, de mauvais état des routes et de contrôles techniques inefficaces. Ils génèrent une augmentation de la morbidité et de la mortalité liées aux traumatismes.

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

3.6. 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.

Chapitre 4 : Problèmes prioritaires

Les problèmes de santé ou du système de santé à résoudre à moyen terme au Gabon, peuvent se résumer comme suit :

1. La mortalité maternelle, néonatale, infantile et juvénile, reste élevée, et certaines étapes de la vie (adolescence et troisième âge) ne sont pas suffisamment prises en compte dans les stratégies, programmes et plans de santé. Ainsi :

- le taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception est médiocre ;
- la proportion des femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites prénatales est insuffisante ;
- il n'existe toujours pas de protocoles nationaux pour la prise en charge correcte des complications de l'accouchement ;
- la prophylaxie antipaludéenne n'est pas suffisamment étendue à l'ensemble des femmes enceintes ;
- le pourcentage des femmes enceintes bénéficiant des prestations PTME n'est pas encore satisfaisant ;
- les taux de couverture vaccinale des enfants restent préoccupants ;
- des indicateurs importants (sur la PEC de la malnutrition et des maladies visées par la PCIME) ne sont pas renseignés, alors que ces problèmes de santé représentent environ 90% des causes de mortalité infanto-juvénile ;
- l'accès des adolescents/jeunes à une prise en charge de qualité en matière de Santé Sexuelle et Reproductive est insuffisant ;
- l'accès des personnes âgées à des soins préventifs et promotionnels appropriés, et à une prise en charge adéquate des affections spécifiques du troisième âge est insuffisant ;
- aucun des systèmes nationaux de collecte des données, en routine ou lors d'enquête en population type EDSG, n'utilisent d'indicateurs spécifiques renseignant sur les personnes âgées ;

2. Le poids des maladies reste élevé :

- les indicateurs liés au paludisme, à l'infection à VIH, à la tuberculose, aux maladies évitables par la vaccination et aux MTN restent préoccupants ;
- les MNT sont en forte progression ;
- les capacités nationales pour la préparation, la surveillance et la riposte aux flambées épidémiques, aux autres urgences de santé publique et aux catastrophes sont faibles ;

3. Le système de santé présente encore de nombreux dysfonctionnements :

- 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 ;
- les départements sanitaires ne sont pas opérationnels ;
- la rupture des médicaments et dispositifs médicaux essentiels dans les formations sanitaires est fréquente et la disponibilité des services d'aide au diagnostic (examens de biologie et d'imagerie médicales) reste faible ;
- Les ressources humaines sont insuffisantes en quantité et en qualité, et mal planifiées ;
- l'offre et l'accessibilité aux soins demeurent insuffisantes ;
- le système national d'information sanitaire est peu performant ;
- la gestion des ressources financières disponibles n'est pas optimale et leur répartition présente un gros déséquilibre en faveur du volet curatif au détriment du volet préventif et promotionnel ;
- l'appropriation et la participation communautaires sont faibles.

Chapitre 5 : Orientations stratégiques

5.1. Axes stratégiques

Les interventions du PNDS 2017-2021 s'articulent autour des 9 axes stratégiques suivants :

- 1) Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie ;
- 2) Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles infectieuses et parasitaires ;
- 3) Intensifier la lutte contre les maladies non transmissibles ;
- 4) Soutenir la préparation, la surveillance et la riposte aux flambées épidémiques et autres urgences de santé publique et catastrophes, y compris le développement des capacités nationales dans le cadre du RSI ;
- 5) Renforcer la gouvernance du secteur de la santé et le leadership du ministère de la santé ;
- 6) Mettre en place un système national d'information sanitaire et de surveillance en santé publique performant ;
- 7) Opérationnaliser les départements sanitaires ;
- 8) Progresser vers la couverture sanitaire universelle incluant :
 - a) *optimiser la gestion des ressources humaines ;*
 - b) *doter les structures d'équipements adéquats et renforcer l'infrastructure ;*
 - c) *rendre disponibles et accessibles les médicaments génériques et dispositifs médicaux essentiels de qualité ainsi que les vaccins, les produits sanguins et les services d'aide au diagnostic ;*
 - d) *améliorer l'accueil, la qualité des soins et la sécurité des patients ;*
 - e) *améliorer la gestion des ressources financières ;*
 - f) *améliorer l'accessibilité financière aux soins ;*
- 9) Développer l'appropriation et la participation communautaires.
 - **Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie.** Il faut maintenir les efforts en vue de réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé pendant la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence ; améliorer la santé sexuelle et génésique ; et permettre à tous de vieillir en restant actifs et en bonne santé. L'accès aux soins des personnes de tout âge est l'enjeu majeur de tout système de santé. Les populations doivent bénéficier de services de santé de qualité afin que la morbidité et la mortalité générales soient réduites de manière significative. 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/jeunes, pour réduire le nombre de grossesses précoces et/ou non désirées. Il en est de même du développement des consultations prénatales recentrées. Le suivi de la grossesse qui inclut les prestations de PTME, de vaccination antitétanique 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 des anticonvulsivants injectables, constituent des conditions essentielles pour une prise en charge correcte des accouchements. La formation du personnel sur la prise en charge des complications de l'accouchement et la disponibilité des maternités avec bloc opératoire sont également

indispensables. La réduction de la mortalité infanto-juvénile 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 par le renforcement de la réglementation avec vulgarisation du CCSLM. 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 infectés et/ou affectés par le VIH/SIDA constitue un axe d'intervention majeur. L'extension de la Prise en Charge Intégrée 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. Concernant les adolescents et les personnes âgées, il faudra identifier les problèmes de santé propres à ces groupes, avec un regard particulier sur la santé sexuelle et génésique, élaborer des programmes d'actions pour leur prise en charge spécifique et définir les stratégies de mise en œuvre.

- **Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles infectieuses et parasitaires.** Il s'agit de poursuivre la lutte contre le VIH/SIDA et les IST, d'intensifier la lutte contre le paludisme, la tuberculose, les maladies tropicales négligées et les maladies évitables par la vaccination, y compris l'éradication de la poliomyélite. Par ailleurs, la lutte contre la maladie étant portée par les programmes et services nationaux, il faudra rendre ceux-ci fonctionnels, en les dotant du cadre juridique et des moyens d'action humains, matériels et financiers appropriés.
- **Intensifier la lutte contre les maladies non transmissibles.** Il s'agit de réduire la charge des maladies non transmissibles, notamment les maladies cardiovasculaires, les cancers du col utérin, du sein, du foie, du poumon et de la prostate, le diabète, les troubles mentaux, la drépanocytose, le tabagisme, l'alcoolisme, les toxicomanies et autres addictions, les affections buccodentaires, les maladies nutritionnelles, les traumatismes et handicaps, la surdité, la cécité et la malvoyance, par la promotion de la santé, la réduction de l'exposition aux facteurs de risques, la prévention, le dépistage précoce et la prise en charge des cas. Il faudra aussi agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, pour réduire les inégalités en santé dans le pays, renforcer les campagnes de sensibilisation des populations et intensifier la surveillance épidémiologique.
- **Soutenir la préparation, la surveillance et la riposte aux flambées épidémiques et autres urgences de santé publique et catastrophes, y compris le développement des capacités nationales dans le cadre du RSI.** Le système de surveillance épidémiologique souffre de nombreux dysfonctionnements, y compris pour ce qui est de sa capacité de riposte face aux risques épidémiques malgré quelques avancées enregistrées 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 par ailleurs nécessaire de réaliser des Enquêtes Démographiques et de Santé à intervalles réguliers (idéalement tous les cinq ans) pour situer le pays par rapport aux cibles des ODD mais également sur l'ensemble des autres indicateurs de santé. L'élaboration d'un annuaire statistique fiable avec un taux de complétude optimal doit permettre de renseigner sur les performances internes du système de santé. Il faut renforcer et maintenir les capacités nationales requises au titre du Règlement Sanitaire International (RSI 2005), intégrer dans le système national de surveillance et d'information sanitaire des indicateurs d'alertes précoces, et disposer d'une cartographie nationale des risques de catastrophe. Il faudra aussi mettre en place un organe spécifique de coordination de la riposte.
- **Renforcer la gouvernance du système de santé et le leadership du Ministère de la santé.** 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 de santé et l'élaboration des plans nationaux de développement sanitaire, ainsi que celle des stratégies 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 régulation, de supervision et de coordination de l'action sanitaire dans le pays. Au-delà de la nécessaire réforme du cadre institutionnel du Ministère de la santé, il faut également s'attaquer à la réforme hospitalière et à celle du secteur pharmaceutique. Ces réformes sont indispensables pour doter le secteur hospitalier et celui du médicament, piliers de l'offre de soins, des instruments juridiques adaptés à leurs missions de service public et des moyens appropriés pour satisfaire la demande de santé des populations. La régulation du secteur de la santé 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, un meilleur contrôle et une meilleure visibilité des activités du secteur privé de santé constitue une priorité. Le renforcement de la coordination et de la collaboration entre les trois secteurs de santé public (civil et militaire), parapublic (CNSS) et privé est nécessaire, et la complémentarité entre ces trois secteurs dans le sens d'une prestation intégrée est importante pour assurer une plus grande disponibilité des services, une équité dans l'accès aux soins de santé et une continuité du parcours de soins. La médecine traditionnelle étant pratiquée et surtout utilisée par une grande majorité de la population sur l'ensemble du territoire national, il est de la responsabilité du Ministère de la santé de définir son cadre d'exercice et d'intégration dans le système de santé formel. Ce processus est en cours et doit être parachevé.

- **Mettre en place un système national d'information sanitaire et de surveillance en santé publique performant.** 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 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. La majorité des données sanitaires utilisées en routine sont habituellement caduques ou fragmentaires et ne permettent donc pas une orientation éclairée des politiques et plans d'actions. Il s'agit d'un handicap majeur pour la prise de décision, et donc, d'une insuffisance majeure dans la gouvernance du secteur de santé. La performance du système d'information sanitaire passe par sa réorganisation. A l'heure actuelle, la gestion de l'information sanitaire est éclatée entre plusieurs structures. 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 centrale de la planification, des infrastructures et des équipements et des différents programmes nationaux de santé. Il est donc urgent de mettre en place un organe unique de gestion de l'information sanitaire.
- **Opérationnaliser les départements sanitaires.** L'engagement politique à investir pour les services préventifs et promotionnels est faible. Il en résulte que ces services ont tendance à être insuffisamment développés. Le niveau primaire du département sanitaire est le lieu privilégié de développement des services préventifs et promotionnels. L'évaluation finale de la mise en œuvre du PNDS 2011-2015 a montré une prédominance des investissements en faveur des infrastructures du troisième niveau de la pyramide sanitaire (plus de 75% du budget d'investissement exécuté concernait l'offre de soins de 3ème niveau) au détriment des structures sanitaires du département. En effet, concernant les hôpitaux départementaux (centres médicaux) : 11 devaient être construits, aucun n'a été livré en cinq ans ; 18 devaient être réhabilités, seulement 3 l'ont été. Concernant les centres de santé : 10 devaient être construits, seulement 6 l'ont été ; 20 devaient être réhabilités, seulement 5 l'ont été. Concernant les dispensaires : 84 devaient être construits, seulement 2 l'ont été en cinq ans ; 246 devaient être réhabilités, aucun ne l'a été. L'orientation préférentielle des investissements vers les soins curatifs du niveau tertiaire a pour conséquence une dépense

publique et privée de santé peu efficiente au regard des résultats obtenus. Ceci n'est pas surprenant quand on sait que le curatif (qui absorbe à ce niveau plus de 85% des dépenses de fonctionnement) contribue à moins de 10% à l'amélioration des indicateurs de santé, tandis qu'à l'inverse le volet préventif et promotionnel, qui ne représente que 6% des dépenses, est susceptible de contribuer à plus de 60% à l'atteinte des objectifs de santé. Un autre effet pervers du peu de financement du département sanitaire est qu'une partie importante de l'activité des hôpitaux du niveau tertiaire relève en fait de structures du niveau primaire. Ceci est particulièrement contre-productif pour les CHU, qui ont du mal à assurer leurs missions premières de formation et de recherche, parce que débordés par des activités relevant des dispensaires et autres centres de santé. Il y a donc urgence à réorienter les investissements vers les services préventifs et promotionnels, c'est-à-dire vers le département sanitaire. Il convient aussi d'encourager la participation financière des usagers aux services préventifs et promotionnels, même si leur finalité en termes de santé n'est pas toujours clairement perçue par les populations.

- **Progresser vers la couverture sanitaire universelle.**

Optimiser la gestion des 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 suffisantes, bien formées, disponibles sur l'ensemble du territoire national et équitablement réparties. Cela implique une bonne connaissance des besoins du système de santé en matière de ressources humaines en fonction du profil épidémiologique. L'élaboration d'un plan de développement des RH permet de planifier et programmer les besoins du système de santé en matière de ressources humaines afin de combler les insuffisances quantitatives et qualitatives observées. L'évolution du profil épidémiologique et la relance des soins de santé primaires nécessitent d'adapter 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 signifie une meilleure implication de l'INFASS pour adapter les curricula aux nouvelles exigences du système de santé, mais aussi une implication plus forte du Ministère de la santé 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 continue 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 de débouché dans la branche d'origine. La répartition équitable des personnels de santé dans toutes les régions sanitaires constitue un défi pour le système de santé. En effet, la répartition inégale et inéquitable des ressources humaines affecte les performances du système de santé, notamment dans les départements et villages reculés et dans les zones difficiles d'accès. L'amélioration des conditions de travail du personnel (espaces de vie, commodités, primes) est essentielle pour les motiver, faciliter leur fidélisation, leur déploiement à l'intérieur du pays et ce faisant l'amélioration de l'accueil et de la qualité des soins.

Doter les structures d'équipements adéquats et renforcer l'infrastructure. La mise en place de formations sanitaires délivrant des services de santé intégrés, coordonnés et complémentaires doit se poursuivre, en vue d'assurer la disponibilité géographique et la continuité de l'offre de soins sur toute l'étendue du territoire national. Pour cela, d'importants investissements doivent être consentis pour construire ou réhabiliter les structures sanitaires, en particulier celles du département sanitaire (cases de santé, dispensaires, centres de santé et hôpital départemental) et pour les doter des équipements appropriés, en rapport avec leur paquet essentiel de services de santé (PESS). A cette fin, la carte sanitaire nationale finalisée sera un outil important d'aide à la décision, de même que le schéma directeur des infrastructures sanitaires.

Rendre disponibles et accessibles les médicaments génériques 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, les produits sanguins sécurisés et les services d'aide au diagnostic jouent un rôle majeur dans l'offre de soins de qualité. Leur absence ou leur dysfonctionnement compromet 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 consacrées et la poursuite de l'implantation des pharmacies régionales doivent permettre d'améliorer la disponibilité permanente des médicaments dans les formations sanitaires. La mise en œuvre et l'extension en cours de l'assurance maladie obligatoire portée par la CNAMGS devrait contribuer à atteindre 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 entraînant des anémies fréquentes chez les enfants de moins de 5 ans et d'épidémie généralisée de VIH, la sécurité transfusionnelle constitue une exigence prioritaire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Le développement des centres régionaux de transfusion sanguine accompagné de la formation des ressources humaines requises devrait contribuer à améliorer la disponibilité du sang sécurisé dans les centres hospitaliers régionaux et les hôpitaux départementaux. L'imagerie médicale et le laboratoire sont aujourd'hui les maillons faibles de l'offre de soins. Dans ces deux domaines, l'offre est insuffisante, notamment au premier niveau de la pyramide de soins. La dotation en équipements, la formation du personnel et l'approvisionnement régulier en réactifs et films doivent constituer les axes principaux d'interventions. Depuis plusieurs années, le Gabon est en indépendance vaccinale et des dotations suffisantes sont fournies pour l'approvisionnement régulier en vaccins. Le renforcement de la chaîne de froid et l'augmentation des capacités de stockage et de conservation, ainsi que le renforcement du PEV de routine, la mise en œuvre de la stratégie ACD et l'intégration des activités vaccinales dans le PESS des structures sanitaires du premier niveau, sont nécessaires pour améliorer la couverture vaccinale du pays. La gestion des déchets biomédicaux (DBM) 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, la gestion de ces déchets, incluant le tri, la collecte, le transport et la destruction, n'est pas organisée. Seules les techniques d'enfouissement ouvert ou fermé semblent être utilisées. Dans certaines structures, cela est confié aux sociétés de gestion des déchets ménagers qui déversent les DBM dans les décharges publiques avec tous les risques sanitaires et environnementaux que cela comporte. La mise en place d'incinérateurs aux normes accompagnée d'un programme de gestion des déchets biomédicaux dans les formations sanitaires permettra de résoudre cette problématique.

Améliorer l'accueil, la qualité des soins et la sécurité des patients. Il faut disposer d'un système de santé qui assure des prestations de qualité dans un environnement sûr. Ceci implique des services centrés sur l'utilisateur et sa sécurité, un personnel de santé bien formé et motivé qui met l'accent sur l'éthique et le respect de la dignité humaine dans l'accueil des usagers et la dispensation des soins. L'élaboration et l'application d'une charte du patient est à ce sujet fortement encouragée. Cela implique aussi un accès à des médicaments sûrs et efficaces, et des systèmes de gestion des risques hospitaliers efficaces, reposant notamment sur des comités de vigilance sanitaire.

Améliorer la gestion des ressources financières. 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 consacrées aux interventions demeurent très faibles et instables. Quant aux circuits de dépenses, ils sont très peu connus. L'élaboration récente et l'institutionnalisation des comptes nationaux de la santé (CNS) permettent aujourd'hui d'avoir une bonne visibilité sur la destination finale des ressources financières du système de

santé, d'en connaître les sources primaires et secondaires, ainsi que leur importance respective. Cet outil permettra une meilleure allocation ou réallocation des ressources vers les postes de dépenses prioritaires, notamment vers les interventions de promotion et de prévention de la santé et vers le premier niveau de la pyramide sanitaire. L'enjeu est de parvenir à une augmentation substantielle des budgets alloués 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 (CDMT) permet 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 aux fonctionnaires et aux travailleurs du secteur privé constitue une source de financement importante du secteur de la santé. 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 financières qui sont mises à disposition. Il s'agit d'un critère de motivation et de responsabilisation pour amener les acteurs de la santé à plus de performance. Les formations sanitaires, dans leur grande majorité, présente de faibles capacités de gestion de leurs ressources financières. Il faut donc mettre en place des outils modernes de management des formations sanitaires en vue d'assurer la transparence de la gestion des ressources financières. La conduite des contrôles et audits par l'inspection générale des services du Ministère devrait contribuer à améliorer la gestion financière des hôpitaux.

