



**MINISTERE DE LA SANTE ET DES  
AFFAIRES SOCIALES**

-----

**PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT  
SANITAIRE DU GABON**

**2024-2028**

**JUILLET 2023**

## SOMMAIRE

	Pages
PREFACE.....	3
ABREVIATIONS ET ACRONYMES.....	4
RESUME ANALYTIQUE.....	6
<b>I. ANALYSE DE LA SITUATION.....</b>	<b>8</b>
1.1. CONTEXTE GENERAL.....	8
1.2. CONTEXTE SECTORIEL.....	9
1.2.1. SYTEME DE SANTE.....	9
1.2.1.1. Organisation du système de santé.....	9
1.2.1.2. Gouvernance et leadership du ministère de la santé .....	11
1.2.1.3. Prestations des services de santé.....	13
1.2.1.4. Ressources humaines.....	14
1.2.1.5. Infrastructures et équipements.....	16
1.2.1.6. Financement de la santé.....	17
1.2.1.7. Information sanitaire et surveillance épidémiologique.....	18
1.2.1.8. Technologies sanitaires.....	19
1.2.1.9. Performance du système de santé.....	21
1.2.2. PROFIL SANITAIRE.....	22
1.2.2. DETERMINANTS DE LA SANTE.....	23
1.2.2.1. Facteurs politiques.....	23
1.2.2.2. Facteurs socioculturels.....	23
1.2.2.3. Facteurs socio-économiques.....	24
1.2.2.4. Facteurs environnementaux.....	24
1.2.2.5. Facteurs biologiques.....	25
1.3. PROBLEMES PRIORITAIRES.....	26
1.4. FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES, MENACES.....	27
<b>II. OBJECTIFS ET AXES STRATEGIQUES .....</b>	<b>29</b>
2.1. OBJECTIF GENERAL.....	29
2.2. AXES STRATEGIQUES ET OBJECTIFS D'IMPACT.....	29
2.3. OBJECTIFS D'IMPACT ET OBJECTIFS DE RESULTATS A MOYEN TERME.....	38
2.4. CADRE LOGIQUE.....	47
<b>III. COUTS ESTIMATIFS DES INTERVENTIONS.....</b>	<b>54</b>
<b>IV. SUIVI ET EVALUATION.....</b>	<b>55</b>
4.1. MECANISME DE SUIVI ET EVALUATION.....	55
4.2. BUDGET ESTIMATIF DU SUIVI ET EVALUATION.....	56
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>57</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>58</b>

## **PREFACE**

Tous les Etats à travers le monde recherchent pour leurs populations le meilleur état de santé possible. Le Gabon ne fait pas exception à la règle. C'est pourquoi le Gouvernement de la République s'efforce, année après année, d'obtenir des indicateurs de santé satisfaisants, parce que favorables au plein développement du pays.

Cette préoccupation conduit le Gabon à adhérer aux différentes initiatives tant nationales que régionales ou internationales qui tendent à l'amélioration des conditions de vie des populations, et à entreprendre de nombreuses actions en accord avec la communauté internationale, et avec l'appui des partenaires au développement. A cette fin, des politiques, stratégies et plans d'actions sont périodiquement élaborés et mis en œuvre.

La politique nationale de santé 2024-2034 (PNS 2024-2034), élaborée au terme de la précédente qui couvrait la période 2010-2020, s'inscrit ainsi dans une logique de continuité de l'action sanitaire gouvernementale. Elle est appelée à être mise en œuvre à travers deux plans stratégiques quinquennaux, le PNDS 2024-2028 étant le premier de la série.

Tirant les leçons de la mise en œuvre des PNDS 2011-2015 et 2017-2021, et de leurs évaluations finales ayant objectivé à chaque fois un défaut d'atteinte des objectifs fixés, le PNDS 2024-2028 se veut réaliste dans son ambition. Dans ce sens, il cible des objectifs en plus petit nombre mais ayant chacun un fort impact sur l'état de santé des populations.

Prenant appui sur les orientations de la PNS 2024-2034 (vision, valeurs, principes directeurs et réformes), et élaborée selon un processus participatif inclusif ayant impliqué l'ensemble des parties prenantes à l'action sanitaire nationale, le PNDS 2024-2028 est le premier temps de cet engagement renouvelé du Gouvernement de la République, de doter la nation gabonaise, à l'horizon 2034, d'un système de santé dont la gouvernance est consolidée au niveau central, régional et départemental, avec une couverture nationale complète en services essentiels de qualité accessibles à tous, notamment au premier niveau de la pyramide sanitaire.

Sa mise en œuvre réussie sera un grand pas effectué vers l'atteinte de l'objectif, et de bonne augure pour le deuxième PNDS appelé à clore le cycle 2024-2034.

Je veux ici renouveler à tous les experts qui ont participé à l'élaboration du PNDS 2024-2028 l'expression de ma profonde gratitude, et leur adresser mes chaleureuses félicitations. La qualité du travail accompli est en soi un appel à toutes les parties prenantes, pour un engagement sans faille à relever le défi d'une mise en œuvre ayant atteint tous les objectifs fixés.

LE MINISTRE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES  
SOCIALES

Guy Patrick OBIANG NDONG

## **ABREVIATIONS ET ACRONYMES**

**ACD :** Atteindre Chaque District

<b>AM :</b>	Agence du Médicament
<b>CCSLM :</b>	Code Commercial des Substituts du Lait Maternel
<b>CEEAC :</b>	Communauté Economique des Etats de l’Afrique Centrale
<b>CEMAC :</b>	Communauté Economique et Monétaire de l’Afrique Centrale
<b>CENAREST :</b>	Centre National de Recherche Scientifique et Technologie
<b>CIRMF :</b>	Centre Interdisciplinaire de Recherches Médicales de Franceville
<b>CTA :</b>	Centre de Traitement Ambulatoire du VIH
<b>CUSS :</b>	Centre Universitaire des Sciences de la Santé
<b>CNAMGS :</b>	Caisse Nationale d’Assurance Maladie et de Garantie Sociale
<b>CNSS :</b>	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
<b>CPNR :</b>	Consultation Périnatale Recentrée
<b>CPON :</b>	Consultation Post Natale
<b>DTC :</b>	Diphthérie – Tétanos – Coqueluche
<b>DOTS :</b>	Traitement sous observation directe
<b>EASSML :</b>	Ecole d’Application du Service de Santé Militaire de Libreville
<b>EDSG :</b>	Enquête Démographique et de Santé du Gabon
<b>EGEP :</b>	Enquête Gabonaise sur l’évaluation et le suivi de la Pauvreté
<b>ENASS :</b>	Ecole Nationale d’Action Sanitaire et Sociale
<b>EPS :</b>	Education Pour la Santé
<b>e-TME :</b>	Elimination de la Transmission Mère Enfant
<b>FMSS :</b>	Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé
<b>FMP :</b>	Faculté de Médecine et de Pharmacie
<b>GEF :</b>	Gabonais Economiquement Faible
<b>HIABO :</b>	Hôpital d’Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba
<b>IELE :</b>	Institut d’Epidémiologie et de Lutte contre les Endémies
<b>IEC :</b>	Information Education et Communication
<b>INFASS :</b>	Institut National de Formation d’Action Sanitaire et Sociale
<b>IST :</b>	Infection(s) Sexuellement Transmissible(s)
<b>LNSP :</b>	Laboratoire National de Santé Publique
<b>MST :</b>	Maladie(s) Sexuellement Transmissible(s)
<b>ODD :</b>	Objectifs du Développement Durable
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG :</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>OPN :</b>	Office Pharmaceutique National
<b>UA :</b>	Union Africaine
<b>PCIME :</b>	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l’Enfant
<b>PAA :</b>	Paquet d’Activités Autorisées
<b>PEC :</b>	Prise En Charge
<b>PESS :</b>	Paquet Essentiel des Services de Santé
<b>PEV :</b>	Programme Elargi de Vaccination

<b>PIB :</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PNUD :</b>	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PTME :</b>	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
<b>PVVIH :</b>	Personne Vivant avec le VIH
<b>RGPH :</b>	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>RSI :</b>	Règlement Sanitaire International
<b>SSP :</b>	Soins de Santé Primaires
<b>SSR :</b>	Santé Sexuelle et de la Reproduction
<b>SIDA :</b>	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
<b>SNIS :</b>	Système National d'Information Sanitaire
<b>UA :</b>	Union Africaine
<b>UNICEF :</b>	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>UNFPA :</b>	Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>UNHCR :</b>	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
<b>USD :</b>	Dollar US
<b>USS :</b>	Université des Sciences de la Santé
<b>VAT :</b>	Vaccin Antitétanique
<b>VIH :</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## RESUME ANALYTIQUE

Le PNDS 2024-2028 s'appuie sur les résultats de santé mis en évidence par l'évaluation finale de la PNS 2010-2020. Il prend en compte les engagements internationaux du pays, notamment pour ce qui est d'atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD 3 en particulier), adoptés en septembre 2015 à New York. Les interventions sont alignées sur les priorités sanitaires nationales et visent l'amélioration des indicateurs de l'état santé du pays. L'accent 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 renforcement de la collaboration intersectorielle et le développement du partenariat. L'opérationnalisation des départements sanitaires occupe une place majeure, en vue de renforcer les soins de bases à travers la prévention et la promotion de la santé.

Le PNDS 2024-2028 prend également en compte les problématiques nouvelles que sont la préparation, la surveillance et la riposte aux flambées épidémiques et autres urgences de santé publique, la résilience du système de santé aux chocs extérieurs, et les interactions documentées entre la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale qui commandent l'accélération du déploiement de la stratégie « une seule santé » en intégrant la lutte contre la résistance aux antimicrobiens et la lutte contre les zoonoses. Un autre aspect structurant du PNDS 2024-2028 est la question lancinante du double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles auquel est confronté le pays en pleine transition épidémiologique.

Élaboré selon un processus participatif ayant impliqué l'ensemble des acteurs du secteur de la santé (Etat, communautés, société civile et partenaires au développement), le PNDS 2024-2028 est un outil majeur pour la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé et l'atteinte de l'ODD 3. Il constitue l'unique cadre référentiel des stratégies et interventions en matière de santé ou liée à la santé, sous le leadership du Ministère chargé de la santé publique. Son objectif général est d'améliorer l'état de santé et le bien-être des populations.

Pour atteindre cet objectif général, le PNDS 2024-2028 poursuit des objectifs d'impact et de résultats à moyen terme dans les quatre domaines suivants :

- 1) Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie ;
- 2) Lutte contre la maladie ;
- 3) Flambées épidémiques et autres urgences de santé publique ;
- 4) Bien-être et déterminants de la santé.

Le renforcement du système de santé est, quant à lui, poursuivi selon les 8 axes stratégiques suivants :

- 1) Renforcer la gouvernance du système de santé, le leadership du Ministère de la santé, la collaboration intersectorielle et le partenariat ;
- 2) Progresser vers la couverture sanitaire universelle ;
- 3) Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie ;
- 4) Intensifier la lutte contre la maladie ;
- 5) Renforcer le système national d'information sanitaire y compris de surveillance épidémiologique ;
- 6) Préparer la riposte aux flambées épidémiques et améliorer la performance et la résilience du système de santé face aux urgences de santé publiques et aux chocs extérieurs ;
- 7) Opérationnaliser le département sanitaire par le développement des Soins de Santé de Primaires et la participation communautaire ;
- 8) Développer des politiques publiques prenant en compte les déterminants environnementaux et sociaux de la santé y compris les changements climatiques et le concept « une seule santé ».

Le coût prévisionnel du PNDS 2024-2028 est estimé à xxx FCFA, dont xxx FCFA pour l'investissement et xxx FCFA pour le fonctionnement. Ce montant correspond à un coût annuel moyen de xxx milliards de FCFA, soit environ xxx millions de dollars US.

Les interventions du volet préventif et promotionnel représentent xxx% du budget de fonctionnement, et celles du volet curatif xx%. L'administration du système absorbe le reste.

Le financement du PNDS 2024-2028 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 conduit par le ministère de la santé et rassemblant les compétences nationales et les partenaires techniques et financiers.

# I. ANALYSE DE LA SITUATION

## 1.1. CONTEXTE GENERAL

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 Brazzaville et à l'Ouest par l'Océan Atlantique. Sa superficie est de 267 667 km<sup>2</sup> avec une forêt recouvrant plus de 88% 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. Le pays compte 9 provinces, 48 départements, 26 districts, 52 communes, 35 arrondissements, 164 cantons, 969 regroupements de villages et 2 743 villages.<sup>1</sup>



Carte administrative du Gabon

<sup>1</sup> Tableau récapitulatif in *Circonscriptions administratives du Gabon*, source : Ministère de l'Intérieur.

Le Gabon fait partie des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Les ressources principales de son économie demeurent le pétrole, le manganèse et le bois. Quatrième producteur de pétrole d'Afrique subsaharienne, le Gabon a enregistré une forte croissance économique au cours de la décennie passée, portée notamment par la production de pétrole et de manganèse. En 2020, le secteur pétrolier a représenté 38,5 % du PIB et 70,5 % des exportations, malgré les efforts engagés pour diversifier l'économie.

Prévue à 3,4 % avant la COVID-19, le Gabon a enregistré une croissance de -1,8 % en 2020. Les mesures restrictives pour lutter contre la pandémie et la chute du prix du pétrole en 2020 ont eu pour conséquences la hausse du chômage, une baisse significative de la mobilisation des recettes intérieures, suivie d'une baisse des exportations et des investissements directs étrangers, entraînant un important déficit budgétaire. Le taux de croissance est estimé à 3,1 % en 2022, en progression par rapport au 1,5 % enregistré en 2021. En outre, le solde budgétaire est devenu excédentaire, à 3 % du PIB pour 2022, après un déficit de 1,9 % en 2021. En 2021, le PIB du Gabon est de 8 017 USD par habitant.

L'indice de développement humain du pays (IDH) est de 0,703 en 2022, selon le rapport du PNUD, ce qui classe le pays à la 8ème place continentale et à la 112ème place mondiale.

Concentrée sur 1,1% du territoire national, la population gabonaise présente un taux d'accroissement démographique annuel moyen de 2,9%. Elle est estimée à 2,3 millions d'habitants en 2021, et présente un des taux d'urbanisation les plus élevés du continent avec plus de quatre Gabonais sur cinq vivant en ville. Libreville et Port-Gentil recensent à elles seules 59 % de la population totale. Un Gabonais sur deux est âgé de moins de 20 ans. Le taux brut de natalité est de 34,3‰ et le taux de fécondité est de quatre enfants par femme en milieu urbain, contre six en milieu rural. 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%.

L'espérance de vie à la naissance est de 66,5 ans (63,6 ans pour les hommes et 69,7 ans pour les femmes). L'espérance de vie à 60 ans est de 17,2 ans. L'espérance de vie en bonne santé à la naissance est de 57,6 ans (56 ans pour les hommes et 59,3 ans pour les femmes), tandis que l'espérance de vie en bonne santé à 60 ans est de 12,8 ans (11,4 ans pour les hommes et 14,2 ans pour les femmes).

Un tiers (32,7%) des Gabonais vit dans la pauvreté et 3% d'entre eux sont extrêmement pauvres. 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%).

## **1.2. CONTEXTE SECTORIEL**

### **1.2.1. SYTEME DE SANTE**

#### **1.2.1.1. Organisation du système de santé**

Le système de santé gabonais repose sur deux secteurs : public (civil et militaire) et privé (lucratif et non lucratif, y compris la médecine traditionnelle). En supprimant son offre de prestations de services hospitaliers, la réforme de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) a consacré de facto la disparition du secteur parapublic. La CNSS ne dispose plus que de six centres médico-sociaux repartis sur l'ensemble du territoire.

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), ainsi que le Centre Interdisciplinaire de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF). Le niveau intermédiaire ou secondaire est composé de dix (10) directions régionales de santé et de huit (8) 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 appelé département sanitaire est composé des hôpitaux départementaux, des centres de santé, des dispensaires, et cases de santé. L'hôpital départemental, implanté au chef-lieu du département administratif, sert de référence à ce niveau.

Le secteur public militaire dépend directement du ministère de la Défense. Il comprend deux grands hôpitaux disposant d'un plateau technique performant, les hôpitaux d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO) et d'Akanda (HIAA), des centres de santé militaires, un vaste réseau d'infirmeries, et deux institutions de formation : l'Ecole d'Application du Service de Santé Militaire de Libreville (EASSML) et l'Université des Sciences et techniques de la santé. Par ailleurs, le service de santé militaire peut déployer des hôpitaux de campagne, version tentes et version motorisée. Il existe aussi des infirmeries de prisons dont le personnel relève du Ministère en charge de la Justice.

Le secteur privé non lucratif est représenté par l'Hôpital Albert Schweitzer à Lambaréné, l'Hôpital Evangélique de Bongolo à Lébamba, l'hôpital de COMILOG à Moanda et le Centre de Recherches Médicales de Lambaréné (CERMEL). Ce secteur comprend également les dispensaires d'Organisations Non Gouvernementales et de confessions religieuses.

Le secteur privé lucratif comprend les polycliniques, les cliniques, les cabinets médicaux, les cabinets de soins infirmiers, les cabinets dentaires, les cabinets d'accouchement, les cabinets de consultation pré et post natales, les cabinets d'imagerie médicale, les cabinets d'opticien lunetier, les cabinets de kinésithérapie et de massage, les laboratoires de prothèse dentaires, les centres de réadaptation et d'appareillage pour handicaps, les laboratoires d'analyses médicales, les officines de pharmacie, les dépôts de produits pharmaceutiques, les établissements de grossiste-répartiteurs de médicaments, réactifs de laboratoire d'analyse médicales et autres produits pharmaceutiques, les établissements de fabrication de produits pharmaceutiques et de réactifs de laboratoire, les établissements de vente des réactifs et matériel biomédical, les établissements de vente des produits dermo-cosmétiques et des compléments alimentaires à but thérapeutique, les établissements de vente de substances chimiques et précurseurs de médicaments, les établissements privés de formation professionnelle préparant aux carrières paramédicales, les sociétés de prestation d'hygiène publique et d'assainissement, les centres de procréation médicalement assistée, les établissements de soins traditionnels, les établissements de vente de médicaments traditionnels améliorés, les unités de production de médicaments traditionnels, les maisons de pompes funèbres, et de façon générale toute structure sanitaire privée à but lucratif dont la mission première est d'améliorer, de maintenir ou de réhabiliter la santé.

