



Organisation  
mondiale de la Santé

**STRATEGIE DE COOPERATION  
DE L'OMS AVEC LE GABON  
2016 -2021**



# SOMMAIRE

<b>Table des matières</b>	
<b>Abréviations</b>	3
<b>Résumé d'orientation</b>	5
<b>Chapitre 1 - Introduction</b>	7
<b>Chapitre 2 - Situation en matière de santé et de développement</b>	9
2.1. Situation politique, sociale et macroéconomique	9
2.2. Situation sanitaire	9
2.3. Réponses apportées par le système de santé	12
2.4. Questions transversales (équité, genre, droits de l'homme)	15
2.5. Environnement des partenaires au développement	15
2.6. Revue de la coopération au cours de la dernière SCP	21
<b>Chapitre 3 : Programme stratégique de la coopération OMS-Gabon</b>	26
3.1. Axes stratégiques prioritaires de la SCP OMS-Gabon 2016-2021	26
3.2. Les domaines d'actions	27
<b>Chapitre 4 - Mise en œuvre du programme stratégique : incidences pour le Secrétariat</b>	32
4.1. Incidences pour le bureau pays de l'OMS	32
4.2. Incidences pour l'équipe interpays	32
4.3. Incidences pour le Bureau régional	33
4.4. Incidences pour le Siège de l'OMS	33
<b>Chapitre 5 : Suivi et évaluation de la SCP</b>	34
<b>Annexes</b>	35

## ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

<b>AFD</b>	:	Agence française de développement
<b>ALD</b>	:	Affection de longue durée
<b>ASEB</b>	:	Analyse de la situation et estimation des besoins
<b>AVP</b>	:	Accident de la voie publique
<b>BAD</b>	:	Banque africaine de Développement
<b>BM</b>	:	Banque mondiale
<b>CCIA</b>	:	Comité de coordination inter agences
<b>CCM</b>	:	Comité de coordination multisectoriel
<b>CEEAC</b>	:	Communauté économique des États de l'Afrique centrale
<b>CEMAC</b>	:	Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale
<b>CERMEL</b>	:	Centre de recherche médicale de Lambaréné
<b>CIRMF</b>	:	Centre international de recherches médicales de Franceville
<b>CS</b>	:	Comptes de la santé
<b>CNAMGS</b>	:	Caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale
<b>CNSS</b>	:	Caisse nationale de sécurité sociale
<b>COSP</b>	:	Cellule d'observation en santé publique
<b>CSU</b>	:	Couverture sanitaire universelle
<b>CTISE</b>	:	Comité technique interministériel Santé et Environnement
<b>DCS</b>	:	Dépenses courantes de santé
<b>DGS</b>	:	Direction générale de la Santé
<b>DS</b>	:	Départements sanitaires
<b>DTS</b>	:	Dépenses totales de santé
<b>EAIP/AC</b>	:	Équipe d'appui interpays pour l'Afrique centrale
<b>EDSG</b>	:	Enquête démographique et de santé, Gabon
<b>FAO</b>	:	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
<b>FFOM</b>	:	Forces, faiblesses, opportunités, menaces
<b>FM</b>	:	Fonds mondial
<b>GATPA</b>	:	Gestion active de la troisième phase de l'accouchement
<b>GEF</b>	:	Gabonais économiquement faible
<b>GFATM</b>	:	Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme
<b>GHA</b>	:	Global Health Agenda (Programme de Santé mondial)
<b>HHA</b>	:	Harmonisation pour la Santé en Afrique
<b>IST</b>	:	Infection sexuellement transmissible
<b>JICA</b>	:	Agence japonaise de coopération internationale
<b>LNSP</b>	:	Laboratoire national de santé publique
<b>MIILDE</b>	:	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
<b>MNT</b>	:	Maladies non transmissibles
<b>MSPS</b>	:	Ministère de la Santé et de la prévoyance sociale
<b>MTN</b>	:	Maladies tropicales négligées

<b>MVE</b>	:	Maladie à virus Ebola (anciennement Fièvre hémorragique virale Ebola)
<b>NV</b>	:	Naissances vivantes
<b>OCEAC</b>	:	Organisation de coordination de la lutte contre les endémies en Afrique centrale
<b>ODD</b>	:	Objectifs de développement durable
<b>OIT</b>	:	Organisation internationale du travail
<b>OMD</b>	:	Objectifs du Millénaire pour le développement
<b>OMS</b>	:	Organisation mondiale de la Santé
<b>ONUSIDA</b>	:	Programme commun des Nations Unies pour le VIH/sida
<b>OPN</b>	:	Office pharmaceutique national
<b>PCIME</b>	:	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance
<b>PDRH</b>	:	Plan de développement des ressources humaines
<b>PEV</b>	:	Programme élargi de vaccination
<b>PIB</b>	:	Produit intérieur brut
<b>PMT</b>	:	Programme Management Team
<b>PNDS</b>	:	Plan national de développement sanitaire
<b>PNS</b>	:	Politique nationale de santé
<b>PNUD</b>	:	Programme des Nations Unies pour le développement
<b>PoA</b>	:	Plan d'action
<b>PPAC</b>	:	Plan pluriannuel complet
<b>PPN</b>	:	Politique pharmaceutique nationale
<b>PSGE</b>	:	Plan stratégique Gabon émergent
<b>PTME</b>	:	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida
<b>RS</b>	:	Région sanitaire
<b>RSI</b>	:	Règlement sanitaire international
<b>SCP</b>	:	Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays
<b>SIDA</b>	:	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>SMI</b>	:	Santé maternelle et infantile
<b>SMT</b>	:	Senior Management Team
<b>SNU</b>	:	Système des Nations Unies
<b>STEPS</b>	:	Séquence de tâches essentielles pour conduire une enquête
<b>TB</b>	:	Tuberculose
<b>TETU</b>	:	Tri- évaluation-traitement- d'urgence
<b>AIEA</b>	:	Agence internationale de l'énergie atomique
<b>UNCT</b>	:	Équipe pays des Nations Unies
<b>UNDAF</b>	:	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
<b>UNESCO</b>	:	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
<b>UNFPA</b>	:	Fonds des Nations Unies pour la population
<b>UNHCR</b>	:	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
<b>UNICEF</b>	:	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
<b>UNOCA</b>	:	Bureau des Nations Unies pour l'Afrique centrale
<b>VIH</b>	:	Virus de l'immunodéficience humaine

La situation sanitaire nationale reste marquée par les faibles performances du système de santé. En effet, si des améliorations ont été enregistrées dans la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, celles-ci demeurent faibles au regard des objectifs du Plan national de développement sanitaire (PNDS) et des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). De même, le pays fait face à un double fardeau épidémiologique marqué par la persistance des maladies infectieuses, notamment le paludisme, le VIH/sida, la tuberculose, les maladies évitables par la vaccination et les maladies tropicales négligées, et l'augmentation exponentielle des maladies non transmissibles. Les flambées épidémiques et autres urgences et catastrophes constituent une menace constante.

Au niveau du partenariat, le pays s'est engagé dans le processus « Unis dans l'action » du système des Nations Unies. De même, des instruments de coordination des interventions des partenaires au développement ont été mis en place dans le cadre de la Déclaration de Paris et du mécanisme Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA).

L'élaboration de cette nouvelle stratégie de coopération de l'OMS avec les pays (SCP), en l'occurrence le Gabon, intervient dans le contexte particulier du programme sanitaire national et international. Sur le plan national, l'année 2015 marque l'arrivée à échéance du PNDS 2011-2015 et l'élaboration d'un nouveau PNDS (2017-2021). Sur le plan international, cette année coïncide avec l'arrivée à leur terme des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et l'adoption des objectifs de développement durable (ODD).

Pour répondre aux défis sanitaires du pays, le dialogue national avec tous les acteurs de la santé, organisé lors du processus d'élaboration de la nouvelle stratégie de coopération, a permis de retenir les cinq axes stratégiques prioritaires suivants :

- Progresser vers la couverture sanitaire universelle ;
- Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie ;
- Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles (infectieuses et parasitaires) ;
- Intensifier la lutte contre les maladies non transmissibles et améliorer la santé mentale ;
- Soutenir la préparation, la surveillance et la riposte aux flambées épidémiques et autres urgences de santé publique et catastrophes, y compris l'application des dispositions du Règlement sanitaire international.

La mise en œuvre de la stratégie de coopération nécessitera la mobilisation de ressources humaines, matérielles, financières et l'appui institutionnel, stratégique et technique aussi bien de l'OMS à tous les échelons que du ministère de la Santé et de l'ensemble du Gouvernement gabonais.

La troisième génération de la Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) concrétise le programme majeur de réforme adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé pour renforcer la capacité de l'OMS et faire en sorte que ses prestations répondent mieux aux besoins du pays. Elle reflète le douzième programme général de travail de l'OMS au niveau du pays, vise à assurer une pertinence accrue de la coopération technique de l'OMS avec les États Membres et met l'accent sur l'identification des priorités et des mesures d'efficience dans l'exécution du budget programme de l'OMS. Cette génération de SCP tient compte du rôle des différents partenaires, y compris les acteurs non étatiques, dans la fourniture d'un appui aux gouvernements et aux communautés.