Améliorer l'accessibilité financière aux soins. Il faut disposer d'un système de santé performant et efficace qui puisse assurer des services essentiels de qualité à un coût abordable pour tous. Pour cela, il faudra poursuivre les efforts d'extension de l'assurance maladie obligatoire pour atteindre une couverture universelle en garantissant sa pérennité et en veillant au maintien de l'équité.

- **Développer l'appropriation et la participation communautaires.** Il s'agit d'encourager et de promouvoir la participation communautaire au développement sanitaire, d'apporter un appui technique approprié aux prestataires de services de santé communautaires à travers la formation, la supervision et l'apport des outils et fournitures, d'encourager l'interaction entre les communautés et les services de santé pour une offre de soins adaptée aux besoins locaux et de mettre en place des mécanismes formalisés de collaboration avec les organisations communautaires. Il faudra responsabiliser les populations bénéficiaires en vue d'une plus grande participation de celles-ci à la résolution des problèmes sanitaires qui les concernent. Ceci est particulièrement crucial pour le système de santé du département sanitaire, qui ne peut se développer durablement sans la pleine participation, individuelle et collective, des bénéficiaires. Cette responsabilisation s'étend aux professionnels du secteur et autres acteurs clés du dispositif sanitaire. La mise en place des organes de gouvernance de la région et du département sanitaires est fondamentale pour créer des milieux favorables à cette responsabilisation et à cette participation. 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 villages, 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 lieux comme celles de villes en santé, ou des villages en santé, de la promotion de la santé à l'école, d'hôpitaux promoteurs de la santé, etc. L'accent sera mis sur la réponse à la demande locale de santé. Pour ce faire, les approches par problème de santé et non pas par service ou par programme de santé seront préférables. La participation communautaire facilite la promotion de la santé au moyen de différentes méthodes telles que l'IEC, l'éducation pour la santé (EPS), la communication pour le changement de comportement durable (CCCD), la mobilisation sociale, le plaidoyer, etc. L'usage de ces méthodes dans le cadre des interventions de promotion de la santé prend en compte les déterminants connus des problèmes prioritaires identifiés, ainsi que le contexte

particulier où ont lieu ces interventions. Au vu des enjeux qui lui sont propres, le développement de la participation communautaire nécessite la mise en place d'un mécanisme spécifique de contrôle, de suivi et d'évaluation des différentes stratégies, approches, méthodes et activités qui seront mises en œuvre .

5.2. Objectifs du PNDS 2017-2021

L'objectif général du PNDS 2017-2021 est d'améliorer l'état de santé et le bien-être des populations, notamment des plus démunies. La mise en œuvre du PNDS 2011-2015, adopté en Conseil des Ministres, a permis à cet égard d'indéniables avancées. Cependant, pratiquement tous ses objectifs spécifiques restent d'actualité, car aucun d'entre eux n'a été atteint en totalité à l'échéance 2015. Par conséquent, et compte tenu du contexte national et international marqué par de nouvelles priorités sanitaires mondiales et l'adoption des ODD, le PNDS du Gabon pour la période 2017-2021 retient les 20 objectifs d'impact suivants :

1. Réduire la mortalité maternelle de 271 décès pour 100 000 naissances vivantes à 129 décès pour 100 000 naissances vivantes, d'ici fin décembre 2021 ;
2. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 60,4 à 30 pour 1000, d'ici fin décembre 2021 ;
3. Réduire d'au moins 50% la prévalence des IST chez les adolescents/jeunes, d'ici fin décembre 2021 ;
4. Réduire d'au moins 50% le taux des grossesses précoces, d'ici fin décembre 2021 ;
5. Réduire d'au moins 50% la prévalence des avortements chez les adolescentes/jeunes, d'ici fin décembre 2021 ;
6. Réduire d'au moins 60% la proportion des cas d'alcoolisme, tabagisme, toxicomanies et autres addictions chez les adolescents/jeunes, d'ici fin décembre 2021 ;
7. Réduire de 25% les complications liées aux maladies cardiovasculaires et au diabète chez les personnes âgées, d'ici fin décembre 2021 ;
8. Réduire de 4,1% à 3% la séroprévalence du VIH, d'ici fin décembre 2021 ;
9. Réduire l'incidence du VIH de 71 à 30 pour 100 000 habitants, d'ici fin décembre 2021 ;
10. Réduire de 68,4 à 40 pour 100 000 habitants la mortalité liée au paludisme, d'ici fin décembre 2021 ;
11. Réduire de 444 à 222 pour 100 000 habitants l'incidence de la tuberculose, d'ici fin décembre 2021 ;
12. Réduire de 75% le nombre de décès liés à la tuberculose, d'ici fin décembre 2021 ;
13. Réduire de 22,4 à 10 pour 10 000 habitants la prévalence de la trypanosomiase humaine africaine, d'ici fin décembre 2021 ;
14. Réduire de 0,36 à 0,18 pour 100 000 habitants le taux de nouveaux cas de lèpre dépistés avec invalidité de degré 2, d'ici fin décembre 2021 ;
15. Réduire de 42,5% à 25% la proportion des nouveaux cas d'Ulcère de Buruli dépistés en catégorie 3, d'ici fin décembre 2021 ;
16. Réduire d'au moins 50% la prévalence des MTN y compris à chimiothérapie préventive, d'ici fin décembre 2021 ;
17. Réduire de 50% le nombre de cas de rage humaine, d'ici fin décembre 2021 ;
18. Réduire d'au moins 25% la mortalité et/ou la morbidité liées aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques, d'ici fin décembre 2021 ;
19. Réduire d'au moins 25% la mortalité et/ou la morbidité liées aux troubles mentaux, au tabagisme, à l'alcoolisme, aux toxicomanies et autres addictions, d'ici fin décembre 2021 ;
20. Réduire d'au moins 25% la mortalité et/ou la morbidité liées à la drépanocytose, aux affections buccodentaires, aux maladies nutritionnelles, aux traumatismes et handicaps, à la surdité, à la cécité et à la malvoyance, d'ici fin décembre 2021.

5.2.1. Concernant la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie

Cette thématique prend en compte la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent/jeune et de la personne âgée. Elle comprend 7 objectifs d'impact (1 pour la santé de la mère, 1 pour celle de l'enfant, 4 pour celle de l'adolescent/jeune et 1 pour celle de la personne âgée).

Santé de la mère

L'objectif d'impact est le suivant : Réduire la mortalité maternelle de 271 décès pour 100 000 naissances vivantes à 129 décès pour 100 000 naissances vivantes, d'ici fin décembre 2021.

Les 10 objectifs de résultats à moyen terme sont les suivants :

- 1) D'ici fin décembre 2021, au moins 30% des femmes utilisent une méthode moderne de contraception ;
- 2) D'ici fin décembre 2021, au moins 90% des femmes enceintes effectuent au moins 4 visites prénatales recentrées (CPNR) ;
- 3) D'ici fin décembre 2021, au moins 30% des femmes enceintes reçoivent le TPI3 ;
- 4) D'ici fin décembre 2021, au moins 90% des femmes enceintes séropositives bénéficient de la trithérapie antirétrovirale (TAR) ;
- 5) D'ici fin décembre 2021, le taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié est d'au moins 95% ;
- 6) D'ici fin décembre 2021, au moins 60% des hémorragies liées à l'accouchement bénéficient d'une PEC conforme aux protocoles nationaux de prise en charge des complications obstétricales ;
- 7) D'ici fin décembre 2021, au moins 60% des pré-éclampsies et éclampsies bénéficient d'une PEC conforme aux protocoles nationaux de prise en charge des complications obstétricales ;
- 8) D'ici fin décembre 2021, au moins 80% des décès maternels font l'objet d'un audit dans le cadre de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) ;
- 9) D'ici fin décembre 2021, au moins 60% des avortements à risque bénéficient d'une PEC conforme aux protocoles nationaux de PEC des avortements incomplets à l'aide de l'AMIU et du misoprostol ;
- 10) D'ici fin décembre 2021, au moins 30% des femmes porteuses de fistules obstétricales identifiées sont réparées.

Santé de l'enfant

L'objectif d'impact est le suivant : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 60,4 pour 1000 à 30 pour 1000, d'ici fin décembre 2021.

Les 11 objectifs de résultats à moyen terme sont les suivants :

- 1) D'ici fin décembre 2021, la couverture vaccinale est d'au moins 90% au niveau national et d'au moins 80% dans tous les départements sanitaires pour tous les antigènes ;
- 2) D'ici fin décembre 2021, au moins 30% des femmes pratiquent l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois ;
- 3) D'ici fin décembre 2021, au moins 80% des décès néonataux font l'objet d'un audit dans le cadre de la surveillance des décès néonataux et riposte ;
- 4) D'ici fin décembre 2021, au moins 80% des cas de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans bénéficient d'une prise en charge conforme aux directives nationales ;
- 5) D'ici fin décembre 2021, au moins 90% des enfants nés de mères séropositives ayant bénéficié de la PTME sont séronégatifs à 18 mois ;
- 6) D'ici fin décembre 2021, au moins 90% des enfants de 18 mois-14 ans dépistés positifs au VIH sont mis sous ARV ;
- 7) D'ici fin décembre 2021, au moins 50% des enfants de moins de 15 ans dépistés positifs au VIH sous ARV ont une charge virale indétectable ;
- 8) D'ici fin décembre 2021, au moins 80% des enfants de moins de 5 ans dorment sous MIILDE ;

- 9) D'ici fin décembre 2021, au moins 80% des enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme bénéficient d'un traitement conforme aux directives nationales dans les 24 heures ;
- 10) D'ici fin décembre 2021, au moins 95% des enfants de moins de 5 ans atteints de maladies diarrhéiques bénéficient d'une prise en charge conforme aux directives nationales ;
- 11) D'ici fin décembre 2021, au moins 80% des enfants de moins de 5 ans atteints d'infections respiratoires aiguës bénéficient d'une prise en charge conforme aux directives nationales.

Santé de l'adolescent/jeune

Les 4 objectifs d'impact sont les suivants :

- 1) Réduire d'au moins 50% la prévalence des IST chez les adolescents/jeunes, d'ici fin décembre 2021 ;
- 2) Réduire d'au moins 50% le taux des grossesses précoces, d'ici fin décembre 2021 ;
- 3) Réduire d'au moins 50% la prévalence des avortements chez les adolescentes/jeunes, d'ici fin décembre 2021 ;
- 4) Réduire d'au moins 60% la proportion des cas d'alcoolisme, tabagisme, toxicomanies et autres addictions chez les adolescents/jeunes, d'ici fin décembre 2021.

Les 6 objectifs de résultats à moyen terme sont les suivants :

1. D'ici fin décembre 2021, le taux d'utilisation du condom est d'au moins 80% chez les jeunes de 15 à 24 ans ;
2. D'ici fin décembre 2021, au moins 50% des adolescents/jeunes en activité sexuelle utilisent une méthode moderne de contraception ;
3. D'ici fin décembre 2021, au moins 80% des adolescents/jeunes ont accès aux services de prévention des IST/VIH ;
4. D'ici fin décembre 2021, au moins 50% des adolescents/jeunes bénéficient d'une Prise en Charge en Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) de qualité à tous les niveaux de la pyramide des soins ;
5. D'ici fin décembre 2021, au moins 50% des départements sanitaires disposent d'au moins un Service/Centre Conseil intégré des adolescents/jeunes ;
6. D'ici fin décembre 2021, au moins 50% des adolescentes de 10-11 ans bénéficient de deux (2) doses de la vaccination anti HPV (Papilloma Virus Humain).

Santé de la personne âgée

L'objectif d'impact est le suivant : Réduire de 25% les complications liées aux maladies cardiovasculaires et au diabète chez les personnes âgées, d'ici fin décembre 2021.

Les 6 objectifs de résultats à moyen terme sont les suivants :

- 1) D'ici fin décembre 2021, au moins 95% des personnes âgées bénéficient de soins préventifs et promotionnels sur les différents facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires et au diabète ;
- 2) D'ici fin décembre 2021, au moins 60% des personnes âgées bénéficient d'une prise en charge adéquate des maladies cardiovasculaires et du diabète ;
- 3) D'ici fin décembre 2021, au moins 80% des personnes âgées ont un accès financier aux services de santé à tous les niveaux de la pyramide des soins ;
- 4) D'ici fin décembre 2021, tous les systèmes nationaux de collecte des données, en routine et lors d'enquête en population type EDSE, incluent des indicateurs spécifiques renseignant sur les personnes âgées ;
- 5) D'ici fin décembre 2021, chaque département sanitaire offre un service de conseil dédié aux personnes âgées ;
- 6) D'ici fin décembre 2021, un Observatoire national des personnes âgées est créé et doté des moyens requis pour l'accomplissement de ses missions.

5.2.2. Concernant la lutte contre les maladies transmissibles infectieuses et parasitaires

Cette thématique comprend 10 objectifs d'impact (2 pour l'infection à VIH, 1 pour le paludisme, 2 pour la tuberculose, 1 pour la THA, 1 pour la lèpre, 1 pour l'ulcère de Buruli, 1 pour les Maladies Tropicales Négligées à chimiothérapie préventive et 1 pour la rage humaine).

Les 10 objectifs d'impact sont les suivants :

- 1) Réduire de 4,1% à 3% la séroprévalence du VIH, d'ici fin décembre 2021 ;
- 2) Réduire l'incidence du VIH de 71 à 30 pour 100 000 habitants, d'ici fin décembre 2021 ;
- 3) Réduire de 68,4 à 40 pour 100 000 habitants la mortalité liée au paludisme, d'ici fin décembre 2021 ;
- 4) Réduire de 444 à 222 pour 100 000 habitants l'incidence de la tuberculose, d'ici fin décembre 2021 ;
- 5) Réduire de 75% le nombre de décès liés à la tuberculose, d'ici fin décembre 2021 ;
- 6) Réduire de 22,4 à 10 pour 10 000 habitants la prévalence de la trypanosomiase humaine africaine, d'ici fin décembre 2021 ;
- 7) Réduire de 0,36 à 0,18 pour 100 000 habitants le taux de nouveaux cas de lèpre dépistés avec invalidité de degré 2, d'ici fin décembre 2021 ;
- 8) Réduire de 42,5% à 25% la proportion des nouveaux cas d'Ulçère de Buruli dépistés en catégorie 3, d'ici fin décembre 2021 ;
- 9) Réduire d'au moins 50% la prévalence des MTN y compris à chimiothérapie préventive, d'ici fin décembre 2021 ;
- 10) Réduire de 50% le nombre de cas de rage humaine, d'ici fin décembre 2021.

Les 22 objectifs de résultats à moyen terme sont les suivants :

- 1) D'ici fin décembre 2021, le taux d'utilisation du condom est d'au moins 60% dans la population générale ;
- 2) D'ici fin décembre 2021, le taux d'utilisation du condom est d'au moins 70% dans les populations clés ;
- 3) D'ici fin décembre 2021, au moins 80% de la population a accès aux services de prévention des IST/VIH ;
- 4) D'ici fin décembre 2021, au moins 70% des PVVIH attendus connaissent leur statut sérologique ;
- 5) D'ici fin décembre 2021, au moins 70% des personnes dépistées positives sont mises sous ARV ;
- 6) D'ici fin décembre 2021, au moins 50% des PVVIH sous ARV ont une charge virale indétectable ;
- 7) D'ici fin décembre 2021, au moins 80% des cas de paludisme déclarés reçoivent un traitement correct dans les 24 heures ;
- 8) D'ici fin décembre 2021, au moins 50% de la population générale dort sous MIILDE ;
- 9) D'ici fin décembre 2021, au moins 80% des cas de tuberculose sont bactériologiquement confirmés ;
- 10) D'ici fin décembre 2021, au moins 85% des nouveaux cas de tuberculose bactériologiquement confirmés sont guéris ;
- 11) D'ici fin décembre 2021, au moins 90% des cas de THA à parasitologie positive sont dépistés dans tous les foyers d'endémies ;
- 12) D'ici fin décembre 2021, 100% des cas de THA à parasitologie positive dépistés sont traités ;
- 13) D'ici fin décembre 2021, la proportion de nouveaux cas de lèpre dépistés avec des invalidités de degré 2 est réduite de 50% ;
- 14) D'ici fin décembre 2021, au moins 80% des cas de lèpre multi bacillaire enregistrés deux ans auparavant sont guéris par la poly chimiothérapie ;
- 15) D'ici fin décembre 2021, au moins 70% des cas d'ulcère de Buruli enregistrés sont confirmés par la PCR ;
- 16) D'ici fin décembre 2021, au moins 80% des cas d'ulcère de Buruli enregistrés achèvent complètement leur traitement spécifique ;

- 17) D'ici fin décembre 2021, la prévalence moyenne des géohelminthiases chez les enfants en âge scolaire est réduite de 43% à 20% ;
- 18) D'ici fin décembre 2021, la prévalence de la schistosomiase chez les enfants en âge scolaire est ramenée à moins de 5% dans au moins 50% des départements endémiques ;
- 19) D'ici fin décembre 2021, le nombre de regroupements de villages endémiques à l'onchocercose est réduit de 51 à 25 ;
- 20) D'ici fin décembre 2021, la filariose lymphatique est éliminée dans au moins 60% des départements endémiques ;
- 21) D'ici fin décembre 2021, au moins 80% des personnes mordues par un chien suspect de rage bénéficient d'une prophylaxie post-exposition (PPE) ;
- 22) D'ici fin décembre 2021, des activités de lutte anti vectorielle intégrée sont assurées dans au moins 75% des départements sanitaires.

5.2.3. Concernant la lutte contre les maladies non transmissibles

Cette thématique comprend 3 objectifs d'impact :

- 1) Réduire d'au moins 25% la mortalité et la morbidité liées aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques, d'ici fin décembre 2021 ;
- 2) Réduire d'au moins 25% la mortalité et la morbidité liées aux troubles mentaux, au tabagisme, à l'alcoolisme, aux toxicomanies et autres addictions, d'ici fin décembre 2021 ;
- 3) Réduire d'au moins 25% la mortalité et la morbidité liées à la drépanocytose, aux affections buccodentaires, aux maladies nutritionnelles, aux traumatismes et handicaps, à la surdité, à la cécité et à la malvoyance, d'ici fin décembre 2021.