### *Assurance Maladie*

Mise en place par l'Ordonnance n° 0022/PR/2007 du 21 août 2007 instituant un régime obligatoire d'Assurance maladie et de Garantie sociale en République gabonaise, l'assurance maladie portée par la CNAMGS a permis des progrès en matière de protection contre le risque maladie. Etendue à toutes les couches de la population, notamment les plus démunies, cette assurance maladie obligatoire compte en 2022, 1 751 868 assurés et ayants droits dont 56% (987 773) de Gabonais économiquement faibles (GEF), soit près de 75% de la population gabonaise.

Le financement de la CNAMGS repose sur les cotisations patronales et salariales, l'instauration originale d'une redevance obligatoire pour l'assurance maladie (ROAM) matérialisée par un impôt indirect, la

Contribution Spéciale de Solidarité (CSS) et une taxe sur les transferts d'argent hors CEMAC et les subventions de l'Etat.

Ainsi, l'avènement de la CNAMGS a contribué à améliorer l'accès aux soins de santé pour la quasi-totalité des couches sociales, et à lutter contre les dépenses catastrophiques de santé, la pauvreté et l'exclusion sociale, traduisant ainsi dans les faits la solidarité nationale, notamment en faveur des couches les plus fragilisées de la population.

### **1.2.1.2. Gouvernance et leadership du ministère de la santé**

En tant que coordonnateur et régulateur du système de santé, le Ministère de la santé doit être en mesure d'exercer une gouvernance efficace, aussi bien de ses services et organes que des domaines d'activités de la nation qui entrent dans son champ de compétence, à savoir :

- Surveillance et évaluation régulière de l'état de santé des populations ;
- Anticipation des tendances et des changements relatifs à la santé des populations ;
- Coordination de l'ensemble des interventions en santé publique ;
- Élaboration, suivi et évaluation des politiques et plans de santé ;
- Collaboration intra sectorielle, intersectorielle et partenariat dans le secteur de la santé ;
- Contrôle et supervision des unités opérationnelles du ministère de la santé.

Comme premier outil de gouvernance du secteur de la santé, le ministère de la santé dispose de documents de planification stratégique quinquennaux (PNDS). A cela s'ajoute des documents de politiques et de planifications sectorielles parmi lesquels notamment :

- Des plans stratégiques de programmes de lutte contre la maladie (paludisme, tuberculose, VIH/SIDA, MTN, urgences) ;
- Un Plan Santé de la Reproduction, Maternelle et du Nouveau-né, Infantile et des adolescents ;
- Une Stratégie nationale pour la santé des personnes âgées ;
- Une Politique nationale de santé communautaire et un plan stratégique de développement de la santé communautaire ;
- Une Politique nationale de la transfusion sanguine ;
- Une Politique nationale des laboratoires et un plan stratégique de développement des laboratoires ;
- Une Politique Pharmaceutique Nationale, un plan stratégique d'approvisionnement en médicaments et autres produits de santé et une liste nationale des médicaments essentiels (LNME) ;
- Une politique nationale et un plan stratégique de développement des ressources humaines en santé ;
- Une schéma directeur du SNIS ;
- Un Plan d'Action nationale de sécurité sanitaire ;
- Un Plan de préparation et riposte contre Ebola, Fièvre Jaune, Rougeole, Marburg, Grippe, Covid-19.

Au plan normatif, il existe un document des normes du secteur de la santé élaboré et adopté en 2010, et aujourd'hui en attente d'actualisation.

Au plan juridique, la gouvernance s'appuie sur un certain nombre de lois et décrets visant à mieux organiser le secteur de la santé, les institutions qui le portent et les rapports entre les acteurs qui l'animent. A ce titre, on peut citer sans être exhaustif :

#### *En matière d'ordonnances et de lois*

1. Ordonnance n° 001/PR/2011 du 27 janvier 2011 portant organisation du secteur pharmaceutique en République Gabonaise ;
2. Ordonnance n° 008/PR/2016 du 11 février 2016 portant modification de certaines dispositions de l'Ordonnance 0022/PR/2007 du 21 août 2007 instituant un régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale ;
3. Ordonnance n°006/PR/2017 du 27 février 2017 portant réforme hospitalière en République Gabonaise ;
4. Ordonnance du 23 février 2018 portant organisation et gouvernance des structures sanitaires ;
5. Loi n° 006/2013 du 21 août 2013 portant instauration des mesures en faveur de la lutte antitabac en République Gabonaise ;
6. Loi n° 009/2015 du 7 mars 2016 fixant les modalités de prise en charge des malades mentaux et de protection de leurs droits en République Gabonaise.

#### *En matière de décrets*

1. Décret n° 1375/PR/MSASSF du 20 novembre 2011 portant réorganisation de l'Office Pharmaceutique National ;
2. Décret n° 256/PR/MS du 19 mars 2013 portant attributions et organisation des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ;
3. Décret n° 142/PR/MSPS du 2 mars 2015 portant réorganisation des régions et des départements sanitaires ;
4. Décret n° 143/PR/MSPS du 2 mars 2015 fixant le cadre général des pratiques en matière d'offre de soins en République Gabonaise ;
5. Décret n° 284/PR/MSPSSN du 17 mai 2016 relatif au conditionnement des produits du tabac en République Gabonaise;
6. Décret n° 285/PR/MSPSSN du 17 mai 2016 portant interdiction de la publicité de la promotion, du sponsoring et du parrainage des produits du tabac;
7. Décret n° 286/PR/MSPSSN du 17 mai 2016 portant interdiction du tabac en République Gabonaise;
8. Décret n° 287/PR/MSPSSN du 17 mai 2016 portant interdiction de fumer du tabac dans les lieux ouverts au public en République Gabonaise;
9. Décret n° 339/PR/MSPSSN du 17 mai 2016 définissant la composition et les modalités de fonctionnement de la commission nationale de lutte contre le tabagisme;
10. Décret n° 578/PR/MTEPS du 22 décembre 2016 fixant les taux, l'assiette des cotisations et le plafonnement des salaires soumis à cotisation des travailleurs des secteurs public, privé et parapublic au Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale ;
11. Décret n° 000252/PR/MSF du 18 octobre 2018 portant organisation du Ministère de la Santé ;
12. Décret n° 00147/PR/MS du 07/06/2021 approuvant les statuts de l'Office Pharmaceutique National.

Mais en dépit de cet important arsenal de documents politiques, stratégiques, normatifs et juridiques visant à consolider la gouvernance du secteur de la santé, celle-ci demeure faible suite à la non-application des textes et directives.

Ainsi, les PNDS ne sont pas toujours déclinés en plans opérationnels, et souvent ne disposent même pas de plan de suivi-évaluation. L'absence de plan opérationnel annuel et financé ne permet pas d'appliquer puis évaluer la stratégie de gouvernance aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. La coordination et le suivi-évaluation des activités restent donc faibles.

Plusieurs lois et décrets restent en attente de leurs textes d'application, ce qui entrave fortement le fonctionnement des entités et secteurs concernés. De fait, les principaux services et unités techniques du Ministère n'ont pas de textes qui organisent leur fonctionnement. C'est le cas de la direction générale de

la promotion de la santé, la direction générale de la planification et du partenariat, du commissariat à la lutte contre le SIDA, de l'IELE, de l'Agence du Médicament, de la direction centrale des statistiques, et de la majorité des programmes de lutte contre la maladie. L'absence de textes ou de leur application nuit également à la réforme hospitalière, à la réorganisation du secteur privé de la santé, à la révision de la nomenclature des actes des professionnels de la santé, à la réorganisation de la médecine traditionnelle, etc.

Au niveau régional et départemental, le texte qui réorganise les régions et départements sanitaires n'est pas appliqué (Décret n° 142/PR/MSPS du 2 mars 2015). Les DRS et les départements sanitaires fonctionnent sans texte organique. Les organes de gouvernance ne sont pas mis en place. Il n'existe pas de comité de santé régional, départemental et villageois fonctionnel. Par conséquent les communautés ne participent à la gestion des structures de santé et de la santé en général. Avec l'appui des partenaires au développement, quelques régions et départements sanitaires élaborent des plans opérationnels annuels ; mais ceux-ci sont très faiblement mis en œuvre faute de financement.

En matière d'action intersectorielle, il n'existe aucun cadre formalisé de collaboration fonctionnel entre le ministère de la santé et les autres départements ministériels d'une part, et entre les secteurs public, parapublic et privé d'autre part. L'absence de structure de coordination des secteurs de santé se traduit par un déficit d'actions synergiques et intégrées, chaque secteur évoluant la plupart du temps pour son propre compte sans se soucier des liens de complémentarité édictés par les normes de la santé. Cette situation se traduit aussi par une insuffisance de contrôle du Ministère de la Santé sur les activités du secteur privé, notamment pour ce qui est du respect des normes de constructions, de la tarification des actes, de l'approvisionnement en médicaments et autres produits de santé, et des données sanitaires (notamment épidémiologiques) générées par ce secteur.

Les conditions de travail au Ministère de la santé ne sont pas optimales. Les bureaux, matériels informatiques, véhicules de services, connexions Internet doivent être renforcés au niveau des directions centrales. Cette situation est la même pour tous les services déconcentrés au niveau des régions sanitaires (DRS, IRS, BELE, BHA).

Toutes ces insuffisances grèvent la gouvernance du secteur de la santé et affaiblissent le leadership et l'action du ministère de la santé.

### **1.2.1.3. Prestations des services de santé**

Le Ministère de la santé a notamment pour mission d'assurer aux populations l'accès équitable à des soins de qualité. Il doit veiller pour cela à une bonne couverture nationale en structures sanitaires pourvues de l'ensemble des moyens nécessaires à leur fonctionnement.

Malgré quelques efforts enregistrés ces dernières années pour inverser la tendance, le système de santé au Gabon reste fortement hospitalo-centré, avec pour conséquence une orientation préférentielle des ressources et des investissements vers les structures hospitalières du niveau tertiaire, au détriment des formations sanitaires du niveau primaire (celles du Département sanitaire). Le volet préventif et promotionnel n'est donc pas suffisamment pris en compte.

Les paquets essentiels de services de santé (pour le secteur public) et les paquets d'activités autorisés (pour le secteur privé) arrêtés par les normes sont mis en œuvre partiellement dans les formations sanitaires, ce qui a pour conséquence un défaut d'harmonisation des prestations par nature et niveau de structure, la non-maîtrise de l'offre ou son inadéquation. Les FOSA ne sont généralement pas dotées de toutes les moyens requis pour une bonne prise en charge des patients. Les prestations de prévention et de promotion de la santé sont très insuffisantes. Le continuum de soins depuis la communauté jusqu'au niveau de référence nationale n'est pas assuré. Le système de référence et de contre-référence est peu performant. En matière de santé communautaire, on observe des initiatives de certains programmes de santé et de la société civile. Mais la prise en charge communautaire reste balbutiante. Toutefois,

l'adoption récente d'une politique nationale et d'un plan stratégique de développement de la santé communautaire devrait contribuer à donner plus de force à cette approche.

L'accueil dans les formations sanitaires du secteur public demeure préoccupant. De façon générale, le comportement des personnels de santé n'est pas conforme aux règles communément admises en matière d'éthique et de respect de l'utilisateur. Celui-ci n'est jamais informé de ses droits par le personnel médical. La qualité des soins est problématique et le niveau de satisfaction des usagers des services de santé est souvent bas. Cela se traduit par un taux de fréquentation des FOSA publiques de 40% seulement en 2021 avec de fortes disparités entre les régions sanitaires, un taux d'abandon ou de perdus de vue qui oscille selon les années entre 10% et 20% enregistré notamment pour le suivi des cas de tuberculose ou de VIH, la vaccination et les consultations pré natales.

Le contrôle qualité des prestations est très peu pratiqué, par défaut de services d'assurance qualité, et les expériences d'implantation de la démarche qualité dans les structures sanitaires restent marginales. Les systèmes de certification, d'accréditation et de régulation des pratiques professionnelles sont peu fonctionnels, avec pour conséquence une absence de visibilité du respect par tous des normes et règles de bonne pratique.

Les capacités de prescription optimale sont insatisfaisantes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, par défaut de rationalisation de l'utilisation des médicaments et de promotion des médicaments essentiels génériques. 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.

La verticalisation des programmes de lutte contre la maladie empêche l'intégration de leurs activités dans les formations sanitaires, ce qui entraîne une fragmentation des services de santé liés.

Le fonctionnement des formations sanitaires n'est pas optimal. Peu de formations sanitaires possèdent leur propre projet d'établissement à jour, élément-clé pour planifier l'offre de soins et asseoir les éléments constitutifs de la qualité des prestations dans la structure. De même les ressources, notamment financières, ne sont pas en adéquation avec les besoins des structures.

Des efforts doivent être davantage déployés pour une meilleure dispensation des services de santé en rapport avec certaines stratégies de prise en charge (Accélération de la Survie et du Développement de l'Enfant, incluant la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance, élimination de la transmission mère-enfant du VIH, approche Atteindre Chaque District, etc.). Il en va de même pour la promotion de la santé de la reproduction, le développement des services obstétricaux et néonataux d'urgence et les consultations pré et post natales.

Tous ces manquements entraînent des prestations des services de santé de qualité insuffisante, avec pour effet une réduction insuffisante de la charge de mortalité et de morbidité générales.

#### **1.2.1.4. Ressources humaines**

Le Ministère de la santé doit veiller à la planification et à la gestion des ressources humaines en santé. Il convient aussi de garantir une répartition équitable et pertinente du personnel sur l'ensemble du territoire national. Le Ministère de la santé doit enfin se préoccuper d'améliorer constamment et sensiblement les conditions de travail, de vie et de rémunération des professionnels de la santé, aux fins d'un meilleur rendement.

Le pays est doté d'une politique nationale des ressources humaines en santé, d'un plan stratégique de développement des ressources humaines, d'un plan de formation, d'un plan de recrutement, d'un répertoire sur les métiers de la santé et d'une étude sur la motivation du personnel à exercer en zone difficile.

Sur le plan des effectifs, les ressources humaines en santé au Gabon se chiffraient à 15452 agents en 2020, tous secteurs de santé confondus. 92% (14178) relevait du secteur public, 7% (1146) du secteur privé et 1% (128) du secteur parapublic. Le ministère de la santé regroupait 75% (11544) des effectifs, contre 9% (1340) pour le ministère de la défense (santé militaire) et 8% (1294) pour le ministère de l'enseignement supérieur. Au sein des effectifs, on note 287 personnels d'origine étrangère, soit 1,8% des effectifs. Les médecins représentent 9% de l'ensemble des personnels contre 5% de sage-femmes, 35% d'infirmiers et 19% de personnels administratifs. La MONP représente 22% des agents, soit près du quart des effectifs, ce qui est considérable.

Entre 2013 et 2020, les effectifs des agents permanents du ministère de la Santé ont baissé de près de 10% (900 agents permanents en moins). Dans le même temps, les effectifs des agents non permanents ont connu une explosion, passant de 2038 en 2013 à 3084 agents, soit près de 30% d'augmentation.

Sur le plan des spécialités, on note une très légère augmentation des effectifs de médecins, pharmaciens, sages-femmes et infirmiers. Mais ces chiffres sont très faibles et ne permettent pas de résoudre la problématique de l'insuffisance quantitative dans ces corps de spécialités. La densité médecins, infirmiers et sages-femmes pour 1000 habitants est de 3.23 au Gabon. Ce chiffre est en-dessous de la densité calculée dans la stratégie mondiale des ressources humaines en santé à l'horizon 2030 pour atteindre la Couverture Sanitaire Universelle, qui est de 4.45 médecins, infirmiers, sages-femmes pour 1000 habitants.

En matière de répartition des personnels de santé hors MONP, les inégalités sont grandes. Ainsi, en 2020, 70% des RHS exercent dans la région sanitaire de Libreville-Owendo. Aucune des autres régions sanitaires ne dépasse 10% des effectifs en personnels de santé. Sept régions sanitaires comptent moins de 5% des effectifs des personnels de santé dont trois régions sanitaires (Nyanga, Ogooué Ivindo et Ogooué Lolo) qui ne comptent que 2% des effectifs. L'Ogooué maritime et le Woleu-Ntem sont autour de 6%. Le Moyen Ogooué, la Nyanga, l'Ogooué Ivindo et l'Ogooué Lolo ont moins de 5% des effectifs.

Les RHS du Gabon sont à prédominance féminine avec 59% d'effectifs de sexe féminin contre 41% de sexe masculin. Les RHS sont vieillissantes au regard des chiffres. En effet, en 2013, la moyenne d'âge était de 43 ans avec un âge médian de 42 ans ; en 2020, la moyenne d'âge est de 46 ans avec un âge médian de 45 ans. Près de 75% du personnel a plus de 40 ans, 50% plus de 45 ans et 26% plus de 50 ans. Ces chiffres indiquent qu'il n'y a pas eu de recrutement massif dans le secteur de la santé ces dix dernières années. Sachant que l'âge du départ à la retraite est 60 ans pour le personnel paramédical et administratif, et 65 ans pour le personnel médical, les effectifs du Ministère de la santé risquent d'être à brève échéance réduits d'un quart si un plan de formation et un plan de recrutement massif ne sont pas réalisés. Ce d'autant plus que les procédures de recrutement des personnels restent longues et la disponibilité des postes budgétaires incertaine.

La formation initiale reste problématique. La réforme de l'Ecole Nationale d'Action Sanitaire et Sociale (ENASS) appuyée par le Canada et le Maroc, qui a abouti à la création de l'Institut National de Formation d'Action Sanitaire et Sociale (INFASS) par la loi n° 20/2010 du 27 juillet 2010, n'est pas encore achevée. Plusieurs textes d'application de cette loi n'ont pas été pris. Les organes de l'INFASS prévus dans son texte de création ne sont pas tous mis en place et l'organigramme reste incomplet. Les filières de formation ne sont pas toutes ouvertes, par manque d'enseignants et de locaux. Par ailleurs, certains curricula de formation ne sont toujours pas élaborés et la formation des enseignants manque de financement. Les EPFASS (antennes provinciales de l'INFASS) de Franceville, Mouila et Makokou n'ont toujours pas repris les activités pédagogiques. Tout ceci a pour conséquence une faible capacité d'accueil de cet établissement de formation, à l'origine des faibles effectifs constatés lors des recrutements.