La troisième génération des SCP s'inspire des leçons tirées de la mise en œuvre des SCP de première et de deuxième génération, de la stratégie en faveur des pays (politiques, plans, stratégies et priorités) et du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD). Les SCP sont également en adéquation avec le contexte sanitaire mondial et l'orientation vers la couverture sanitaire universelle, car elles intègrent les principes de l'alignement, de l'harmonisation et de l'efficacité formulés dans les déclarations de Rome (2003), de Paris (2005), d'Accra (2008) et de Busan (2011) sur l'efficacité de l'aide. La troisième génération des SCP prend également en considération les principes qui sous-tendent le mécanisme «Harmonisation pour la Santé en Afrique» (HHA) et les Partenariats internationaux pour la santé et initiatives apparentées (IHP+), reflétant ainsi la politique de décentralisation et renforçant la capacité de prise de décision des gouvernements afin d'améliorer la qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Élaboré dans le cadre d'un processus de consultation avec les principaux intervenants dans le domaine de la santé au niveau du pays, le document de SCP met en exergue les résultats attendus du Secrétariat de l'OMS. En droite ligne de la stratégie qui place un accent renouvelé sur les pays, la SCP doit servir de plateforme pour communiquer l'action de l'OMS dans le pays ; formuler le plan de travail de l'OMS en faveur du pays ; entreprendre le plaidoyer, mobiliser des ressources et assurer la coordination de l'action avec les partenaires ; et façonner le volet santé du PNUAD et des autres plateformes de partenariat pour la santé dans le pays.

Je salue le rôle moteur efficace et effectif joué par le gouvernement dans la conduite de cet exercice important d'élaboration de la SCP. Je demande également à tous les membres du personnel de l'OMS, et particulièrement au Représentant de l'OMS, de redoubler d'efforts pour assurer une mise en œuvre efficace des orientations programmatiques fournies dans le présent document, en vue d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires susceptibles de contribuer à la santé et au développement en Afrique.

Dr Matshidiso MOETI

Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

Au cours de la dernière décennie, la santé a occupé une place de plus en plus prépondérante sur la scène politique internationale, qui s'est traduite par l'émergence d'un certain nombre d'initiatives et d'accords internationaux. Les dépenses nationales et internationales ont augmenté dans les secteurs de la santé et du développement et de nombreux succès ont été notés. Mais il reste encore d'importants défis. Les objectifs en matière de santé des OMD n'ont pas été atteints dans de nombreux pays.

Pour prendre en compte ces défis, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté en septembre 2015 les objectifs de développement durable dont l'objectif 3, « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », concerne directement le secteur de la santé.

Dans ce même contexte d'inégalité croissante d'accès aux soins aggravé par la crise, l'OMS a adopté le 12<sup>ème</sup> Programme général de travail 2014-2019 dont les six priorités programmatiques stratégiques permettent de répondre aux différents défis sanitaires mondiaux, à savoir :

- Progresser plus vite sur la voie des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé jusqu'en 2015 et au-delà, en y intégrant l'éradication de la poliomyélite et la lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN) ;
- Progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle ;
- S'attaquer au problème des maladies non transmissibles et de la santé mentale ;
- Appliquer les dispositions du Règlement sanitaire international (2005) ;
- Élargir l'accès aux produits médicaux essentiels, de grande qualité et financièrement abordables (médicaments, vaccins, moyens de diagnostic et autres technologies sanitaires) ;
- Agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé pour réduire les inégalités en santé dans les pays et entre pays.

Ces priorités programmatiques constituent la trame du programme mondial d'action de l'OMS qui oriente le travail de l'ensemble de l'Organisation et sert de socle à l'élaboration de la stratégie de coopération pays.

Dans la Région africaine de l'OMS, le programme de transformation 2015-2020, adopté cette année, se fixe comme objectif de faire évoluer l'Organisation dans la Région pour qu'elle devienne le véritable chef de file du développement sanitaire en Afrique et qu'elle se pose en gardienne fiable et efficace des avancées obtenues par l'Afrique en matière de santé. Ce programme repose sur les quatre axes stratégiques prioritaires suivants :

- Des valeurs prônant la production de résultats ;
- Une orientation technique intelligente ;
- Des opérations stratégiques répondants aux attentes ;
- Une communication et des partenariats efficaces.



Les résultats attendus de l'axe stratégique sur l'orientation technique intelligente du programme de transformation constitueront la trame de fond de la définition du programme de stratégie de coopération avec le pays.

Sur le plan national, l'élaboration de la nouvelle stratégie de coopération intervient dans un contexte marqué par la fin du PNDS 2011-2015 qui coïncide avec la fin des objectifs du Millénaire pour le développement pour lesquels aucun objectif lié à la santé ne sera atteint et, d'autre part, par l'élaboration du nouveau PNDS 2017-2021 qui coïncide avec l'adoption des objectifs de développement durable (ODD). Dans le même temps, le pays s'est engagé dans un processus « Unis dans l'action » du système des Nations Unies qui va aboutir à l'élaboration du PNUAD 2017-2021.

Le contexte sanitaire national reste marqué par la faible réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, la persistance des maladies infectieuses, l'augmentation exponentielle des maladies non transmissibles, la menace persistante des flambées épidémiques et autres urgences et catastrophes, et les faibles performances du système de santé.

L'élaboration de la nouvelle stratégie de coopération avec le pays (SCP) intervient dans un contexte international et national en mutation. Elle constitue une opportunité en tant qu'instrument clé permettant à l'OMS d'orienter ses activités dans le pays, en appui aux politiques, stratégies et plans sanitaires nationaux. Elle définit un programme d'actions stratégiques qui repose et s'aligne étroitement sur les priorités nationales de santé pour lesquelles la collaboration de l'OMS est requise, en tenant compte de ses fonctions essentielles et de ses avantages comparatifs.

Elle s'appuie sur les principes et les valeurs inscrits dans le préambule de la constitution de l'OMS, notamment les droits de l'homme en matière de santé, équité, justice sociale et égalité des sexes.

Le processus d'élaboration de la SCP a été conduit par une équipe multidisciplinaire composée des représentants du ministère de la Santé et des partenaires au développement et a consulté tous les acteurs clés de la santé dans le pays, y compris les acteurs non étatiques, les établissements de formation et les centres de recherche.

### 2.1. Situation politique, sociale et macro-économique

Le Gabon a une superficie de 267 667 km<sup>2</sup>. Il est limité au Nord-Ouest par la Guinée équatoriale, au Nord par le Cameroun, à l'Est et au Sud par la République du Congo et à l'Ouest par l'Océan Atlantique. Selon le recensement général de la population de 2013, le Gabon compte 1811079 habitants, . Près de 84 % de la population vit en zone urbaine, dont la moitié est concentrée à Libreville et Port Gentil. La population rurale (16 %) vit le long des axes routiers et fluviaux. Selon l'EDSG 2012, l'espérance de vie à la naissance est de 66 ans pour les femmes et 61,2 ans pour les hommes. Le taux de mortalité des adultes (15-60 ans) était de 285 ‰ chez les hommes et de 273 ‰ chez les femmes en 2012. Le taux d'alphabétisation était de 88,4 % et le taux de scolarisation de 96,4 % en 2012. Le taux d'utilisation des infrastructures d'assainissement améliorées était de 37,8 % en 2012 et la proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée était de 89 % pour la même année (EDSG 2012). En 2014, le PNUD classait le Gabon au 110ème rang sur 188 pays avec un IDH de 0,684 et un PIB de US \$16 977 par habitant en parité du pouvoir d'achat. Ainsi, il fait partie des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure à développement humain moyen. Cependant, près de 33 % de la population vit en-dessous du seuil national de pauvreté. Le pays compte 9 provinces, 52 départements, 27 districts, 152 cantons, 50 communes et 2423 villages (Circonscriptions administratives, Ministère de l'Intérieur, 2013). Le Gabon est membre de l'Union Africaine, de la Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale (CEMAC) et de la Communauté économique des États de l'Afrique centrale (CEEAC).

### 2.2. Situation sanitaire

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 connu des baisses importantes, qui n'ont cependant pas permis d'atteindre les OMD 4 et 5 à l'échéance 2015. Le ratio de mortalité maternelle est de 271 décès pour 100 000 naissances vivantes (NV), sachant que l'objectif visé en 2015 est de 129 décès pour 100 000 NV. Cependant le pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié est de 90 % et la couverture en CPN4 est de 78 %. Ces chiffres de couverture importants sont en contradiction avec le niveau élevé de mortalité maternelle et peuvent s'expliquer par la faible qualité des prestations offertes lors de ces interventions.

Le taux de mortalité infanto-juvénile est de 65 décès pour 1000 NV, le taux de mortalité infantile est de 43 pour 1000 NV et le taux de mortalité néonatale est de 26 décès pour 1000 NV. La couverture vaccinale complète est de 34 % et la couverture anti-rougeoleuse de 74,3 % durant la même période. Malgré des appuis importants, l'augmentation de la couverture vaccinale complète a été insuffisante, passant de 26 % à 34 % (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). La faible opérationnalisation des départements sanitaires constitue un obstacle

majeur à la mise en œuvre des interventions essentielles de santé dont celles liées à la vaccination. Concernant l'éradication de la poliomyélite, aucun cas n'a été découvert depuis 2011. Le taux de PFA non poliomyélique a été amélioré, passant de 0,75 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans à 4,9 à fin 2014, pour un objectif fixé à 3 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, ce qui correspond à une amélioration de 85 % du taux de détection des PFA. 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.

**Tableau 1 : Les principaux indicateurs de couverture des soins**

Indicateurs	valeurs	Sources de données
Taux de couverture vaccinale complète	32%	EDSG 2012
Taux de couverture vaccinale anti-rougeoleuse chez les enfants de moins d'un an	74.3%	EDSG 2012
Taux de couverture vaccinale PENTA 3	70%	PEV 2014
Naissances assistées par du personnel de santé qualifié	90%	EDSG 2012
Couverture par les soins prénatals (%) au moins 4 visites	78%	EDSG 2012
Prévalence de la contraception (%)	24%	EDSG 2012
Poids insuffisant à la naissance	14%	EDSG 2012
Enfants de moins de cinq ans présentant un déficit pondéral (%)	8%	EDSG 2012
Besoins insatisfaits en matière de planification familiale	27%	EDSG 2012

Concernant les maladies transmissibles (infectieuses et parasitaires), le Gabon demeure dans un contexte d'épidémie généralisée pour ce qui est du VIH, avec une prévalence de 4,1 % (EDSG 2012). On note une augmentation exponentielle des cas de tuberculose avec une prévalence de 563 pour

100, 000 habitants, y compris des cas de tuberculose multirésistante. Le paludisme reste la première cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans en raison de la faible mise en œuvre des mesures de lutte (taux d'utilisation des MIILDE : 27 % ; proportion des femmes enceintes ayant reçu le TPI2 : 12 %). Le taux d'incidence du paludisme, estimé à 97,5 pour 1000 habitants est également encore élevé. Cette faible performance s'explique par la baisse des investissements dans les soins préventifs d'une manière générale et, principalement, dans la lutte contre le paludisme.