Les 7 objectifs de résultats à moyen terme sont les suivants :

- 1) D'ici fin décembre 2021, au moins 95% des personnes à risque de maladies cardiovasculaires, de cancers, de diabète, et de maladies respiratoires chroniques ont accès aux services de prévention ;
- 2) D'ici fin décembre 2021, au moins 60% des personnes à risque d'alcoolisme, de tabagisme, de troubles psychologiques et affections mentales, de toxicomanies et autres addictions, ont accès aux services de prévention ;
- 3) D'ici fin décembre 2021, au moins 60% des personnes à risque d'affections buccodentaires et de maladies nutritionnelles, ont accès aux services de prévention ;
- 4) D'ici fin décembre 2021, au moins 90% de la population porteur du trait de la drépanocytose est sensibilisé ;
- 5) D'ici fin décembre 2021, au moins 95% des personnes à risque de surdité, de cécité et de malvoyance ont accès aux services de prévention ;
- 6) D'ici fin décembre 2021, au moins 95% des personnes à risque de traumatismes et de handicaps ont accès aux services de prévention ;
- 7) D'ici fin décembre 2021, au moins 60% des personnes atteintes de troubles mentaux, de tabagisme, d'alcoolisme, de toxicomanies et autres addictions bénéficient d'une PEC de qualité.

5.3. Interventions du PNDS 2017-2021

Le PNDS 2017-2021 prévoit 452 interventions regroupées en trois thématiques :

- Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie : 141 interventions prévues ;
- Lutte contre la maladie : 163 interventions prévues ;
- Renforcement du système de santé : 148 interventions prévues.

Dans chacune des thématiques, les interventions relèvent de la prévention et promotion de la santé, de la prise en charge curative de la maladie, de la formation continue, de la supervision et de l'administration du système. Leur détail figure en annexe.

Chapitre 6 : Coûts estimatifs des interventions par objectifs

L'estimation du coût des interventions du PNDS 2017-2021 a été faite avec l'outil de budgétisation des plans stratégiques *One Health Tool* (OHT) approuvé par les principaux partenaires au développement du secteur de la santé, notamment l'OMS, l'UNICEF, la BAD et la Banque Mondiale.

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

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.

Le coût global du PNDS est évalué à 443 785 161 790 FCFA sur 5 ans dont 250 845 000 000 FCFA en investissement et 192 940 161 790 FCFA en fonctionnement, représentant un coût annuel moyen de 88,75 milliards de francs CFA (38,55 milliards en fonctionnement et 50,2 milliards en investissement). Ce montant équivaut à 152 millions de dollars US par an (66 millions de dollars US en fonctionnement et 86 millions de dollars US en investissement).

Les coûts de fonctionnement représentent 43,5% contre 56,5% pour l'investissement.

Tableau 5 : Estimation des coûts des interventions du PNDS par catégorie de dépenses

| Dépenses selon la catégorie de la dépense | | | | | | | |
|---|----------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------------------|------------|
| Catégorie de la dépense | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Budget PNDS 2017-21 (FCFA) | Proportion |
| Fonctionnement | 36 298 869 388 | 39 755 736 439 | 37 369 094 033 | 39 097 226 989 | 40 419 234 941 | 192 940 161 790 | 43,5% |
| Investissement | 43 675 000 000 | 76 355 000 000 | 47 305 000 000 | 42 580 000 000 | 40 930 000 000 | 250 845 000 000 | 56,5% |
| Total | 70 944 369 388 | 106 780 736 439 | 75 344 094 033 | 72 347 226 989 | 72 019 234 941 | 443 785 161 790 | 100% |

Les besoins de financement pour le fonctionnement sont d'environ 193 milliards. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale, les partenaires au développement (notamment l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, l'ONUSIDA, le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, la Banque Mondiale, l'Agence Française de Développement) et les opérateurs du secteur privé national prendront en charge une partie des coûts liés à la prise en charge des malades et au fonctionnement du système, à hauteur de 100 milliards de francs CFA.

Le gap du budget de fonctionnement qui est d'environ 93 milliards sur cinq ans constitue un coût marginal hors salaires. Pour le combler, l'Etat devrait augmenter de 18,4 milliards de francs CFA en moyenne par an le budget de fonctionnement hors salaires du Ministère de la Santé, soit 10 159 francs CFA (17,5 dollars US) per capita par an. Il s'agit d'une augmentation de 20% du budget de fonctionnement total du Ministère de la Santé, qui est d'environ 94 milliards y compris les salaires. Cette augmentation est consécutive aux coûts récurrents engendrés par les nouvelles constructions, les coûts réels de prise en charge des maladies cibles, les besoins en médicaments des structures publiques et les interventions de prévention et de promotion de la santé.

Les besoins de financement pour l'investissement sont d'environ 251 milliards de francs CFA, soit une moyenne annuelle de 50,2 milliards. Pour mémoire, le budget d'investissement du Ministère de la Santé pour l'année 2015 était de 58 279 734 134 FCFA. Les besoins d'investissement du PNDS 2017-2021 équivalent à une dépense annuelle per capita de 27 718 francs CFA (47,62 dollars US) qui devrait être couverte par le budget de l'Etat et les financements extérieurs attendus, notamment de l'AFD, de la Banque Mondiale, de la BAD et de la BID.

La programmation annuelle des dépenses du PNDS permet un démarrage progressif avec 17,9% à la première année, suivi d'un pic à 27% la deuxième année, et ensuite une baisse progressive à 19%, 18,2% et 18,1% respectivement en 2019, 2020 et 2021.

Figure 4 : Programmation annuelle des dépenses du PNDS



Dans le budget de fonctionnement du PNDS réparti par axe stratégique, la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie qui inclut la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent/jeune et de la personne âgée représente **32,5%**, soit près de 62 milliards de francs CFA.

Tableau 6 : Répartition du budget de fonctionnement par axe stratégique

| Axe stratégique | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Budget PNDS 2017-21 (FCFA) |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie | 10 636 613 613 | 14 123 483 555 | 11 872 626 685 | 12 959 131 182 | 13 109 297 115 | 62 701 152 150 |
| Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles infectieuses et parasitaires | 7 711 394 123 | 8 622 580 474 | 9 578 034 301 | 10 512 884 431 | 11 373 466 529 | 47 798 359 857 |
| Intensifier la lutte contre les maladies non transmissibles | 8 471 990 000 | 8 828 990 000 | 8 433 990 000 | 8 464 990 000 | 8 404 990 000 | 42 604 950 000 |
| Renforcer la gouvernance du secteur de la santé et le leadership du Ministère de la santé | 390 239 998 | 375 025 002 | 281 964 996 | 257 964 996 | 224 954 997 | 1 530 149 989 |
| Mettre en place un système national d'information sanitaire et de surveillance en santé publique performant | 1 407 200 000 | 1 068 000 000 | 518 000 000 | 218 000 000 | 668 000 000 | 3 879 200 000 |
| Renforcer le système de Surveillance Epidémiologique (SE) et de gestion des épidémies et urgences | 530 790 240 | 518 290 240 | 483 290 240 | 483 290 240 | 483 290 240 | 2 498 951 200 |
| Opérationnaliser les départements sanitaires | 2 148 734 025 | 2 088 392 764 | 2 075 390 330 | 2 075 390 330 | 2 075 390 330 | 10 463 297 780 |
| Progresser vers la couverture sanitaire universelle (CSU) | 4 866 323 010 | 4 009 907 743 | 4 004 730 819 | 4 004 509 148 | 3 958 779 067 | 20 844 249 786 |
| Développer l'appropriation et la participation communautaire | 135 584 380 | 121 066 662 | 121 066 662 | 121 066 662 | 121 066 662 | 619 851 028 |
| Total | 36 298 869 388 | 39 755 736 439 | 37 369 094 033 | 39 097 226 989 | 40 419 234 941 | 192 940 161 790 |

La lutte contre les maladies transmissibles vient en seconde position avec 24,8% des dépenses, soit 47 milliards de francs CFA, et l'intensification de la lutte contre les maladies non transmissibles en troisième position avec 22,1%, soit 42 milliards de francs CFA. Ces trois axes représentent environ 80% des besoins de fonctionnement du PNDS. Les autres axes, en rapport avec le renforcement du système de santé, absorbent 20% des dépenses représentant environ 40 milliards de francs CFA

(avec notamment 11% pour la couverture sanitaire universelle, 5,4% pour l'opérationnalisation des départements sanitaires et 2% pour le SNIS).

Les besoins de financement par objectif d'impact montrent que la réduction de la mortalité maternelle constitue le premier poste de dépenses avec 17,5%. La réduction de la mortalité liée aux principales maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, cancers, maladies respiratoires chroniques) suit avec 14,2%, puis la réduction de la mortalité infanto-juvénile avec 12,2%. Les besoins de financement des objectifs de réduction de la mortalité liée au paludisme et de celle de la séroprévalence du VIH sont respectivement de 10,8% et 10,1%, occupant la quatrième et cinquième place. L'objectif d'impact en relation avec la morbidité liée aux maladies nutritionnelles, à la cécité, à la surdité, aux maladies bucco-dentaires et à la drépanocytose, totalise un besoin de financement estimé à 7,6%. Les objectifs d'impacts en relation avec la prévalence des IST, les grossesses précoces, les avortements, l'alcoolisme et le tabagisme chez les adolescents/jeunes représentent 2,2%. L'objectif en relation avec la réduction de la prévalence de la tuberculose a un besoin de financement de 2,1% et celui en relation avec les maladies tropicales négligées est estimé à 1,5%. L'objectif d'impact sur la santé des personnes âgées a un besoin de financement de 0,1%.

Les dépenses liées au renforcement du système de santé, relatives à la gouvernance, à l'opérationnalisation des départements sanitaires, à la couverture sanitaire universelle (incluant les ressources humaines, l'offre de soins et la protection financière des populations), au système national d'information sanitaire et à la participation communautaire, représentent 20,6% des besoins. Ces dépenses sont transversales et servent de support à l'ensemble des objectifs de promotion de la santé à toutes les étapes de la vie et de lutte contre la maladie.

Tableau 7 : Répartition du budget de fonctionnement par objectif d'impact

| Objectifs d'impact | Budget PNDS 2017-21 (FCFA) | Proportion |
|--|-------------------------------|------------|
| Réduire la mortalité maternelle de 271 décès pour 100 000 naissances vivantes à 129 décès pour 100 000 naissances vivantes, d'ici fin décembre 2021 | 33 731 244 208 | 17,5% |
| Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 60,4 à 30 pour 1000, d'ici fin décembre 2021 | 23 476 952 232 | 12,2% |
| Réduire de 50% la prévalence des IST chez les adolescents/jeunes d'ici fin décembre 2021 | 2 630 448 301 | 1,4% |
| Réduire d'au moins 50% le taux des grossesses précoces d'ici fin décembre 2021 | 906 017 361 | 0,5% |
| Réduire d'au moins 50% la prévalence des avortements chez les adolescentes/jeunes d'ici fin décembre 2021 | 414 801 711 | 0,2% |
| Réduire d'au moins 60% la proportion des cas d'alcoolisme, de tabagisme, toxicomanies et autres addictions chez les adolescents/jeunes d'ici fin décembre 2021 | 129 500 000 | 0,1% |
| Réduire de 25% les complications liées aux maladies cardiovasculaires et au diabète chez les personnes âgées, d'ici fin décembre 2021 | 261 120 000 | 0,1% |
| Réduire de 4,1% à 3% la séroprévalence du VIH, d'ici fin décembre 2021 | 19 405 822 905 | 10,1% |
| Réduire l'incidence du VIH de 71 à 30 pour 100 000 habitants d'ici fin décembre 2021 | 303 670 000 | 0,2% |
| Réduire de 68,4 à 40 pour 100 000 habitants la mortalité liée au paludisme d'ici fin décembre 2021 | 20 834 073 741 | 10,8% |
| Réduire de 444 à 222 pour 100 000 habitants l'incidence de la tuberculose d'ici fin décembre 2021 | 320 499 019 | 0,2% |

| | | |
|--|------------------------|---------------|
| Réduire de 75% le nombre de décès liés à la tuberculose d'ici fin décembre 2021 | 3 959 229 838 | 2,1% |
| Réduire de 22,4 à 10 pour 10 000 habitants la prévalence de la trypanosomiase humaine africaine d'ici fin décembre 2021 | 913 496 883 | 0,5% |
| Réduire de 0,36 à 0,18 pour 100 000 habitants le taux de nouveaux cas de lèpre dépistés avec invalidité de degré 2, d'ici fin décembre 2021 | 194 068 083 | 0,1% |
| Réduire de 42,5% à 25% la proportion des nouveaux cas d'Ulcère de Buruli dépistés en catégorie 3, d'ici fin décembre 2021 | 178 377 555 | 0,1% |
| Réduire 50% le nombre de cas de rage humaine, d'ici fin décembre 2021 | 53 767 499 | 0,0% |
| Réduire d'au moins 50% la prévalence des Maladies Tropicales Négligées y compris à chimiothérapie préventive, d'ici fin décembre 2021 | 1 635 354 333 | 0,8% |
| Réduire d'au moins 25% la mortalité et/ou la morbidité liées aux maladies cardiovasculaires, au diabète, aux cancers, aux maladies respiratoires chroniques d'ici fin décembre 2021 | 27 369 488 336 | 14,2% |
| Réduire d'au moins 25% la mortalité et/ou la morbidité liées aux troubles mentaux, au tabagisme, à l'alcoolisme, à la toxicomanie, et aux autres addictions d'ici fin décembre 2021 | 1 816 790 000 | 0,9% |
| Réduire d'au moins 25% la mortalité et/ou la morbidité liées à la drépanocytose, aux affections bucco-dentaires, aux maladies nutritionnelles, aux traumatismes et handicaps, à la surdité, à la cécité et à la malvoyance d'ici fin décembre 2021 | 14 569 740 000 | 7,6% |
| Système de santé | 39 835 699 783 | 20,6% |
| Total | 192 940 161 790 | 100,0% |

Les besoins de financement pour investissement sont répartis en trois rubriques :

- les constructions et équipements qui représentent 62,9%, soit 157 900 000 000 FCFA;
- les réhabilitations et équipements, qui représentent 35,5%, soit 89 065 000 000 FCFA ;
- les véhicules y compris les ambulances, qui représentent 1,5%, soit 3 880 000 000 FCFA.

Il est prévu de construire 51 infrastructures sanitaires et d'en réhabiliter 65. Quant aux moyens roulants, 125 sont programmés pour être mis à la disposition des services, dont 59 ambulances.

Tableau 8 : Répartition du budget d'investissement

| Nature de la dépense | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Budget PNDS 2017-21 (FCFA) | Proportion |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------|---------------|
| Constructions et équipements | 25 290 000 000 | 61 165 000 000 | 30 525 000 000 | 20 570 000 000 | 20 350 000 000 | 157 900 000 000 | 62,9% |
| Réhabilitations et équipements | 17 985 000 000 | 14 255 000 000 | 16 020 000 000 | 20 985 000 000 | 19 820 000 000 | 89 065 000 000 | 35,5% |
| Moyens roulants | 400 000 000 | 935 000 000 | 760 000 000 | 1 025 000 000 | 60 000 000 | 3 880 000 000 | 1,5% |
| Total | 43 675 000 000 | 76 355 000 000 | 47 305 000 000 | 42 580 000 000 | 40 930 000 000 | 250 845 000 000 | 100,0% |

Les besoins de financement par niveau de soins montrent un rééquilibrage de la répartition au profit du niveau primaire (départemental), avec environ 64%, soit 283 964 662 966 FCFA. Cette situation s'explique par la nécessité d'investissements importants en termes de construction, réhabilitation et équipements des dispensaires, centres de santé et hôpitaux départementaux. Le niveau tertiaire (central) arrive en deuxième position, avec près de 19% des besoins de financement, suivi du niveau secondaire (régional) avec environ 15%. Enfin, la santé communautaire absorbe 2,6% du financement.

Tableau 9 : Répartition du budget par niveau de soins

| Niveau de soins | Budget PNDS 2017-21 (XAF) | Proportion |
|-----------------|---------------------------|---------------|
| Communautaire | 11 646 280 554 | 2,6% |
| Départemental | 283 964 662 966 | 64,0% |
| Régional | 64 492 549 690 | 14,5% |
| Central | 83 681 668 580 | 18,9% |
| | 443 785 161 790 | 100,0% |

Les besoins de financement sont majoritairement orientés vers les soins curatifs, qui représentent environ 75%, tandis que la promotion de la santé et la prévention représentent 23% (soit le quadruple du niveau de 2014). La formation continue représente 1,5%, et la supervision 0,6%. L'administration du système représente 0,1%.

Le suivi-évaluation du PNDS, dont le coût estimatif équivaut à environ 1% du budget du PNDS, fait l'objet d'un plan distinct.

Le budget du PNDS ne prend pas en compte les coûts de formation initiale des agents de santé pour les cinq prochaines années. Ceux-ci s'élèvent à 9 533 600 000 FCFA et sont imputés aux dépenses centralisées de l'Etat.

Tableau 10 : Répartition du budget par type de prestations

| Type de prestations | Budget PNDS 2017-21 (FCFA) | Proportion |
|-------------------------------------|----------------------------|---------------|
| Formation continue | 2 834 131 414 | 1,5% |
| Supervision | 1 202 710 843 | 0,6% |
| Promotion et prévention de la sante | 44 350 288 264 | 23,0% |
| Prise en charge curative | 144 295 108 857 | 74,8% |
| Administration du système | 257 922 412 | 0,1% |
| | 192 940 161 790 | 100,0% |

Chapitre 7 : Modalités de financement

Le coût marginal du PNDS 2017-2021 est estimé à 344 milliard de franc CFA, soit 93 milliards pour le fonctionnement et 251 milliards pour l'investissement. Les besoins additionnels annuels sont donc de 18,6 milliards de francs CFA pour le fonctionnement, soit 32,3 millions de dollars US, et de 50,2 milliard de francs CFA pour l'investissement, soit 88,1 millions de dollars US.

Pour permettre une mobilisation optimale des fonds nécessaires à la mise en œuvre du PNDS 2017-2021, une étape cruciale est son adoption par le Conseil des Ministres.

Le financement du PNDS sera assuré par les divers bailleurs et contributeurs que sont l'Etat, la CNAMGS, la CNSS, les collectivités locales, les assurances commerciales, les entreprises privées et les Partenaires Techniques et Financiers dont l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, l'ONUSIDA, le Fond Mondial, le PNUD, l'AFD, la BID, la BAD et la BM.

Au niveau de l'Etat

Pour permettre une prise en compte des interventions de l'an 1 de mise en œuvre du plan dans le budget de l'Etat (année 2017), il est indispensable que leurs coûts d'investissement et de fonctionnement soient pris en compte lors des conférences budgétaires de 2016 qui posent les bases de la loi des finances 2017.

Au niveau des autres bailleurs

Une conférence des bailleurs sera organisée pour la mobilisation des fonds auprès des contributeurs non étatiques. Ce sera l'occasion, d'une part, de poursuivre le plaidoyer sur la nécessité d'un consensus autour du PNDS en tant qu'unique cadre de référence des interventions en santé, et d'autre part, d'assurer une coordination efficiente et cohérente des financements obtenus.

Pour la mise en œuvre des plans opérationnels annuels, des conférences locales de mobilisation des ressources seront organisées aux niveaux régional et départemental. Elles permettront une meilleure implication dans la mise en œuvre du PNDS, aussi bien des acteurs du système local de santé, que des opérateurs économiques et autres donateurs locaux.