Deux projets demeurent en gestation : la construction et l'équipement de l'Institut Supérieur de Formation des Personnels de Santé et des Affaires Sociales, et la création de l'école de santé publique de Lambaréné.

A l'Université des Sciences de la Santé (USS), des réformes sont en cours pour revoir les curricula, mais là encore, la formation manque de financement. Pour ce qui est de la formation continue, elle est toujours mal coordonnée, peu organisée et pas planifiée.

Enfin, la création d'un observatoire des RHS adossé à un système fiable et robuste d'information sur les compétences est toujours attendue. Au total, la gestion des ressources humaines en santé demeure problématique.

#### **1.2.1.5. Infrastructures sanitaires**

Selon les données de la carte sanitaire 2019, le Gabon en 2017 comptait 1324 infrastructures sanitaires ainsi réparties :

- Secteur public civil : 783 ;
- Secteur public militaire : 26 ;
- Secteur parapublic (CNSS) : 8 ;
- Secteur privé (à but lucratif et non lucratif) : 507.

Sur les 783 infrastructures sanitaires du secteur public, on compte 731 formations réparties aux trois niveaux de la pyramide sanitaire, dont 4 CHU, 8 CHR, 7 hôpitaux dont quatre nationaux, 10 CTA, 46 hôpitaux départementaux, 36 centres de santé, 9 SMI, 476 dispensaires, 62 infirmeries et 62 cases de santé. Le pays compte également un laboratoire national, un centre national de transfusion sanguine et une centrale publique d'achat de médicaments et autres produits de santé possédant huit antennes régionales.

Sur les dix dernières années, le pays a énormément investi dans le domaine des infrastructures sanitaires. Un institut de cancérologie a ainsi vu le jour, de même que trois nouveaux CHU, l'un à Owendo, l'autre à Akanda et le dernier à Libreville (CHU Mère-Enfant Fondation Jeanne Ebori). Quant au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville, il a été totalement reconstruit. Le Centre Hospitalier Régional Amissa Bongo de Franceville a été transformé en CHU. Un institut d'infectiologie est en cours de construction, qui devrait abriter le laboratoire Pr Gahouma mis en place lors de la Covid-19.

Au niveau intermédiaire, 7 centres hospitaliers régionaux ont été réhabilités et équipés. Au niveau périphérique, 13 nouveaux hôpitaux départementaux ont été construits, 3 réhabilités, 6 centres de santé construits et 5 réhabilités. Deux dispensaires ont été construits. Malgré ces efforts, le rayon moyen d'accès théorique à un dispensaire était encore de 14 km en 2019, alors que la norme est de 5 à 10 km. De nombreux dispensaires et cases de santé ne sont pas fonctionnels. Plusieurs hôpitaux départementaux sont vétustes et ne répondent plus aux normes. L'insuffisance des logements d'astreinte ne facilite pas le maintien des RHS affectés dans ces structures sanitaires.

Sur les 507 structures sanitaires privées que compte le pays, on dénombre dans le secteur lucratif 10 polycliniques, 152 cabinets médicaux y compris les cabinets de soins, 52 cliniques, 1 centre médical d'entreprise, 10 laboratoires d'analyses médicales, 27 infirmeries d'entreprise, 3 centres d'hémodialyse, 85 pharmacies et 131 dépôts pharmaceutiques.

Selon la carte sanitaire 2019, la capacité litière du pays est de 4872 lits, répartis comme suit :

- Secteur public civil : 3316 soit 68,1% ;
- Secteur public militaire : 239 soit 4,9% ;
- Secteur privé : 1317 soit 27%.

Ces chiffres donnent un ratio de 1 lit pour 415 habitants, soit 24 lits pour environ 10 000 habitants.

Au niveau des plateaux techniques, d'importants efforts ont été faits pour doter les formations sanitaires d'équipements modernes de dernières générations. La pandémie de la Covid-19 a conduit à renforcer les

capacités au niveau des services de réanimation sur l'ensemble du territoire national, ainsi que les capacités de diagnostic. Toutefois, la majorité des formations sanitaires, particulièrement du premier niveau, présentent des insuffisances en équipements (parfois même élémentaires tels que les thermomètres ou les tensiomètres).

L'absence d'une politique de maintenance aussi bien des infrastructures que des équipements et l'inexistence d'un atelier national de maintenance constituent un véritable goulot d'étranglement. La durée de vie des équipements acquis au prix d'importants efforts de l'Etat est raccourcie faute d'entretien ou de réparation. De nombreux appareils sont ainsi à l'arrêt dans les structures. Cela a un impact important sur la qualité des soins.

#### **1.2.1.6. Financement de la santé**

Le Ministère de la santé doit disposer de données fiables lui permettant d'identifier les insuffisances ou les inégalités dans l'allocation et l'utilisation des ressources financières du secteur, de manière à opérer les ajustements nécessaires, notamment pour ce qui est du rééquilibrage en faveur des soins préventifs et promotionnels, et du financement du premier niveau de soins qu'est le département sanitaire. Il lui faut élaborer en collaboration avec le Ministère des finances un cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) spécifique au secteur santé et vecteur de mise en œuvre efficiente de la politique nationale de santé. L'existence d'un système d'assurance maladie universelle est un atout non négligeable en matière de financement de la santé, de même que l'élaboration des comptes nationaux de la santé pour la bonne visibilité de la dépense de santé.

Les dépenses totales de santé (DTS) et les dépenses courantes de santé (DCS) représentent les dépenses de l'ensemble des acteurs et secteurs de la santé. Les données des comptes nationaux de la santé montrent une augmentation constante des DTS, passées de 244 milliards de francs CFA en 2010 à 292 milliards de francs CFA en 2019, soit une augmentation d'environ 50 milliards de francs CFA. Les dépenses courantes de santé (DCS) qui représentent les dépenses de fonctionnement ont augmenté de près de 100 milliards de francs CFA en 10 ans, passant de 176 milliards en 2010 à 273,7 milliards en 2019, soit une augmentation de près de 55%. Dans le même temps, les dépenses de capital qui représentent les dépenses d'investissements ont baissé d'environ 50 milliards de francs CFA, passant de 68 milliards en 2010 à 18 milliards en 2019. Ces chiffres de dépenses de santé placent le Gabon dans le Top 5 des pays africains ayant les dépenses totales de santé per capita les plus élevées.

Paradoxalement, l'augmentation nominale des DTS et DCS n'a pas entraîné une augmentation de la proportion de ces dépenses rapportées au PIB. En effet, le chiffre des DTS rapporté au PIB reste quasi stable, autour de 3%. Cela signifie que l'augmentation des dépenses de santé n'est pas le fait d'une priorisation par les pouvoirs publics du secteur de santé, mais juste un effet mécanique de l'augmentation de la richesse du pays.

Les dépenses publiques de santé sont également en hausse constante. Elles étaient de 165 milliards en 2019, représentant 11% du budget annuel. Toutefois, cela reste en deçà du pourcentage prescrit par la Déclaration d'Abuja de 2001, où les pays de l'Union Africaine s'engagent à allouer au moins 15% du budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé. L'augmentation des dépenses publiques de santé est liée à la mise en place de l'assurance maladie obligatoire, dont les ressources issues aussi bien des subventions du Gouvernement que des cotisations sociales ont permis de doter le pays d'une assurance sociale fonctionnelle. La dépense du régime d'assurance maladie porté par la CNAMGS est évaluée à 69 milliards en 2020.

La création de la CNAMGS et sa mise en service ont entraîné le doublement des dépenses domestiques du Gouvernement (incluant les dépenses d'assurances sociales) mais permis une baisse des dépenses directes des ménages. En 2020, les premières se chiffrent à 167 milliards, et les secondes à 60 milliards de francs CFA. Quant aux dépenses d'assurances sociales, elles sont de 69 milliards de francs CFA en 2020.

La mise en place de la CNAMGS a aussi permis de réduire de près de 33% les dépenses catastrophiques de santé pour le Gabon. Ce résultat illustre les progrès du pays en matière de protection contre les risques financiers et les dépenses catastrophiques.

Cependant, ces chiffres encourageants ne doivent pas occulter les nombreux défis qui subsistent. Primo, les dépenses courantes du Ministère de la Santé évoluent en dents de scie d'année en année. Elles se chiffrent à 87 milliards en 2019. Secundo, les salaires des personnels de santé consomment 76% du budget. Le reste se répartit entre les biens sanitaires (médicaments, réactifs, petits équipements médicaux et autres fournitures médicales) à hauteur de 13% environ et les biens non sanitaires (entretiens, fournitures de bureau, alimentation, gardiennage...) à hauteur de 11%. Tertio, 80% des dépenses en moyenne sont affectées aux soins curatifs, contre seulement 6% en moyenne pour la prévention. Ces chiffres confirment l'orientation hospitalo-centriste du système de santé gabonais et expliquent en partie les résultats décevants en matière de réduction des incidences des principales pathologies infectieuses : la prévention est faible par manque de financement à la hauteur requise. Quarto, malgré la CNAMGS, le coût du médicament demeure une réelle entrave à l'accès universel aux soins. En effet, le médicament représente en moyenne 25% des dépenses totales de santé (DCS) avec une moyenne de 60 milliards de francs CFA par an. Il est le deuxième poste de dépenses des DTS après les soins curatifs hospitaliers. Il représente près de 70% des dépenses des ménages et il est leur premier poste de dépenses, même avec la prise en charge de la CNAMGS. Enfin, le pourcentage des dépenses courantes de santé affectés au département sanitaire est en baisse. En 2019, il n'est que de 8,4%. Ainsi, au lieu d'un accroissement du financement du premier niveau de la pyramide sanitaire, on assiste plutôt à son sous-financement.

En matière de gestion financière, on relève l'existence d'une politique de contrats de performances initiée par la BOP, et la mise en place de mécanismes équitables et transparents de gestion des recettes propres des structures sanitaires publiques (incluant les paiements de la CNAMGS). On déplore par contre le manque d'élaboration d'un Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT) pour la mise en œuvre des PNDS.

#### **1.2.1.7. Information sanitaire et surveillance épidémiologique**

Pour une prise de décision éclairée, l'autorité doit disposer d'informations fiables et constamment actualisées. Dans cette optique, il est primordial que le Ministère de la Santé dispose d'un système d'information sanitaire performant intégrant le secteur public civil et militaire, para public et privé. Ceci est particulièrement critique pour la surveillance épidémiologique.

Le système national d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique reste globalement peu performant. Des succès ont été enregistrés ces derniers temps, avec notamment l'actualisation et la diffusion des outils de collecte des données standardisés/harmonisés, la sensibilisation des professionnels de la santé sur l'importance du SNIS, le renforcement des capacités du personnel à la gestion du système et l'intégration des indicateurs d'alertes précoces dans le système de surveillance et d'information sanitaire. Une stratégie de gestion du changement dans l'utilisation de l'outil informatique a été élaborée, qui reste à mettre en œuvre. Il reste aussi à institutionnaliser l'enquête démographique et de santé, l'élaboration de l'annuaire statistique et de la carte sanitaire, et aussi mettre en place le cadre juridique et normatif de gestion du SNIS, incluant notamment la formalisation du circuit de l'information sanitaire.

De multiples lourdeurs demeurent toutefois, qui compromettent le fonctionnement optimal du SNIS : des données à enregistrer complexes par rapport au niveau de compétence des agents, des délais de transmission des données non respectés, l'absence ou l'insuffisance de traitement des données, tant au niveau du département sanitaire qu'au niveau de la région, l'absence de rétro-information, la faible disponibilité ou fonctionnalité des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le système, notamment en zones rurales, et des données nationales incomplètes par manque de maîtrise des informations sanitaires générées par le secteur privé, et aussi la caducité du logiciel de gestion de l'information sanitaire (Infosani).

La mise en place des capacités requises au titre du Règlement Sanitaire International (RSI) n'a toujours pas été parachevée.

En matière de surveillance épidémiologique, des efforts notables ont été faits pour améliorer la performance dans la notification des cas de maladies à déclaration obligatoire, renforcer le système de transmission des données à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et les capacités des personnels impliqués. Le financement en faveur de la surveillance épidémiologique s'est accru, et un fonds pour les investigations a été mis en place. Des avancées ont également été enregistrées dans la gestion correcte des épidémies et situations d'urgences. Mais la coordination du système de surveillance épidémiologique et la concertation avec les partenaires demeure problématique, d'autant plus qu'il n'existe toujours pas de cadre formalisé de planification et de suivi-évaluation.

La production des documents stratégiques d'information sanitaire reste globalement problématique. Exception faite du service chargé de la production des Comptes Nationaux de la Santé, qui enregistre 91% de fréquence de production, et la Direction Générale de la Statistique avec 50%, tous les autres services et directions dédiés ont une fréquence de production en-dessous de la moyenne : 36% pour l'annuaire statistique, 40% pour la carte sanitaire et 27% pour le Tableau de bord Général de la Santé. Enfin, une grande partie des données sanitaires du secteur privé échappe au SNIS.

Au total, en dépit d'acquis certains, le SNIS reste globalement dysfonctionnel.

#### **1.2.1.8. Technologies sanitaires**

Le Ministère de la santé se doit de veiller à l'accès universel et à l'utilisation rationnelle des médicaments essentiels, dispositifs médicaux de qualité, vaccins, produits sanguins et services d'aide au diagnostic (biologie et imagerie médicales). Il organise pour cela le système d'approvisionnement des formations sanitaires en produits et équipements requis, et met en place un programme de contrôle qualité des MAPS (médicaments et autres produits de santé).

Fin 2019, le Ministère de la Santé a élaboré et validé une nouvelle politique pharmaceutique nationale, un plan national d'approvisionnement en médicaments et autres produits de santé, et une liste nationale de médicaments et dispositifs médicaux essentiels. Depuis 2022, le pays est admis au programme mondial de pharmacovigilance de l'OMS.

Sur le plan institutionnel, la direction du médicament et de la pharmacie a été transformée en agence du médicament et l'Office Pharmaceutique Nationale a vu son statut passer d'établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC) à société d'Etat, pour renforcer sa capacité de financement. La réorganisation des pharmacies hospitalières dans le prolongement de la réforme de l'OPN est effective. Une société de fabrication de médicament s'est installée à Nkok. La CNAMGS et toutes les assurances maladies privées disposent de listes de médicament remboursables.

Ainsi, en matière de technologies sanitaires, le Gabon est relativement bien pourvu, et le secteur du médicament relativement bien structuré, avec des modalités d'organisation et de gestion formalisés. Mais en dépit des efforts fournis, de nombreux écueils subsistent, notamment :

- les difficultés d'approvisionnement des structures sanitaires en médicaments et autres produits de santé y compris les vaccins, allant jusqu'à compromettre même la prise en charge des affections prioritaires telles que l'infection à VIH, la tuberculose, le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA) et les maladies diarrhéiques chez l'enfant ;
- les ruptures toujours fréquentes de stocks de médicaments dans les formations sanitaires, les plus emblématiques étant celles des ARV et des antituberculeux qui ont pour conséquence l'augmentation des taux de mortalité liée au VIH/sida et à la tuberculose ;
- le manque de coordination et de synergie entre les différents acteurs du domaine ;
- l'absence de comités nationaux de quantification et de suivi de la gestion des intrants ;

- l'insuffisance des financements disponibles pour couvrir les besoins, le fractionnement et le retard de la mise à disposition de ces financements ;
- la dépendance du pays au marché international dont le corollaire est le retard dans les délais de livraison ;
- la gestion problématique des approvisionnements au niveau central et déconcentré (locaux non adaptés, équipements insuffisants, mobilité des ressources humaines en charge des approvisionnements, manque de formation continue et de supervision formative, faiblesse au niveau du système d'information en gestion logistique, etc.).

Enfin, on peut rajouter à tout cela la lourdeur et la complexité des procédures administratives d'acquisition.

Les pharmacies hospitalières peinent à réaliser les dispensations journalières nominales pour les malades hospitalisés.

Quelques-unes des réformes initiées dans le secteur du médicament commencent à porter leurs fruits. Ainsi, avec l'appui du Fonds Mondial, il n'est plus observé des ruptures d'anti tuberculeux. De même, suite à l'inscription du Gabon dans la plateforme wambo pour un meilleur approvisionnement du pays en ARV aux coûts internationaux, la disponibilité de ces médicaments a été considérablement améliorée. Enfin, l'OPN dispose dorénavant de stocks suffisants de médicaments, ce qui longtemps n'a pas été le cas. Toutes les formations sanitaires périphériques ont reçu leurs dotations en médicament cette année.

Concernant les médicaments génériques, on observe une difficulté persistante du pays à promouvoir leur usage. On note encore des manquements dans 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. On peine à mettre en place des comités de quantification des médicaments au niveau régional et national, à promouvoir l'usage rationnel du médicament et l'usage des médicaments traditionnels améliorés.

Au registre de l'immunisation, le pays est en indépendance vaccinale et assure ainsi lui-même son approvisionnement en vaccins. Toutefois, depuis 2010, aucun nouveau vaccin n'a pu être introduit dans le pays parce que le financement requis fait défaut.

Au registre de la transfusion sanguine, des efforts ont été déployés et on note une disponibilité de sang sécurisé dans les grandes structures hospitalières, dans les centres hospitaliers régionaux et dans certains hôpitaux départementaux. Ces efforts doivent être poursuivis pour assurer une disponibilité de sang sécurisé dans toutes les formations hospitalières du pays.

En matière de laboratoire, le secteur public de santé dispose d'un laboratoire national de santé publique (LNSP), d'un centre de recherches médicales de renommée internationale (le CIRMF, qui travaille notamment sur les maladies émergentes et ré-émergentes, les maladies tropicales et le VIH-Sida) et d'un ensemble de laboratoires situés dans les formations sanitaires civiles et militaires ainsi que dans certains programmes de santé (HIV, BK, Paludisme). Il en existe également au niveau des unités de recherches de l'université des sciences de la santé (USS).

Au niveau du secteur privé, on retrouve essentiellement les laboratoires d'analyses médicales. Ils sont inégalement répartis sur l'ensemble du territoire national, parce que surtout présents dans les capitales provinciales et les chefs-lieux de départements. Ce secteur comprend aussi un centre de recherches médicales de renommée internationale : le CERMEL, qui poursuit des travaux sur le paludisme (vaccin), la tuberculose (résistance aux médicaments) et autres maladies tropicales.