Entre 2010 et 2013, la prévalence de la trypanosomiase humaine africaine est passée de 8,3 % à 4,0 % (Rapport d'activités PLMP, 2013), celui de la lèpre de 0,2 à 0,16 pour 10 000 habitants en 2012 (Rapport d'activités PLMI, 2013). Le pourcentage des cas d'ulcère de Buruli confirmés par PCR a évolué de 27,1 % en 2011 à 39 % en 2013 (Rapport d'activités PLMI, 2013). Les capacités de gestion des programmes, la cartographie, le renforcement du système de surveillance, le dépistage et le traitement précoce ont été améliorés pour les maladies tropicales négligées.

Les maladies non transmissibles (MNT) constituent une source de préoccupation croissante pour les autorités sanitaires, compte tenu de l'augmentation de la durée de vie, de l'urbanisation croissante, et de l'adoption d'un mode de vie sédentaire multipliant les facteurs de risques.

Selon les résultats de la revue à mi-parcours du PNDS 2011-2015, la mortalité imputable aux maladies non transmissibles (716 pour 100 000 habitants) est devenue supérieure à celle attribuée aux maladies transmissibles (615 pour 100 000 habitants). Bien que les maladies cardiovasculaires, le diabète et les cancers soient devenus des motifs fréquents de consultation dans les structures hospitalières, leurs prévalences ne sont pas documentées, ce qui justifie l'urgence de réaliser une enquête STEPS pour disposer de données de base sur les MNT. Cela étant, d'après la Fédération internationale du diabète (FID), la prévalence du diabète au Gabon était de 9,8 % en 2013 ; selon le Rapport de la Journée nationale des maladies cardiovasculaires, celle de l'hypertension artérielle était de 5 % en 2012 ; et selon les statistiques sanitaires mondiales de l'OMS, un sujet sur cinq était obèse en 2013. La prévalence de l'inactivité physique est de 15,3 % et celle de la consommation insuffisante de fruits et légumes de 70,6 %. Enfin, une proportion non négligeable de la population gabonaise serait exposée au tabagisme et à la consommation nocive d'alcool.

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. Le fardeau grandissant lié aux MNT constitue un défi supplémentaire pour le système de santé. 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 des MNT à l'exception de la santé mentale. La lutte contre les maladies non transmissibles est assurée par plusieurs programmes peu fonctionnels et ne disposant pas de cadre juridique. Il s'avère donc important de réorganiser et d'intensifier la lutte contre les MNT. S'agissant de la santé mentale et de la lutte contre les addictions, le pays dispose d'une politique et d'un plan stratégique de santé mentale, faiblement mis en œuvre. Le Gabon a ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et le protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. Une loi antitabac a été promulguée en septembre 2013.

Les performances des programmes de lutte contre la maladie restent faibles. Plusieurs facteurs expliquent cela : l'insuffisance des ressources humaines, l'insuffisance de financement et la priorisation des activités curatives au détriment des activités de prévention, ainsi que la faible opérationnalisation des départements et régions sanitaires.

Le pays a également enregistré quatre épidémies de maladie à virus Ebola localisées dans une seule région sanitaire entre 1994 et 2002, et deux épidémies de chikungunya depuis 2007. Des épidémies de rougeole surviennent de temps en temps dans certaines régions sanitaires. Concernant les autres urgences et catastrophes, vents violents et inondations localisées ont parfois été enregistrés au moment des grandes saisons de pluies. Un plan de contingence national de lutte contre les urgences et les catastrophes a été adopté par le Gouvernement

en 2012. Un comité national de lutte contre les catastrophes a été créé, dont le ministère de la Santé est membre.

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 de la Santé, ainsi que la direction de la médecine vétérinaire et les directions d'autres départements ministériels. Trois points d'entrées, pour développer les capacités, ont été désignés (3 aéroports, 6 ports et 19 postes frontières terrestres). Un plan de gestion des risques spécifiques pour un aéroport a été élaboré. L'équipe technique chargée du suivi des recommandations a été mise en place. Plusieurs défis restent à relever. Le renforcement des capacités du personnel, l'acquisition des équipements pour les inspections, l'adoption des mesures sanitaires, l'établissement du contrôle du statut vaccinal des personnels impliqués dans le fonctionnement des points d'entrées constituent les principaux défis pour la mise en place effective des capacités requises au titre du RSI. 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.

Enfin, un plan national de préparation et de riposte a été élaboré et mis en œuvre en 2014 en prévision d'une épidémie d'Ebola ; un autre plan similaire vient d'être finalisé et transmis à AFRO pour la préparation à une nouvelle apparition d'un cas de poliovirus sauvage ou de virus dérivé du vaccin. Ce plan a été élaboré sur la base des nouveaux modes opératoires normalisés (MON).

La SIMR est mise en place dans le pays depuis plus d'une décennie. Un guide national a été élaboré en 2013 sur la base du guide générique d'AFRO. Dix-sept maladies sont mentionnées et font l'objet de notification et de déclaration obligatoire. La surveillance des décès maternels vient d'être intégrée à la liste. Le pays a également élaboré une feuille de route, en cours de mise en œuvre, pour la mise en place de l'approche une seule santé.

### **2.3. Réponse apportée par le 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. 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. Mais cette disposition n'est pas encore appliquée, et le fonctionnement du système continue à s'appuyer sur l'ancien découpage (10 régions et 52 départements sanitaires).

Sur le plan politique et stratégique, le pays a élaboré un Plan stratégique Gabon émergent (PSGE), avec une vision à l'horizon 2025 et des orientations stratégiques pour la période 2011-2016. Ce PSGE comprend un chapitre important sur la santé. En 2010, le Gouvernement a adopté la politique nationale de santé 2010-2020. En 2011, le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2015 a été adopté, articulé autour des six axes stratégiques qui constituent les piliers du système de santé et neuf objectifs spécifiques visant l'atteinte des OMD santé.

La gouvernance du secteur de la santé reste un des domaines négligés du système de santé. Le cadre institutionnel du ministère de la Santé présente des lacunes qui entravent son leadership de l'action sanitaire nationale. La collaboration intersectorielle n'étant pas formalisée, il en résulte que les actions synergiques et intégrées entre les différents secteurs de la santé (public civil et militaire, parapublic et privé) sont le plus souvent occasionnelles. En pratique, chaque secteur évolue pour son propre compte sans se soucier des liens de complémentarité édictés par les normes de la santé.

Un nouveau décret portant attributions et organisation du ministère de la Santé a été pris (décret n° 0326 du 28 février 2013), qui abroge 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. Ce texte présente l'inconvénient de renvoyer l'organisation des directions générales à des textes particuliers. Il faut donc que ceux-ci soient pris (ce n'est pas encore le cas) pour doter le ministère d'un cadre institutionnel opérationnel.

Les ressources humaines pour la santé sont estimées à environ 12 000 pour l'ensemble du pays, dont 9500 pour le secteur public. En termes de ratios, il y avait, dans le secteur public, environ quatre médecins, 50 infirmiers et quatre sages-femmes pour 10 000 habitants en 2011. Le pays s'est doté d'une politique nationale et d'un plan de développement des ressources humaines en santé. Cependant, la gestion des ressources humaines demeure problématique du fait de l'insuffisance et de la mauvaise répartition persistante des personnels de santé. La réforme administrative en cours a créé une direction centrale des ressources humaines, mais celle-ci est encore peu opérationnelle. Les procédures de recrutement des personnels restent longues et la disponibilité des postes budgétaires incertaine.

Sur le plan de l'offre de soins, malgré la construction, la remise en état et l'équipement des structures hospitalières (notamment de 3ème niveau), la plupart des interventions planifiées dans le PNDS n'ont pas pu être réalisées, notamment l'élaboration des algorithmes de prise en charge des pathologies les plus courantes et l'opérationnalisation des programmes nationaux de lutte contre les maladies. Les départements sanitaires ont bénéficié de très peu d'investissement. Les hôpitaux départementaux (centres médicaux), les centres de santé, les dispensaires et les cases de santé sont peu fonctionnels. Les départements sanitaires sont peu opérationnels et les soins de santé primaires sont négligés au profit de la médecine hospitalière.

En 2013, avec près de 70 milliards de francs CFA, le médicament constitue le deuxième poste des dépenses de santé au Gabon après les salaires, et le premier poste de dépenses des ménages avec environ 48 milliards de francs CFA, soit près de 70 %. Une politique pharmaceutique nationale a été élaborée et validée en 2010, ainsi que la liste nationale de médicaments et dispositifs médicaux essentiels mais a été insuffisamment mise en œuvre. Elle nécessite une révision en vue de son harmonisation avec la politique pharmaceutique commune adoptée par les États membres de la CEMAC en 2013. Sur le plan réglementaire, le cadre juridique de l'OPN a été réformé pour en faire une centrale d'achat, mais l'insuffisance des financements limite la mise en œuvre de cette réforme. Il en est de même de la création de l'agence du médicament dont le texte juridique n'a pas abouti, ce qui constitue un frein dans la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale. Il n'existe pas de politique d'assurance qualité et de contrôle qualité des médicaments. La prolifération de faux médicaments dans le pays constitue une préoccupation majeure de santé publique. La part du médicament générique reste modeste dans les officines et dans la liste des médicaments remboursables de la CNAMGS et des assurances privées du pays. Le système de gestion des approvisionnements et des stocks connaît de nombreux dysfonctionnements à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, ce qui a pour conséquence des ruptures fréquentes des stocks de médicaments, des réactifs et consommables dans l'ensemble des structures sanitaires publiques.