Chapitre 8 : Cadre logique de mise en œuvre

Le cadre logique de mise en œuvre du PNDS 2017-2021 précise par thématique les objectifs d'impact, les indicateurs, leur valeur de départ (baseline), la valeur attendue à échéance (cible 2021) et les sources d'informations requises.

| THEMATIQUE 1 : PROMOTION DE LA SANTE A TOUTES LES ETAPES DE LA VIE | | | | |
|--|--|------------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Objectifs d'impacts | Indicateurs | Baseline | Cible 2021 | Sources |
| Réduire la mortalité maternelle de 271 décès pour 100 000 naissances vivantes à 129 décès pour 100 000 naissances vivantes, d'ici fin décembre 2021 | Ratio de mortalité maternelle | 271 pour 100 000 NV | 129 pour 100 000 NV | EDSG/RGPL 2013 SIMR |
| Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 60,4 pour 1000 à 30 pour 1000, d'ici fin décembre 2021 | Taux de mortalité infanto-juvénile | 60,4 pour 1000 NV | 30 pour 1000 NV | EDSG/RGPL 2013 |
| | Taux de mortalité infantile | 40,6 pour 1000 NV | 21 pour 1000 NV | EDSG /RGPL 2013 |
| | Taux de mortalité néonatale | 26 pour 1000 NV | 13 pour 1000 NV | EDSG |
| Réduire d'au moins 50% la prévalence des IST chez les adolescents/jeunes, d'ici fin décembre 2021 | Prévalence du VIH chez les adolescents/jeunes | 1,5% | 0,75% | EDSG |
| Réduire d'au moins 50% le taux des grossesses précoces, d'ici fin décembre 2021 | Taux des grossesses précoces | 47,8% | 23,9% | EDSG |
| Réduire d'au moins 50% la prévalence des avortements chez les adolescentes/jeunes, d'ici fin décembre 2021 | Prévalence des avortements chez les adolescentes/jeunes | 13,0% | 7,5% | Enquête/EDSG |
| Réduire d'au moins 60% la proportion des cas d'alcoolisme, tabagisme, toxicomanies et autres addictions chez les adolescents/jeunes, d'ici fin décembre 2021 | Proportion de cas d'alcoolisme, de tabagisme, toxicomanies et autres addictions chez les adolescents/jeunes | Tabagisme H : 14,7% F : 2,9% | H : 5,9% | Enquête GYTS |
| Réduire de 25% les complications liées aux maladies cardiovasculaires et au diabète chez les personnes âgées, d'ici fin décembre 2021 | Prévalence des IC, IR, cécités et amputations dues aux maladies cardiovasculaires et au diabète chez les personnes âgées | ND | ND | Enquête |
| THEMATIQUE 2 : LUTTE CONTRE LA MALADIE | | | | |
| Objectifs d'impacts | Indicateurs | Baseline | Cible 2021 | Sources |
| Réduire de 4,1% à 3% la séroprévalence du VIH, d'ici fin décembre 2021 | Séroprévalence du VIH | 4,1% | 3% | EDSG |
| Réduire l'incidence du VIH de 71 à 30 pour 100 000 habitants, d'ici fin décembre 2021 | Incidence du VIH | 71 pour 100 000 habitants | 30 pour 100 000 habitants | Estimation Spectrum |
| Réduire de 68,4 à 40 pour 100 000 habitants la mortalité liée au paludisme, d'ici fin décembre 2021 | Taux de mortalité liée au paludisme | 68,4 pour 100 000 habitants | 40 pour 100 000 habitants | Enquête |

| | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|---------------------------------|
| Réduire de 444 à 222 pour 100 000 habitants l'incidence de la tuberculose, d'ici fin décembre 2021 | Incidence de la tuberculose | 444 pour 100.000 habitants | 222 pour 100.000 habitants | Enquête |
| Réduire de 75% le nombre de décès liés à la tuberculose, d'ici fin décembre 2021 | Taux de mortalité liée à la tuberculose | 55,0 pour 100.000 habitants | 13,8 pour 100.000 habitants | Enquête |
| Réduire de 22,4 à 10 pour 10 000 habitants la prévalence de la trypanosomiase humaine africaine, d'ici fin décembre 2021 | Prévalence de la trypanosomiase humaine africaine | 22,4 pour 10.000 personnes enquêtées (dépistage actif) | 10,0 pour 10.000 personnes enquêtées | Enquête |
| Réduire de 0,36 à 0,18 pour 100 000 habitants le taux de nouveaux cas de lèpre dépistés avec invalidité de degré 2, d'ici fin décembre 2021 | Taux de nouveaux cas de lèpre présentant une invalidité de degré 2 au dépistage | 0,36 pour 100.000 habitants | 0,18 pour 100.000 habitants | Données d'enquête et de routine |
| Réduire de 42,5% à 25% la proportion des nouveaux cas d'Ulcère de Buruli dépistés en catégorie 3, d'ici fin décembre 2021 | Proportion des nouveaux cas d'Ulcère de Buruli dépistés en catégorie 3 | 42,5% | 25% | Données d'enquête et de routine |
| Réduire d'au moins 50% la prévalence des MTN à chimiothérapie préventive, d'ici fin décembre 2021 | Prévalence moyenne des géohelminthiases chez les enfants en âge scolaire | 43% | 20% | Enquête |
| | Prévalence de la schistosomiase chez les enfants en âge scolaire | ND | < 5% | Enquête |
| | Proportion des départements endémiques où la prévalence de la schistosomiase chez les enfants en âge scolaire est inférieure à 5% | 0% | ≥ 50% | Enquête |
| | Nombre de regroupements de villages endémiques à l'onchocercose | 51 | 25 | Enquête |
| | Proportion des départements endémiques où la filariose lymphatique est éliminée | 0% | ≥ 60% | Enquête |
| Réduire de 50% le nombre de cas de rage humaine, d'ici fin décembre 2021 | Nombre de cas de rage humaine | ND | 50% | Données d'enquête et de routine |
| Réduire d'au moins 25% la mortalité et la morbidité liées aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques, d'ici fin décembre 2021 | Prévalence des maladies cardiovasculaires | ND | ND | Enquête |
| | Prévalence des cancers | ND | ND | Enquête |
| | Taux de mortalité liée aux cancers | ND | ND | Enquête |
| | Prévalence du diabète | ND | ND | Enquête |
| | Prévalence des maladies respiratoires chroniques | ND | ND | Enquête |
| Réduire d'au moins 25% la mortalité et la morbidité liées aux troubles mentaux, au tabagisme, à l'alcoolisme, aux toxicomanies et autres addictions, d'ici fin décembre 2021 | Prévalence des troubles mentaux | ND | ND | Enquête |
| | Prévalence du tabagisme | ND | ND | Enquête |
| | Prévalence de l'alcoolisme | ND | ND | Enquête |

| | | | | |
|---|---|----|----|--------------|
| | Prévalence des toxicomanies et autres addictions | ND | ND | Enquête |
| Réduire d'au moins 25% la mortalité et la morbidité liées à la drépanocytose, aux affections buccodentaires, aux maladies nutritionnelles, aux traumatismes et handicaps, à la surdité, à la cécité et à la malvoyance, d'ici fin décembre 2021 | Prévalence de la drépanocytose | ND | ND | Enquête |
| | Prévalence des affections buccodentaires | ND | ND | Enquête |
| | Prévalence des maladies nutritionnelles | ND | ND | Enquête |
| | Taux de mortalité lié aux accidents de la voie publique | ND | ND | Surveillance |
| | Prévalence des traumatismes et handicaps | ND | ND | Enquête |
| | Prévalence de la surdité | ND | ND | Enquête |
| | Prévalence de la cécité | ND | ND | Enquête |
| | Prévalence de la malvoyance | ND | ND | Enquête |

THEMATIQUE 3 : RENFORCEMENT DU SYSTEME DE SANTE

| Axes stratégiques | Sous axes stratégiques (objectifs) | Interventions | indicateurs | Baseline | Cible 2021 | Sources |
|--|---|---|---------------------------------------|----------|---|---|
| 1. Renforcer la gouvernance du secteur de la santé et le leadership du Ministère de la santé | 1.1. Mettre en œuvre les réformes du cadre général institutionnel | Réaliser une analyse institutionnelle du secteur de la santé | Rapport de l'analyse élaboré | 0 | 1 rapport d'analyse | Ministère de la Santé (SG) |
| | | Mettre en œuvre la réforme du secteur pharmaceutique et des laboratoires (textes législatifs et réglementaires) | Textes élaborés | 0 | 100% des textes d'application pris | Ministère de la Santé (SG) |
| | | Elaborer, valider et diffuser la stratégie nationale des technologies sanitaires | Document de stratégie élaboré | 0 | 1 document de stratégie | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | Mettre en œuvre la réforme hospitalière (textes législatifs et réglementaires) | Textes élaborés | 0 | 100% de textes réglementaires pris | Ministère de la Santé (SG) |
| | | Mettre en place l'Observatoire National de Santé Publique | Texte élaboré | 0 | 100% de textes d'application pris | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | Bulletins périodiques publiés | 0 | 100% de bulletins publiés | Observatoire National de Santé Publique |
| | | Institutionnaliser la révision des normes du secteur de la santé | Texte élaboré | 0 | 1 texte pris | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | Document des normes révisé | 0 | 1 Document des normes actualisé | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | Réviser la nomenclature des actes des professions de santé et la tarification | Nomenclature et tarification révisées | 0 | 1 document de nomenclature et tarification des actes des professions de santé actualisé | Ministère de la Santé (DGS) |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|---|
| | | Mettre en œuvre la réforme du secteur privé (lucratif et non lucratif) | Cadre institutionnel de la réforme formalisé | 0 | Cadre institutionnel en place | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | Textes élaborés | 0 | 100% des textes d'application pris | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | Rapports de réunion | 0 | 100% de rapports de réunion disponibles | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | Elaborer, adopter et diffuser le code de santé publique au Gabon | Code adopté | 0 | 1 code adopté | Parlement |
| | | | % de DS disposant du code | 0 | 100% des DS disposent du code | DRS DDS |
| | | Organiser et règlementer la médecine traditionnelle | Cadre méthodologique de collaboration avec la médecine moderne formalisé | 0 | Cadre méthodologique en place | Ministère de la Santé (DGS) IPHAMETRA Association des tradipraticiens |
| Normes éthiques et techniques formalisées | 0 | | Normes éthiques et techniques disponibles | Ministère de la Santé (DGS) IPHAMETRA Association des tradipraticiens | | |
| Nomenclature des infrastructures et des compétences en Médecine Traditionnelle formalisée | 0 | | Nomenclature des infrastructures et des compétences en Médecine Traditionnelle disponible | Ministère de la Santé (DGS) IPHAMETRA Association des tradipraticiens | | |
| Mettre en place le cadre institutionnel de coordination du secteur de la santé | Cadre institutionnel de coordination formalisé | 0 | Cadre formalisé | Ministère de la Santé (SG) | | |
| | Rapports de réunion | 0 | 100% de rapports de réunion disponibles | Ministère de la Santé (SG) | | |
| Rendre fonctionnel les services et organes de régulation et de contrôle du secteur de la santé | Procédures élaborées | 0 | Procédures disponibles | IGSM IGS | | |
| | Personnel formé | 0 | 100% du personnel formé | IGSM IGS | | |
| | Rapports d'activité | 0 | 100% des rapports d'activités disponibles 100% des rapports attendus transmis dans les délais | Cabinet MS IGSM IGS | | |
| Formaliser les procédures de référence et de contre référence | Procédures élaborées | 0 | Procédures disponibles | Ministère de la Santé (DGS) | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|-----------------|---|---|
| | | | Directives émises | 0 | Directives disponibles | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | % de DS disposant de Directives | 0 | 100% de DS disposent de Directives | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | Elaborer, valider et diffuser le document de stratégie nationale de santé communautaire | Document de stratégie adopté | 0 | 1 document de stratégie nationale de santé communautaire disponible | Ministère de la Santé (DGS), ONG, Associations |
| | | | % de DS disposant du document de stratégie nationale de santé communautaire | 0 | 100% de DS disposent de Directives | DRS DDS |
| | | Formaliser les procédures et normes de fonctionnement des services | Procédures élaborées | 0 | Procédures disponibles | Services centraux FOSA |
| | | | Normes élaborées | 0 | Normes disponibles | Services centraux FOSA |
| | | | % des services disposant de procédures formalisées | 0 | 50 % des services disposent de procédures formalisées | Services centraux FOSA |
| | | | % des services disposant de normes de fonctionnement formalisées | 0 | 100% des services disposent de normes de fonctionnement formalisées | Services centraux FOSA |
| | | Promouvoir, soutenir et renforcer les ordres professionnels | Partenariats établis entre MS et OP | 0 | 100% de partenariats formalisés | Ministère de la Santé (SG) Ordres professionnels |
| | | | Renforcer les capacités organisationnelles et fonctionnelles des programmes et services nationaux | Textes élaborés | 0 | Textes disponibles |
| | | % des PN et SN disposant de leur texte | | 0 | 100 % des PN et SN disposent de leur texte | PN et SN |
| | | % des PN et SN produisant des rapports d'activités à échéance due | | ND | 100 % des PN et SN produisent des rapports d'activités à échéance due | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | Elaborer, valider et diffuser les outils normatifs, pédagogiques et didactiques des programmes et services nationaux | Liste des outils normatifs | 0 | Liste des outils normatifs disponibles | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | Liste des outils pédagogiques et | 0 | Liste des outils | Ministère de la |

| | | | | | | |
|---|---|--|--|-----------------------------|---|---|
| | | | didactiques | | pédagogiques et didactiques disponibles | Santé (DGS) PN et SN |
| | | | % des outils normatifs élaborés | 10% | 100% | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | % des outils pédagogiques et didactiques élaborés | 20% | 100% | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | % des DS disposant des outils normatifs des PN et SN | 0 | Au moins 80% des DS disposent des outils normatifs des PN et SN | Ministère de la Santé (DGS) DRS DDS |
| | | | % des DS disposant des outils pédagogiques et didactiques des PN et SN | 0 | Au moins 80% des DS disposant des outils pédagogiques et didactiques des PN et SN | Ministère de la Santé (DGS) DRS DDS |
| | | Elaborer, valider et diffuser les plans directeurs des programmes de lutte contre la maladie | Liste des plans directeurs | 0 | Liste des plans directeurs disponible | Ministère de la Santé (DGS) PN et SN |
| | | | % de plans directeurs élaborés | 0 | 100% de plans directeurs élaborés | Ministère de la Santé (DGS) PN et SN |
| | | | % de DS disposant des Plans Directeurs des PN et SN | 0 | 100% des DS disposent des Plans Directeurs des PN et SN | DRS |
| | | Renforcer la coordination des programmes et services nationaux | Directives élaborés | 0 | 100% des directives disponibles | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | Rapports de réunion de coordination | 0 | 100% des rapports de réunion de coordination disponibles | Ministère de la Santé (DGS) |
| Rapport d'activités | 0 | | 100% de rapports d'activités disponibles | Ministère de la Santé (DGS) | | |
| Assurer les activités de supervision, suivi et évaluation | | | | | | |
| 2. Mettre en place un | Mettre en place le cadre juridique et normatif de | Textes juridiques et normatifs | 0 | 100% des textes | Ministère de la | |