Le secteur du laboratoire au Gabon est marqué par des insuffisances relatives au cadre juridique et institutionnel des laboratoires, aux capacités opérationnelles du réseau des laboratoires et aux systèmes

de gestion de la qualité des laboratoires. Le pays a récemment élaboré et adopté une politique et une stratégie des laboratoires qui restent à mettre en œuvre.

Dans le cadre de la résistance aux antimicrobiens (RAM), le pays s'est doté d'un plan d'action et de nombreuses actions de sensibilisation des acteurs ont été menées notamment auprès des prescripteurs et des pharmaciens sur la nécessité et l'urgence. Cette problématique a également été prise en compte dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche « Une seule santé » avec le ministère de l'Agriculture et celui de l'Environnement. Il faut noter que le pays fait face à la tuberculose multi et ultra résistante, et que quelques cas de résistances aux ARV ont été notifiés par les prescripteurs.

Concernant les déchets biomédicaux, la problématique de leur gestion reste entière, tant pour ce qui est du tri réglementaire (absent dans les services producteurs) que de leur élimination sans dommage pour les populations (les décharges publiques où ils sont déversés ne sont pas aux normes). Des progrès importants ont été enregistrés lors de la pandémie de la Covid-19 avec l'acquisition par le pays de plusieurs incinérateurs de dernière génération. Ceci devrait permettre un bond qualitatif dans la gestion des déchets biomédicaux.

#### **1.2.1.9. Performance du système de santé**

Un système de santé performant est un système capable de faciliter l'obtention de plusieurs résultats, englobant la couverture sanitaire universelle, la sécurité sanitaire et la prise en compte des déterminants de la santé dans l'ensemble des objectifs de développement durable en étant parallèlement capable de répondre aux besoins des usagers.

Une telle approche va au-delà de ce que l'on entend traditionnellement par performance du système (où l'accent est plutôt mis sur l'accès aux services de base), pour évoluer vers une perspective plus globale centrée sur les capacités à garantir la disponibilité des services, y compris essentiels, dont les personnes ont besoin, même en cas de choc, en veillant à ce que ces services soient de qualité et correspondent aux besoins exprimés. Quatre dimensions du système de santé sont ici prises en compte : l'accès aux services essentiels, la qualité des services essentiels, la demande des services essentiels et la résilience aux chocs perturbateurs menaçant d'interrompre la prestation des services essentiels. La performance du système de santé est ici évaluée à l'aune des résultats attendus, et non des investissements réalisés. Des critères de performance sont définis pour chacune des quatre dimensions, ainsi que des indicateurs, de façon à déterminer clairement le niveau de progrès ou de lacune.

A l'aune de cette grille d'évaluation, la performance du système de santé du Gabon est de 43% contre 52,9% pour la moyenne de la région africaine de l'OMS, le score le plus faible étant de 34,4% et le plus élevé de 75,8%. Le Gabon est ainsi à environ 10 points de la moyenne africaine et à 32 points du système de santé le plus performant de la région. Le chiffre de la performance du Gabon signifie que son système de santé ne réalise que 43% de ce qu'il est capable d'accomplir.

L'analyse des scores dans chaque dimension montre que c'est la résilience du système (15% de performance) qui grève le résultat global du Gabon. Cela est principalement dû à l'insuffisance de développement des capacités nationales dans le cadre du RSI.

Il est vrai que depuis 2020, et au décours de la pandémie de la Covid-19, des efforts importants ont été faits pour améliorer les capacités du pays dans le cadre du RSI. Mais dans l'ensemble, cela reste insuffisant. Des progrès plus importants doivent être réalisés.

Le deuxième score le plus faible porte sur la demande des services essentiels de santé (51% de performance). Un des indicateurs traceurs dans cette dimension, est le taux d'abandon enregistré dans les domaines d'interventions prioritaires tels que la vaccination, et dans le nombre de perdus de vues des patients suivis pour infection à VIH ou tuberculose. Dans les deux cas, les chiffres sont trop élevés.

Ces chiffres de la performance du système de santé du Gabon expliquent largement ceux des indicateurs de santé du pays, qui montrent des progrès insatisfaisants de l'état de santé des populations.

### 1.2.2. PROFIL SANITAIRE

Le profil sanitaire du pays offre un panorama résultant à la fois des défis de santé auxquels il fait face et du niveau de la réponse nationale induite.

Ainsi, le taux de mortalité des adultes de 15 à 60 ans a connu une baisse, passant de 288 à 210 pour 1000 habitants dans la période 2010-2020.

La mortalité maternelle a connu une faible réduction et est passée de 316 à 252 décès pour 100 000 naissances vivantes en dix ans. Quant à la mortalité chez l'enfant, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est passé de 92 à 39 décès pour 1000 NV. Le taux de mortalité infantile est passé de 43 à 28 décès pour 1000 NV et le taux de mortalité néonatale est passé de 26 à 18 décès pour 1000 NV.

L'examen des taux de mortalité liée aux principales maladies révèle une situation contrastée. Ainsi, le taux de mortalité liée à la tuberculose a connu une augmentation ces dix dernières années, passant de 81 à 94 décès pour 100 000 habitants, quand dans le même temps le taux de mortalité liée au paludisme diminuait considérablement, passant de 96 à 11 décès pour 100 000 habitants. Concernant la mortalité liée au SIDA, on enregistre entre 2011 et 2021 une baisse de 148 à 91 décès pour 100 000 habitants.

Pour ce qui est des maladies non transmissibles, le taux de mortalité liée a connu une légère baisse en dix ans, passant de 709 à 613 décès pour 100 000 habitants. Dans le détail, on observe que le taux de mortalité liée aux maladies cardio-vasculaires est passé de 148 à 145 décès pour 100 000 habitants, et le taux de mortalité liée au diabète sucré est lui, passé de 33 à 35 décès pour 100 000 habitants.

Selon les rapports des annuaires statistiques du Gabon des cinq dernières années, l'HTA, le diabète sucré, les AVC et les cancers font partie des cinq premières causes de mortalité chez les personnes de plus de 60 ans.

En 2021, la morbidité au Gabon présente le profil suivant :

- Séroprévalence du VIH : 3,6% ;
- Incidence du VIH : 80 pour 100 000 habitants ;
- Incidence de la tuberculose : 513 pour 100 000 habitants ;
- Incidence du paludisme : 215,5 pour 1000 habitants ;
- Prévalence de la THA (trypanosomiase humaine africaine) : 4% ;
- Prévalence de la lèpre : 0,16 cas pour 10.000 habitants ;
- Prévalence de l'ulcère de Buruli confirmé par PCR : 13,33% ;
- Prévalence de l'hyperglycémie/diabète sucré : 6% ;
- Prévalence de l'HTA (plus de 18 ans) : 25,5%.

En 2021, le Gabon demeure dans un contexte d'épidémie généralisée de VIH, avec une augmentation des cas de tuberculose. Concernant l'infection à VIH, le VIH 1 prédomine avec 94,6% des cas, contre 3,5% pour le VIH 2 et 1,9% pour le VIH 1 et 2. Concernant la tuberculose, l'incidence demeure très élevée, le nombre de TB/MR a augmenté de 30% entre 2019 et 2020, passant de 63 à 90 cas. On observe également une très forte augmentation du nombre de cas de TB/UR passant de 3 à 13 cas entre 2019 et 2020, soit une hausse de 10 cas (77%).

L'incidence du paludisme a augmentée et est due à l'absence ou l'insuffisance de mise en œuvre des mesures de prévention contre cette maladie, spécialement pour ce qui est de la lutte anti-vectorielle. La proportion de la population générale qui dort sous MIILDE est estimée à 21%, ce qui est un recul au regard

des 27% enregistrés en 2017. Concernant les maladies tropicales négligées (MTN), les prévalences sont en baisse.

Pour ce qui est des maladies non transmissibles, entre 2011 et 2021, la prévalence de l'hypertension artérielle est passée de 27,1% à 25,5%, et celle du diabète de 9,3% à 6%. Le peu de progrès observé dans ces chiffres traduit l'absence ou l'insuffisance d'interventions sur les facteurs de risques de ces maladies. Comme pour les maladies infectieuses, on objective ici la faillite du volet promotionnel de la santé.

L'utilisation de méthode moderne de contraception a régressé, passant de 24% en 2017 à 17% en 2021. La proportion des femmes enceintes ayant effectué au moins 4 visites prénatales (CPN4) n'a pas évolué entre 2017 et 2021 (78 %). Le taux de couverture des femmes enceintes en TPI 3 est de 38% en 2021. Le pourcentage des femmes qui pratiquent l'allaitement exclusif est passé de 6% à 19% de 2010 à 2020.

Les taux de couverture vaccinale en VAR et PENTA 3 ont baissé, passant respectivement de 74% à 55,3% et de 73% à 68,4% entre 2017 et 2021.

Le pays a enregistré quatre épidémies de maladie à virus Ebola (MVE) localisées dans la région sanitaire Est entre 1994 et 2002, deux épidémies de Chikungunya depuis 2017 et plusieurs épidémies de rougeole.

En résumé, le profil sanitaire du Gabon montre que le pays est confronté au double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles, et est de surcroît en pleine transition épidémiologique.

### **1.2.3. DETERMINANTS DE LA SANTE**

De nombreux facteurs situés en amont du département de la santé conditionnent l'état de santé des populations, qu'ils soient politiques, socioculturels, socio-économiques, environnementaux ou biologiques. Leur prise en compte commande une action multisectorielle forte, à même de transformer le cadre de vie des populations en environnements favorables pour la santé, condition indispensable au maintien de leur bon état de santé.

#### **1.2.3.1. 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. Sur le plan politique, la santé fait partie des priorités des pouvoirs publics. Sur le plan de la politique de décentralisation, la santé fait partie des domaines transférés aux collectivités locales ; et même si les textes sur la décentralisation ne sont pas encore totalement appliqués, sur le terrain les collectivités locales mènent des actions dans le domaine de la santé. La stabilité des institutions politiques constitue une opportunité pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé.

#### **1.2.3.2. Facteurs socioculturels**

Le niveau d'instruction des mères est un déterminant important pour la santé des ménages, particulièrement des enfants. Au Gabon, il n'y a ni dans les us et coutumes, ni dans la pratique quotidienne, des règles discriminatoires à l'égard des femmes, volontairement, arbitrairement et systématiquement établies. Le taux de scolarisation est parmi les plus élevés d'Afrique subsaharienne. Les ratios filles/garçons dans l'éducation au Gabon montrent une situation satisfaisante, le rapport fille/garçon restant quasi égal quel que soit l'ordre d'enseignement considéré, malgré les problèmes spécifiques que les filles rencontrent au secondaire, au moment de leur adolescence, et qui sont à l'origine d'un fort taux de déperdition scolaire par rapport aux garçons. Le niveau élevé d'instruction des mères est un élément plutôt favorable. Par exemple, la proportion d'enfants souffrant de malnutrition chronique ou de prise en charge tardive suite à un faible niveau d'instruction de la mère est minoritaire au Gabon.

Les informations disponibles (DSCR, EDSG) montrent que le faible niveau d'instruction, la pauvreté, 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, en particulier pour les personnes vivant dans les quartiers sous-intégrés des zones urbaines ou en milieu rural.

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

Les comportements sexuels à risque liés à la libération des mœurs, à la banalisation du mariage et à la fragilisation des couples, constituent un facteur important de transmission élevée du VIH et des infections sexuellement transmissibles, notamment les hépatites B et C responsables de cirrhose et de cancer primitif du foie.

### **1.2.3.3. Facteurs socio-économiques**

Le Gabon est un pays à revenu intermédiaire tranche supérieur avec un PIB per capita parmi les plus élevés de la région Africaine. Cette situation économique permet au secteur de la santé de bénéficier des ressources financières importantes, quoiqu'insuffisantes au regard des besoins et des défis.

La répartition de la richesse constitue un défi pour le pays. La pauvreté constitue aujourd'hui un des grands déterminants de la santé au Gabon. La précarité touche un nombre croissant de la population, avec pour corollaire des revenus insuffisants pour soutenir un état de santé durablement satisfaisant.

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

Les données de l'Enquête Gabonaise pour l'Évaluation de la Pauvreté (EGEP) montrent que le faible pouvoir d'achat des populations limite grandement leur accès aux services de santé. Les ménages riches ont ainsi largement plus de facilité à consulter que les ménages pauvres.

L'existence de l'assurance maladie universelle, mise en place en 2008 via la CNAMGS, apporte un soulagement partiel aux Gabonais Economiquement Faibles (GEF) en améliorant leur accès aux services de santé. Pour les travailleurs du secteur privé, en plus de la CNAMGS, il existe différents régimes de prise en charge par des assurances privées.

### **1.2.3.4. Facteurs environnementaux**

En matière d'habitat, les schémas directeurs et les plans d'urbanisation sont insuffisants et très peu suivis, occasionnant une carence notoire en logements décentes. En zone urbaine, 41% des logements sont précaires et sous-équipés. L'approvisionnement en eau potable est assuré à 93,2 % des ménages en milieu urbain contre 39,3% en milieu rural. La qualité moyenne de cette eau est source de maladies diarrhéiques et parasitaires.

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

Les accidents de la voie publique, en nette progression statistique, résultent du développement des villes avec une explosion du nombre de véhicules en circulation dans un contexte de sécurité routière défaillante, de mauvais état des routes et de contrôles techniques inefficaces, ce qui augmente la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes. De même, la sédentarité, la pollution, les accidents de travail et les maladies professionnelles nées du modernisme jouent un rôle négatif.

Enfin Les changements climatiques et les catastrophes naturelles et humaines, de même que la survenue de pandémie à l'exemple de la Covid-19 peuvent durablement affecter l'état de santé général des populations.

#### **1.2.3.5. Facteurs biologiques**

Le Gabon est un pays à forte prévalence de la drépanocytose, maladie héréditaire également appelée hémoglobinoase S ou anémie à hématies falciformes. En effet, les porteurs du gène de la drépanocytose représentent 25% de la population, c'est-à-dire qu'un gabonais sur quatre est touché. La majorité des enfants atteints survivent désormais au-delà de 18 ans grâce à l'amélioration de la prise en charge. La disponibilité de la prophylaxie chez l'enfant, les vaccinations et les thérapies telles que l'hydroxyurée ont contribué à l'amélioration de cette survie.

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.

A l'heure actuelle dans le pays, de plus en plus de cas d'hémophilie sont signalés, dont il faut également assurer la prise en charge.

### 1.3. PROBLEMES PRIORITAIRES

L'analyse de la situation fait ressortir 9 problèmes prioritaires :

1. Une mortalité maternelle et infanto-juvénile élevée ;
2. Une réduction insuffisante du poids des maladies transmissibles, avec recrudescence des maladies évitables par la vaccination, et une augmentation des maladies non transmissibles ;
3. Une faible performance du système de santé, surtout en termes d'accès et de demande de soins essentiels de qualité au premier niveau de la pyramide sanitaire ;
4. Une faible résilience du système de santé aux urgences de santé publique et aux chocs extérieurs en termes de capacités requises pour le Règlement sanitaire international ;
5. Une faible opérationnalisation des départements sanitaires et faible participation communautaire par absence de mise en œuvre de la stratégie des SSP et de la santé communautaire ;
6. Une faible opérationnalisation ou mise en place des services et organes de gouvernance à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
7. Des ruptures récurrentes des stocks de médicaments et dispositifs médicaux essentiels dans les formations sanitaires, et une faible disponibilité des services d'aide au diagnostic ;
8. Une insuffisance et une répartition inéquitable des ressources (humaines et financières) au détriment des interventions prioritaires, notamment dans le département sanitaire ;
9. Une faible prise en compte, par défaut d'une action multisectorielle forte, des facteurs environnementaux (incluant les changements climatiques), des interactions avec la santé animale et des autres déterminants de la santé.

## **1.4. ANALYSE DES FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITES, MENACES**

L'analyse de la situation met en évidence des forces à capitaliser, des faiblesses à corriger, des opportunités à saisir et des menaces à prévenir ou contenir, pour une mise en œuvre réussie du PNDS 2024-2028.

### **1.4.1. Au titre des forces**

- Existence de documents de politique et de stratégies nationales, et de documents normatifs du ministère de la santé ;
- Existence de programmes et services spécifiques dotés de plans stratégiques ;
- Existence de structures périphériques de PEC de la mère et de l'enfant (centres de santé, centres médicaux et SMI) ;
- Existence de personnels formés aux différentes stratégies (CPNR, PTME, C4D, AME, PCIME...) ;
- Existence de la CNAMGS ;
- Existence d'ONG et d'associations dynamiques œuvrant dans le secteur de la santé ;
- Existence d'un réseau de laboratoires renforcés pour répondre aux exigences du RSI et réagir lors des urgences de santé publique ;
- Existence d'un Plan révisé de lutte contre les événements liés aux zoonoses visées par le RSI pour prévenir la propagation internationale des épidémies.

### **1.4.2. Au titre des faiblesses**

- Faible disponibilité nationale, régionale et départementale des documents de politique et de stratégies nationales, et des documents normatifs du ministère de la santé ;
- Dotations budgétaires non alignées sur les besoins de financement du PNDS ;
- Difficultés de financement pour la mise en œuvre et le suivi évaluation des activités du PNDS ;
- Méconnaissance et non appropriation du PNDS par la plus grande majorité des acteurs institutionnels de l'action sanitaire nationale ;
- Insuffisance de mise en œuvre des activités en rapport avec les objectifs du PNDS ;
- Existence d'activités des programmes et services nationaux non-inscrites dans le PNDS ;
- Supervision insuffisante des activités, services et programmes ;
- Faible couverture nationale en services intégrés de PEC de la mère et de l'enfant ;
- Accessibilité, efficacité, efficience et équité insuffisantes des services de SSR ;
- Faible disponibilité nationale, régionale et départementale des services/centres conseils dédiés aux adolescents/jeunes et aux personnes âgées ;
- Manque de données concernant la santé de l'adolescent/jeune et la personne âgée ;
- Faible utilisation de l'information sanitaire en tant qu'outil d'aide à la décision ;
- Ruptures itératives des stocks de médicaments et consommables ;
- Difficultés d'approvisionnement des régions en vaccins et consommables ;
- Difficultés d'acheminement des échantillons des cas de maladies sous surveillance ;
- Absence de mise en œuvre à 100% des capacités essentielles du RSI ;
- Absence de fonctionnalité du Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP) ;
- Non opérationnalisation du plan d'action national de sécurité sanitaire.