Le plateau technique d'analyses médicales, de chirurgie et d'imagerie médicale est insuffisant et inégalement réparti sur l'ensemble du territoire national, de même que l'offre des produits pour la transfusion sanguine.

Dans le domaine de la couverture sanitaire universelle (CSU), des avancées majeures ont été obtenues dans ses 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 65 % de la population (dont deux tiers de gabonais économiquement faibles), constitue un atout de premier plan. 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.

Sur le plan du financement de la santé, les dépenses totales de santé étaient estimées en 2014 à XAF 292 808 832 404 soit 3 % du PIB et XAF 151 064 per capita. Les dépenses courantes étaient estimées à XAF 227 658 319 556, contre XAF 65 145 512 847 pour la formation en capital. Les dépenses pour la santé représentaient 9 % des dépenses totales du Gouvernement, en-dessous des 15 % recommandés par les chefs d'États lors du sommet d'Abuja. Les dépenses des ménages représentaient 21,9 % des dépenses totales de santé (DTS) et 28,1 % des dépenses courantes de santé (DCS). Près de 85 % de ce budget est consacré aux soins curatifs, contre environ 6 % pour les soins préventifs. De même, seulement 11 % de ces dépenses sont consacrées au premier niveau de la pyramide sanitaire, expliquant ainsi en partie, les nombreux dysfonctionnements constatés au niveau des départements sanitaires.

L'institutionnalisation des comptes de la santé permet de disposer de données fiables sur le financement du secteur de la santé.

S'agissant du système national d'information sanitaire, celui-ci reste peu performant malgré certaines réalisations majeures telles que l'élaboration d'un plan d'action du SNIS, la création et l'opérationnalisation du site internet de la COSP, le renforcement des capacités des DRS et la formation des gestionnaires régionaux des données à l'utilisation de la base de données «Infosani».

Pour faire face aux défis de santé, le Gabon a souscrit à plusieurs déclarations : celle d'Alma Ata en 1978 sur les soins de santé primaires, du Millénaire sur la pauvreté en l'an 2000 à New York, d'Abuja (2000, 2005 et 2013) 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. Le constat général est une faible mise en œuvre de l'ensemble des engagements contenus dans ces déclarations.

## **2.4. Questions transversales**

L'équité dans la contribution des ménages a été une ligne directrice dans la mise en place de l'assurance maladie et dans toutes les politiques publiques en matière de santé. La protection des ménages les plus faibles a souvent été prise en compte. Des politiques de gratuité ont été mise en place pour l'accès au traitement des PVVIH, des malades atteints de tuberculose et pour la vaccination. Au niveau de l'assurance maladie les pauvres et les indigents sont exemptés de cotisations mais reçoivent les mêmes prestations et dans les mêmes conditions que ceux des gabonais qui cotisent. De même que ceux des ménages qui travaillent contribuent selon leurs ressources et reçoivent le même paquet de prestations quelle que soit la maladie. Il s'agit d'une équité verticale et horizontale. Par ailleurs, certaines pathologies classées ALD (HTA, cancers, et autres) et certains traitements particuliers (dialyse) bénéficient d'une prise en charge se situant entre 90 % et 100 %. La maternité est prise en charge à 100 %.. Les dépenses des ménages (dépenses catastrophiques) ont connu une baisse importante, passant de 45 % à 20 % en moyenne.

## **2.5. Environnement des partenaires au développement**

### *2.5.1. Partenariat et coopération au développement*

Le pays, du fait de son statut économique, compte très peu de partenaires au développement dans le secteur de la santé. Les derniers comptes de la santé de 2013 indiquaient que ces derniers représentaient moins de 1 % des dépenses totales de santé. Outre les agences du système des Nations Unies œuvrant dans le secteur de la santé (OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, FAO), l'on note les interventions du Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, le paludisme et la tuberculose, de l'Agence française de développement, de la Banque mondiale, de la JICA et les coopérations bilatérales Chine, Egypte, Cuba. Par ailleurs, on enregistre les interventions de quelques ONG locales.



**Tableau 2 : Cartographie des interventions des partenaires au développement**

<b>Partenaires au développement</b>	<b>Domaines d'interventions</b>
<b>OMS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Système de santé</li> <li>• Lutte contre la maladie</li> <li>• Santé de la mère et de l'enfant</li> </ul>
<b>UNICEF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé de l'enfant</li> </ul>
<b>UNFPA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé de la femme</li> </ul>
<b>ONUSIDA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VIH/sida</li> </ul>
<b>FAO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutrition</li> </ul>
<b>Fonds mondial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuberculose</li> </ul>
<b>AFD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infrastructures sanitaires, départements sanitaires</li> </ul>
<b>Banque Mondiale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Système d'information sanitaire</li> </ul>
<b>JICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infrastructures sanitaires</li> </ul>
<b>Chine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpitaux</li> </ul>
<b>Égypte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpitaux</li> </ul>
<b>Cuba</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressources humaines</li> </ul>

Les relations de coopération entre l'OMS et le ministère de la Santé ont été redynamisées, et des mécanismes de coordination entre le Gouvernement et les partenaires définis. L'OMS participe aux réunions du Comité de coordination multisectoriel (CCM) pour la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, dans le cadre de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des activités financées par le Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), en sa qualité de vice-président du CCM. Cette participation a permis la mobilisation des ressources pour le round 8 VIH, ainsi que le renforcement des capacités du CCM et de la cellule de gestion des projets financés par le FMSTP.

Le Comité de coordination inter-agences (CCIA) pour la vaccination, qui regroupe tous les partenaires du pays impliqués dans la vaccination et qui est présidé par le Ministre de la Santé, bénéficie également de l'appui technique de l'OMS qui participe à toutes les réunions.

Le Gouvernement a mis en place, dans le cadre de la mise en œuvre de la Déclaration de Paris, un comité de coordination de l'aide au développement présidé par le Premier ministre, Chef du Gouvernement. Tous les partenaires techniques et financiers du Gabon, dont l'OMS, y participent. Plusieurs sous-comités y ont été mis en place, dont le sous-comité santé présidé par le Ministre de la Santé et ayant comme vice-président l'OMS, qui participe à ses réunions et les anime.

Par ailleurs, l'OMS joue un rôle dans la coordination des partenaires dans le cadre du mécanisme Harmonisation pour la Santé en Afrique (HHA). Le Bureau de l'OMS au Gabon a ainsi instauré des rencontres avec les autres partenaires membres qui ont débouché sur un appui conjoint à la réalisation de plusieurs

activités majeures du ministère de la Santé. Le partenariat entre le Gouvernement et l'OMS d'une part, et entre l'OMS et les autres partenaires d'autre part, a permis de faire des plaidoyers auprès des autorités nationales pour la mobilisation de ressources intérieures en faveur de la santé, mais également auprès des bailleurs internationaux, même si les résultats escomptés sont limités par le statut économique du pays.

Ainsi, au nombre des plaidoyers réussis par l'OMS et les autres partenaires, on note le financement total par le Gouvernement de l'approvisionnement en vaccins du PEV et de la chaîne de froid, l'organisation des campagnes nationales de vaccination contre la poliomyélite en 2011, 2014 et 2015, contre la rougeole en 2012 et 2013, la prise en charge à 100 % par la CNAMGS du suivi de la grossesse et de l'accouchement, la gratuité totale du traitement contre la tuberculose, et la mobilisation de plus de 90 % de ressources domestiques dans la lutte contre le VIH/sida (gratuité du test de dépistage du VIH pour tous, de la prise en charge du bilan pré-thérapeutique, du traitement ARV et du suivi biologique des PVVIH par la CNAMGS).

La mobilisation des ressources externes en faveur du Gabon a connu quelques succès, notamment avec le FMSTP et le programme Faire reculer le paludisme. Il faut signaler que le partenariat entre le Gouvernement et le GFATM n'a pas connu le succès espéré du fait du non-respect des délais et clauses contractuelles dans la mise en œuvre de ce projet.

Le partenariat entre l'OMS et le secteur privé reste balbutiant. Toutefois, des initiatives et des projets sont en discussion. Des actions ponctuelles existent dans le cadre de la lutte contre la poliomyélite avec le Rotary ou d'autres entités dans divers domaines. Les récentes implications du secteur privé dans la signature de l'aide-mémoire de la revue de la performance du programme de lutte contre le paludisme, lors des réunions du CCIA et dans les dernières célébrations de la Journée mondiale de lutte contre le VIH/sida et le paludisme, laissent entrevoir une plus grande implication de ce secteur dans la santé au Gabon.

De 2008 à 2013, l'OMS a organisé à Libreville, avec l'accord des autorités gabonaises, plus d'une quinzaine de rencontres internationales, régionales et sous régionales. On peut citer la Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique (2008), les réunions régionales sur « Un monde, une santé », l'adaptation du secteur santé aux changements climatiques, la transfusion sanguine, la vaccination, etc. Ces rencontres internationales, dont certaines étaient cofinancées par le Gouvernement gabonais, ont vu la participation de plus de 1000 experts internationaux.

### *2.5.2. Collaboration avec le système des Nations Unies au niveau pays*

Le système des Nations Unies au Gabon dispose d'une équipe pays (UNCT) composée de membres résidents et non-résidents. Les organisations résidentes sont : l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, l'UNOCA, le PNUD, la FAO, l'ONUSIDA, l'UNESCO, le HCR, la Banque mondiale, et le FMI. Les non résidentes sont : l'OIT, l'UNIDO, l'UNECA, HABITAT et l'AIEA.