| | | | | | |
|--|---|--|---------------------|--|---|
| système national d'information sanitaire et de surveillance en santé publique performant | gestion du SNIS | élaborés | | disponibles | Santé (SG) Direction Générale de la Statistique |
| | Actualiser et diffuser les outils de collecte des données standardisés/harmonisés | Outils de collecte actualisés | 0 | 100% des outils de collecte actualisés | Ministère de la Santé (DGS) Direction Générale de la Statistique |
| | | Outils de collecte diffusés | 0 | 100% des outils de collecte diffusés | Ministère de la Santé (DGS) Direction Générale de la Statistique |
| | | % de FOSA disposant des outils de collecte actualisés | 0 | 100% de FOSA disposent des outils de collecte actualisés | DRS DDS |
| | Sensibiliser les professionnels de la santé sur l'importance du SNIS | % de DS sensibilisés | 0 | 100% des DS sensibilisés | DRS DDS |
| | | % de personnels de Santé sensibilisés par DS | 0 | 80% du personnel de santé sensibilisé par DS | DRS DDS |
| | Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de gestion du changement dans l'utilisation de l'outil informatique | Document de stratégie élaboré | 0 | 1 document de stratégie disponible | Ministère de la Santé (DCSI) |
| | | % de FOSA pratiquant l'e-SNIS | 0 | Au moins 80% de FOSA pratiquent l'e-SNIS | DRS DDS |
| | | % de gestionnaires de données dans chaque FOSA pratiquant l'e-SNIS | 0 | 100% des gestionnaires de données dans chaque FOSA pratiquent l'e-SNIS | DRS DDS |
| | Renforcer les capacités du personnel à la gestion du système | Rapports de formation | 0 | 100% des rapports de formation disponibles | Ministère de la Santé (DCSI) |
| | | % de personnel ciblé formé | 0 | 100% du personnel ciblé formé | Ministère de la Santé (DCSI) |
| | Réaliser l'enquête STEPS (PM) | Protocole d'enquête actualisé | 0 | 1 Protocole actualisé disponible | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | Rapport d'enquête élaboré | 0 | 1 rapport d'enquête disponible | Ministère de la Santé (DGS) |
| | Réaliser une enquête de détermination des populations clés pour le VIH (PM) | Protocole d'enquête élaboré | 0 | 1 Protocole d'enquête disponible | Ministère de la Santé (DGS, DGPS) |
| Rapport d'enquête élaboré | | 0 | 1 rapport d'enquête | Ministère de la | |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|
| | | | | | disponible | Santé (DGS, DGPS) |
| | | Institutionnaliser l'enquête démographique et de santé | Texte élaboré | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) Direction Générale de la Statistique |
| | | Institutionnaliser l'élaboration de l'annuaire statistique | Texte élaboré | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) |
| | | Institutionnaliser l'élaboration de la carte sanitaire | Texte élaboré | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG, DCPIE) |
| | | Intégrer dans le système de surveillance et d'information sanitaire des indicateurs d'alertes précoces | Outils du SNIS révisés | 0 | 100% des outils révisés disponibles | Ministère de la Santé (DGS, IELE) |
| | % de DS disposant des outils révisés du SNIS | | 0 | 100 % de DS disposent des outils révisés du SNIS | DRS DDS BELE | |
| | % des rapports d'activité intégrant les indicateurs d'alertes précoces | | 0 | 100% des rapports intègrent les indicateurs d'alertes précoces | Ministère de la Santé (DGS, IELE) DRS, DDS BELE | |
| | | Formaliser le circuit de l'information sanitaire | Procédure formalisée | 0 | 1 Procédure formalisée disponible | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | Directive élaborée | 0 | 1 Directive émise | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | % de DS disposant de la procédure formalisée | 0 | 100% de DS disposent de la procédure formalisée | DRS DDS BELE |
| | | | % de DS disposant de la directive | 0 | 100% de DS disposent de la directive | DRS DDS BELE |
| | | Doter les structures en équipements informatiques et de communication y compris l'accès à Internet aux différents niveaux de la pyramide sanitaire (PM) | % de DS dotés en équipements informatiques et de communication | 0 | 100% de DS disposent d'équipements informatiques et de communication | Ministère de la Santé (SG, DCPIE) |
| | | | % de FOSA équipées | 0 | 80% des FOSA équipées | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | % de FOSA connectées | 0 | 50% de FOSA connectées | Ministère de la Santé (SG) |
| | | Mettre en place le cadre juridique et normatif de gestion du SNIS | Cadre juridique formalisé | 0 | 1 cadre juridique mis en place | Ministère de la Santé (SG) |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|---------|---|---|
| | | | Cadre normatif formalisé | 0 | 1 cadre normatif mis en place | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | Directive élaborée | 0 | 1 Directive émise | Ministère de la Santé (SG) |
| 3. Renforcer le système de surveillance épidémiologique et de la gestion des épidémies et des urgences | 3.1. Renforcer la surveillance des maladies à déclaration obligatoire et des événements à risque sanitaire, et la riposte | Elaborer et valider les plans de riposte des 17 maladies sous surveillance épidémiologique (PM) | 17 Plans de riposte élaborés et validés | 2 plans | 17 plans | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | Elaborer et valider le plan de communication de l'IELE (PM) | Plan validé | 0 | 1 plan disponible | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | Organiser la simulation de 5 plans (Ebola, Rougeole, Poliomyélite, Fièvre Jaune, Chikungunya) | Rapports d'activité | 0 | 5 rapports d'activité de simulation disponibles | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | Mettre en œuvre le plan d'action du SNESPS 2016-2020 | % de DS ayant mis en œuvre les activités du Plan | 0 | 100% des DS ont mis en œuvre les activités du Plan | Ministère de la Santé (DGS) DRS, DDS |
| | | Renforcer la coordination du système de surveillance épidémiologique et la concertation avec les partenaires | Mécanisme de coordination révisé et formalisé | 0 | 1 directive émise | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | Rapports d'activité de surveillance épidémiologique | 0 | 100% des rapports d'activité disponibles | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | Rapports de réunion de coordination | 0 | 100% des rapports de réunion disponibles | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | Développer un cadre de planification et de suivi-évaluation de la surveillance épidémiologique | Cadre de planification formalisé | 0 | 1 cadre de planification mis en place | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | Rapports d'activité de suivi évaluation | | 100% des rapports d'activité de suivi évaluation disponibles | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | Rapports de réunion | | 100% des rapports de réunion disponibles | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | Renforcer la surveillance épidémiologique en ressources humaines qualifiées | Décision d'affectation des RH | 0 | Décisions prises | Ministère de la Santé (DCRH) |
| | | | % des structures impliquées ayant la ressource humaine requise | 25% | 100% des structures impliquées dans la surveillance ont la RH requise | Ministère de la Santé (DCRH) |
| | | Renforcer les capacités des personnels impliqués dans la surveillance épidémiologique | Rapports de formation | 10% | 100% des rapports de formation disponibles | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | % de personnes formées par | 1% | Au moins 75% de | DRS |

| | | | | | |
|--|---|--|---------------|--|---|
| | | département sanitaire | | personnes formées par département sanitaire | |
| | | % de départements sanitaires couverts par la formation | 50% | 100% | Ministère de la Santé (DGS) |
| | Accroître le financement en faveur de la surveillance épidémiologique | Inscription budgétaire | 0 | 1 Inscription budgétaire disponible | Ministère de la Santé (DCAF) |
| | | % de fonds mobilisé | 0 | 100% de fonds mobilisés | Ministère de la Santé (DCAF) |
| | | Budget alloué par les partenaires | 5% | 100% des fonds décaissés | Partenaires |
| | Mettre en place un fonds pour les investigations | Inscription budgétaire | 0 | 1 Inscription budgétaire disponible | Ministère de la Santé (DCAF) |
| | | Procédure de décaissement allégée | 0 | 1 Procédure allégée mise en place | Ministère de la Santé (DCAF) |
| | Disposer des résultats d'enquêtes, de recherche et de recensement (PM) | Rapports d'enquêtes, de recherche et de recensement | 0% | 100% de rapports disponibles | Min. de la planification Min. de l'Enseignement supérieur Ministère de la Santé |
| | Renforcer le système de transmission des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (PM) | Système de transmission des données formalisé, avec liste de tous les intervenants | 0 | Document disponible | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | % d'intervenants transmettant les données | 30% | 100% des intervenants transmettent les données | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | % des rapports d'activité contenant toutes les données du réseau | 0 | 100% des rapports intègrent toutes les données du réseau | Ministère de la Santé (DGS) |
| | Renforcer les infrastructures et équipements | % de structures réhabilitées | 0 | 100% de structures réhabilitées | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | % de structures construites | 0 | 100% de structures construites | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | % de structures équipées | 5% | 100% de structures équipées | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | 3.2. Mettre en place la | Mettre en place le centre opérationnel des urgences | Texte élaboré | 1 texte disponible | Ministère de la |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|---|
| | structure de gestion des urgences de santé publique | de santé publique | | | | Santé (SG) |
| | | | Bureaux dédiés et équipés | 0 | 2 bureaux Bureaux équipés (bureautique et informatique) | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | Inscription budgétaire | 0 | 1 ligne budgétaire disponible | Ministère de la Santé (DCAF) |
| | | Rapports d'activité | 0 | 100% des Rapports d'activité disponibles | Ministère de la Santé (DGS) | |
| | | Constituer des équipes nationales de secours et d'intervention rapide en situation d'urgence | Texte élaboré | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | Rapports d'intervention | 0 | 100% des rapports d'intervention disponibles | Ministère de la Santé Min. Défense Min. intérieur Min. Ens. Sup. |
| | Mettre en place un fonds d'urgence pour les interventions | Inscription d'une ligne budgétaire annuelle et permanente | 0 | 1 inscription budgétaire disponible | Ministère de la Santé SG | |
| | | 3.3. Parachever et opérationnaliser le RSI | Améliorer les performances des laboratoires Nationaux en vue de contribuer efficacement aux exigences du RSI | Textes élaborés | 0 | 100% des textes disponibles |
| | Laboratoire construit | | | 0 | 1 laboratoire construit | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | Laboratoires réhabilités | | | 0 | 12 laboratoires réhabilités | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | Laboratoires équipés | | | 40% | 13 laboratoires équipés | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | Inscriptions budgétaires adéquates pour le fonctionnement de 13 laboratoires | | | 60% | Inscriptions budgétaires adéquates disponibles | Ministère de la Santé (DCAF) |
| | Prévenir et contrôler les maladies à potentiel épidémique aux frontières | Bulletin épidémiologique hebdomadaire | 0 | 100% de bulletins disponibles | Ministère de la Santé (DGS) | |
| Rapport d'activité hebdomadaire des unités des frontières | | 0 | 100% de rapports d'activité disponibles | Ministère de la Santé (DGS) | | |
| Former les personnels en activité aux postes frontières | % de personnel formé aux postes frontières | 0 | 100% | Ministère de la Santé (DGS) | | |
| | Mettre en place à tous les postes frontières une unité sanitaire aux normes (PM) | Unités médicales construites | 0 | 100% d'unités construites | Ministère de la Santé (DCPIE) | |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|
| | | | Unités médicales réhabilités | 0 | 100% d'unités réhabilitées | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | Unités médicales équipées | 0 | 100% d'unités équipées | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | Assurer une lutte efficace contre les événements liés aux zoonoses visées par le RSI | Texte élaboré | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | Plan élaboré | 0 | 1 plan disponible | Ministère de la Santé (DGS) Min. Agriculture |
| 4. Opérationnaliser les départements sanitaires | | Mettre en place et rendre fonctionnel les organes de gouvernance | % de DS possédant ses cinq organes de gouvernance | 0 | 100% de DS possèdent leurs cinq organes de gouvernance | Ministère de la Santé (SG) DRS DDS |
| | | | Rapports de réunion des comités de développement | 0 | 100% des rapports de réunion disponibles | DRS DDS |
| | | | Rapports de réunion des comités de santé | 0 | 100% des rapports de réunion disponibles | DRS DDS |
| | | | Rapports de réunion des équipes cadres de Département | 0 | 100% des rapports de réunion disponibles | DRS DDS |
| | | | Rapports de réunion des équipes de santé des villages | 0 | 100% des rapports de réunion disponibles | DRS DDS |
| | | | Rapports d'activité de la direction départementale | 0 | 100% des rapports de réunion disponibles | DRS DDS |
| | | Formaliser les procédures de gestion administrative et technique des formations sanitaires (PM) | Procédures élaborées | 0 | Procédures de gestion administrative et technique disponibles | Ministère de la Santé (IGSM) FOSA |
| | | | Directive élaborée | 0 | Directive émise | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | Formaliser les procédures de référence et de contre référence (PM) | Procédures élaborées | 0 | Procédures disponibles | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | Directives émises | 0 | Directives disponibles | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | % de DS disposant de Directives | 0 | 100% de DS disposent de Directives | DRS DDS FOSA |
| | | Mettre en place des mécanismes robustes de financement du département sanitaire | Mécanisme formalisé | 0 | Texte disponible | Ministère de la Santé (SG) |

| | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|
| | | Inscription budgétaire dédiée aux départements sanitaires | 0 | Inscription budgétaire disponible | Ministère de la Santé (DCAF) |
| | | % de fonds attendus mobilisés | 0 | Au moins 80% des fonds attendus disponibles | Ministère de la Santé (DCAF) DRS, DDS |
| | | % de DS dont l'exécution du budget disponible est > 80% | 0 | Au moins 75% des DS ont une exécution du budget disponible > 80% | Ministère de la Santé (DCAF) DRS DDS |
| | Mettre en place des mécanismes équitables et transparents de gestion des recettes propres des structures sanitaires publiques (incluant les paiements de la CNAMGS) | Texte élaboré et diffusé | 0 | 1 Texte diffusé | Ministère de la Santé (SG) |
| | | % de FOSA disposant du texte | 0 | 100% de FOSA disposent du texte | DRS DDS FOSA |
| | | % de FOSA vulgarisant le texte par voie d'affiche | 0 | 100 % de FOSA vulgarisent le texte par voie d'affiche | DRS DDS FOSA |
| | Mettre aux normes quantitative et qualitative les ressources humaines des formations sanitaires (PM) | Décisions d'affectation | 0 | Décisions d'affectation disponibles | Ministère de la Santé (DCRH) |
| | | % de FOSA disposant de toutes les qualifications requises pour leur PESS | 0 | Au moins 75% de FOSA disposent de toutes les qualifications requises pour leur PESS | Ministère de la Santé (DCRH) |
| | | % de FOSA répondant aux normes quantitatives de RH | 0 | Au moins 75% de FOSA répondent aux normes quantitatives de RH | Ministère de la Santé (DCRH) |
| | Réhabiliter les plateaux techniques des hôpitaux départementaux (PM) | Bon de livraison des équipements | 0 | 100% des bons de livraison sont disponibles | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | Construire des formations sanitaires du premier niveau (Dispensaires, CS et HD) (PM) conformément au schéma directeur des infrastructures sanitaires (PM) | % de dispensaires attendus construits | 0 | 100% de dispensaires attendus construits | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | % de CS attendus construits | 0 | 100% de CS attendus construits | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | % de HD attendus construits | 0 | 100% de HD attendus construits | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | Réhabiliter des formations sanitaires du premier | % de réhabilitations attendues | 0 | 100% de | Ministère de la |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|-----|---|---|
| | | niveau (Dispensaires, CS et HD) (PM) | effectuée pour les dispensaires | | réhabilitations attendues effectuée pour les dispensaires | Santé (DCPIE) |
| | | | % de réhabilitations attendues effectuée pour les CS | 0 | 100% de réhabilitations attendues effectuée pour les CS | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | % de réhabilitations attendues effectuée pour les HD | 0 | 100% de réhabilitations attendues effectuée pour les HD | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | Assurer la disponibilité dans les formations sanitaires des Médicaments Essentiels Génériques (MEG) et dispositifs médicaux essentiels | Bon de commande | 30% | 100% de bons de commande disponibles | Ministère de la Santé (DCAF) CNAMGS |
| | | | Bon de livraison | 30% | 100% de bons de livraison disponibles | Ministère de la Santé (DCAF) CNAMGS |
| | | | % de FOSA en rupture de stock > 3 mois | | 0% de FOSA en rupture de stock > 3 mois | DRS |
| | | Assurer la disponibilité et l'accessibilité financière et géographique des médicaments et dispositifs médicaux essentiels de qualité ainsi que des vaccins, produits sanguins et services d'aide au diagnostic (PM) | Bon de livraison | 30% | 100% | OPN CNAMGS |
| | | | % de FOSA disposant de tous les intrants | 40% | 100% de FOSA disposent de tous les intrants | OPN CNAMGS |
| | | | % de rupture de stock de ces intrants | 30% | 0% de FOSA en rupture de stock des intrants | OPN CNAMGS |
| | | | Texte réglementant le % du tiers payant | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) CNAMGS |
| | | Elaborer la cartographie des OBC (Organisations à Base Communautaire) par département sanitaire | Liste des OBC par département sanitaire | 0 | 1 liste des OBC disponible par département sanitaire | Ministère de la Santé (DGS) DRS DDS |
| | | | % de DS disposant de la liste des OBC locales | 10% | 100% de DS disposent de la liste des OBC locales | DRS DDS |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|---|
| | | Réaliser et diffuser l'annuaire national des OBC | Annuaire national des OBC | 0 | 1 Annuaire national des OBC disponible | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | % de DS disposant de l'annuaire national des OBC | 0 | 100% de DS disposent de l'annuaire national des OBC | Ministère de la Santé (SG) DRS, DDS |
| | | | % de FOSA possédant ses trois organes de gestion | 0 | 100% de FOSA possèdent leurs trois organes de gestion | FOSA |
| | | Mettre en place les organes de gestion des formations sanitaires | Rapports de réunion des Equipes Techniques Dirigantes | 0 | 100% des rapports de réunion disponibles | FOSA DDS |
| | | | Rapports de réunion des Comités des Usagers | 0 | 100% des rapports de réunion disponibles | FOSA DDS |
| | | | Rapports de réunion des Cellules d'Animation Communautaires | 0 | 100% des rapports de réunion disponibles | FOSA DDS |
| | | | Renforcer l'appui à l'élaboration et validation des plans opérationnels départementaux | % de DS disposant d'un plan opérationnel annuel validé | 30% | 100% de DS disposent d'un plan opérationnel annuel validé |
| | | Appuyer la mise en œuvre des plans opérationnels départementaux | % de DS ayant mis en œuvre leur plan opérationnel | 0 | 100% de DS ont mis en œuvre leur plan opérationnel | Ministère de la Santé (DGS) DRS, DDS |
| | | | % de DS atteignant au moins 75% d'exécution du plan opérationnel | 0 | 100% de DS atteignent au moins 75% d'exécution du plan opérationnel | Ministère de la Santé (DGS) DRS DDS |
| | | Assurer le suivi et évaluation de la mise en œuvre des plans opérationnels départementaux | % des plans opérationnels départementaux suivis | 0 | 100% des plans opérationnels départementaux suivis | Ministère de la Santé (DGS) DRS DDS |
| | | | % des plans opérationnels départementaux évalués | 0 | 100% des plans opérationnels départementaux évalués | Ministère de la Santé (DGS) DRS DDS |
| | | Promouvoir des partenariats bilatéraux et multilatéraux dans le cadre de l'appui direct à la région et au département sanitaire | % des partenariats attendus réalisés par région sanitaire | 0 | 100% des partenariats attendus réalisés | Ministère de la Santé (DGS) DRS |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|----|--|---|
| | | | | | par région sanitaire | DDS |
| | | | % d'appuis directs attendus obtenus par région sanitaire | 0 | 100% d'appuis directs attendus obtenus par région sanitaire | Ministère de la Santé (DGS) DRS, DDS |
| 5. Progresser vers la couverture sanitaire universelle | 5.1. Renforcer la gestion des ressources humaines | Renforcer le cadre institutionnel et législatif de planification, de gestion et de développement des RH en santé | Textes élaborés | 0% | 100% des textes disponibles | Ministère de la Santé (SG) |
| | | Elaborer et mettre en œuvre le plan de formation | Plan de formation élaboré | 0 | 1 plan de formation disponible | Ministère de la Santé (DCRH) |
| | | | % du personnel requis formés | 0 | 100% du personnel requis formé | Ministère de la Santé (DCRH) |
| | | Elaborer et mettre en œuvre le plan de recrutement | Plan de recrutement élaboré | 0 | 1 plan de recrutement disponible | Ministère de la Santé (DCRH) |
| | | | % du personnel requis recruté | 0 | 100% du personnel requis recruté | Ministère de la Santé (DCRH) |
| | | Développer les partenariats bilatéraux et multilatéraux pour la formation initiale et continue des ressources humaines en santé | % de partenariats bilatéraux attendus réalisés | 0 | 100% de partenariats bilatéraux attendus réalisés | Ministère de la Santé (DCRH) |
| | | | % de partenariats multilatéraux attendus réalisés | 0 | 100% de partenariats multilatéraux attendus réalisés | Ministère de la Santé (DCRH) |
| | | Mettre en place et rendre fonctionnel un observatoire des RHS | Texte élaboré | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | Locaux construits/réhabilités | 0 | Locaux disponibles | Ministère de la Santé (DCPIE) Observatoire RHS |
| | | | Locaux équipés | 0 | 100% des équipements disponibles | Ministère de la Santé (DCPIE) Observatoire RHS |
| | | | Personnel requis affecté | 0 | 100% du personnel requis affecté | Ministère de la Santé (DCRH) Observatoire RHS |
| | | Mettre en place un système d'information sur les ressources humaines en santé (PM) | Texte élaboré | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | Procédures formalisées | 0 | Procédures disponibles | Ministère de la Santé (IGSM) |
| | | | % de structures équipées de logiciels d'information à chaque niveau de la pyramide sanitaire | 0 | 100% de structures équipées de logiciels à chaque niveau de la | Ministère de la Santé (DCSI) |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|--------------------------------------|
| | | | | | pyramide sanitaire | |
| | | | % du personnel requis formé à l'utilisation du logiciel d'information | 0 | 100% du personnel requis formé à l'utilisation du logiciel | Ministère de la Santé (DCSI) |
| | 5.2. Rendre disponibles et accessibles les médicaments et dispositifs médicaux essentiels de qualité ainsi que les vaccins, les produits sanguins et les services d'aide au diagnostic | Elaborer, valider et diffuser la stratégie nationale des technologies sanitaires (PM) | Stratégie nationale des technologies sanitaires validée | 0 | 1 stratégie nationale des technologies sanitaires disponible | Ministère de la Santé (SG) DMP |
| % de structures sanitaires disposant de la stratégie nationale des technologies sanitaires | | | 0 | 100% de structures sanitaires disposent de la stratégie nationale des technologies sanitaires | Ministère de la Santé (SG) DMP | |
| % de DRS disposant de la stratégie nationale des technologies sanitaires | | | 0 | 100% de DRS disposent de la stratégie nationale des technologies sanitaires | Ministère de la Santé (SG) DMP | |
| % de DDS disposant de la stratégie nationale des technologies sanitaires | | | 0 | 100% de DDS disposent de la stratégie nationale des technologies sanitaires | Ministère de la Santé (SG) DMP | |
| | | Réviser et diffuser les outils de gestion des produits pharmaceutiques à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Outils de gestion des produits pharmaceutiques révisés | 0 | Outils de gestion des produits pharmaceutiques révisés disponibles | Ministère de la Santé (DCSI) DMP OPN |
| % des FOSA dotées d'outils de gestion des produits pharmaceutiques | | | 0 | 100% des DS dotés d'outils de gestion des produits pharmaceutiques | Ministère de la Santé (DCSI) DMP OPN | |
| % des DRS dotées d'outils de gestion des produits pharmaceutiques | | | 0 | 100% des DRS dotées d'outils de gestion des produits pharmaceutiques | Ministère de la Santé (DCSI) DRS | |
| % des DDS dotées d'outils de gestion des produits pharmaceutiques | | | 0 | 100% des DDS dotées d'outils de gestion des produits | Ministère de la Santé (DCSI) DDS | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|----|---|--|
| | | | | | pharmaceutiques | FOSA |
| | | Promouvoir l'usage des médicaments génériques | Texte élaboré | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | Directive élaborée | 0 | 1 Directive émise | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | % de prescripteurs sensibilisés par RS | 0 | 100% de prescripteurs sensibilisés par RS | Ministère de la Santé (DGS) DRS |
| | | | % de prescripteurs sensibilisés par DS | 0 | 100% de prescripteurs sensibilisés par DS | Ministère de la Santé (DGS) DDS, FOSA |
| | | Mettre en place des Comités de gestion de médicaments dans les structures sanitaires | % de FOSA ayant mis en place un comité de gestion du médicament | 0 | 100% | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | Assurer l'approvisionnement, en quantité suffisante et à moindre coût, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, des médicaments essentiels génériques, dispositifs médicaux, vaccins et autres produits thermolabiles de qualité | % de FOSA du niveau primaire ayant eu une rupture de stock en produits traceurs > 3 mois | ND | 0% | DDS FOSA OPN |
| | | | % de FOSA du niveau secondaire ayant eu une rupture de stock en produits traceurs > 3 mois | ND | 0% | DRS FOSA OPN |
| | | | % de FOSA du niveau tertiaire ayant eu une rupture de stock en produits traceurs > 3 mois | ND | 0% | Ministère de la Santé (DGS) FOSA OPN |
| | | Assurer le respect des bonnes pratiques de stockage, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, des médicaments essentiels génériques, dispositifs médicaux, vaccins et autres produits thermolabiles de qualité | % de FOSA du niveau primaire disposant de locaux adéquats pour la conservation | ND | 100% de FOSA du niveau primaire disposent de locaux adéquats pour la conservation | DDS FOSA OPN |
| | | | % de FOSA du niveau secondaire disposant de locaux adéquats pour la conservation | ND | 100% de FOSA du niveau secondaire disposent de locaux adéquats pour la conservation | DRS FOSA OPN |
| | | | % de FOSA du niveau tertiaire disposant de locaux adéquats pour la conservation | ND | 100% de FOSA du niveau tertiaire disposent de locaux adéquats pour la conservation | Ministère de la Santé (DGS) FOSA OPN |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|----|--|---|
| | | Assurer le respect des bonnes pratiques de distribution, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, des médicaments essentiels génériques, dispositifs médicaux, vaccins et autres produits thermolabiles de qualité | % de RS disposant de moyens logistiques adéquats pour la distribution | ND | 100% de RS disposent de moyens logistiques adéquats pour la distribution | Ministère de la Santé (DCPIE) OPN |
| | | | % de DS disposant de moyens logistiques adéquats pour la distribution | ND | 100% de DS disposent de moyens logistiques adéquats pour la distribution | Ministère de la Santé (DCPIE) OPN |
| | | Assurer la gestion des déchets pharmaceutiques | % de FOSA du niveau primaire assurant une gestion aux normes des déchets pharmaceutiques | ND | 100% de FOSA du niveau primaire assurent une gestion aux normes des déchets pharmaceutiques | Ministère de la Santé (DGS) FOSA OPN |
| | | | % de FOSA du niveau secondaire assurant une gestion aux normes des déchets pharmaceutiques | ND | 100% de FOSA du niveau secondaire assurent une gestion aux normes des déchets pharmaceutiques | Ministère de la Santé (DGS) FOSA OPN |
| | | | % de FOSA du niveau tertiaire assurant une gestion aux normes des déchets pharmaceutiques | ND | 100% de FOSA du niveau tertiaire assurent une gestion aux normes des déchets pharmaceutiques | Ministère de la Santé (DGS) FOSA OPN |
| | | Doter les FOSA, services nationaux et programmes de lutte contre la maladie d'outils de gestion informatisée des produits pharmaceutiques | % de FOSA disposant d'outils de gestion informatisée des produits pharmaceutiques | 0 | 100% de FOSA disposent d'outils de gestion informatisée des produits pharmaceutiques | Ministère de la Santé (DCSI) FOSA OPN |
| | | | % de services nationaux disposant d'outils de gestion informatisée des produits pharmaceutiques | 0 | 100% de services nationaux disposent d'outils de gestion informatisée des produits pharmaceutiques | Ministère de la Santé (DCSI) FOSA OPN |
| | | | % de programmes de lutte contre la maladie disposant | 0 | 100% de programmes de lutte contre la | Ministère de la Santé (DCSI) |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|--|
| | | | d'outils de gestion informatisée des produits pharmaceutiques | | maladie disposent d'outils de gestion informatisée des produits pharmaceutiques | FOSA OPN |
| | | Mettre en place des comités de quantification des médicaments au niveau régional et national | Texte élaboré | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | Documents normatifs élaborés | 0 | Documents normatifs disponibles | DMP OPN |
| | | | Comité de quantification au niveau central | 0 | 1 Comité de quantification en place au niveau central | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | % de RS ayant un comité de quantification | 0 | 100% des RS ont un comité de quantification | Ministère de la Santé (DGS) DRS |
| | | Mettre en place des comités de quantification des médicaments au niveau régional et national | Texte élaboré | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | Algorithmes décisionnels (schémas thérapeutiques standardisés) actualisés | 0 | Algorithmes décisionnels actualisés disponibles | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | Rapports de formation des prescripteurs | 0 | 100% des rapports de formation disponibles | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | % de prescripteurs formés par DS | 0 | 100% de prescripteurs formés par DS | Ministère de la Santé (SG) |
| | | Promouvoir l'usage rationnel du médicament | Texte élaboré | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | Directive élaborée | 0 | 1 Directive émise | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | % de prescripteurs sensibilisés par RS | 0 | 100% de prescripteurs sensibilisés par RS | Ministère de la Santé (DGS) DRS |
| | | | % de prescripteurs sensibilisés par DS | 0 | 100% de prescripteurs sensibilisés par DS | Ministère de la Santé (DGS) DDS, FOSA |
| | | Promouvoir l'usage des médicaments traditionnels améliorés | Texte élaboré | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) DMP, OPN |
| | | | Rapports de recherche | 0 | 100% des rapports de | Ministère de la |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|---|
| | | | vulgarisés | | recherche vulgarisés | Santé (DGS) Association des tradithérapeutes |
| | | | Algorithmes décisionnels (schémas thérapeutiques standardisés) élaborés | 0 | Algorithmes décisionnels disponibles | Ministère de la Santé (DGS) Association des tradithérapeutes |
| | | | Partenariat entre l'OPN et l'Association des tradithérapeutes | 0 | 1 partenariat conclu entre l'OPN et l'Association des tradithérapeutes | Ministère de la Santé (DGS) Association des tradithérapeutes |
| | | Doter la centrale d'achat de médicaments de 2 camions de transport de MEG | Centrale d'achat de médicaments dotée de camions de transport de MEG (bon d'achat / de livraison) | 0 | 2 camions de transport de MEG disponibles | Ministère de la Santé (DCPIE) Centrale d'achat |
| | | Doter 5 antennes régionales de camionnettes de transport de MEG | Antennes régionales dotées de camionnettes de transport de MEG (bon d'achat / de livraison) | 0 | 5 antennes régionales dotées de camionnettes de transport de MEG | Ministère de la Santé (DCPIE) DRS |
| | | Doter la centrale d'achat d'un camion réfrigérant | Centrale d'achat est dotée d'un camion réfrigérant (bon d'achat / de livraison) | 0 | 1 camion réfrigérant disponible à la centrale d'achat | Ministère de la Santé (DCPIE) Centrale d'achat |
| | | Doter la centrale d'achat de trois véhicules de supervision | Centrale d'achat disposant de véhicules de supervision (bon d'achat / de livraison) | 0 | 3 véhicules de supervision disponibles à la centrale d'achat | Ministère de la Santé (DCPIE) Centrale d'achat |
| | | Acquérir un logiciel de gestion de la Centrale d'Achat et des antennes régionales avec option de mise en réseau | Bon d'achat du logiciel | 0 | 1 bon d'achat de logiciel disponible | Ministère de la Santé (DCSI) |
| | | | Rapports de formation à l'utilisation du logiciel | 0 | 100% des rapports de formation disponibles | Ministère de la Santé (DCSI) |
| | | | % du personnel de la centrale d'achat formé | 0 | 100% du personnel de la centrale d'achat est formé | Ministère de la Santé (DCSI) |
| | | | % du personnel des antennes régionales formé | 0 | 100% du personnel des antennes régionales est formé | Ministère de la Santé (DCSI) |
| | | | Nombre d'antennes régionales formées | 0 | 6 antennes régionales formées | Ministère de la Santé (DCSI) |
| | | Adopter le Plan National de la Transfusion Sanguine | Plan adopté | 0 | 1 Plan National de la | Ministère de la |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|----|---|---|
| | | | | | Transfusion Sanguine disponible | Santé (DGS) CNTS |
| | | Renforcer le cadre juridique et normatif du secteur | Textes élaborés | 0 | 100% des textes pris | Ministère de la Santé (SG) |
| | | Mettre en place des unités de BDS dans 7 CHR | CHR disposant de BDS | 0 | 7 CHR disposent de BDS | Ministère de la Santé (DCPIE) CNTS |
| | | Renforcer les capacités des responsables des BDS de l'intérieur | % de CHR dont le personnel de BDS a été formé | 0 | 100% | Ministère de la Santé (DCRH) CNTS |
| | | | % de personnel formé dans chaque BDS | 0 | 100% | Ministère de la Santé (DCRH) CNTS |
| | | Désigner et former des correspondants d'hémovigilance dans les structures publiques et privées de Libreville et ses environs | Liste des correspondants d'hémovigilance dans les structures publiques et privées de Libreville et ses environs | 0 | 1 liste disponible | Ministère de la Santé (DGS) CNTS DMP |
| | | | % de correspondants formés | 0 | 100% de correspondants formés | Ministère de la Santé (DGS) CNTS DMP |
| | | Organiser les séances de renforcement des capacités | Rapports de formation | 0% | 100% des rapports de formation disponibles | Ministère de la Santé (DCRH) CNTS DMP |
| | | Elaborer, valider et diffuser le plan d'action 2017-2021 d'activités de promotion du don de sang à Libreville et ses environs | Plan d'action adopté | 0 | 1 plan d'action 2017-2021 d'activités de promotion du don de sang à Libreville et ses environs disponible | Ministère de la Santé (DGS) CNTS |
| | | Mettre en place des systèmes de vigilance sanitaire et de contrôle qualité des médicaments | Texte élaboré | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | Directive élaborée | 0 | Directive émise | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | % de structures sanitaires animant le système | 0 | 80% de structures sanitaires animent le système | Ministère de la Santé (DGS) FOSA |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|------|--|--|
| | | | Liste de toutes les structures sanitaires ciblées | | 1 liste disponible | Ministère de la Santé (DGS) DMP |
| | | Mettre en place un système national d'assurance qualité pharmaceutique | Texte élaboré | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | Directive élaborée | 0 | Directive émise | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | % de structures sanitaires animant le système | 0 | 80% de structures sanitaires animent le système | Ministère de la Santé (DGS) FOSA |
| | | | Liste de toutes les structures sanitaires ciblées | | 1 liste disponible | Ministère de la Santé (DGS) DMP, FOSA |
| | | | % d'hôpitaux départementaux disposant d'un service d'imagerie médicale aux normes | ND | 100% d'hôpitaux départementaux disposent d'un service d'imagerie médicale aux normes | Ministère de la Santé (DCPIE) DDS FOSA |
| | | Garantir la disponibilité des services d'imagerie médicale fonctionnels, fiables et accessibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | % de CHR disposant d'un service d'imagerie médicale aux normes | ND | 100% de CHR disposent d'un service d'imagerie médicale aux normes | Ministère de la Santé (DCPIE) DRS FOSA |
| | | | % de CHU disposant d'un service d'imagerie médicale aux normes | 100% | 100% de CHU disposent d'un service d'imagerie médicale aux normes | Ministère de la Santé (DCPIE) DGS |
| | | Renforcer les capacités des laboratoires des formations sanitaires | % de laboratoires des FOSA ayant reçu un renforcement des capacités | 0% | 100% des laboratoires des FOSA ont reçu un renforcement des capacités | Ministère de la Santé (DCPIE) DRS DDS |
| | | Assurer la gestion des déchets notamment biomédicaux dans l'ensemble des formations sanitaires du pays | Texte élaboré | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | Directive élaborée | 0 | Directive émise | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | % de FOSA du niveau primaire assurant une gestion aux normes des déchets | ND | 100% de FOSA du niveau primaire assurent une gestion | Ministère de la Santé (DGS) DDS |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|----|---|--|
| | | | notamment biomédicaux | | aux normes des déchets pharmaceutiques | FOSA |
| | | | % de FOSA du niveau secondaire assurant une gestion aux normes des déchets notamment biomédicaux | ND | 100% de FOSA du niveau secondaire assurent une gestion aux normes des déchets pharmaceutiques | Ministère de la Santé (DGS) DRS FOSA |
| | | | % de FOSA du niveau tertiaire assurant une gestion aux normes des déchets notamment biomédicaux | ND | 100% de FOSA du niveau tertiaire assurent une gestion aux normes des déchets pharmaceutiques | Ministère de la Santé (DGS) FOSA |
| | | Doter les FOSA d'incinérateurs aux normes (PM) | % des HD disposant d'un incinérateur aux normes | 0 | 50% des HD disposant d'un incinérateur aux normes | Ministère de la Santé (DCPIE) FOSA |
| | | | % des CHR disposant d'un incinérateur aux normes | 0 | 100% des CHR disposant d'un incinérateur aux normes | Ministère de la Santé (DCPIE) FOSA |
| | | | % des CHU disposant d'un incinérateur aux normes | 0 | 100% des CHU disposant d'un incinérateur aux normes | Ministère de la Santé (DCPIE) FOSA |
| | | Renforcer les capacités de maintenance des équipements dans les FOSA | Directive élaborée | 0 | Directive émise | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | % de FOSA par DS disposant de la Directive | 0 | 100% de FOSA par DS disposent de la Directive | Ministère de la Santé (DCPIE) FOSA |
| | | | % de FOSA par DS disposant de personnels formés pour la maintenance | ND | 100% de FOSA par DS disposent de personnels formés pour la maintenance | Ministère de la Santé (DCPIE) FOSA |
| | | | % de FOSA par DS disposant de pièces de rechange | ND | % de FOSA par DS disposent de pièces de rechange | Ministère de la Santé (DCPIE) FOSA |
| | 5.3. Assurer l'accueil, la qualité des soins et la | Elaborer et diffuser les directives et les algorithmes de PEC | Directives élaborées | 0 | Directives émises | Ministère de la Santé (DGS) |

| | | | | | |
|-----------------------|---|---|----|---|--|
| sécurité des patients | | Algorithmes de PEC diffusés | ND | 100% des Algorithmes de PEC disponibles dans les FOSA | Ministère de la Santé (DGS) FOSA |
| | | % de DDS disposant de directives | 0 | 100% des DDS disposent des directives | Ministère de la Santé (DGS) DDS |
| | | % de FOSA par DS disposant de directives | 0 | 100% de FOSA par DS disposent de directives | Ministère de la Santé (DGS) DDS, FOSA |
| | | % de programmes nationaux disposant des directives | 0 | 100% des programmes nationaux disposent des directives | Ministère de la Santé (DGS) PN |
| | | % de services nationaux disposant des directives | 0 | 100% des services nationaux disposent des directives | Ministère de la Santé (DGS) SN |
| | | % de CHU ayant mis en œuvre le PESS | 0 | 100% des CHU ont mis en œuvre leur PESS | Ministère de la Santé (DGS) DRS, FOSA |
| | Mettre en œuvre les PESS par structure et par niveau de soins | % de CHR ayant mis en œuvre le PESS | 0 | 100% des CHR ont mis en œuvre leur PESS | Ministère de la Santé (DGS) DRS, FOSA |
| | | % des hôpitaux départementaux ayant mis en œuvre le PESS | 0 | 100% des hôpitaux départementaux ont mis en œuvre leur PESS | Ministère de la Santé (DGS) DDS FOSA |
| | | % de CS ayant mis en œuvre le PESS | 0 | 100% des CS ont mis en œuvre leur PESS | Ministère de la Santé (DGS) DDS, FOSA |
| | | % de case de santé communautaire ayant mis en œuvre le PESS | 0 | 100% des cases de santé communautaires ont mis en œuvre leur PESS | Ministère de la Santé (DGS) DDS, FOSA |
| | Améliorer la sécurité du médicament administré au patient | Directive élaborée | 0 | Directive émise | Ministère de la Santé (DGS) |

| | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|--|-----------------------------|
| | | | % de FOSA disposant de la directive | 0 | 100% des FOSA disposent de la directive | Ministère de la Santé (DGS) DDS, FOSA | |
| | | | % de FOSA appliquant la directive | 0 | 100% des FOSA appliquent la directive | DDS, FOSA | |
| | | | % de DDS disposant de la directive | 0 | 100% de DDS disposent de la directive | DDS | |
| | | Mettre en place des services / unités d'assurance qualité dans chaque structure sanitaire | Directive élaborée | 0 | Directive émise | Ministère de la Santé (DGS) | |
| | | | % de FOSA par DS disposant d'un service/unité d'assurance qualité | 0 | 100% des FOSA par DS disposent d'un service/unité d'assurance qualité | Ministère de la Santé (DGS) DDS FOSA | |
| | | | | | Directive élaborée | 0 | Directive émise |
| % de FOSA du niveau primaire appliquant la directive | 0 | | | | 100% de FOSA du niveau primaire appliquent la directive | DDS FOSA | |
| | | Améliorer la sécurité des personnels (protection individuelle, vaccination, bilan...) | % de FOSA du niveau secondaire appliquant la directive | 0 | 100% de FOSA du niveau secondaire appliquent la directive | DRS FOSA | |
| | | | % de FOSA du niveau tertiaire appliquant la directive | 0 | 100% de FOSA du niveau tertiaire appliquent la directive | DGS FOSA | |
| | | | % des instituts appliquant la directive | 0 | 100% des instituts appliquent la directive | DGS SN | |
| | | | Elaborer les plans qualité et de sécurité du patient dans chaque structure sanitaire | % de FOSA par DS ayant élaboré un plan qualité | 0 | 100% des FOSA par DS ont élaboré un plan qualité | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | Lutter contre les infections associées aux soins | Directive élaborée | 0 | Directive émise | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | | % de FOSA du niveau primaire appliquant la directive | 0 | 100% de FOSA du niveau primaire | Ministère de la Santé (DGS) |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|----|--|--|
| | | | | | appliquent la directive | |
| | | | % de FOSA du niveau secondaire appliquant la directive | 0 | 100% de FOSA du niveau secondaire appliquent la directive | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | % de FOSA du niveau tertiaire appliquant la directive | 0 | 100% de FOSA du niveau tertiaire appliquent la directive | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | Mettre en place dans les FOSA des comités de vigilance sanitaire | Directive élaborée | 0 | Directive émise | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | % de FOSA du niveau primaire disposant d'un comité de vigilance sanitaire | 0 | 100% de FOSA du niveau primaire disposent d'un comité de vigilance sanitaire | Ministère de la Santé (DGS) DRS |
| | | | % de FOSA du niveau secondaire disposant d'un comité de vigilance sanitaire | 0 | 100% de FOSA du niveau secondaire disposent d'un comité de vigilance sanitaire | Ministère de la Santé (DGS) DRS |
| | | | % de FOSA du niveau tertiaire disposant d'un comité de vigilance sanitaire | 0 | 100% de FOSA du niveau tertiaire disposent d'un comité de vigilance sanitaire | Ministère de la Santé (DGS) DRS |
| | | Elaborer la charte du patient | Charte du patient élaborée | 0 | 1 Charte du patient disponible | Ministère de la Santé (DGS) |
| | 5.4. Améliorer la gestion des ressources financières | Elaborer en relation avec le Ministère des Finances le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT) | Cadre des Dépenses à Moyen Terme élaboré | 0 | 2 Cadre des Dépenses à Moyen Terme disponibles | Ministère de la Santé (DCAF) Min. des Finances |
| | | Elaborer chaque année les comptes de la santé | Rapports annuels des comptes de la Santé | 0 | 5 rapports annuels des comptes de la Santé disponibles | Ministère de la Santé (SG) |
| | | Renforcer les capacités de gestion financière des formations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire | Texte diffusé | 1 | Texte disponible dans 100% des FOSA | FOSA |
| | | | % des FOSA par DS affichant le | ND | 100% des FOSA par | DDS |

| | | | | | | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|---|---|--|--|--------------------------------------|
| | | | texte | | DS affichent le texte | FOSA | | |
| | | | % des FOSA par DS appliquant le texte | ND | 100% des FOSA par DS appliquent le texte | DDS FOSA | | |
| | | | % des DDS disposant du texte | ND | 100% des DDS disposent du texte | DDS | | |
| | | Mettre en place à la CNAMGS des mécanismes de gestion optimale du risque maladie et de performance dans les prestations | | Textes réglementaires | 30% | 100% des textes réglementaires disponibles | Ministère de la Santé (SG) CNAMGS | |
| | | | | Directives opérationnelles élaborées | 20% | 100% des directives opérationnelles émises | Ministère de la Santé (SG) CNAMGS | |
| | | | | Services dédiés créés | 20% | 100% des services dédiés en place | CNAMGS FOSA | |
| | | | | Rapports d'activité | 0 | 100% des rapports d'activité disponibles | CNAMGS | |
| | | Elaborer une politique de contractualisation et les contrats de performances (PM) | | Document de politique de contractualisation élaboré | 0 | 1 Document de politique de contractualisation disponible | Ministère de la Santé (SG) | |
| | | | | % de contrats attendus établis | 0 | 100% des contrats attendus établis | Ministère de la Santé (SG) | |
| | | | | Mettre en place des mécanismes équitables et transparents de gestion des recettes propres des structures sanitaires publiques (incluant les paiements de la CNAMGS) | Texte diffusé | 1 | Texte disponible dans 100% des FOSA | Ministère de la Santé (SG) CNAMGS |
| | | | | | Procédure élaborée | 0 | 1 procédure disponible | Ministère de la Santé (SG) CNAMGS |
| | | | | | % des FOSA par DS affichant le texte | ND | 100% des FOSA par DS affichent le texte | Ministère de la Santé (SG) CNAMGS |
| | | | | | % des FOSA par DS appliquant la procédure | ND | 100% des FOSA par DS appliquent la procédure | Ministère de la Santé (SG) CNAMGS |
| | | | | | % des DDS disposant du texte et de la procédure | ND | 100% des DDS disposent du texte et de la procédure | Ministère de la Santé (SG) CNAMGS |
| 5.5. Améliorer l'accessibilité financière aux soins | | Etendre la CNAMGS à toutes les FOSA du niveau primaire (HD, CS, dispensaires) | Convention CNAMGS / DGS | 0 | 1 Convention CNAMGS / DGS disponible | Ministère de la Santé (DGS) CNAMGS | | |

| | | | | | | | |
|--|--|---|---|-----------------------|--|--|----------------------------|
| | | | % de FOSA par DS délivrant des prestations prises en charge par la CNAMGS | 0 | 100% des FOSA par DS délivrent des prestations prises en charge par la CNAMGS | Ministère de la Santé (DGS) CNAMGS FOSA | |
| | | Parachever l'extension de l'assurance maladie obligatoire universelle | % de personnes enrôlées par DS | ND | 100% | DDS CNAMGS | |
| | 5.6. Développer le service d'aide médicale et de transport d'urgence | Formaliser le mode de fonctionnement du SAMU et le diffuser à toutes les structures hospitalières | Texte élaboré | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) SAMU | |
| | | | % de structures hospitalières disposant du texte | 0 | 100% de structures hospitalières disposent du texte | FOSA | |
| | | Mettre en place un cadre formalisé de collaboration avec les sapeurs-pompiers (convention) | 1 convention élaborée | 0 | 1 convention disponible | Ministère de la Santé (SG) Min. Défense nationale | |
| | | Doter les structures hospitalières et le SAMU de moyens de communications appropriés | % de structures hospitalières disposant de moyens de communication appropriés | 30% | 100% de structures hospitalières disposent de moyens de communication appropriés | Ministère de la Santé (DCPIE) FOSA | |
| | | | % d'unités SAMU disposant de moyens de communication appropriés | 60% | 100% d'unités SAMU disposent de moyens de communication appropriés | Ministère de la Santé (DCPIE) SAMU | |
| | | Prendre un texte réglementant le transport médicalisé | Texte élaboré | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) | |
| | | | Mettre en place un cadre de collaboration entre le SAMU et la CNAMGS | 1 convention élaborée | 0 | 1 convention disponible | SAMU CNAMGS |
| | | | Créer et rendre fonctionnel le CESU (centre d'enseignement de soins d'urgences) | Texte élaboré | 0 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) |
| Doter le CESU de matériel didactique adapté | | | Bon de livraison | 0 | Matériel didactique adapté disponible au CESU | Ministère de la Santé (DCPIE) | |
| Organiser des stages de formation des formateurs | | | Plan de formation | 0 | 1 Plan de formation disponible | Ministère de la Santé (DCRH) SAMU | |
| | | | Liste des formateurs | 0 | Liste des formateurs | Ministère de la | |

| | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|--|--|
| | | Organiser des campagnes de formation et de sensibilisation sur les premiers secours | Rapports de formation | 0 | disponible 100% des rapports de formation disponibles | Santé (DCRH) SAMU Ministère de la Santé (DCRH) SAMU | |
| | | | Rapports des campagnes de formation et de sensibilisation | 0 | 100% des rapports des campagnes de formation et de sensibilisation disponibles | Ministère de la Santé (DGS) SAMU | |
| | | | % de personnes formées / sensibilisées par DS | 0 | 25% de personnes formées / sensibilisées par DS | DDS SAMU | |
| | | | Plan Média élaboré et validé | 0 | 1 Plan Média disponible | Ministère de la Santé (DGS) SNESPS, SAMU | |
| | | Elaborer, valider et diffuser un Plan Média pour la sensibilisation et l'éducation sur les soins d'urgences | % des institutions ciblées disposant du Plan | 0 | 100% des institutions ciblées disposent du Plan Média | SAMU Institutions ciblées | |
| | | | 5.7. Développer la médecine itinérante | Mettre en œuvre la médecine itinérante | % de caravanes médicales prévues par DS réalisées | 0 | 100% de caravanes médicales prévues par DS réalisées |
| | | 5.8. Doter les structures d'équipements adéquats et renforcer l'infrastructure | Elaborer, valider et diffuser le schéma directeur des infrastructures sanitaires | Schéma Directeur validé et diffusé | 0 | 1 schéma directeur des infrastructures sanitaires disponible | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | | Achever la réhabilitation et l'équipement du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville | CHUL complètement réhabilité et équipé | 50% | CHUL réhabilité et 100% des équipements requis disponibles |
| Construire et équiper l'Agence du Médicament | Agence du médicament construite | | 0 | 1 Agence existante | Ministère de la Santé (DCPIE) | | |
| | Agence du médicament équipé | | 0 | 100% des équipements requis disponibles | Ministère de la Santé (DCPIE) | | |
| Construire et équiper le laboratoire de contrôle qualité du médicament | Laboratoire de contrôle qualité du médicament construit | | 0 | 1 laboratoire de contrôle qualité du médicament | Ministère de la Santé (DCPIE) | | |
| | Laboratoire de contrôle qualité du médicament équipé | | 0 | 100% des équipements requis disponibles | Ministère de la Santé (DCPIE) | | |
| Construire et équiper une Centrale d'achat des | Centrale d'achat des | | 0 | 1 Centrale d'achat des | Ministère de la | | |

| | | | | | | |
|--|---|-------------|---|---|---|-------------------------------|
| | | médicaments | médicaments construite | | médicaments | Santé (DCPIE) |
| | | | Centrale d'achat des médicaments équipée | 0 | 100% des équipements requis disponibles | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | Construire et équiper l'antenne régionale de l'Ogooué Ivindo à Makokou | | Antenne régionale de l'Ogooué Ivindo à Makokou construite | 0 | 1 Antenne régionale de l'Ogooué Ivindo à Makokou | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | Antenne régionale de l'Ogooué Ivindo à Makokou équipée | 0 | 100% des équipements requis disponibles | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | Construire et équiper le Centre de Gérontologie et de Gériatrie | | Centre de Gérontologie et de Gériatrie construit | 0 | 1 Centre de Gérontologie et de Gériatrie | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | Centre de Gérontologie et de Gériatrie équipé | 0 | 100% des équipements requis disponibles | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | Construire et équiper un Laboratoire National de Santé Publique | | Laboratoire National de Santé Publique construit | 0 | 1 Laboratoire National de Santé Publique | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | Laboratoire National de Santé Publique équipé | 0 | 100% des équipements requis disponibles | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | Construire et équiper un hôpital psychiatrique | | Hôpital psychiatrique construit | 0 | 1 hôpital psychiatrique | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | Hôpital psychiatrique équipé | 0 | 100% des équipements requis disponibles | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | Reconstruire et équiper l'hôpital spécialisé de NKEMBO | | Hôpital spécialisé de NKEMBO reconstruit | 0 | 1 hôpital spécialisé de NKEMBO | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | Hôpital spécialisé de NKEMBO équipé | 0 | 100% des équipements requis disponibles | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | Réhabiliter et équiper en mobilier de bureau les six Directions Régionales de Santé | | % de Directions Régionales de Santé réhabilitées | 0 | 100% de Directions Régionales de Santé réhabilitées | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | % de Directions Régionales de Santé ayant 100% de l'équipement requis | 0 | 100% de Directions Régionales de Santé disposent de 100% de | Ministère de la Santé (DCPIE) |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|---------------------------------------|
| | | | | | l'équipement requis | |
| | | Doter les DRS de véhicules de supervision | % de DRS dotées de véhicule de supervision | 0 | 100% de DRS dotées de véhicule de supervision | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | Doter les DRS d'équipements informatiques, de communication y compris l'accès à Internet (PM - SNIS) | % de DRS dotées d'équipements informatiques, de communication y compris l'accès internet | 0 | 100% de DRS dotées d'équipements informatiques, de communication y compris l'accès internet | Ministère de la Santé (DCPIE) DCSI |
| | | Réhabiliter et équiper 5 Centres Hospitaliers Régionaux | Centres Hospitaliers Régionaux réhabilités | 0 | 5 Centres Hospitaliers Régionaux réhabilités | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | Centres Hospitaliers Régionaux ayant 100% de l'équipement requis | 0 | 5 Centres Hospitaliers Régionaux ayant 100% de l'équipement requis | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | Construire et équiper les bases d'épidémiologies et d'hygiène dans 6 régions sanitaires | Bases d'épidémiologie construites | 0 | 6 bases d'épidémiologie construites | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | Bases d'hygiène construites | 0 | 6 bases d'hygiène construites | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | Bases d'épidémiologie ayant 100% de l'équipement requis | 0 | 6 bases d'épidémiologie ayant 100% de l'équipement requis | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | Bases d'hygiène ayant 100% de l'équipement requis | 0 | 6 bases d'hygiène ayant 100% de l'équipement requis | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | Doter 5 CHR d'ambulance et de véhicules de services | CHR dotés d'ambulance | 0 | 5 CHR dotés d'ambulance | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | CHR dotés de véhicules de services | 0 | 5 CHR dotés de véhicules de services | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | Construire et équiper 18 hôpitaux départementaux | Hôpitaux départementaux construits | 0 | 18 hôpitaux départementaux construits | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | Hôpitaux départementaux ayant 100% de l'équipement | 0 | 18 hôpitaux départementaux | Ministère de la Santé (DCPIE) |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|-----------------------------------|
| | | | requis | | ayant 100% de l'équipement requis | |
| | | Réhabiliter et équiper 6 hôpitaux départementaux | Hôpitaux départementaux réhabilités | 0 | 6 hôpitaux départementaux réhabilités | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | Hôpitaux départementaux ayant 100% de l'équipement requis | 0 | 6 hôpitaux départementaux ayant 100% de l'équipement requis | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | Doter 24 hôpitaux départementaux d'ambulance | Hôpitaux départementaux dotés d'ambulance | 0 | 24 hôpitaux départementaux dotés d'ambulance | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | Construire et équiper 10 centres de santé | Centres de santé construits | 0 | 10 centres de santé construits | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | Centres de santé ayant 100% de l'équipement requis | 0 | 10 centres de santé ayant 100% de l'équipement requis | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | Réhabiliter et équiper 20 centres de santé | Centres de santé réhabilités | 0 | 20 centres de santé réhabilités | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | Centres de santé ayant 100% de l'équipement requis | 0 | 20 centres de santé ayant 100% de l'équipement requis | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | Doter 30 centres de santé d'ambulance | Centres de santé dotés d'ambulance | 0 | 30 centres de santé dotés d'ambulance | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | Réhabiliter et équiper 120 dispensaires | Dispensaires réhabilités | 0 | 120 dispensaires réhabilités | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | | Dispensaires ayant 100% de l'équipement requis | 0 | 120 dispensaires ayant 100% de l'équipement requis | Ministère de la Santé (DCPIE) |
| | | Doter 36 départements sanitaires d'équipements informatiques, de communication y compris l'accès à Internet (PM) | Départements sanitaires dotés d'équipements informatiques, de communication y compris l'accès à Internet | 0 | 36 départements sanitaires dotés d'équipements informatiques, de communication y compris l'accès à Internet | Ministère de la Santé (DCSI) |
| | | Doter 36 départements sanitaires des véhicules de supervision | Départements sanitaires dotés de véhicules de supervision | 0 | 36 départements sanitaires dotés de véhicules de | Ministère de la Santé (DCPIE) DDS |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|---|
| | | | | | supervision | |
| | | Doter les 13 programmes et services nationaux de véhicules de supervision | Programmes et services nationaux dotés de véhicules de supervision | 0 | 13 programmes et services nationaux dotés de véhicules de supervision | Ministère de la Santé (DCPIE) PN et SN |
| | | Doter les 13 programmes et services nationaux d'équipements informatiques, de communication y compris l'accès à Internet (PM) | Programmes et services nationaux dotés d'équipements informatiques, de communication y compris l'accès à Internet | 0 | 13 programmes et services nationaux dotés d'équipements informatiques, de communication y compris l'accès à Internet | Ministère de la Santé (DCSI) PN et SN |
| 6. Développer l'appropriation et la participation | | Assurer le renouvellement du matériel des Services virologie, immunologie, consultation médicale, stockage et fractionnement du CNTS (PM) | % de matériel renouvelé dans les 5 services | 0 | 100% du matériel renouvelé dans les 5 services | Ministère de la Santé (DCPIE) CNTS |
| | | Réhabiliter et équiper l'INFASS de Libreville | INFASS de Libreville réhabilité | 0 | INFASS de Libreville réhabilité | Ministère de la Santé (DCPIE) INFASS |
| | | | INFASS de Libreville ayant 100% de l'équipement requis | 0 | INFASS de Libreville ayant 100% de l'équipement requis | Ministère de la Santé (DCPIE) INFASS |
| | | Construire et équiper une annexe INFASS à Bikélé | Annexe INFASS de Bikélé construite | 0 | 1 Annexe INFASS de Bikélé construite | Ministère de la Santé (DCPIE) Annexe INFASS |
| | | | Annexe INFASS de Bikélé ayant 100% de l'équipement requis | 0 | 1 Annexe INFASS de Bikélé ayant 100% de l'équipement requis | Ministère de la Santé (DCPIE) Annexe INFASS |
| | | Construire et équiper 3 EPFASS | EPFASS construites | 0 | 3 EPFASS construites | Ministère de la Santé (DCPIE) EPFASS |
| | | | EPFASS ayant 100% de l'équipement requis | 0 | 3 EPFASS ayant 100% de l'équipement requis | Ministère de la Santé (DCPIE) EPFASS |
| | | Mettre en place les organes de gouvernance de la région et du département sanitaires (PM) | % de DS possédant ses cinq organes de gouvernance | 0 | 100% de DS possèdent leurs cinq organes de | Ministère de la Santé (DGS) DDS |