### **1.4.3. Au titre des opportunités**

- Engagement politique des plus hautes autorités ;
- Initiatives mondiales en cours, en faveur de la santé de la mère et de l'enfant (vaccination, redevabilité)

- Initiatives mondiales en faveur des adolescents/jeunes (lutte contre le VIH/sida, l'alcoolisme, le tabagisme, les toxicomanies et autres addictions) ;
- Résolution 46/91 des Nations Unies pour les personnes âgées ;
- Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement ;
- Forte implication des associations et ONG dans les activités de santé de proximité ;
- Appui des partenaires locaux (ONG, Opérateurs économiques, Fondations, etc.) ;
- Existence d'un fonds d'urgence pour la gestion des épidémies ;
- Disponibilité des autres acteurs institutionnels (Agriculture, Elevage, Mines, Environnement, etc.) ;
- Appui technique et financier des partenaires.

#### **1.4.4. Au titre des menaces**

- Orientation prioritaire des investissements de l'Etat vers des secteurs autres que la santé (compétition des priorités nationales) ;
- Absence de ligne budgétaire pour la mise en œuvre des activités de certaines composantes des services et programmes en rapport avec le PNDS ;
- Survenue d'épidémies budgétivores, à l'exemple de la covid-19 ;
- Ouverture des frontières (libre circulation CEMAC) ;
- Persistance de la crise financière internationale ;
- Faible adhésion des populations aux activités de santé à base communautaire ;
- Persistance du ralentissement des activités des programmes induit par la crise sanitaire de la covid-19 ;
- Absence de réalisation de l'enquête STEPS ;
- Mauvais état du réseau routier à l'intérieur du pays, et couverture nationale lacunaire en TIC (notamment l'Internet).

## II. OBJECTIFS ET AXES STRATEGIQUES

### 2.1. OBJECTIF GENERAL

L'objectif général du PNDS 2024-2028 est : **Améliorer l'état de santé et le bien-être des populations par la réduction de la mortalité et de la morbidité.**

### 2.2. AXES STRATEGIQUES ET OBJECTIFS D'IMPACT

Pour atteindre cet objectif général, le PNDS 2024-2028 s'appuie sur les huit axes stratégiques suivants issus de la politique nationale de santé :

- 1) Renforcer la gouvernance du système de santé, le leadership du Ministère de la santé, la collaboration intersectorielle et le partenariat ;
- 2) Progresser vers la couverture sanitaire universelle ;
- 3) Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie ;
- 4) Intensifier la lutte contre la maladie ;
- 5) Renforcer le système national d'information sanitaire y compris de surveillance épidémiologique ;
- 6) Préparer la riposte aux flambées épidémiques et améliorer la performance et la résilience du système de santé face aux urgences de santé publiques et aux chocs extérieurs ;
- 7) Opérationnaliser le département sanitaire par le développement des Soins de Santé de Primaires et la participation communautaire ;
- 8) Développer des politiques publiques prenant en compte les déterminants environnementaux et sociaux de la santé y compris les changements climatiques et le concept « une seule santé ».

#### **Axe stratégique 1 : Renforcer la gouvernance du système de santé, le leadership du Ministère en charge de la Santé, la collaboration intersectorielle et le partenariat**

Le Ministère en charge de la Santé s'attachera à renforcer le dispositif institutionnel de gouvernance du système de santé et son leadership en matière d'action sanitaire nationale, gage de meilleures performances dans l'accomplissement de ses missions, pour répondre aux défis du développement sanitaire et produire des résultats à la mesure des ressources engagées.

Concernant le cadre institutionnel général, il faudra parachever les réformes en cours. En la matière, il faudra doter le Ministère en charge de la Santé de tous les organes et services prévus par les textes, au niveau central, régional et départemental. Il faudra mettre en œuvre la réforme du secteur pharmaceutique et des laboratoires en prenant les textes réglementaires requis. Il faut absolument doter le pays d'une stratégie nationale des technologies sanitaires. La réforme hospitalière en cours doit être parachevée par la prise de tous les textes réglementaires appropriés. Le pays doit se doter d'un Observatoire National de Santé Publique. Il faudra également mettre en œuvre la réforme du secteur privé (lucratif et non lucratif), incluant l'organisation et la réglementation de la médecine traditionnelle. Il est aussi crucial, pour asseoir son leadership, que le Ministère en charge de la Santé mette en place un cadre institutionnel de coordination du secteur de la santé. Il faudra veiller à rendre mieux fonctionnels les services et organes de régulation et de contrôle du secteur de la santé, et formaliser les procédures et normes de fonctionnement des services. Enfin, il faudra prendre des mesures pour promouvoir, soutenir et renforcer les ordres professionnels.

Concernant la gouvernance des programmes et services nationaux, il faudra les doter de leurs textes particuliers, renforcer leurs capacités organisationnelles et fonctionnelles, les doter d'outils normatifs, pédagogiques et didactiques, et de plans directeurs. Il faudra renforcer leur coordination et leur contrôle,

en assurant les activités de supervision, suivi - évaluation. Il faudra enfin mettre fin à la verticalisation des programmes de lutte contre la maladie en veillant à l'intégration de leurs activités dans les formations sanitaires.

Concernant la gouvernance en matière de construction et équipement des FOSA, le Ministère en charge de la Santé devra se doter d'un schéma directeur des infrastructures sanitaires.

Le partenariat public-privé sera fortement encouragé, autant pour la mobilisation des ressources que pour la mise en œuvre des prestations de santé. Un cadre de contractualisation sera développé pour créer des synergies entre le secteur public et le secteur privé. Le partenariat sud-sud sera amplifié pour tirer profit des opportunités, notamment dans le domaine du médicament et de la formation.

Les objectifs stratégiques dans cet axe sont les suivants :

1. Mettre en œuvre les réformes institutionnelles du Ministère de la santé ;
2. Renforcer la gouvernance des programmes et services nationaux ;
3. Renforcer la gouvernance des formations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
4. Renforcer la collaboration intersectorielle et le partenariat.

## **Axe stratégique 2 : Progresser vers la couverture sanitaire universelle**

Pour une diminution conséquente des taux de mortalité et de morbidité dans la population générale, il est primordial d'assurer à tous un accès équitable à des prestations de santé de qualité. Des efforts seront consentis pour que la couverture sanitaire universelle soit étendue à toutes les couches de la population.

*L'offre et la qualité des soins.* L'offre des prestations sera développée et complétée, notamment dans les FOSA du premier niveau de la pyramide sanitaire. Les paquets essentiels de services de santé (pour le secteur public) et les paquets d'activités autorisés (pour le secteur privé) mis en œuvre dans chaque structure. Les FOSA seront dotées de tous les moyens requis pour une bonne prise en charge des patients. Pour contrôler et garantir la qualité des prestations, il sera mis en place des services d'assurance qualité, ainsi que des systèmes de certification, d'accréditation et de régulation des pratiques professionnelles.

Dans le département sanitaire, on veillera au développement d'une offre de prestations adaptée à la demande locale de santé. Les FOSA de ce niveau seront particulièrement renforcées afin d'être en mesure d'offrir des soins de qualité répondant à cette demande. On veillera aussi à ce que les communautés soient considérées comme acteur principal à toutes les étapes du processus gestionnaire et dans la mise en œuvre des interventions de santé.

Le fonctionnement des établissements hospitaliers sera amélioré, notamment par l'élaboration systématique des projets d'établissement. La lutte contre les infections nosocomiales sera renforcée, de même que la prévention et le contrôle des infections. L'accueil des malades sera amélioré, et les conditions mises en place pour des prestations dispensées dans le respect des règles de bonne pratique, d'éthique médicale et de déontologie professionnels. On procédera à la mise à niveau des plateaux techniques et au renforcement du financement des hôpitaux.

Le Ministère en charge de la Santé renforcera les capacités des FOSA en matière de gestion des programmes de santé prioritaires, veillera à l'intégration des activités de ces programmes dans les formations sanitaires et à la mise à disposition des ressources indiquées pour cela. Il sera ainsi mis fin à la fragmentation des services de santé et à la verticalisation des programmes de lutte contre la maladie.

*Les infrastructures et équipements.* La mise en place de formations sanitaires délivrant des services de santé intégrés, coordonnés et complémentaires se poursuivra, en vue d'assurer la disponibilité géographique et la continuité de l'offre de soins sur toute l'étendue du territoire national. Il faudra pour cela construire et/ou réhabiliter des structures sanitaires, en particulier celles du département sanitaire

(cases de santé, dispensaires, centres de santé et hôpital départemental) et les doter des équipements appropriés, en rapport avec leur paquet essentiel de services de santé (PESS). Concernant la maintenance, il faudra que le ministère de la santé se dote d'une politique en la matière, pour garantir la pérennité du bon état des infrastructures et des équipements. Il sera notamment exigé des fournisseurs d'équipements qu'ils forment des techniciens du ministère en préalable à l'achat de leurs matériels.

*Les ressources humaines.* Le Ministère en charge de la Santé s'est doté d'un plan national de développement des ressources humaines en santé (PNDRHS) qu'il faudra mettre en œuvre, en vue d'une meilleure planification et gestion des ressources humaines. Le plan de formation et de recrutement, notamment dans les spécialités médicales, sera exécuté pour combler les écarts en personnels dans certaines spécialités.

Une stratégie efficace de répartition équitable du personnel sur l'ensemble du territoire national devra être conçue et appliquée, pour permettre aux formations sanitaires des zones rurales de disposer de personnels en quantité et qualité requises. Des partenariats bilatéraux et multilatéraux seront noués pour la formation initiale et continue dans les métiers de la santé. Pour disposer d'une information fiable et exhaustive sur les compétences présentes sur le territoire national (tant du secteur public que privé), le Ministère en charge de la Santé devra mettre en place un observatoire des ressources humaines en santé.

*Les médicaments génériques et dispositifs médicaux essentiels de qualité ainsi que les vaccins, les produits sanguins et les services d'aide au diagnostic.* Le Ministère en charge de la Santé garantira l'accès universel aux médicaments essentiels, dispositifs médicaux de qualité, vaccins, produits sanguins et services d'aide au diagnostic, de même que leur utilisation rationnelle, en conformité avec les normes et standards définis. Il sera primordial et urgent de mettre en place des comités de quantification des médicaments au niveau régional et national. Les pharmacies hospitalières devront être fonctionnelles pour garantir la dispensation journalière des médicaments aux malades hospitalisés. Dans les structures de soins ambulatoires de l'intérieur du pays, la mise en place de l'initiative de Bamako constitue un enjeu de premier plan. Il faudra aussi doter les FOSA, d'outils de gestion informatisée des produits pharmaceutiques. Les capacités de gestion et de prescription à tous les niveaux de la pyramide sanitaire seront renforcées en accélérant le processus de rapprochement du médicament des bénéficiaires. En outre, des dispositions seront prises pour assurer la rationalisation de l'utilisation des médicaments et la promotion des médicaments essentiels génériques.

La mise en œuvre d'une politique de pharmacovigilance et d'un programme de contrôle qualité devra garantir la sécurité et l'innocuité des MAPS. Une attention particulière sera portée à la gestion des déchets pharmaceutiques, en particulier en zone rurale.

Le Plan National de la Transfusion Sanguine devra être adopté et appliqué, pour assurer la disponibilité des produits sanguins et dérivés de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.

Il faudra enfin promouvoir l'usage des médicaments traditionnels améliorés. A cette fin, le Ministère en charge de la Santé renforcera la collaboration avec les tradipraticiens et définira un cadre d'exercice de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles. Il encouragera dans une dynamique multisectorielle, la transformation des plantes médicinales en produits pharmaceutiques industriels.

*Les ressources financières.* Il s'agira aussi d'améliorer la gestion des ressources financières dans le sens d'une plus grande efficacité. On veillera pour cela à 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. Il faudra, en relation avec le Ministère de l'Economie et celui des Finances, élaborer le cadre de dépenses à moyen terme (CDMT) pour la mise en œuvre des PNDS. Il faudra mettre en place dans les FOSA des outils modernes de management en vue d'assurer la transparence de la gestion des ressources financières.

*L'accessibilité financière aux soins et l'extension de la couverture maladie.* Il faudra poursuivre et compléter l'enrôlement des bénéficiaires de la couverture maladie, en vue de faire passer celle-ci du taux actuel de 75% à 90%. Il faudra également étendre les prestations de la CNAMGS à toutes les FOSA du niveau primaire mais également accroître les prestations et les médicaments couverts par la CNAMGS y compris le niveau de prise en charge.

Les objectifs stratégiques dans cet axe sont les suivants :

1. Au moins 80% de la population a accès à des services de santé essentiels de qualité centrés sur la personne d'ici décembre 2028 ;
2. Réduire de 22% à 15% les dépenses directes des ménages d'ici décembre 2028 ;
3. Réduire de 3,8% à 2,5% les dépenses catastrophiques des ménages d'ici décembre 2028 ;
4. Augmenter de 75% à 90% le nombre de personnes bénéficiant d'une couverture contre le risque maladie d'ici décembre 2028 ;
5. Amener la densité des ressources humaines en santé de 3,23 à 4,45 d'ici décembre 2028 ;
6. Au moins 80% des formations sanitaires du premier niveau sont réhabilités ou construits aux normes et leurs plateaux techniques renforcés d'ici décembre 2028 ;
7. Développer une stratégie nationale de maintenance des équipements et des infrastructures d'ici décembre 2028 ;
8. Assurer la qualité des prestations de santé et la sécurité des patients (ASP) d'ici décembre 2028 ;
9. Assurer la disponibilité permanente des médicaments et autres produits de santé de qualité dans les formations sanitaires d'ici décembre 2028.

### **Axe stratégique 3 : Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie**

L'accès aux soins des personnes de tout âge est l'enjeu majeur de tout système de santé. 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. Dans cette optique, les populations doivent bénéficier de services de santé de qualité.

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, 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 sage-femmes mais également des infirmiers accoucheurs, la mise aux normes requises 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 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 CCLM. 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, un regard particulier sera porté sur la santé sexuelle et génésique, et l'élaboration de programmes d'actions pour leur prise en charge spécifique. Des stratégies de mise en œuvre seront définies. Le vieillissement en bonne santé doit constituer un enjeu de santé majeur.

Les objectifs d'impact dans cet axe stratégique sont les suivants :

1. Réduire la mortalité maternelle de 252 décès pour 100 000 NV à 129 décès pour 100 000 NV d'ici fin décembre 2028 ;
2. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 39 pour 1000 à 25 pour 1000, d'ici fin décembre 2028 ;
3. Réduire la mortalité infantile de 28 pour 1000 à 21 pour 1000, d'ici fin décembre 2028 ;
4. Réduire la mortalité néonatale de 18 pour 1000 à 12 pour 1000, d'ici fin décembre 2028 ;
5. Réduire le taux de mortinaissance de xx pour 1000 à 30 pour 1000, d'ici fin décembre 2028 ;
6. Réduire la prévalence du VIH chez les adolescents/jeunes de 1,03% à 0,75%, d'ici fin décembre 2028 ;
7. Réduire d'au moins 50% la prévalence des IST chez les adolescents/jeunes, d'ici fin décembre 2028 ;
8. Réduire d'au moins 50% le taux des grossesses précoces chez les adolescentes/jeunes, d'ici fin décembre 2028 ;
9. Réduire d'au moins 50% la prévalence des avortements chez les adolescentes/jeunes, d'ici fin décembre 2028 ;
10. Réduire de 25% la mortalité due aux maladies cardiovasculaires et au diabète chez les personnes âgées, d'ici fin décembre 2028.

#### **Axe stratégique 4 : Intensifier la lutte contre la maladie**

Les données de la mortalité et de la morbidité au Gabon confirment que le pays est confronté au double fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles. Il faudra donc intensifier la lutte contre la maladie et la surveillance épidémiologique. Il faudra notamment continuer à prendre en compte la stratégie Accélération de la Survie et du Développement de l'Enfant (SASDE) comprenant la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME), poursuivre les efforts dans l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH (e-TME) et généraliser l'approche Atteindre Chaque enfant dans chaque District (ACD) à l'ensemble du pays.

Pour les maladies infectieuses transmissibles, le renforcement de la lutte concerne notamment le paludisme, le VIH/sida, la tuberculose, les hépatites et les maladies tropicales négligées (Trypanosomiase Humaine Africaine, Lèpre et Ulcère de Buruli) ; pour les maladies non transmissibles, il est notamment question du diabète, des maladies cardiovasculaires dont l'hypertension artérielle, des maladies rénales, des hémoglobinopathies dont la drépanocytose, de l'hémophilie, des cancers et des maladies mentales. Il conviendra de prendre aussi en compte les maladies émergentes et ré-émergentes dont le Chikungunya, Ebola, Marburg, la dengue, etc. La prise en charge adéquate des cas fera l'objet d'une attention soutenue.

Enfin, dans le cadre de cette lutte intensifiée contre la maladie, un fort accent sera mis sur les aspects de prévention et de promotion. A ce titre, une place de choix sera accordée à la lutte contre les facteurs de risques des maladies non transmissibles, notamment l'obésité, l'inactivité physique, l'alimentation (notamment la consommation excessive de sucre ou de sel).