En dehors de l’OMS, les expertises en matière de santé au sein des organisations du système se répartissent comme suit : l’UNICEF dispose d’une expertise en santé de l’enfant ; l’UNFPA dispose d’une expertise en santé de la reproduction ; l’ONUSIDA intervient dans l’information stratégique liée au VIH/sida ; l’UNESCO contribue aux activités de sensibilisation à la prévention du VIH/sida en milieu scolaire ; la FAO est partenaire de la politique « Un monde, une santé » et de la lutte contre les zoonoses ; le PNUD est partenaire de projets de santé visant le développement humain. Toutes les institutions du système ont participé au processus d’élaboration du PNUAD (2012-2016).

Le Gabon a décidé d’adopter l’initiative « Unis dans l’action ». Cette décision entraîne des changements dans le cadre de la mise en œuvre de l’UNDAF avec une plus grande harmonisation et inclusion des institutions du système dans la mise en œuvre des interventions. Parmi les piliers de l’initiative, citons :

- l’élaboration d’une feuille de route pour rendre effective cette initiative ;
- la mise en place d’un groupe de communication UNCT dirigé par l’UNICEF ;
- la mise en place d’une équipe de gestion de la sécurité dirigée par le Coordonnateur résident ;
- la mise en place d’une équipe de gestion des opérations dirigée par l’OMS ;
- une équipe de gestion du programme dirigée par l’UNFPA.

Cependant, le Comité de direction conjoint national du système des Nations Unies n’est pas encore mis en place.

L’UNCT ne dispose pas encore de mécanismes conjoints de mobilisation des ressources et il n’y a pas encore de panier commun dans le pays. La mobilisation des fonds est faite par chaque organisation selon ses propres procédures et sa planification.

La stratégie de coopération de l’OMS avec la République gabonaise pour la période 2008-2013 découlait des documents stratégiques nationaux, régionaux et mondiaux parmi lesquels le Plan-cadre des Nations Unies pour l’aide au développement 2007-2011 (PNUAD).

Plusieurs produits de santé majeurs du cadre du PNUAD 2012-2016, notamment ceux de l’effet 1, 3, 5 et 6 ont un lien direct avec les trois axes de la stratégie de coopération de l’OMS. Ces produits concernent les domaines de la lutte contre les maladies, y compris le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, les maladies tropicales négligées et les maladies chroniques, la santé de la mère, de l’enfant et de la reproduction, le renforcement du système de santé par celui des ressources humaines en santé, les populations les plus vulnérables, notamment les femmes, les enfants et les adolescents (y compris parmi les réfugiés) et les personnes âgées. Les résultats liés à la santé définis par le PNUAD se retrouvent dans 4 effets (1, 3, 5 et 6).

Concernant la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT), il n’y a pas encore de groupe spécial inter-institutions du système des Nations Unies dans ce domaine au Gabon.

La facilitation de la concertation entre les partenaires a permis la mise en place de groupes de travail inter-institutions du système des Nations Unies, élargis aux partenaires bilatéraux et multilatéraux. Ainsi, l'OMS a stimulé la mise en place des groupes thématiques santé, VIH/sida, riposte aux urgences et catastrophes.

Parmi les principaux résultats spécifiques obtenus grâce à l'appui des groupes thématiques, on peut citer l'élaboration :

- du plan d'urgence du système des Nations Unies ;
- du plan national de préparation et de riposte à la pandémie de grippe A (H1N1) ;
- du plan national de préparation et de riposte à l'épidémie de la maladie à virus Ebola ;
- du plan d'urgence du système des Nations Unies pour l'appui à la réponse à l'épidémie de la maladie à virus Ebola ;
- du plan conjoint du système des Nations Unies pour l'appui à la réponse nationale au VIH/sida ;
- de la stratégie commune de communication.

Au sein de ces groupes thématiques santé, l'OMS a contribué à l'évaluation du PNUAD 2006-2011 et à l'élaboration du PNUAD 2012-2015. Elle coordonne et anime la thématique santé du PNUAD, ainsi que l'élaboration des plans du système des Nations Unies pour les urgences et les épidémies. Dans le cadre des présidences tournantes, l'OMS préside actuellement le groupe thématique VIH/sida pour l'appui à la réponse nationale dont elle anime le groupe technique sur le traitement et les soins liés au VIH et à la co-infection VIH-tuberculose.

### *2.5.3. Contributions du pays au programme mondial de santé*

Le Gabon dispose de deux centres de recherches médicales de renommée internationale qui participent à l'amélioration des techniques et des connaissances ainsi qu'au partage d'expériences avec le reste de l'Afrique et du monde. Ce sont :

- le 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 d'environ 40 % chez les enfants de moins de 10 ans ; actuellement, il participe au diagnostic et à la surveillance de la tuberculose pharmaco résistante, ainsi qu'à l'essai clinique d'un vaccin contre le virus Ebola ;
- du Centre de recherches médicales 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, il évalue l'efficacité thérapeutique des deux médicaments antipaludiques de première intention.

Par ailleurs, l'Université des Sciences de la Santé (USS) dispose des 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), et 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 des 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, des experts nationaux ont fourni un appui technique à d'autres pays. Le Gabon dispose aussi de l'Institut de cancérologie d'Angondjé qui accueille des malades, y compris ceux venant d'autres pays pour la prise en charge des cancers. L'Institut collabore avec des homologues marocains pour un partage d'expériences, de technologies et d'expertises.

Le Gabon abrite le siège de la CEEAC qui dispose désormais d'un cadre stratégique de lutte contre le VIH/sida et encourage des stratégies de lutte transfrontalières. Le Gabon est aussi un membre actif de la CEMAC dont il vient d'assurer la présidence. Dans ce contexte, une politique commune de lutte contre la vente illicite des médicaments a été adoptée, de même qu'un plan de lutte contre la maladie à virus Ebola. Le Gabon est aussi un membre actif de l'OCEAC dont il assure le secrétariat exécutif.

Le Gabon a adopté et fait siens, en septembre 2000, les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) qui visent notamment à réduire l'extrême pauvreté, à promouvoir l'éducation, à améliorer la santé maternelle, à supprimer les disparités de genre, à combattre la mortalité infantile, le VIH/sida et les autres maladies, à protéger l'environnement contre les multiples agressions dont il est quotidiennement victime, et à promouvoir un véritable partenariat entre les nations à l'horizon 2015. Depuis lors, les autorités gabonaises ont décidé de faire de la réalisation des objectifs du Millénaire un pan fondamental de la stratégie de développement du pays. Dans cette optique, le pays a élaboré et mis en œuvre la stratégie d'investissement humain dont l'objectif est l'accélération de la lutte contre la pauvreté et la précarité. Il ressort globalement du quatrième rapport national que le pays a entrepris des réformes qualitatives vers l'atteinte des OMD. Les tendances sont à l'amélioration mais restent encore insuffisantes pour atteindre la plupart des cibles. S'agissant de l'OMD 6, le Gabon a stabilisé la progression du VIH/sida dont la prévalence est passée d'un pic de 8,1 % en 2000 à 5,2 % en 2009 et 4,1 % en 2012. Pour l'OMD 7, le Gabon reste une référence par rapport à la proportion des zones terrestres et marines protégées. Quant à l'OMD 8, le Gabon a un niveau d'endettement soutenable et a entrepris ces dernières années des réformes pour une meilleure offre et un accès amélioré aux technologies de l'information et de la communication.

## 2.6. Revue de la coopération au cours de la dernière SCP

Durant la mise en œuvre de la stratégie, le pays s'est doté d'une politique nationale de la santé (2010-2020) et d'un plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2015. L'analyse des neuf objectifs spécifiques et des huit axes stratégiques du PNDS 2011-2015 permet de constater l'alignement des trois axes de la stratégie de coopération de l'OMS sur ces derniers. La mise en œuvre de la SCP 2008-2015, a permis également une contribution substantielle à la réalisation des six priorités stratégiques du 12<sup>ème</sup> Programme général de travail de l'OMS :

1. Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé – achever les chantiers en cours et relever les défis de demain : progresser plus vite sur la voie des objectifs liés à la santé jusqu'en 2015 et au-delà, y compris l'éradication de la poliomyélite et celle de certaines maladies tropicales négligées ;
2. Progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle : permettre aux pays de maintenir ou d'élargir l'accès aux services de santé essentiels et à la protection financière et promouvoir la couverture sanitaire universelle en tant que concept unificateur dans l'action sanitaire mondiale ;
3. S'attaquer au problème des maladies non transmissibles et de la santé mentale ;
4. Appliquer les dispositions du Règlement sanitaire international (2005) : veiller à ce que tous les pays acquièrent les capacités requises au titre du Règlement sanitaire international (2005) ;
5. Élargir l'accès aux produits médicaux essentiels, de grande qualité et financièrement abordables (médicaments, vaccins, moyens de diagnostic et autres technologies sanitaires) ;
6. Agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé pour réduire les inégalités en santé dans les pays et entre pays.

### *2.6.1. Niveau de mise en œuvre des axes stratégiques de la précédente stratégie de coopération de l'OMS avec le Gabon*

La mise en œuvre s'est faite à travers quatre plans d'action 2008-2009 ; 2010-2011 ; 2012-2013 et 2014-2015 conformément à ses trois (3) axes stratégiques. L'analyse de chaque axe stratégique montre un niveau de mise en œuvre élevé et une contribution substantielle à la réalisation des six (6) priorités stratégiques du 12<sup>ème</sup> programme général de travail de l'OMS et des huit (8) objectifs du PNDS.