| | | | | | | |
|----------------|--|--|---|---|---|---|
| communautaires | | | | | gouvernance | |
| | | | Rapports de réunion des comités de développement | 0 | 100% des rapports de réunion disponibles | DRS |
| | | | Rapports de réunion des comités de santé | 0 | 100% des rapports de réunion disponibles | DRS |
| | | | Rapports de réunion des équipes cadres | 0 | 100% des rapports de réunion disponibles | DRS |
| | | | Rapports de réunion des équipes de santé des villages | 0 | 100% des rapports de réunion disponibles | DRS |
| | | | Rapports d'activité de la direction départementale | 0 | 100% des rapports de réunion disponibles | DRS |
| | | Mettre en place les organes de gestion des FOSA (PM) | % de FOSA possédant ses trois organes de gestion | 0 | 100% de FOSA possèdent leurs trois organes de gestion | Ministère de la Santé (DGS) FOSA |
| | | | Rapports de réunion des Equipes Techniques Dirigeantes | 0 | 100% des rapports de réunion disponibles | DDS |
| | | | Rapports de réunion des Comités des Usagers | 0 | 100% des rapports de réunion disponibles | DDS |
| | | | Rapports de réunion des Cellules d'Animation Communautaires | 0 | 100% des rapports de réunion disponibles | DDS |
| | | Elaborer, valider et diffuser le document de stratégie nationale de santé communautaire (PM) | Document de stratégie adopté | 0 | 1 document de stratégie nationale de santé communautaire disponible | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | | % de DS disposant du document de stratégie nationale de santé communautaire | 0 | 100% de DS disposent de Directives | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | Promouvoir la participation communautaire au développement sanitaire | % de DS développant des activités de santé communautaires | 0 | % de DS développent des activités de santé communautaires | Ministère de la Santé (DGS) DRS, DDS |
| | | | Rapports d'activité | 0 | 100% des rapports d'activité disponibles | Ministère de la Santé (DGS) DRS, DDS |
| | | | Compte rendu de réunion | 0 | 100% des comptes-rendus de réunion | Ministère de la Santé (DGS) |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|----|--|---|
| | | | | | disponibles | DRS, DDS |
| | | Développer le financement communautaire (IB) (gestion des fonds générés par la communauté, ticket modérateur, orientation de l'utilisation des fonds...) | Texte élaboré | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | Rapports d'activité | 0 | 100% des rapports d'activité disponibles | Ministère de la Santé (DGS) DRS, DS |
| | | | Rapport financier des structures du niveau primaire (% de la participation communautaire) | 0 | 100% des rapports financiers des structures du niveau primaire disponibles | Ministère de la Santé (DGS) DRS, DS |
| | | Apporter un appui technique approprié aux prestataires de services de santé communautaires à travers la formation, la supervision et l'apport des outils et fournitures requis | % d'agents communautaires formés par DS | 0 | 100% d'agents communautaires formés par DS | Ministère de la Santé (DGS) DRS DDS |
| | | | Rapports de supervision des agents communautaires | 0 | 100% des rapports de supervision des agents communautaires disponibles | Ministère de la Santé (DGS) DRS DDS |
| | | | % d'OBC par DS ayant outils et fournitures requis pour les activités | 0 | 100% d'OBC par DS ont outils et fournitures requis pour les activités | Ministère de la Santé (DGS) DRS DDS |
| | | | Rapports d'activité des agents communautaires | 0 | 100% des rapports d'activité des agents communautaires disponibles | Ministère de la Santé (DGS) DRS DDS |
| | | Mettre en place des mécanismes formalisés de collaboration avec les OBC | Texte élaboré | 0 | 1 texte disponible | Ministère de la Santé (SG) |
| | | | % de partenariats attendus réalisés | 0 | 100% des partenariats attendus réalisés | Ministère de la Santé (DGS) OBC |
| | | Favoriser la responsabilisation des communautés par la promotion des groupements de jeunes, de femmes, de communautés de quartiers et de village y compris associations de malades | % de DS possédant des associations de jeunes | ND | 100% de DS possèdent des associations de jeunes | Ministère de la Santé (DGS) DRS DS |
| | | | % de DS possédant des associations de femmes | ND | 100% de DS possèdent des | Ministère de la Santé (DGS) |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|----|---|---|
| | | | | | associations de femmes | DRS DS |
| | | | % de DS possédant des communautés de quartiers | ND | 100% de DS possèdent des communautés de quartiers | Ministère de la Santé (DGS) DRS DS |
| | | | % de DS possédant des communautés de village | ND | 100% de DS possèdent des communautés de village | Ministère de la Santé (DGS) DRS DS |
| | | | % de DS possédant des associations de malades | ND | 100% de DS possèdent des associations de malades | Ministère de la Santé (DGS) DRS DS |
| | | Développer les interventions communautaires (sensibilisation, surveillance de la maladie, prévention) | Rapports d'activité des OBC | 0 | 100% des rapports d'activité des OBC disponibles | Ministère de la Santé (SG, DGS) DRS, DS |
| | | Mettre en place un mécanisme spécifique de contrôle, suivi et évaluation des stratégies, approches, méthodes et activités de santé communautaire | Directive élaborée | 0 | Directive émise | Ministère de la Santé (SG, DGS) DRS, DS |
| | | | Rapports de suivi des activités des OBC | 0 | 100% des rapports de suivi des activités des OBC disponibles | Ministère de la Santé (SG, DGS) DRS, DS |
| | | | Rapports d'évaluation des activités des OBC | 0 | 100% des rapports d'évaluation des activités des OBC disponibles | Ministère de la Santé (SG, DGS) DRS, DS |
| | | Mettre en place un réseau communautaire pour la santé | Document cadre du réseau élaboré | 0 | 1 Document cadre de réseau communautaire pour la santé disponible | Ministère de la Santé (DGS) |
| | | Organiser la pratique de la médecine traditionnelle (identifier les prestataires, les champs d'intervention, formaliser la référence et la contre-référence) | Liste des prestataires précisant la spécialité | 0 | 1 liste des prestataires précisant la spécialité disponible | Ministère de la Santé (DGS) DRS, DDS Association des tradithérapeutes |
| | | | Directive élaborée | 0 | Directive émise | Ministère de la Santé (DGS) |

Chapitre 9 : Suivi et Evaluation

9.1. Mécanisme de suivi et évaluation

9.1.1. Dispositif institutionnel

Le PNDS 2017-2021 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 s'appuieront sur les services et organes institutionnels du Ministère.

Au niveau central, il sera créé par Arrêté du Ministre de la Santé une Cellule de Coordination, un Comité de Suivi et un Comité de Pilotage. Le Comité de Pilotage sera présidé par le Ministre de la Santé, et inclura les partenaires au développement. *La Cellule de Coordination* sera une structure légère rattachée au Secrétariat Général. 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 retenues dans les plans opérationnels du PNDS et sera l'interlocuteur des bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux. 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 un organe rattaché à la Direction Générale de la Santé, il aura pour membres les experts de la Cellule de Coordination, les directeurs généraux et directeurs d'établissement sous tutelle. Il aura pour mandat d'assurer l'exécution correcte des différents volets du PNDS. Chaque direction générale ou direction d'établissement sous tutelle sera responsable de la gestion des domaines relevant directement de ses compétences. Le Comité de Suivi organisera des réunions trimestrielles et dressera un rapport semestriel de suivi, sur la base des rapports trimestriels des régions sanitaires, des directions générales et des directions des établissements sous tutelle du Ministère de la santé. Ce rapport sera transmis à la Cellule de Coordination.

Il sera organisé chaque année une réunion de coordination des plans opérationnels de l'année suivante. Il sera également organisé une réunion annuelle de coordination de l'aide des bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux et des partenaires privés régionaux ou départementaux.

Au niveau régional, le suivi de la mise en œuvre du PNDS sera assuré par le Comité de Développement de la Région, sous l'autorité du Gouverneur. La coordination technique sera assurée par l'Equipe Cadre de la Région sous la supervision du Directeur Régional de la Santé (DRS). Le DRS veillera à l'élaboration des plans opérationnels annuels tant au niveau de la Direction régionale qu'au niveau du Centre Hospitalier Régional et des départements sanitaires. Il assurera la coordination de leur mise en œuvre. Il élaborera un rapport trimestriel d'activité et le transmettra au Comité de Développement de la Région, avec copie au Comité de Suivi et ampliation au Secrétariat Général.

Au niveau du département sanitaire, le suivi de la mise en œuvre du PNDS sera assuré par le Comité de Développement du Département, sous l'autorité du Préfet. La coordination technique sera assurée par l'Equipe Cadre du Département sous la supervision du Directeur Départemental (Médecin chef de Département). Le Directeur Départemental veillera à l'élaboration d'un plan opérationnel annuel du département. Ce plan devra être élaboré au moins six mois avant la fin de l'année, en vue de sa soumission aux conférences budgétaires du Ministère des finances. Le Directeur Départemental élaborera un rapport mensuel qui sera adressé au DRS.

9.1.2. Indicateurs de suivi-évaluation

La mesure des succès obtenus sera faite sur la base des indicateurs définis par niveau. Ces indicateurs (de processus, de résultat ou d'impact) seront définis par objectifs et domaines d'interventions du PNDS et inclus dans le cadre logique.

9.1.3. Revues

Les revues annuelles du PNDS 2017-2021 se feront au quatrième trimestre et coïncideront avec la réunion du Comité de Suivi impliquant l'ensemble des acteurs de la mise en œuvre par niveau. Ces revues seront destinées à faire le point sur l'état de mise en œuvre des activités, procéder à la capitalisation des expériences et à la finalisation des plans de financement des plans opérationnels de l'année suivante.

L'évaluation à mi-parcours se fera en interne avec la contribution des compétences nationales et l'assistance des partenaires bi et multi latéraux. Une équipe sera constituée à cet effet. L'objectif général sera de vérifier l'adéquation entre les objectifs spécifiques poursuivis et les résultats attendus. A cette fin, l'évaluation à mi-parcours :

- fera le point sur l'état de mise en œuvre des activités ;
- mesurera le niveau de réalisation obtenu ;
- appréciera les stratégies de mise en œuvre, l'efficacité et l'efficience des interventions ;
- fera le rapport d'adéquation entre les intrants disponibles et les résultats obtenus ;
- identifiera les points forts et les points faibles de la mise en œuvre ;
- formulera des recommandations pour la période restante de mise en œuvre du PNDS.

L'évaluation finale interviendra au dernier trimestre de la 5^{ème} année de mise en œuvre du Plan et sera exécutée de préférence par des évaluateurs externes, en vue de :

- faire le point sur la mise en œuvre du PNDS 2017-2021 ;
- évaluer le niveau d'atteinte des objectifs ;
- apprécier la pérennité et la durabilité des acquis ;
- faire, s'il y a lieu, des propositions pour la pérennisation des acquis ;
- formuler des recommandations pour l'élaboration du prochain PNDS.

9.2. Budget estimatif du suivi et évaluation

Le coût total des activités de suivi et évaluation du PNDS 2017-2021 est de **7 040 500 000 FCFA**.

Tableau 11 : Budget du Suivi-Evaluation du PNDS 2017-2021

| Interventions | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Total (FCFA) |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Elaborer les textes règlementaires relatifs à la création et au fonctionnement du Comité de Pilotage, de la Cellule de Coordination et du Comité de Suivi | 2 000 000 | | | | | 2 000 000 |
| Elaborer, valider et diffuser les outils de collecte et de suivi évaluation des interventions du PNDS | 50 000 000 | 20 000 000 | 20 000 000 | 20 000 000 | 20 000 000 | 130 000 000 |
| Organiser des réunions semestrielles du Comité de Pilotage | 30 000 000 | 30 000 000 | 30 000 000 | 30 000 000 | 30 000 000 | 150 000 000 |
| Assurer le fonctionnement de la Cellule de Coordination | 30 000 000 | 30 000 000 | 30 000 000 | 30 000 000 | 30 000 000 | 150 000 000 |
| Organiser une réunion annuelle de coordination de l'aide des bailleurs | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 50 000 000 |
| Elaborer et diffuser un rapport annuel de mobilisation des ressources | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 50 000 000 |
| Elaborer et diffuser le rapport annuel de réalisation des interventions | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 | 50 000 000 |
| Assurer le fonctionnement du Comité de Suivi y compris les supervisions | 195 200 000 | 195 200 000 | 195 200 000 | 195 200 000 | 195 200 000 | 976 000 000 |
| Organiser les réunions trimestrielles du Comité de Suivi | 62 000 000 | 62 000 000 | 62 000 000 | 62 000 000 | 62 000 000 | 310 000 000 |
| Organiser les réunions annuelles de coordination des plans opérationnels | 7 900 000 | 57 900 000 | 57 900 000 | 57 900 000 | 57 900 000 | 289 500 000 |
| Elaborer les rapports semestriels de suivi sur la base des rapports trimestrielle des régions sanitaires | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | 15 000 000 | 75 000 000 |
| Elaborer et transmettre les rapports régionaux trimestriels d'activités au Comité de Suivi | 120 000 000 | 120 000 000 | 120 000 000 | 120 000 000 | 120 000 000 | 600 000 000 |
| Elaborer et transmettre les rapports départementaux mensuels d'activités aux Directeurs Régionaux de Santé | 108 000 000 | 108 000 000 | 108 000 000 | 108 000 000 | 108 000 000 | 540 000 000 |
| Doter la cellule de coordination de véhicules de supervision | 140 000 000 | | | | | 140 000 000 |
| Doter le Comité de Suivi de véhicules de supervision | 300 000 000 | 160 000 000 | | | | 460 000 000 |
| Doter et équiper la Cellule de Coordination de bureaux y compris le matériel informatique et de communication | 50 000 000 | | | | | 50 000 000 |
| Doter et équiper le Comité de Suivi de bureaux y compris le matériel informatique et de communication | 150 000 000 | | | | | 150 000 000 |
| Mesurer l'atteinte des objectifs | 150 000 000 | 150 000 000 | 800 000 000 | 250 000 000 | 800 000 000 | 2 150 000 000 |
| <i>Réaliser une enquête sur la prévalence de l'hypertension artérielle</i> | | | 100 000 000 | 100 000 000 | 100 000 000 | 300 000 000 |
| <i>Réaliser une enquête sur la prévalence les maladies respiratoires chroniques</i> | | | 100 000 000 | | 100 000 000 | 200 000 000 |
| <i>Réaliser une enquête sur la prévalence des cancers</i> | | | 150 000 000 | | 150 000 000 | 300 000 000 |
| <i>Réaliser une enquête sur la prévalence des surcharges pondérales chez les plus de 15ans</i> | | | 100 000 000 | | 100 000 000 | 200 000 000 |
| <i>Faire une enquête sur la prévalence des handicaps</i> | | | 100 000 000 | | 100 000 000 | 200 000 000 |
| <i>Faire une enquête sur la prévalence de la drépanocytose</i> | | | 100 000 000 | | 100 000 000 | 200 000 000 |
| <i>Evaluer les dépenses de santé relatives à la mise en œuvre des interventions</i> | 150 000 000 | 150 000 000 | 150 000 000 | 150 000 000 | 150 000 000 | 750 000 000 |
| Revue (évaluation) annuelle du PNDS | 100 000 000 | 100 000 000 | 100 000 000 | 100 000 000 | 100 000 000 | 500 000 000 |
| Revue (évaluation) à mi-parcours du PNDS | | | 150 000 000 | | | 150 000 000 |
| Revue (évaluation) finale du PNDS | | | | | 200 000 000 | 200 000 000 |
| TOTAL | 1 658 100 000 | 1 178 100 000 | 1 818 100 000 | 1 118 100 000 | 1 868 100 000 | 7 040 500 000 |

Conclusion

Le PNDS 2017-2021 est le résultat d'un travail minutieux basé sur l'expertise et l'expérience avérée des principaux acteurs nationaux du système de santé. C'est l'aboutissement d'un long processus participatif qui a bénéficié de l'appui constant des Partenaires Techniques et Financiers, au premier rang desquels l'Organisation Mondiale de la Santé. L'objectif général du PNDS 2017-2021 est d'améliorer l'état de santé et le bien-être des populations, notamment des plus démunies. Les objectifs d'impact, de même que les interventions liées, découlent des problèmes prioritaires nationaux et sont en cohérence avec les cibles de l'Objectif de Développement Durable (ODD) 3.

Le coût du PNDS 2017-2021 est estimé à 443 785 161 790 FCFA sur 5 ans, dont 250 845 000 000 FCFA en investissement et 192 940 161 790 FCFA en fonctionnement, représentant un coût annuel moyen de 88,75 milliards de francs CFA (38,55 milliards en fonctionnement et 50,2 milliards en investissement). Ce montant équivaut à 152 millions de dollars US par an (66 millions de dollars US en fonctionnement et 86 millions de dollars US en investissement). Les coûts de fonctionnement représentent 43,5% contre 56,5% pour l'investissement.

Plus de la moitié du budget global (64%) est consacré au département sanitaire, conformément aux recommandations de l'atelier de restitution des résultats de l'évaluation finale du PNDS 2011-2015. La part dévolue aux activités de promotion et de prévention (23% du budget de fonctionnement) est multipliée par quatre, comparée à ce qu'elle représentait dans les dépenses de santé en 2014 ; ceci, conformément aux recommandations des ateliers de restitution des Comptes Nationaux de la Santé et des résultats de l'évaluation finale du PNDS 2011-2015. Le budget relatif à la promotion de la santé à toutes les étapes de la vie représente 32,5% des dépenses de fonctionnement, celui de la lutte contre les maladies infectieuses et parasitaires 24,8%, et celui consacré à l'intensification de la lutte contre les maladies non transmissibles 22,1%. Enfin, le coût du suivi-évaluation du PNDS 2017-2021 est de 7 040 500 000 FCFA, soit environ 1,6% du budget global.

Le coût total du PNDS 2017-2021 prend en compte le contexte économique national et international, ce qui le rend réaliste et réalisable. Une mise en œuvre d'au moins 80%, sous-tendue par un engagement et une volonté politique sans faille, est la garantie d'une amélioration substantielle des indicateurs de santé du pays à l'horizon 2021.

ANNEXES