Les objectifs d'impact dans cet axe stratégique sont les suivants :

1. Réduire de 215 à 110 pour 100 000 habitants l'incidence du paludisme d'ici fin décembre 2028 ;
2. Réduire la séroprévalence du VIH de 3,6% à 2,5% d'ici fin décembre 2028 ;
3. Réduire l'incidence du VIH de 80 à 60 pour 100.000 habitants d'ici fin décembre 2028 ;

4. Réduire l'incidence de la tuberculose de 513 à 450 pour 100.000 habitants d'ici fin décembre 2028 ;
5. Réduire de 94 pour 100 000 habitants à 55,0 pour 100 000 habitants le taux de mortalité liée à la tuberculose d'ici fin décembre 2028 ;
6. Réduire de 25% l'incidence des hépatites d'ici décembre 2028 ;
7. Réduire de 0,052 pour 100 000 habitants à 1 pour 1.000.000 d'habitants le taux de nouveaux cas de lèpre présentant une invalidité de degré 2 au dépistage d'ici fin décembre 2028 ;
8. Réduire de 27,5% à 25% la proportion des nouveaux cas d'Ulcère de Buruli dépistés en catégorie 3 d'ici fin décembre 2028 ;
9. Réduire d'au moins 50% la prévalence des MTN à chimiothérapie préventive, d'ici fin décembre 2028 ;
10. Réduire de 0,5 par million à 0,0 par million d'habitants le taux de mortalité spécifique de la rage d'ici fin décembre 2028 ;
11. Réduire de 10% à 5% le taux de létalité des envenimations par morsure de serpents (EMS) d'ici fin décembre 2028.
12. Réduire d'au moins 25 % la prévalence de l'hypertension artérielle d'ici fin décembre 2028 ;
13. Réduire d'au moins 20 % le taux de mortalité liée aux AVC d'ici fin décembre 2028 ;
14. Réduire d'au moins 20 % le taux de mortalité liée au diabète d'ici fin décembre 2028 ;
15. Réduire d'au moins 25 % la prévalence du diabète d'ici fin décembre 2028 ;
16. Réduire d'au moins 15 % la prévalence de la drépanocytose d'ici fin décembre 2028 ;
17. Réduire d'au moins 25 % la prévalence des traumatismes et handicaps d'ici fin décembre 2028;
18. Réduire d'au moins 25% la prévalence des cancers du col de l'utérus d'ici fin décembre 2028 ;
19. Réduire d'au moins 25% l'incidence des cancers du sein d'ici fin décembre 2028 ;
20. Réduire d'au moins 25% l'incidence des cancers du col de l'utérus d'ici fin décembre 2028 ;
21. Réduire d'au moins 50% la mortalité liée aux cancers du sein d'ici fin décembre 2028 ;
22. Réduire d'au moins 50% la mortalité liée aux cancers du col de l'utérus d'ici fin décembre 2028;
23. Réduire d'au moins 25% la prévalence de la cécité / malvoyance d'ici décembre 2028;
24. Réduire d'au moins 25% la prévalence de la surdité d'ici décembre 2028 ;
25. Réduire d'au moins 25% la proportion des cas de tabagisme dans la population générale d'ici décembre 2028 ;
26. Réduire d'au moins 40% la proportion des consommateurs d'alcool pur dans la population générale d'ici décembre 2028 ;
27. Augmenter d'au moins 60% la proportion des personnes atteintes de troubles mentaux ayant accès au service de PEC d'ici décembre 2028.

#### **Axe stratégique 5 : Renforcer le système national d'information sanitaire y compris de surveillance épidémiologique**

Le ministère de la santé s'attachera à disposer d'un système d'information sanitaire performant intégrant le secteur public civil et militaire, para public et privé. Le cadre juridique et normatif de gestion du SNIS, incluant notamment la formalisation du circuit de l'information sanitaire, sera mis en place. La diffusion des outils actualisés de collecte des données standardisés/harmonisés sera parachevée, et la stratégie de gestion du changement dans l'utilisation de l'outil informatique mise en œuvre. La production des documents stratégiques de l'information sanitaire (enquête démographique et de santé, annuaire statistique et carte sanitaire) sera institutionnalisée.

Pour ce qui est de la surveillance épidémiologique, la coordination du système de surveillance épidémiologique et la concertation avec les partenaires sera renforcée, avec notamment la mise en place d'un cadre formalisé de planification et de suivi-évaluation.

Les objectifs stratégiques dans cet axe sont les suivants :

1. Elaborer le cadre institutionnel du SNIS ;
2. Mettre en place un nouveau système de gestion de l'information sanitaire ;

3. Institutionnaliser la production des documents stratégiques d'information sanitaire ;
4. Rendre fonctionnel les organes de gestion du SNIS (Observatoire de la santé, direction des statistiques).

### **Axe stratégique 6 : Préparer la riposte aux flambées épidémiques et améliorer la performance et la résilience du système de santé face aux urgences de santé publiques et aux chocs extérieurs**

En situation de flambée épidémique, le réseau des laboratoires est un outil de premier ordre. Pour être en mesure d'apporter une riposte appropriée, il faudra donc renforcer le cadre institutionnel et juridique des laboratoires, mettre en place un système d'investissement et de financement des laboratoires pour que l'infrastructure, l'équipement, l'approvisionnement et la maintenance soient conformes aux normes et standards internationaux. Les ressources humaines du laboratoire devront être renforcées à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il faudra aussi structurer les activités nationales de recherche liées aux maladies prioritaires et risques sanitaires potentiels (catastrophes, changements climatiques, etc.)

La résilience du système de santé concerne la capacité de prévenir les menaces et les urgences de santé publique, de les détecter, d'y riposter et de s'en relever, ainsi que la souplesse nécessaire pour déployer les ressources requises pour cela.

Les investissements nécessaires pour la préparation et la riposte aux situations d'urgences de santé publiques et aux chocs extérieurs seront consentis. Il s'agira de corriger les lacunes qui existent dans les capacités de santé publique du pays, y compris les capacités requises au titre du Règlement Sanitaire International. Des efforts seront déployés pour la mise en œuvre de réformes qui intégreront les systèmes de préparation et de riposte aux urgences sanitaires dans les programmes de santé usuels visant la couverture sanitaire universelle et se fondant sur la stratégie des SSP et les fonctions essentielles de santé publique, avec une réorientation des investissements et des ressources. L'accent sera également mis sur la capacité du système à assurer des services de santé dignes et équitables aux populations marginalisées et vulnérables pendant et après les situations de crise.

Les objectifs stratégiques dans cet axe sont les suivants :

1. Améliorer l'indice des capacités requises du RSI pour les dimensions de la préparation d'ici fin décembre 2028 ;
2. Améliorer l'indice des capacités requises du RSI pour les dimensions de la détection d'ici fin décembre 2028 ;
3. Améliorer l'indice des capacités requises du RSI pour les dimensions de la riposte d'ici fin décembre 2028 ;
4. Mettre en place un système des laboratoires performant assurant la capacité, la disponibilité et la qualité des services sur toute l'étendue du territoire national d'ici fin décembre 2028 ;
5. Elaborer et mettre en œuvre un plan de lutte contre la résistance aux antimicrobiens d'ici fin décembre 2028 ;
6. Développer l'approche Une seule santé d'ici fin décembre 2028.

### **Axe stratégique 7 : Opérationnaliser le département sanitaire par le développement des Soins de Santé Primaires (SSP) et la participation communautaire**

Le développement des soins de base et des services préventifs et promotionnels demeure insuffisant au Gabon. Ceci est lié au fait que le département sanitaire (premier niveau de la pyramide sanitaire) est le lieu privilégié de déploiement de ces soins et services. Or, l'évaluation de la PNS 2010-2020 a montré une prédominance continue des investissements vers les soins curatifs du troisième niveau de la pyramide sanitaire, avec pour conséquence une dépense publique et privée de santé peu efficiente au regard des dépenses consentis. L'autre conséquence du financement insuffisant 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, centres de santé et hôpitaux départementaux. Il y a donc urgence à opérationnaliser le département sanitaire. A cette fin, il faudra mettre en place et rendre fonctionnel les organes de gouvernance du département sanitaire, formaliser les procédures de gestion administrative et technique des formations sanitaires du premier niveau, de même que les procédures de référence et de contre référence. Il faudra renforcer l'appui à l'élaboration des plans opérationnels annuels du département sanitaire, appuyer la mise en œuvre de ces plans et en assurer le suivi / évaluation. Il faudra enfin veiller à mettre en place des mécanismes robustes de financement du département sanitaire.

La prospérité partagée, en matière de santé, implique aussi la prise en compte des compatriotes pauvres et/ou vivant dans des zones enclavées ou des déserts médicaux, et de ce fait n'ayant pas toujours la possibilité de se rendre vers les hôpitaux et avoir accès à des soins appropriés, notamment spécialisés. Le développement d'une médecine itinérante est la réponse à leurs besoins. Des actions seront menées dans ce cadre, par le biais de missions médicales périodiques en vue de garantir aux populations de chaque département sanitaire une offre de soins répondant à la demande locale de santé.

La participation responsable des parties prenantes concernées, des communautés, des associations et ONG est déterminante pour une mise en œuvre réussie des programmes de santé, spécialement pour ce qui est du volet préventif et promotionnel. Dans cette optique, le Ministère en charge de la Santé s'emploiera à mettre en place des conditions favorables à la pleine participation des communautés, notamment des femmes et des jeunes à l'effort de santé. Il faudra pour cela s'atteler à 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, et aussi mettre en place des mécanismes formalisés de collaboration avec les organisations à base communautaire (OBC).

Le Ministère en charge de la Santé devra favoriser la responsabilisation des communautés par la promotion des groupements de jeunes, de femmes, de communautés de quartiers et de village y compris les associations de malades, et développer ou appuyer les interventions communautaires (sensibilisation, surveillance de la maladie, prévention). La mise en place d'un réseau communautaire pour la santé sera requis.

Il faudra enfin développer le financement communautaire (gestion des fonds générés par la communauté, ticket modérateur, orientation de l'utilisation des fonds...)

Les objectifs stratégiques dans cet axe sont les suivants :

1. Assurer la fourniture des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur la stratégie des soins de santé primaires d'ici fin décembre 2028 ;
2. Appuyer la mise en place et le fonctionnement des organes de gestion des départements sanitaires dans le cadre des soins de santé primaires d'ici fin décembre 2028 ;
3. Doter les individus et les communautés des moyens de protéger, promouvoir et améliorer leur santé et leur bien-être avec leur pleine participation d'ici fin décembre 2028 ;
4. Développer la participation communautaire par le renforcement des capacités des acteurs communautaires d'ici fin décembre 2028 ;
5. Développer les paquets essentiels de services de santé communautaires (PESSCOM) d'ici fin décembre 2028 ;
6. Accroître le financement de la santé communautaire d'ici fin décembre 2028.

**Axe stratégique 8 : Développer des politiques publiques prenant en compte les déterminants environnementaux et sociaux de la santé y compris les changements climatiques et l'approche « une seule santé »**

De nombreux déterminants et actions se situant en amont du département de la santé conditionnent l'état de santé des populations. La promotion d'un bon état de santé de la population y compris la lutte

contre la maladie nécessite une lutte acharnée contre ces déterminants, à travers une action multisectorielle forte pour transformer le cadre de vie des populations et leurs comportements en environnements favorables pour la santé. Cela passe par la lutte contre la sédentarité, l'obésité, les addictions à l'alcool, au tabac et autres drogues, la promotion de l'activité physique, d'une alimentation saine et la sécurité sanitaire des aliments.

L'accès à l'eau potable (notamment en zone rurale et dans les quartiers sous-intégrés des centres urbains), l'hygiène et l'assainissement du milieu (y compris dans les formations sanitaires), la lutte contre la pollution de l'air (y compris l'air intérieur des maisons), la gestion des déchets chimiques, plastiques et biomédicaux, constituent des actions intersectorielles prioritaires.

L'élimination du mercure dans le secteur de la santé est un impératif, conformément aux recommandations de la Convention de Minamata. La problématique de la sécurité routière, englobant les accidents de la voie publique et les nombreux traumatismes et handicaps qu'ils génèrent, sont à prendre en compte. Il en est de même de la question des violences, notamment celles basées sur le genre.

Les interactions documentées entre la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale commandent l'accélération du déploiement de la stratégie « une seule santé » qui intègre la lutte contre la résistance aux antimicrobiens et la lutte contre les zoonoses. Cela passe aussi par la préservation et la protection de l'environnement et ses écosystèmes. Sont enfin à considérer, les changements climatiques et leurs conséquences sur les systèmes de santé et l'état de santé des populations, suite à l'explosion prévisible de certaines pathologies comme le paludisme ou la dengue, et à la plus grande récurrence des inondations et autres catastrophes naturelles. L'adaptation du secteur de la santé aux changements climatiques et la prise en compte de ses effets constituent une des priorités de l'action sanitaire des prochaines années.

Le Ministère de la Santé mènera donc un plaidoyer soutenu pour une meilleure prise en compte de la problématique des déterminants environnementaux et sociaux de la santé dans l'action gouvernementale, et pour que des réformes institutionnelles soient entreprises afin d'encourager et de faciliter l'intégration de la thématique santé dans les politiques et interventions des autres secteurs et départements ministériels (finances, économie, protection sociale, agriculture et élevage, eau et assainissement, communication, éducation, commerce, justice, intérieur et décentralisation, environnement, défense nationale, éducation, recherche, etc.)

Les objectifs stratégiques et d'impact dans cet axe sont les suivants :

1. Réduire de 25% les bronchopneumopathies dues à la pollution de l'air y compris l'air intérieur d'ici fin décembre 2028 ;
2. Réduire de 20% la consommation de tabac, d'alcool et de drogues chez les adolescents et les jeunes d'ici décembre 2028 (PM) ;
3. Réduire de 25% la mortalité dues aux accidents de la voie publique d'ici décembre 2028 ;
4. Réduire de 20% la prévalence des maladies diarrhéiques dues à la qualité de l'eau d'ici fin décembre 2028 ;
5. Réduire de 10% la morbidité due à l'utilisation inappropriées des produits chimiques, notamment le mercure, les PCB, les pesticides et autres produits chimiques dangereux d'ici fin décembre 2028;
6. Réduire l'impact du changement climatique sur la santé (sur le secteur de la santé) d'ici fin décembre 2028 ;
7. Réduire l'incidence des maladies d'origine alimentaire d'ici fin décembre 2028 ;
8. Augmenter de 10% la proportion des personnes qui pratiquent une activité physique régulière d'ici fin décembre 2028 ;
9. Rendre disponible l'eau potable dans au moins 90% des formations sanitaires d'ici fin décembre 2028 ;

10. Mettre en place des latrines améliorées dans au moins 90% des formations sanitaires non connectées au réseau public de distribution d'eau d'ici fin décembre 2028 ;
11. Doter au moins 80% des formations sanitaires d'un système de gestion des déchets biomédicaux aux normes et fonctionnels d'ici fin décembre 2028 ;
12. Elaborer et mettre en œuvre un plan national de prévention et de contrôle des infections au sein des formations sanitaires d'ici fin décembre 2028 ;
13. Mettre en place dans au moins 90% des formations sanitaires du deuxième et troisième niveau un comité de lutte contre les infections nosocomiales d'ici fin décembre 2028.

## **2.3. OBJECTIFS D'IMPACT ET OBJECTIFS DE RESULTATS A MOYEN TERME**

Les objectifs d'impact ou stratégiques ont été déclinés en objectifs de résultats et en interventions pour permettre une mise en œuvre du PNDS 2024 – 2028.

### **2.3.1 Objectifs de résultats à moyen terme du PNDS 2024-2028 en matière de Promotion de la santé à toutes les étapes de la vie**

#### ***Santé de la mère***

Objectif d'impact :

**Réduire la mortalité maternelle de 252 décès pour 100 000 NV à 129 décès pour 100 000 NV d'ici fin décembre 2028.**

Objectifs de résultats à moyen terme :

- 1) D'ici fin décembre 2028, la proportion des femmes utilisant une méthode moderne de contraception est augmentée de 17% à 30% au moins ;
- 2) D'ici fin décembre 2028, la proportion des femmes enceintes effectuant au moins 4 consultations prénatales (CPN) est augmentée de 78% à 90% au moins ;
- 3) D'ici fin décembre 2028, la proportion des femmes enceintes effectuant au moins 2 consultations post natales (CPON) est d'au moins 90% ;
- 4) D'ici fin décembre 2028, la proportion des femmes enceintes recevant le TPI3 est augmentée de 38% à 50% au moins ;
- 5) D'ici fin décembre 2028, la proportion des femmes enceintes séropositives bénéficiant de la trithérapie antirétrovirale (TAR) est augmentée de 71% à 90% au moins ;
- 6) D'ici fin décembre 2028, le taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié est augmenté de 93% à 95% au moins ;
- 7) D'ici fin décembre 2028, la proportion des hémorragies liées à l'accouchement bénéficiant d'une PEC conforme aux protocoles nationaux de prise en charge des complications obstétricales est de 60% au moins ;
- 8) D'ici fin décembre 2028, la proportion des pré-éclampsies et éclampsies bénéficiant d'une PEC conforme aux protocoles nationaux de prise en charge des complications obstétricales est de 60% au moins ;
- 9) D'ici fin décembre 2028, la proportion des décès maternels faisant l'objet d'un audit dans le cadre de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) est augmentée de 3% à 50% au moins ;
- 10) D'ici fin décembre 2028, la proportion des avortements à risque bénéficiant d'une PEC conforme aux protocoles nationaux de PEC des avortements incomplets à l'aide de l'AMIU et du misoprostol est de 60% au moins ;
- 11) D'ici fin décembre 2028, la proportion des femmes porteuses de fistules obstétricales identifiées et réparées est de 30% au moins ;
- 12) D'ici fin décembre 2028, un observatoire national des décès maternels, néonataux, infantiles et des mortinaissances est mis en place ;
- 13) D'ici fin décembre 2028, deux Forums Nationaux sur la Mère et l'Enfant sont organisés.