**Tableau 3 : Axes stratégiques du PNDS et principales réalisations/ résultats obtenus**

Axes stratégique de la SCP 2008-2015	Principales réalisations/résultats obtenus
<p><b>1 Santé de la mère et de l'enfant</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui à l'élaboration et à la mise en œuvre de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile</li> <li>• Élaboration du PPAC</li> <li>• Élaboration du plan de survie de l'enfant</li> <li>• Élaboration du plan concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant</li> <li>• Renforcement des compétences de plus de 1000 experts du ministère dans les domaines suivants :s santé de la mère et de l'enfant notamment GATPA, nouveau partogramme, PCIME, TETU, audits des décès maternels, PTME, vaccination</li> <li>• Appui aux ACD</li> <li>• Organisation de campagnes nationales anti-rougeoleuse</li> <li>• Organisation des journées nationales de vaccination contre la poliomyélite dans le cadre de l'éradication de la poliomyélite</li> <li>• Renforcement de la surveillance des PFA</li> <li>• Revue nationale des décès maternels (réalisations des audits/surveillance des décès maternels)</li> </ul>

<p><b>2 Lutte contre la maladie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui à l'élaboration des plans stratégiques de lutte contre le paludisme, le VIH/sida et la tuberculose</li> <li>• Élaboration de la politique et d'un plan stratégique santé mentale</li> <li>• Élaboration des algorithmes/directives de PEC du paludisme, du VIH et de la tuberculose</li> <li>• Renforcement des capacités de plus de 800 acteurs de la lutte contre la tuberculose, le paludisme et le VIH/sida dans la gestion, la PEC et l'élaboration des plans</li> <li>• Appui à la mobilisation des ressources à travers le Fonds mondial</li> <li>• Évaluation des programmes de lutte et des plans stratégiques</li> <li>• Cartographie des MTN</li> <li>• Renforcement de la surveillance épidémiologique</li> <li>• Élaboration du plan d'urgence et du plan de préparation et de riposte contre les épidémies</li> <li>• Réalisation de l'enquête STEPS en 2008</li> <li>• Mise en place du point focal national du RSI</li> <li>• Ratification par le Gabon de la Convention-cadre de lutte contre le tabagisme</li> <li>• Adoption d'une loi nationale anti-tabac</li> </ul>
<p><b>3 Renforcement du système de santé et partenariat</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration de la politique nationale de santé 2010-2020</li> <li>• Élaboration et mise en œuvre du Plan national de développement sanitaire 2011-2015</li> <li>• Élaboration de la politique et du plan de développement des ressources humaines en santé</li> <li>• Appui à la création de l'école de santé publique</li> <li>• Élaboration de la politique pharmaceutique nationale 2010-2015</li> <li>• Élaboration de la politique de transfusion sanguine</li> <li>• Élaboration et révision de la LNME</li> <li>• Renforcement des capacités des laboratoires pour le diagnostic de la rougeole et de la fièvre jaune</li> <li>• Élaboration des comptes de la santé 2010, 2011, 2012, 2013 et 2014</li> <li>• Appui à la mise en place de la Caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale (CNAMGS)</li> <li>• Appui à l'opérationnalisation de 45 % des départements sanitaires</li> <li>• Mise en place du mécanisme HHA au Gabon</li> <li>• Appui à la mise en place de la CTISE</li> <li>• Élaboration du plan d'action conjoint santé et environnement</li> </ul>



## *2.6.2. Les ressources mobilisées pour la SCP*

Les ressources humaines du bureau de l'OMS au Gabon sont composées de cinq conseillers (4 nationaux et un international), douze agents d'appui (dont cinq chauffeurs) et un administrateur. Cette équipe est dirigée par le Représentant de l'OMS. Le nombre de conseillers est largement insuffisant au regard des besoins du pays. Des domaines entiers n'ont pas été couverts malgré leur priorisation dans la stratégie de coopération. Ainsi, le manque de professionnels chargés de la lutte contre la maladie et l'absence d'experts en pharmacie constitue une grande faiblesse. L'existence d'un seul fonctionnaire chargé de la vaccination et de la santé de la mère et de l'enfant constitue un goulet d'étranglement. Par contre, le nombre de personnels d'appui paraît surdimensionné au regard des missions, mais se justifie par la présence de l'équipe interpays d'appui pour l'Afrique centrale.

Le financement de la SCP a été assuré par l'OMS et par le Gouvernement sous forme de subventions. Le financement de l'OMS était subdivisé en fonds réguliers et fonds volontaires. Le financement du Gouvernement s'est fait sous forme de subventions pendant les trois premières années de la SCP, soit un montant total de US \$300 000. L'OMS a mobilisé un montant total de US \$14 242 228 pendant 8 ans, auquel il faut ajouter la prise en charge des participants gabonais à des séminaires et des consultations, et les dons en nature. Ce budget a toujours été insuffisant pour financer la mise en œuvre des différents plans d'action et assurer un fonctionnement optimal du bureau. La mobilisation des ressources locales a été très faible malgré plusieurs tentatives. L'appui technique et financier du Bureau régional de l'Afrique, y compris l'équipe interpays d'appui pour l'Afrique centrale, et du Siège a permis de renforcer l'appui de l'OMS au pays.

Sur le plan logistique, le bureau dispose, depuis un an, de locaux flambant neuf qui offrent un cadre de travail optimal. Cela n'a pas toujours été le cas au cours des six dernières années. La situation administrative instable du bâtiment constitue une source de préoccupation. Le bureau dispose d'équipements informatiques, bureautiques et de matériel roulant permettant un fonctionnement optimal.

## *2.6.3. Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM)*

### *a) Forces*

Le secteur de la santé bénéficie d'un engagement politique fort des autorités nationales et de la société civile. L'existence de documents stratégiques nationaux (PSGE, PNS, PNDS, PPN, PDRH, FDR pour la réduction de la mortalité, normes du secteur de la santé, stratégies spécifiques pour la lutte contre la maladie) et de l'UNDAF constituent un atout. Le renforcement actuel du cadre juridique et institutionnel du ministère de la Santé et la disponibilité des compétences nationales dans le domaine de la santé facilitent la mise en œuvre de la SCP.

La mise en place d'un régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale et le financement à hauteur de 98 % du secteur santé par les financements nationaux constituent des atouts.

L'affirmation du leadership de l'OMS, la bonne intégration des équipes de l'OMS avec celles du ministère de la Santé, les discussions stratégiques régulières de haut niveau entre l'OMS et le MSP et la présence de l'équipe d'appui inter pays pour l'Afrique centrale (EAIP/AC) constituent autant de facteurs qui favorisent la mise en œuvre de la SCP. L'existence d'un cadre de coordination des partenaires renforce la dynamique de mise en œuvre de la SCP.

#### *b) Faiblesses*

L'instabilité institutionnelle et le non aboutissement de la réforme du ministère de la Santé marqué par la faible opérationnalisation des départements sanitaires constituent des faiblesses importantes. Le manque de collaboration intersectorielle à l'élaboration des politiques et des plans limitent fortement l'implication et la mobilisation des autres secteurs d'activités. De même, l'insuffisance des ressources humaines qualifiées au niveau des différents programmes de santé et les faibles capacités gestionnaires, notamment en planification et suivi-évaluation, limitent la mise en œuvre des différents plans d'action.

L'absence de professionnels chargés de la lutte contre les maladies non transmissibles et de la gestion des médicaments au sein du bureau OMS, et l'insuffisance du financement aussi bien de l'OMS que de la part du Gouvernement, sont des facteurs restrictifs.

#### *c) Opportunités*

La stabilité politique du pays, la décision du Gabon d'adhérer au processus « Unis dans l'action » du système des Nations Unies, l'existence de mécanismes de coordination des interventions des partenaires dans le domaine de la santé comme le HHA, le CCIA et le CCM sont autant d'opportunités dans le cadre de la mise en œuvre de la SCP. L'appui technique et financier des partenaires multilatéraux (UNFPA, UNICEF, ONUSIDA, Banque mondiale, BAD, Fonds mondial, AFD, JICA ...) et bilatéraux (Chine, France, Égypte, Japon, Autriche...) constitue une réelle opportunité.

#### *d) Menaces*

L'instabilité sous régionale (guerre, crises sociales, flux migratoires, épidémies...), l'ouverture des frontières dans le cadre de l'entrée en vigueur de la libre circulation CEMAC et la prolongation de la crise financière internationale constituent les principales menaces.

La définition des axes stratégiques prioritaires de la stratégie de coopération de l'OMS avec le Gabon s'appuie sur l'analyse des objectifs et axes stratégiques du Plan national de développement sanitaire, des treize cibles de l'objectif 3 des ODD, des six priorités stratégiques du douzième Programme général de travail de l'OMS, des résultats attendus de l'axe stratégique sur l'orientation technique intelligente du programme de transformation de l'OMS dans la région Africaine, et des axes stratégiques de la précédente stratégie de coopération.

### 3.1. Axes stratégiques prioritaires de la SCP OMS-Gabon 2016-2021

A la lumière de ce qui précède, et tenant compte du contexte national et international marqué par de nouvelles priorités sanitaires et l'adoption des ODD, la coopération de l'OMS avec le Gabon pour la période 2016-2021 s'articule autour des cinq axes stratégiques prioritaires suivants :

- Progresser vers la couverture sanitaire universelle. Il faut disposer d'un système de santé performant et efficace qui puisse assurer des services essentiels de qualité accessibles à tous. Ceci implique des services centrés sur la personne, un personnel de santé bien formé et motivé, un accès à des médicaments essentiels de qualité et d'un coût abordable, sûrs et efficaces, et des systèmes de gouvernance, d'information sanitaire et de recherche satisfaisants. Cela signifie aussi opérationnaliser les régions et départements sanitaires pour une meilleure mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires, poursuivre la mise en place d'un système de financement de la santé permettant la mobilisation des fonds nécessaires, garantissant l'équité, protégeant les plus vulnérables et réduisant les dépenses catastrophiques. Il faudra pour cela 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. Il s'agira enfin de développer des partenariats bilatéraux et multilatéraux pour orienter les efforts des partenaires techniques et financiers vers l'atteinte de cet objectif stratégique.
- 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.
- Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles (infectieuses et parasitaires). Il s'agit de poursuivre la lutte contre le VIH/sida et les IST (y compris les hépatites), 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.
- Intensifier la lutte contre les maladies non transmissibles. Il s'agit de réduire la charge des maladies non transmissibles notamment les cardiopathies, le cancer, le diabète, les troubles mentaux, la drépanocytose et les

autres maladies non transmissibles ainsi que la lutte contre le tabagisme, par la promotion de la santé et la réduction des risques, la prévention, le traitement et la surveillance des facteurs de risque. Il faudra aussi agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, notamment la nutrition, pour réduire les inégalités en santé dans les pays.