## ***Santé de l'enfant***

Objectifs d'impact :

- 1. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 39 pour 1000 à 25 pour 1000, d'ici fin décembre 2028 ;**
- 2. Réduire la mortalité infantile de 28 pour 1000 à 21 pour 1000, d'ici fin décembre 2028 ;**
- 3. Réduire la mortalité néonatale de 18 pour 1000 à 12 pour 1000, d'ici fin décembre 2028 ;**
- 4. Réduire le taux de mortinaissance de xx pour 1000 à 30 pour 1000, d'ici fin décembre 2028.**

Objectifs de résultats à moyen terme :

- 1) D'ici fin décembre 2028, la couverture vaccinale complète est augmentée de 44% à 90% au moins au niveau national ;
- 2) D'ici fin décembre 2028, la couverture vaccinale du VAR est augmentée de 55,3% à 90% au moins au niveau national ;
- 3) D'ici fin décembre 2028, la couverture vaccinale du PENTA 3 est augmentée de 58,4% à 90% au moins au niveau national ;
- 4) D'ici fin décembre 2028, la couverture vaccinale du BCG est augmentée de 89,4% à 90% au moins au niveau national ;
- 5) D'ici fin décembre 2028, la proportion des femmes pratiquant l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois est augmentée de 19% à 30% au moins ;
- 6) D'ici fin décembre 2028, la proportion des cas de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans bénéficiant d'une prise en charge conforme aux directives nationales est augmentée de 36% à 60% au moins ;
- 7) D'ici fin décembre 2028, la proportion des enfants nés de mères séropositives ayant bénéficié de la PTME et séronégatifs à 18 mois est augmentée de 6% à 30% au moins ;
- 8) D'ici fin décembre 2028, la proportion des enfants de 18 mois-14 ans dépistés positifs au VIH et mis sous ARV est augmentée de 24,27% à 50% au moins ;
- 9) D'ici fin décembre 2028, la proportion des enfants de moins de 15 ans dépistés positifs au VIH sous ARV ayant une charge virale indétectable est augmentée de 81,34% à 90% au moins ;
- 10) D'ici fin décembre 2028, la proportion des enfants de moins de 5 ans dormant sous MIILDE est augmentée de 68,4% à 80% au moins ;
- 11) D'ici fin décembre 2028, la proportion des enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme bénéficiant d'un traitement conforme aux directives nationales dans les 24 heures est augmentée de 88% à 95% au moins ;
- 12) D'ici fin décembre 2028, la proportion des enfants de moins de 5 ans atteints de maladies diarrhéiques bénéficiant d'une prise en charge conforme aux directives nationales est de 5% à 30% au moins ;
- 13) D'ici fin décembre 2028, la proportion des enfants de moins de 5 ans atteints d'infections respiratoires aiguës bénéficiant d'une prise en charge conforme aux directives nationales est augmentée de 95% à 100% ;
- 14) D'ici fin décembre 2028, la proportion des décès néonataux faisant l'objet d'un audit dans le cadre de la surveillance des décès néonataux et riposte est augmentée de 0% à 30% au moins.

## ***Santé de l'adolescent/jeune***

Objectifs d'impact :

- 1. Réduire la prévalence du VIH chez les adolescents/jeunes de 1,03% à 0,75%, d'ici fin décembre 2028 ;**
- 2. Réduire d'au moins 50% la prévalence des IST chez les adolescents/jeunes, d'ici fin décembre 2028 ;**
- 3. Réduire d'au moins 50% le taux des grossesses précoces chez les adolescentes/jeunes, d'ici fin décembre 2028 ;**

#### **4. Réduire d'au moins 50% la prévalence des avortements chez les adolescentes/jeunes, d'ici fin décembre 2028 ;**

Objectifs de résultats à moyen terme :

- 1) D'ici fin décembre 2028, le taux d'utilisation du condom chez les jeunes de 15 à 24 ans est augmenté de 29,3% à 50% au moins ;
- 2) D'ici fin décembre 2028, la proportion des adolescents/jeunes en activité sexuelle utilisant une méthode moderne de contraception est augmentée de 20,5% à 50% au moins ;
- 3) D'ici fin décembre 2028, la proportion des adolescents/jeunes ayant accès aux services de prévention des IST/VIH est de 80% au moins ;
- 4) D'ici fin décembre 2028, la proportion des départements sanitaires disposant d'au moins un Service/Centre Conseil intégré des adolescents/jeunes est augmentée de 4% à 30% au moins ;
- 5) D'ici fin décembre 2028, la proportion des adolescentes de 10-11 ans bénéficiant de deux (2) doses de la vaccination anti HPV (Papilloma Virus Humain) est de 50% au moins.

#### ***Santé de la personne âgée***

Objectif d'impact :

**Réduire de 25% la mortalité due aux maladies cardiovasculaires et au diabète chez les personnes âgées, d'ici fin décembre 2028.**

Objectifs de résultats à moyen terme :

- 1) D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes âgées bénéficiant de soins préventifs et promotionnels sur les différents facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires et au diabète est de 95% au moins ;
- 2) D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes âgées bénéficiant d'une prise en charge de l'hypertension artérielle conforme aux protocoles nationaux est de 60% au moins ;
- 3) D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes âgées bénéficiant d'une prise en charge du diabète conforme aux protocoles nationaux est de 60% au moins ;
- 4) D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes âgées ayant un accès financier aux services de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est de 80% au moins ;
- 5) D'ici fin décembre 2028, la proportion des systèmes nationaux de collecte des données incluant des indicateurs spécifiques renseignant sur les personnes âgées, en routine ou lors d'enquête en population type EDSE, est de 90% au moins ;
- 6) D'ici fin décembre 2028, la proportion de départements sanitaires offrant un service de conseil dédié aux personnes âgées est de 90% au moins ;
- 7) D'ici fin décembre 2028, un Observatoire national des personnes âgées est créé et doté des moyens requis pour l'accomplissement de ses missions.

#### **2.3.2. Objectifs du PNDS 2024-2028 en matière de Lutte contre la maladie**

##### ***Maladies transmissibles infectieuses***

Objectifs d'impact :

1. **Réduire l'incidence du paludisme de 215 à 100 pour 100 000 habitants d'ici fin décembre 2028 ;**
2. **Réduire la séroprévalence du VIH de 3,6% à 2,5% d'ici fin décembre 2028 ;**
3. **Réduire l'incidence du VIH de 80 à 60 pour 100.000 habitants d'ici fin décembre 2028 ;**
4. **Réduire de 25% l'incidence des hépatites d'ici décembre 2028 ;**
5. **Réduire l'incidence de la tuberculose de 513 à 450 pour 100.000 habitants d'ici fin décembre 2028 ;**
6. **Réduire de 94 pour 100 000 habitants à 55,0 pour 100 000 habitants le taux de mortalité liée à la tuberculose d'ici fin décembre 2028 ;**

7. Réduire de 0,052 pour 100 000 habitants à 1 pour 1.000.000 d'habitants le taux de nouveaux cas de lèpre présentant une invalidité de degré 2 au dépistage d'ici fin décembre 2028 ;
8. Réduire de 27,5% à 25% la proportion des nouveaux cas d'Ulcère de Buruli dépistés en catégorie 3 d'ici fin décembre 2028 ;
9. Réduire d'au moins 50% la prévalence des MTN à chimiothérapie préventive, d'ici fin décembre 2028 ;
10. Réduire de 0,5 par million à 0,0 par million d'habitants le taux de mortalité spécifique de la rage d'ici fin décembre 2028 ;
11. Réduire de 10% à 5% le taux de létalité des envenimations par morsure de serpents (EMS) d'ici fin décembre 2028.

Objectifs de résultats à moyen terme :

- 1) D'ici fin décembre 2028, la proportion de la population générale dormant sous MIILDE est augmentée de 21% à 50% au moins ;
- 2) D'ici fin décembre 2028, la proportion des départements sanitaires assurant des activités de lutte anti vectorielle intégrée est de 75% au moins ;
- 3) D'ici fin décembre 2028, le taux d'utilisation du condom dans la population générale est augmenté de 38% à 60% au moins ;
- 4) D'ici fin décembre 2028, la proportion des hommes de 18 à 60 ans utilisant le condom lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnelles est de 60% au moins ;
- 5) D'ici fin décembre 2028, la proportion des femmes de 18 à 50 ans utilisant le condom lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels est de 60% au moins ;
- 6) D'ici fin décembre 2028, la proportion de la population ayant accès aux services de prévention IST/VIH est augmentée de 80% à 90% au moins ;
- 7) D'ici fin décembre 2028, la proportion des PVVIH connaissant leur statut sérologique est augmentée de 77% à 90% au moins ;
- 8) D'ici fin décembre 2028, la proportion des PVVIH dépistées positives mises sous ARV est augmentée de 70% à 90% au moins ;
- 9) D'ici fin décembre 2028, la proportion des PVVIH mises sous ARV ayant une charge virale indétectable est augmentée de 40% à 85% au moins ;
- 10) D'ici fin décembre 2028, la proportion des cas de tuberculose (toutes formes confondues) bactériologiquement confirmés est augmentée de 59% à 90% ;
- 11) D'ici fin décembre 2028, le taux de succès thérapeutique chez les tuberculeux bactériologiquement confirmés est augmenté de 57% à 90% au moins ;
- 12) D'ici fin décembre 2028, la proportion des nouveaux cas de Hansen (lèpre) dépistés avec des invalidités de degré 2 est réduite de 100% à 10% ;
- 13) D'ici fin décembre 2028, la proportion des cas de maladie de Hansen (lèpre) multi bacillaire enregistrés deux ans auparavant guéris par la poly chimiothérapie est réduite de 100% à 90% ;
- 14) D'ici fin décembre 2028, le taux de positivité des demandes de confirmation du Buruli par la PCR est augmenté de 57% à 70% ;
- 15) D'ici fin décembre 2028, la proportion des cas d'ulcère de Buruli enregistrés qui achèvent complètement leur traitement spécifique est augmentée de 30% à 90% ;
- 16) D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes exposées au risque qui reçoit au moins une dose de vaccin anti rabique est réduite de 86,6% à 80% ;
- 17) D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes exposées au risque qui reçoit le protocole complet de vaccin anti rabique est augmentée de 45,7% à 80% ;
- 18) D'ici fin décembre 2028, la prévalence moyenne des géohelminthiases chez les enfants en âge scolaire est réduite de 43% à 20% ;
- 19) D'ici fin décembre 2028, la prévalence de la schistosomiase chez les enfants en âge scolaire est ramenée à moins de 5% dans au moins 50% des départements endémiques ;
- 20) D'ici fin décembre 2028, le nombre de regroupements de villages endémiques à l'onchocercose est réduit de 51 à 25 ;
- 21) D'ici fin décembre 2028, la proportion de départements endémiques où la filariose lymphatique est éliminée est de 60% au moins.

## **Maladies non transmissibles**

### Objectifs d'impact :

1. Réduire d'au moins 25 % la prévalence de l'hypertension artérielle d'ici fin décembre 2028 ;
2. Réduire d'au moins 20 % le taux de mortalité liée aux AVC d'ici fin décembre 2028 ;
3. Réduire d'au moins 20 % le taux de mortalité liée au diabète d'ici fin décembre 2028 ;
4. Réduire d'au moins 25 % la prévalence du diabète d'ici fin décembre 2028 ;
5. Réduire d'au moins 25 % le taux de mortalité liée aux IRA d'ici fin décembre 2028 ;
6. Réduire d'au moins 15 % la prévalence de la drépanocytose d'ici fin décembre 2028 ;
7. Réduire d'au moins 25 % la prévalence des traumatismes et handicaps d'ici fin décembre 2028;
8. Réduire d'au moins 25% la prévalence des cancers du sein non pris en charge d'ici fin décembre 2028 ;
9. Réduire d'au moins 25% la prévalence des cancers du col de l'utérus d'ici fin décembre 2028 ;
10. Réduire d'au moins 25% l'incidence des cancers du sein d'ici fin décembre 2028 ;
11. Réduire d'au moins 25% l'incidence des cancers du col de l'utérus d'ici fin décembre 2028 ;
12. Réduire d'au moins 50% la mortalité liée aux cancers du sein d'ici fin décembre 2028 ;
13. Réduire d'au moins 50% la mortalité liée aux cancers du col de l'utérus d'ici fin décembre 2028;
14. Réduire d'au moins 50% la morbidité des cancers du sein d'ici fin décembre 2028 ;
15. Réduire d'au moins 50% la morbidité des cancers du col de l'utérus d'ici fin décembre 2028 ;
16. Réduire d'au moins 25% le taux de morbidité liée à la cécité / malvoyance d'ici décembre 2028;
17. Réduire d'au moins 25% le taux de morbidité liée à la surdité d'ici décembre 2028 ;
18. Réduire d'au moins 25% la proportion des cas de tabagisme dans la population générale d'ici décembre 2028 ;
19. Réduire d'au moins 40% la proportion des consommateurs d'alcool pur dans la population générale d'ici décembre 2028 ;
20. Augmenter d'au moins 60% la proportion des personnes atteintes de troubles mentaux ayant accès au service de PEC d'ici décembre 2028.

### Objectifs de résultats à moyen terme :

- 1) D'ici fin décembre 2028, 25% au moins des personnes à risque d'HTA, d'AVC ou de diabète ont accès aux services de prévention ;
- 2) D'ici fin décembre 2028, la proportion des cancers du sein non pris en charge est réduite d'au moins 90% ;
- 3) D'ici fin décembre 2028, le nombre de cancers du col de l'utérus est réduit d'au moins 70% ;
- 4) D'ici fin décembre 2028, la proportion des débuts de cancers du col de l'utérus non pris en charge est réduite d'au moins 70% ;
- 5) D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes ayant un cancer du sein déclaré non pris en charge est réduite d'au moins 25% ;
- 6) D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes ayant un cancer du col de l'utérus déclaré non pris en charge est réduite d'au moins 50% ;
- 7) D'ici fin décembre 2028, le nombre de cibles qui bénéficient de services de prévention des cancers du sein passe de 285 à 270 ;
- 8) D'ici fin décembre 2028, le nombre de cibles qui bénéficie de services de prise en charge globale des cancers du col de l'utérus passe de 285 à 270 ;
- 9) D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes ayant des problèmes de vue non pris en charge est réduite d'au moins 25% ;
- 10) D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes ayant des problèmes d'audition non pris en charge est réduite d'au moins 25% ;
- 11) D'ici fin décembre 2028, la proportion des cas de tabagisme dans la population générale est réduite d'au moins 25% ;
- 12) D'ici fin décembre 2028, la proportion des consommateurs d'alcool pur dans la population générale est réduite d'au moins 40% ;

- 13) D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes ayant des troubles mentaux non pris en charge est réduite d'au moins 25% ;
- 14) D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes ayant des troubles mentaux correctement pris en charge est d'au moins 90% ;
- 15) D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes atteintes de troubles mentaux ayant bénéficié d'une réinsertion sociale est d'au moins 50%.

### **2.3.3. Objectifs du PNDS 2024-2028 en matière de Flambées épidémiques et autres urgences de santé publique**

#### ***Laboratoire***

- 1) Renforcer le cadre institutionnel et juridique des laboratoires ;
- 2) Mettre en place la Direction du Laboratoire et de l'Imagerie Médicale ;
- 3) Mettre en place un système d'investissement / financement des laboratoires pour que l'infrastructure, l'équipement, l'approvisionnement et la maintenance soient conformes aux Normes et Standards Internationaux ;
- 4) Renforcer les ressources humaines du laboratoire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- 5) Renforcer les ressources financières allouées aux activités du laboratoire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- 6) Améliorer le système de gestion des activités de laboratoires, y compris la qualité, la biosécurité, la bio sûreté et la gestion des déchets ;
- 7) Améliorer la gestion des données du laboratoire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- 8) Assurer les investissements de mise aux normes des laboratoires du secteur public (LNSP, laboratoires des formations sanitaires) ;
- 9) Structurer les activités de recherche liées aux maladies prioritaires et risques sanitaires potentiels (catastrophes, changement climatique...) au niveau national ;
- 10) Renforcer les capacités des institutions de recherche travaillant sur les maladies prioritaires et les risques sanitaires potentiels.

#### ***Cartographie des risques et communication***

- 1) Elaborer le plan de préparation et de réponse aux urgences ;
- 2) Elaborer et rendre opérationnel un système de communication sur les risques pour les évènements inhabituels et les urgences ;
- 3) Renforcer la coordination relative à la communication sur les risques ;
- 4) Renforcer la participation à la communication avec les communautés.

#### ***Résilience du système de santé face aux urgences de santé publiques et aux chocs extérieurs***

- 1) Renforcer le système d'alerte précoce et riposte ;
- 2) Mettre en œuvre l'approche Une seule santé ;
- 3) Renforcer la surveillance des maladies à déclaration obligatoire et des événements à risque sanitaire, et la riposte ;
- 4) Parachever et opérationnaliser le RSI (mettre en place un Système intégré de notification efficace à la FAO, à l'OMSA et à l'OMS) ;
- 5) Mettre en place un comité de coordination pour la surveillance de la santé humaine et de la santé animale pour les zoonoses (agents pathogènes identifiés comme des priorités conjointes) ;
- 6) Mettre en place un comité de surveillance pour la détection et la riposte aux maladies d'origine alimentaire, et la contamination des aliments ;
- 7) Mettre en place les systèmes de surveillance pour la détection et la riposte aux maladies d'origine alimentaire, et la contamination des aliments ;
- 8) Mettre en place des mécanismes établissant le fonctionnement de la riposte aux zoonoses infectieuses et zoonoses potentielles ;
- 9) Mettre en place un système de surveillance intégré ;
- 10) Analyser les données de surveillance ;

- 11) Elaborer, valider et diffuser les mesures de préparation en cas d'urgence multi dangers au niveau national et multisectoriel, ce qui inclut des plans d'interventions d'urgence appliquées et expérimentées ;
- 12) Mettre en place un comité de Coordination des opérations d'urgence ;
- 13) Rendre opérationnel le Centre des opérations d'urgence de santé publique (COUSP) ;
- 14) Mettre en place un Programme de gestion des exercices d'intervention d'urgence ;
- 15) Intensifier la collaboration entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité (par exemple, les services chargés de faire appliquer la loi, le contrôle aux frontières et les douanes) en liaison lors d'un événement biologique, chimique ou radiologique suspecté ou confirmé ;
- 16) Mettre en place des systèmes de communication sur les risques pour des événements et situations d'urgence revêtant un caractère inhabituel ou inattendu ;
- 17) Créer une Coordination des partenaires en interne en vue d'une communication sur les risques en situation d'urgence ;
- 18) Elaborer et valider un plan de communication publique en situation d'urgence ;
- 19) Elaborer et valider un plan de Communication pour faire participer les communautés touchées ;
- 20) Gérer les perceptions, les comportements à risque et les fausses informations ;
- 21) Renforcer les portes d'entrées en capacités de routine présentes ;
- 22) Mener les actions de santé publique efficace aux points d'entrée.