- Soutenir la préparation, la surveillance et la riposte aux flambées épidémiques et autres urgences de santé publique et catastrophes. Il faut renforcer et maintenir les capacités nationales requises en vertu du Règlement sanitaire international (RSI 2005), intégrer dans le système national de surveillance et d'information sanitaire des indicateurs d'alerte précoce, et disposer d'une cartographie nationale des risques de catastrophe. Il faudra aussi mettre en place un organe spécifique de coordination de la riposte. Aussi, il est important de renforcer la collaboration avec le secteur de la santé animale et environnementale dans le cadre de l'approche une seule santé.

### **3.2. Les domaines d'actions**

Quinze domaines d'actions ont été retenus dans la stratégie de coopération OMS-Gabon.

**Tableau 4 : Domaines d'actions par priorité stratégique**

Priorité stratégique 1	Atteindre la couverture sanitaire universelle
<p><b>Domaine d'action 1.1</b> : Gouvernance, système d'information sanitaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer les capacités en matière de gouvernance du système de santé, par l'amélioration du système national d'information sanitaire et la recherche en santé générant des bases factuelles valides, et qui permet d'assurer le suivi et l'évaluation des politiques et des plans.</li> </ul>
<p><b>Domaine d'action 1.2</b> : Offre et accès aux soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les capacités des ressources humaines pour la santé sont renforcées ; l'accès aux médicaments, technologies et produits médicaux de qualité sûrs et efficaces est amélioré ; les départements sanitaires sont opérationnels et assurent des prestations de services intégrées, centrées sur la personne et garantissant la sécurité des patients et la qualité des soins.</li> </ul>
<p><b>Domaine d'action 1.3</b> : Financement et partenariat</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer un financement adéquat du secteur de la santé permettant d'étendre la couverture maladie, de réduire les dépenses catastrophiques en favorisant l'équité d'accès aux soins des populations de concert avec les autres partenaires.</li> </ul>
Priorité stratégique 2	Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie
<p><b>Domaine d'action 2.1</b> : Santé de la mère et de l'enfant, des adolescents et des jeunes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>les capacités des acteurs nationaux sont renforcées en vue d'accroître l'accès aux interventions de qualité visant à améliorer la santé à toutes ces étapes de la vie.</li> </ul>
<p><b>Domaine d'action 2.2</b> : Santé des personnes du troisième âge</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>des politiques et stratégies en faveur d'un vieillissement actif et en bonne santé et qui permettent d'améliorer l'accès aux soins (y compris palliatifs) pour les affections chroniques, ainsi que leur coordination sont élaborées, mises en œuvre et évaluées.</li> </ul>
<p><b>Domaine d'action 2.3</b> : Déterminants de la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>des politiques, des stratégies, des plans d'action nationaux et des réglementations destinés à prévenir, atténuer et gérer les risques environnementaux liés au climat, à l'eau, à l'assainissement et à la pollution de l'air sont élaborés.</li> </ul>
Priorité stratégique 3	Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles (infectieuses et parasitaires)
<p><b>Domaine d'action 3.1</b> : Lutte contre les IST et le VIH/sida (y compris les hépatites), la tuberculose et le paludisme</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>les capacités nationales d'élaboration, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des politiques et des plans d'action (y compris des directives nationales de prise en charge des IST, du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme) sont renforcées.</li> </ul>
<p>Domaine d'action 3.2 : Maladies Tropicales Négligées</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>le Plan d'action national intégré contre les maladies tropicales négligées est mis en œuvre et évalué, les capacités nationales sont renforcées en vue d'accroître l'accès aux médicaments essentiels (y compris de chimioprévention) et d'intensifier la prise en charge innovante des maladies et la lutte antivectorielle intégrée.</li> </ul>

<p><b>Domaine d'action 3.3 :</b> Maladies évitables par la vaccination</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>les capacités nationales sont renforcées pour la mise en œuvre et le suivi du plan pluriannuel complet du programme élargi de vaccination (y compris la surveillance des maladies à prévention vaccinale), en vue d'accroître la couverture vaccinale, éliminer la rougeole et éradiquer la poliomyélite.</li> </ul>
<p><b>Priorité stratégique 4</b></p>	<p>Intensifier la lutte contre les maladies non transmissibles.</p>
<p><b>Domaine d'action 4.1 :</b> Maladies cardiovasculaires et métaboliques, cancers, affections respiratoires</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>des stratégies et plans d'action reposant sur des bases factuelles sont élaborés, mis en œuvre et suivis pour réduire l'exposition aux facteurs de risque, prévenir et prendre en charge les principales maladies non transmissibles.</li> </ul>
<p><b>Domaine d'action 4.2 :</b> Santé mentale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>les capacités des acteurs nationaux à mettre en œuvre, suivre et évaluer le plan stratégique national de santé mentale sont développées. De même la lutte contre le tabagisme et autres substances nocives sera intensifiée dans le cadre de l'application de la Convention-cadre de l'OMS.</li> </ul>
<p><b>Domaine d'action 4.3 :</b> Traumatismes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>: une stratégie nationale de prévention des accidents et des traumatismes permettant d'améliorer la coordination entre tous les secteurs (santé, sécurité routière, société civile) et de réduire la morbidité et la mortalité liées aux accidents de la voie publique est élaborée et mise en œuvre.</li> </ul>
<p><b>Priorité stratégique 5</b></p>	<p>Soutenir la préparation, la surveillance et la riposte aux flambées épidémiques et autres urgences de santé publique et catastrophes.</p>
<p><b>Domaine d'action 5.1 :</b> Règlement sanitaire international (RSI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>les aptitudes du pays à acquérir et maintenir les principales capacités requises par le Règlement sanitaire international pour prévenir la propagation internationale des maladies, s'en protéger, les maîtriser et y réagir par une action de santé publique efficace sont renforcées.</li> </ul>
<p><b>Domaine d'action 5.2 :</b> Eradication de la Poliomyélite</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>le pays atteint et maintient les taux d'immunité de la population requis pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage aux fins de l'éradication de la poliomyélite à travers le renforcement du PEV de routine, les campagnes de vaccination antipoliomyélitique de qualité et un système efficace de surveillance de la paralysie flasque aiguë.</li> </ul>
<p><b>Domaine d'action 5.3 :</b> Surveillance et riposte aux flambées épidémiques, aux urgences de santé publique et aux catastrophes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>les capacités nationales de préparation, de surveillance et de riposte aux flambées épidémiques et autres urgences de santé publique et aux catastrophes sont renforcées. Une cartographie des risques de catastrophe dans le cadre d'une approche multisectorielle est réalisée, un processus de planification et de gestion de la préparation en cas d'urgence et de catastrophe est instauré, des indicateurs d'alerte précoce, de préparation, d'intervention et de réadaptation en cas d'urgence et de catastrophe sont intégrés dans le système national de surveillance et d'information sanitaire. Une unité chargée de la coordination et de la gestion des risques et catastrophes, le sous-comité sectoriel du comité national de lutte contre les urgences et les catastrophes, est mis en place par le ministère de la Santé.</li> </ul>

**Tableau 5 : Analyse de la cohérence entre les priorités stratégiques, les domaines d’actions de la SCP, les priorités du PNDS, les résultats du PGT, les cibles de l’ODD3 et les résultats du PNUAD**

Priorités stratégiques	Domaines d'action	Priorités du PNDS 2017-2021	Résultat du PGT	Cibles de ODD 3	Résultats du PNUAD
Priorité stratégique 1	Domaine d'action 1.1	Renforcer la gouvernance du secteur de la santé et le leadership du ministère de la santé ;	Progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle	8. 11. 12.	<b>Effet 2 :</b> Les populations, notamment les plus vulnérables, utilisent les services sociaux de base de qualité pour améliorer leurs conditions de vie.
	Domaine d'action 1.2	Opérationnaliser les départements sanitaires Optimiser la gestion des ressources humaines 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 ; Assurer la sécurité des patients et améliorer la qualité des soins ;	Élargir l'accès aux produits et médicaux essentiels, de grande qualité et financièrement abordables		<b>Extrant 3 :</b> les départements sanitaires sont opérationnels et offrent des prestations de qualité
	Domaine d'action 1.3	Améliorer la gestion des ressources financières Améliorer l'accessibilité financière aux soins			<b>Extrant 6 :</b> les populations gabonaises les plus vulnérables bénéficient d'un système de protection sociale équitable, inclusif et efficace.
Priorité stratégique 2	Domaine d'action 2.1	Réduire la mortalité maternelle de 316 décès pour 100 000 naissances vivantes à 129 décès pour 100 000 naissances vivantes, d'ici fin décembre 2021. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 65 pour 1000 naissances vivantes à 30 pour 1000 naissances vivantes, d'ici fin décembre 2021. Réduire d'au moins 50% le taux des grossesses précoces ;	progresser plus vite sur la voie des objectifs liés à la santé jusqu'en 2015 et au-delà. Y compris l'éradication de la poliomyélite et celle de certaines maladies tropicales négligées ; Agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé pour réduire les inégalités en santé dans les pays et entre pays	1. 2. 7. 9.	<b>Extrant 1 :</b> les femmes et les enfants notamment en zone rurale et périurbaine ont un accès équitable aux services de prévention et de promotion de la santé. <b>Extrant 2 :</b> les prestataires des soins de santé y compris les agents de santé communautaires disposent de compétences et d'outils adaptés pour offrir une prise en charge de qualité. <b>Extrant 7 :</b> les institutions en charge de l'eau, de l'hygiène et d'assainissement disposent de compétences et d'outils pour offrir aux populations des services de qualité.
	Domaine d'action 2.2	Réduire de 25% les complications liées aux maladies cardiovasculaires et au diabète chez les personnes âgées, d'ici fin décembre 2021.			
	Domaine d'action 2.3	Réduire les risques environnementaux liés aux problèmes d'eau et d'assainissement (PNAC)			

<b>Priorité stratégique 3</b>	<b>Domaine d'action 3.1</b>	Réduire l'incidence du VIH de 71 à 30 pour 100 000 habitants, d'ici fin décembre 2021 ; Réduire de 444 à 222 pour 100 000 habitants l'incidence de la tuberculose d'ici fin décembre 2021 ; Réduire de 68,4 à 40 pour 100000 habitants la mortalité liée au paludisme d'ici fin décembre 2021 ;	progresser plus vite sur la voie des objectifs liés à la santé jusqu'en 2015 et au-delà. Y compris l'éradication de la poliomyélite et celle de certaines maladies tropicales négligées	<b>2.3.11</b>	<b>Extrant 2</b> : les prestataires des soins de santé y compris les agents de santé communautaires disposent de compétences et d'outils adaptés pour offrir une prise en charge de qualité.  <b>Extrant 7</b> : les institutions en charge de l'eau, de l'hygiène et d'assainissement disposent de compétences et d'outils pour offrir aux populations des services de qualité.
	<b>Domaine d'action 3.2</b>	Réduire de 22,4 à 10 pour 10000 habitants la prévalence de la THA d'ici fin décembre 2021 ; 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 ; Réduire d'au moins 25% la proportion des nouveaux cas d'ulcère Buruli de catégorie 3, d'ici fin décembre 2021 ; Réduire d'au moins 50% la prévalence des MTN à chimiothérapie préventive, d'ici fin décembre 2021.			
	<b>Domaine d'action 3.3</b>	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			
<b>Priorité stratégique 4</b>	<b>Domaine d'action 4.1</b>	D'ici fin décembre 2021, réduire d'au moins 25% la mortalité et la morbidité liées aux maladies cardiovasculaires, aux cancers, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques.	S'attaquer au problème des maladies non transmissibles et de la santé mentale	<b>4</b>	<b>Extrant 1</b> : les femmes et les enfants notamment en zone rurale et périurbaine ont un accès équitable aux services de prévention et de promotion de la santé.
	<b>Domaine d'action 4.2</b>	D'ici fin décembre 2021, réduire d'au moins 25% la mortalité et la morbidité liées aux troubles mentaux, au tabagisme, à l'alcoolisme, aux toxicomanies et autres addictions.			
	<b>Domaine d'action 4.3</b>	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			
<b>Priorité stratégique 5</b>	<b>Domaine d'action 5.1</b>	Parachever et opérationnaliser le RSI	Appliquer les dispositions du Règlement sanitaire international (2005) veiller à ce que tous les pays acquièrent les capacités requises au titre du Règlement sanitaire international (2005)	<b>13</b>	<b>Extrant 1</b> : les femmes et les enfants notamment en zone rurale et périurbaine ont un accès équitable aux services de prévention et de promotion de la santé.
	<b>Domaine d'action 5.2</b>	Le Gabon est déclaré libre de poliomyélite à la fin de l'année 2017			
	<b>Domaine d'action 5.3</b>	Mettre en place un système national d'information sanitaire et de surveillance en santé publique performant. Renforcer le système de surveillance épidémiologique et de la gestion des épidémies et des urgences			



## Chapitre 4 : Mise en œuvre du programme stratégique : incidences pour le Secrétariat

La présente Stratégie de coopération sera mise en œuvre au moyen de trois Plans d'action biennaux, 2016-2017, 2018-2019 et 2020-2021.

La mise en œuvre des différents éléments de la stratégie nécessitera la mobilisation de ressources humaines, matérielles, financières adéquates et l'appui institutionnel, stratégique et technique des équipes interpays, du Bureau régional et du Siège de l'OMS. Le ministère de la Santé et de la Prévoyance sociale mobilisera également les ressources humaines, matérielles et financières de même que les autres départements ministériels concernés par la mise en œuvre de cette stratégie.

### 4.1. Incidences pour le bureau pays de l'OMS

La mise en œuvre du programme stratégique de la SCP a des incidences importantes sur l'organisation et le fonctionnement du bureau pays. L'appui technique dans les cinq axes stratégiques prioritaires retenus nécessite une réorganisation du bureau pays qui passe par une redéfinition des postes existants, un recrutement de nouveaux profils aussi bien au niveau administratif que technique. Cela signifie la mise en place d'un nouvel organigramme dont l'une des grandes innovations sera la création d'un poste de coordonnateur des programmes techniques chargé de la planification, de la mise en œuvre et du suivi du POA sous la responsabilité directe du Représentant. De même le renforcement des compétences du personnel pour mieux répondre aux besoins et attentes du pays en matière de santé constituera une priorité du bureau pays.

La mobilisation de ressources financières et logistiques supplémentaires sera nécessaire. Il s'agira donc pour le bureau pays de forger des partenariats stratégiques avec d'autres acteurs du secteur santé pour la mise en œuvre du programme, en vue de maximiser les ressources et optimiser les résultats des interventions.

Le bureau pays devra maintenir à un haut niveau de qualité son parc automobile et informatique et se doter de moyens pour l'entretien ou l'acquisition de nouveaux équipements.

Un dialogue stratégique de haut niveau doit se poursuivre avec les autorités nationales pour que le bureau pays puisse continuer à bénéficier dans le cadre des accords de siège d'un environnement de travail adéquat facilitant la mise en œuvre de la SCP.

Le bureau pays bénéficiera également de l'assistance technique et financière du Bureau régional et du Siège pour accroître ses capacités et répondre aux sollicitations des autorités nationales.

### 4.2. Incidences pour l'équipe interpays

Pour soutenir la mise en œuvre de la SCP, l'équipe interpays, basée à Libreville, devra poursuivre son appui technique au bureau de la représentation, pour la réalisation des activités de santé dans le pays.

### **4.3. Incidences pour le Bureau régional**

Le Bureau régional devra soutenir le renforcement des compétences techniques du bureau pays par la formation et l'affectation du personnel dans le pays, en vertu de la politique de mobilité et de décentralisation. Il devra aussi fournir un appui financier au bureau pays et mobiliser des ressources supplémentaires pour lui permettre de renforcer la mise en œuvre de la SCP.

Le Bureau régional devra encourager et faciliter les échanges d'informations et d'expertise technique entre les pays de la sous-région.

### **4.4. Incidences pour le Siège de l'OMS**

Le Siège devra partager avec le bureau de pays les orientations stratégiques, plaider auprès des organes directeurs pour la révision des critères d'affectation du budget régulier en vue d'augmenter la part du pays. Il devra, par ailleurs, alléger les procédures d'affectation et d'utilisation des ressources mobilisées auprès des différents donateurs.



Le suivi et l'évaluation de la stratégie de coopération de l'OMS avec le Gabon se feront conformément aux procédures et règles de l'OMS. Le suivi de la mise en œuvre se fera à travers les plans d'actions biennaux et conjointement avec le ministère de la Santé et de la Prévoyance sociale. Les différents partenaires techniques du secteur de la santé et de la prévoyance sociale seront impliqués dans le processus de suivi et d'évaluation des budgets programmes. Les différents outils de gestion (GSM et ECM) serviront aux différents personnels pour le suivi de l'exécution des budgets programmes et l'atteinte des quinze résultats escomptés. L'évaluation des budgets programmes se fera sous trois formes :

- Une évaluation semestrielle pour apprécier le niveau d'exécution des activités programmées et/ou les contraintes y afférentes ;
- Une évaluation à mi-parcours, à la fin de chaque première année budgétaire. Cette évaluation à mi-parcours permettra d'apprécier le niveau de mise en œuvre du plan et, au besoin, de décider d'une reprogrammation des activités ;
- Une évaluation finale, à la fin de chaque exercice biennal, pour apprécier le degré d'atteinte des résultats fixés au niveau du pays, et leur contribution à l'atteinte des résultats régionaux et mondiaux.

La revue à mi-parcours et l'évaluation finale de la SCP auront lieu en fin d'année, respectivement en 2018 et 2021. Une commission comprenant les représentants du bureau pays, du ministère de la Santé et de la Prévoyance sociale, des autres départements ministériels et des partenaires sera mise en place pour conduire ces deux processus.

## ANNEXE 1: Principaux indicateurs de santé

Région de l'OMS	Afrique
Groupe de revenu selon la classification de la Banque mondiale	Pays à revenu intermédiaire tranche supérieure
<b>INDICATEURS DE SANTÉ ACTUELS</b>	
Population totale en milliers (année)	1 811 079
% de la population de moins de 15 ans (année)	34
% de la population de plus de 60 ans (2013)	5,5
Espérance de vie à la naissance (2013) Total, Homme, Femme	63.6 ans ; H : 61.2 ans ; F : 66 ans
Taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances vivantes (2012)	26
Taux de mortalité chez les moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes (2012)	65
Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes (2012)	271
% de couverture vaccinale par le DTC3 chez les enfants âgés d'un an (année)	70
% de naissances en présence d'agents de santé qualifiés (2012)	90
Nombre de médecins pour 1000 habitants (2014)	0,35
Nombre d'infirmières et de sages-femmes pour 1000 habitants (2014)	2,8
Total des dépenses en santé en % du PIB (2014)	3 %
Dépenses publiques générales pour la santé en % du total des dépenses publiques (2014)	9 %
Dépenses des ménages en % du total des dépenses pour la santé (2014)	21,9 %
Taux (%) d'alphabétisation chez les adultes (15 ans et +) (2013)	88,4 %
Population utilisant une source d'eau potable améliorée (%)(2012)	89 %
Population utilisant des installations d'assainissement améliorées (%) (2012)	37,8 %
Indice de pauvreté : % de la population disposant de moins de US \$1,25 par jour (2013)	33 %
Rang selon l'indicateur sexospécifique du développement humain, sur 148 pays (année)	
Rang selon l'indicateur du développement humain, sur 196 pays (2014)	112