#### ***Résistance aux Anti-Microbiens***

- 1) Elaborer et mettre en œuvre un plan de lutte contre la résistance aux antimicrobiens ;
- 2) Mettre en place un système d'évaluation et de surveillance de l'utilisation des antimicrobiens dans la santé humaine, animale et dans l'agriculture ;
- 3) Renforcer la lutte contre l'utilisation anarchique des anti-microbiens

#### **2.3.4. Objectifs du PNDS 2024-2028 en matière de Bien-être et déterminants de la santé (compléter les objectifs de résultats à moyen terme)**

- 1) Réduire de 25% les bronchopneumopathies dues à la pollution de l'air y compris l'air intérieur ;
- 2) Réduire de 20% la consommation de tabac, d'alcool et de drogues chez les adolescents et les jeunes d'ici décembre 2028 (PM) ;
- 3) Réduire de 25% la mortalité dues aux accidents de la voie publique d'ici décembre 2028 ;
- 4) Réduire de 20% la prévalence des maladies diarrhéiques dues à la qualité de l'eau ;
- 5) Réduire de 10% la morbidité due à l'utilisation inappropriées des produits chimiques notamment le mercure, les PCB, les pesticides et autres produits chimiques dangereux ;
- 6) Réduire l'impact du changement climatique sur la santé (sur le secteur de la santé) ;
- 7) Réduire l'incidence des maladies d'origine alimentaire ;
- 8) Augmenter de 10% la proportion des personnes qui pratiquent une activité physique régulière ;
- 9) D'ici décembre 2028, au moins 90% des formations sanitaires disposent de l'eau potable ;
- 10) D'ici décembre 2028, au moins 90% des formations sanitaires disposent de latrines améliorées ;
- 11) D'ici décembre 2028, au moins 80% des formations sanitaires disposent d'un système de gestion des déchets biomédicaux aux normes et fonctionnels ;
- 12) Elaborer et mettre en œuvre un plan national de prévention et de contrôle des infections au sein des formations sanitaires ;
- 13) D'ici décembre 2028, au moins 90% des formations sanitaires du deuxième et troisième niveau disposent d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales ;
- 14) Rendre disponible les RAN ;
- 15) Améliorer la gestion des déchets liquides au sein des formations sanitaires et pompes funèbres ;

### **2.3.5. Objectifs du PNDS 2024-2028 en matière de gouvernance du système de santé, de leadership du ministère de la santé, de collaboration intersectorielle et de partenariat**

Objectifs stratégiques :

- 1. Mettre en œuvre les réformes institutionnelles du Ministère de la santé d'ici fin décembre 2028;**
- 2. Renforcer la gouvernance des programmes et services nationaux d'ici fin décembre 2028 ;**
- 3. Renforcer la gouvernance des formations sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire d'ici fin décembre 2028 ;**
- 4. Renforcer la collaboration intersectorielle et le partenariat d'ici fin décembre 2028.**

Objectifs de résultats à moyen terme :

- 1) D'ici fin décembre 2028, doter les services centraux de leurs textes organiques ;
- 2) D'ici fin décembre 2028, prendre les textes d'application de la réforme hospitalière, du secteur pharmaceutique et des laboratoires ;
- 3) D'ici fin décembre 2028, mettre en œuvre la réforme du secteur privé (lucratif et non lucratif) ;
- 4) D'ici fin décembre 2028, organiser et réglementer la médecine traditionnelle ;
- 5) D'ici fin décembre 2028, mettre en place le cadre institutionnel de coordination du secteur de la santé ;
- 6) D'ici fin décembre 2028, élaborer, valider et diffuser les outils normatifs, pédagogiques et didactiques des programmes et services nationaux ;
- 7) D'ici fin décembre 2028, élaborer, valider et diffuser les plans directeurs/plans stratégiques des programmes de lutte contre la maladie ;
- 8) D'ici fin décembre 2028, élaborer et valider les projets d'établissement des FOSA du niveau tertiaire et intermédiaire ;
- 9) D'ici fin décembre 2028, élaborer et valider les plans opérationnels des FOSA fonctionnels du niveau périphérique ;
- 10) D'ici fin décembre 2028, construire un siège au Ministère de la santé regroupant tous les services centraux et réhabiliter et équiper en mobilier de bureau six Directions Régionales de Santé ;
- 11) D'ici fin décembre 2028, renforcer le cadre institutionnel du partenariat public privé dans le secteur de la santé.

### **2.3.6. Objectifs du PNDS 2024-2028 en matière de système national d'information sanitaire et de surveillance en santé publique**

Objectifs stratégiques :

- 1. Elaborer le cadre institutionnel du SNIS d'ici fin décembre 2028 ;**
- 2. Mettre en place un nouveau système de gestion de l'information sanitaire d'ici fin décembre 2028 ;**
- 3. Institutionnaliser la production des documents stratégiques d'information sanitaire d'ici fin décembre 2028 ;**
- 4. Rendre fonctionnel les organes de gestion du SNIS (Observatoire de la santé, direction des statistiques...) d'ici fin décembre 2028.**

Objectifs de résultats à moyen terme :

- 1) D'ici fin décembre 2028, mettre en place le cadre juridique et normatif de gestion du SNIS ;
- 2) D'ici fin décembre 2028, mettre en place un cadre formalisé de planification et de suivi-évaluation de la surveillance épidémiologique ;
- 3) D'ici fin décembre 2028, développer et déployer une plateforme DHIS2 intégrant tous les programmes de santé ;
- 4) D'ici fin décembre 2028, institutionnaliser l'organisation chaque 5 ans de l'évaluation des établissements de santé, en mettant l'accent sur l'évaluation harmonisée des établissements de santé (Enquête SARA) ;

- 5) D'ici fin décembre 2028, appuyer l'évaluation du SDSSIS 2017-2022 et l'élaboration du prochain SDSSIS 2024-2029 du Gabon ;
- 6) D'ici fin décembre 2028, réaliser une évaluation de la plateforme du SIS en termes de qualité des données (Méthode PRISM) ;
- 7) D'ici fin décembre 2028, institutionnaliser l'élaboration de l'annuaire statistique ;
- 8) D'ici fin décembre 2028, institutionnaliser l'élaboration de la carte sanitaire.

### **2.3.7. Objectifs du PNDS 2024-2028 en matière d'opérationnalisation du département sanitaire**

Objectifs stratégiques :

- 1. Assurer la fourniture des services de santé de qualité, centrés sur la personne et fondés sur la stratégie des soins de santé primaires d'ici fin décembre 2028 ;**
- 2. Appuyer la mise en place et le fonctionnement des organes de gestion des départements sanitaires dans le cadre des soins de santé primaires d'ici fin décembre 2028 ;**
- 3. Doter les individus et les communautés des moyens de protéger, promouvoir et améliorer leur santé et leur bien-être avec leur pleine participation d'ici fin décembre 2028 ;**
- 4. Développer la participation communautaire par le renforcement des capacités des acteurs communautaires d'ici fin décembre 2028 ;**
- 5. Développer les paquets essentiels de services de santé communautaires (PESSCOM) d'ici fin décembre 2028 ;**
- 6. Développer la médecine itinérante d'ici fin décembre 2028 ;**
- 7. Accroître le financement de la santé communautaire d'ici fin décembre 2028.**

Objectifs de résultats à moyen terme :

- 1) D'ici fin décembre 2028, mettre en place et rendre fonctionnels les organes de gouvernance des départements sanitaires ;
- 2) D'ici fin décembre 2028, élaborer la cartographie des organisations à base communautaire (OBC) par département sanitaire ;
- 3) D'ici fin décembre 2028, renforcer les capacités des OBC ;
- 4) D'ici fin décembre 2028, assurer la délivrance des paquets essentiels de services de santé dans les formations sanitaires ;
- 5) D'ici fin décembre 2028, mettre en place des mécanismes robustes de financement du département sanitaire y compris le financement communautaire ;
- 6) D'ici fin décembre 2028, organiser une table-ronde annuelle des bailleurs locaux potentiels ;
- 7) D'ici fin décembre 2028, poursuivre la réhabilitation/construction des infrastructures et plateaux techniques des formations sanitaires du département sanitaire ;
- 8) D'ici fin décembre 2028, planifier et réaliser les activités de la médecine itinérante dans le département sanitaire ;
- 9) D'ici fin décembre 2028, élaborer et valider les plans opérationnels régionaux et départementaux ;
- 10) D'ici fin décembre 2028, promouvoir la participation communautaire au développement sanitaire ;
- 11) D'ici fin décembre 2028, favoriser la responsabilisation des communautés par la promotion des groupements de jeunes, de femmes, de communautés de quartiers et de village y compris les associations de malades.

### **2.3.8. Objectifs du PNDS 2024-2028 en matière de couverture sanitaire universelle**

Objectifs stratégiques

- 1. Au moins 80% de la population a accès à des services de santé essentiels de qualité centrés sur la personne d'ici décembre 2028 ;**
- 2. Réduire de 22% à 15% les dépenses directes des ménages d'ici décembre 2028 ;**
- 3. Réduire de 3,8% à 2,5% les dépenses catastrophiques des ménages d'ici décembre 2028 ;**

4. **Augmenter de 75% à 90% le nombre de personnes bénéficiant d'une couverture contre le risque maladie d'ici décembre 2028 ;**
5. **Amener la densité des ressources humaines en santé de 3,23 à 4,45 d'ici décembre 2028 ;**
6. **Au moins 80% des formations sanitaires du premier niveau sont réhabilités ou construits aux normes et leurs plateaux techniques renforcés ;**
7. **Développer une stratégie nationale de maintenance des équipements et des infrastructures ;**
8. **Assurer la qualité des prestations de santé et la sécurité des patients (ASP) ;**
9. **Assurer la disponibilité permanente des médicaments et autres produits de santé de qualité dans les formations sanitaires.**

Objectifs de résultats à moyen terme :

- 1) Assurer la qualité des prestations de santé et la sécurité des patients ;
- 2) Augmenter de 11% à 15% la part du budget de la santé dans le budget général du pays d'ici décembre 2028 ;
- 3) Améliorer la gestion des ressources financières ;
- 4) Etendre la couverture contre le risque maladie à au moins 250 000 personnes supplémentaires d'ici décembre 2028 ;
- 5) Mettre en œuvre le plan national de développement des ressources humaines de la santé ;
- 6) Elaborer et mettre en œuvre le plan de formation et de recrutement ;
- 7) 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 ;
- 8) Promouvoir l'usage rationnel du médicament ;
- 9) Promouvoir l'usage des médicaments traditionnels améliorés ;
- 10) Assurer la disponibilité du sang sécurisé sur l'ensemble du pays ;
- 11) Elaborer, valider et diffuser le plan de promotion du don de sang ;
- 12) Assurer la gestion des déchets biomédicaux/dasri a tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- 13) Elaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale de maintenance des équipements et des infrastructures ;
- 14) Doter les structures d'équipements adéquats et renforcer l'infrastructure
  - a. Construire et équiper le centre de Gérontologie et de Gériatrie, le laboratoire national de Santé Publique, un hôpital psychiatrique, l'hôpital spécialisé de NKEMBO
  - b. Construire/réhabiliter et équiper 3 Centres Hospitaliers Régionaux, 20 hôpitaux départementaux, 20 centres de santé et 30 dispensaires ;
  - c. Construire et équiper les bases d'épidémiologies et d'hygiène dans 6 régions sanitaires ;
  - d. Réhabiliter et équiper l'INFASS de Libreville et construire et équiper 3 EPFASS

## 2.4. CADRE LOGIQUE

Le cadre logique du Plan National de Développement Sanitaire 2024-2028 présente les objectifs d'impact et les objectifs stratégiques à atteindre avec la Baseline, la cible, les responsables d'activités, les indicateurs, les moyens de vérification et le coût estimatif des interventions.

CADRE LOGIQUE DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2024-2028						
Objectifs d'impact	Baseline	Cible	Responsables	Indicateurs	Moyens de vérification	Budget FCFA
<b>Objectif d'impact : Réduire la mortalité maternelle de 252 décès pour 100 000 NV à 129 décès pour 100 000 NV d'ici fin décembre 2028</b>	<b>252 décès pour 100 000 NV</b>	<b>129 décès pour 100 000 NV</b>	DGPS/DNSMI/ FOSA	Ratio de mortalité maternelle	Enquête Démographique et de Santé (EDS)	
<b>Objectif d'impact : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 39 pour 1000 à 25 pour 1000, d'ici fin décembre 2028</b>	<b>39 décès pour 1000 NV</b>	<b>25 décès pour 1000 NV</b>	DGEPS/DNSMI / FOSA	Ratio de mortalité des enfants de moins de 5 ans	EDS Enquête à indicateurs multiples (MICS)	
<b>Objectif d'impact : Réduire la mortalité infantile de 28 pour 1000 à 21 pour 1000, d'ici fin décembre 2028</b>	<b>28 décès pour 1000 NV</b>	<b>21 décès pour 1000 NV</b>	DGEPS/DNSMI / FOSA	Taux de mortalité infantile	EDS Enquête à indicateurs multiples (MICS)	
<b>Objectif d'impact : Réduire la mortalité néonatale de 18 pour 1000 à 12 pour 1000, d'ici fin décembre 2028</b>	<b>18 décès pour 1000 NV</b>	<b>12 décès pour 1000 NV</b>	DGEPS/DNSMI / FOSA	Taux de mortalité néonatale	EDS Enquête à indicateurs multiples (MICS)	
<b>Objectif d'impact : Réduire le taux de mortinaissance de xx pour 1000 à 30 pour 1000, d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>30 pour 1000</b>	DGEPS/DNSMI / FOSA	taux de mortinaissance	EDS Enquête à indicateurs multiples (MICS)	
D'ici fin décembre 2028, la couverture vaccinale complète est augmentée de 44% à 90% au moins au niveau national	<b>44%</b>	<b>90%</b>	DGPS/PEV/DN SMI/FOSA	Taux de couverture vaccinale complète	EDS Enquêtes de couverture vaccinale	
<b>Objectif d'impact : Réduire la prévalence du VIH chez les adolescents/jeunes de 1,03% à 0,75%, d'ici fin décembre 2028</b>	<b>1,03%</b>	<b>0,75%</b>	DGPS/PLIST/ DNSMI/FOSA	Prévalence du VIH chez les adolescents/jeunes	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 50% la prévalence des IST chez les adolescents/jeunes, d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>50%</b>	DGPS/PLIST/ DNSMI/ FOSA	Prévalence des IST chez les adolescents/jeunes	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 50% le taux des grossesses précoces chez les adolescentes/jeunes, d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>50%</b>	DGEPS/PLIST/ DNSMI/ FOSA	Taux des grossesses	EDS	

				précoces chez les adolescentes/jeunes	Données administratives	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 50% la prévalence des avortements chez les adolescentes/jeunes, d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>50%</b>	DGEPS/PLIST/DNSMI/ FOSA	Prévalence des avortements chez les adolescentes/jeunes	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire de 25% la mortalité due aux maladies cardiovasculaires et au diabète chez les personnes âgées, d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>25%</b>	DGEPS/DNSMI / FOSA	Taux de mortalité due aux maladies cardiovasculaires et au diabète chez les personnes âgées	EDS Données administratives	
<b>Objectif d'impact : Réduire l'incidence du paludisme de 215 à 100 pour 100 000 habitants d'ici fin décembre 2028 ;</b>	<b>215 pour 100 000 habitants</b>	<b>100 pour 100 000 habitants</b>	DGPS/PNLP	Incidence du paludisme	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire la séroprévalence du VIH de 3,6% à 2,5% d'ici fin décembre 2028</b>	<b>3,6%</b>	<b>2,5%</b>	DGPS/PLIST	Séroprévalence du VIH	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire l'incidence du VIH de 80 à 60 pour 100.000 habitants d'ici fin décembre 2028</b>	<b>80 pour 100.000 habitants</b>	<b>60 pour 100.000 habitants</b>	DGPS/PLIST	Incidence du VIH	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire l'incidence des hépatites d'ici décembre 2028</b>	<b>ND</b>					
<b>Objectif d'impact : Réduire l'incidence de la tuberculose de 513 à 450 pour 100.000 habitants d'ici fin décembre 2028</b>	<b>513 pour 100.000 habitants</b>	<b>450 pour 100.000 habitants</b>	DGPS/PNLT	Incidence de la tuberculose	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire de 94 pour 100 000 habitants à 55,0 pour 100 000 habitants le taux de mortalité liée à la tuberculose d'ici fin décembre 2028</b>	<b>94 pour 100 000 habitants</b>	<b>55,0 pour 100 000 habitants</b>	DGPS/PNLT	Incidence de la tuberculose	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire de 0,052 pour 100 000 habitants à 1 pour 1.000.000 d'habitants le taux de nouveaux cas de lèpre présentant une invalidité de degré 2 au dépistage d'ici fin décembre 2028</b>	<b>0,052 pour 100 000 habitants</b>	<b>1 pour 1.000.000 d'habitants</b>	DGPS/PLMI	Taux de nouveaux cas de lèpre présentant une invalidité de degré 2 au dépistage	EDS Données administratives	

<b>Objectif d'impact : Réduire de 27,5% à 25% la proportion des nouveaux cas d'Ulcère de Buruli dépistés en catégorie 3 d'ici fin décembre 2028</b>	<b>27,5%</b>	<b>25%</b>	DGPS/PLMI	% des nouveaux cas d'Ulcère de Buruli dépistés en catégorie 3	EDS Données administratives	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 50% la prévalence des MTN à chimiothérapie préventive, d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>50%</b>	DGPS/PLMI	Prévalence des MTN à chimiothérapie préventive	EDS Données administratives	
<b>Objectif d'impact : Réduire de 0,5 par million à 0,0 par million d'habitants le taux de mortalité spécifique de la rage d'ici fin décembre 2028</b>	<b>0,5 par million d'habitants</b>	<b>0,0 par million d'habitants</b>	DGPS/PLMI	Taux de mortalité spécifique de la rage	EDS Données administratives	
<b>Objectif d'impact : Réduire de 10% à 5% le taux de létalité des envenimations par morsure de serpents (EMS) d'ici fin décembre 2028</b>	<b>10%</b>	<b>5%</b>	DGPS/PLMI	Taux de létalité des envenimations par morsure de serpents	EDS Données administratives	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25 % la prévalence de l'hypertension artérielle d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>25%</b>	DGPS/PLMNT	Prévalence de l'hypertension artérielle	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 20 % le taux de mortalité liée aux AVC d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>20%</b>	DGPS/PLMNT	Taux de mortalité liée aux AVC	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 20 % le taux de mortalité liée au diabète d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>20%</b>	DGPS/PLMNT	Taux de mortalité liée au diabète	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25 % la prévalence du diabète d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>25%</b>	DGPS/PLMNT	Prévalence du diabète	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25 % le taux de mortalité liée aux IRA d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>25%</b>	DGPS/PLMNT	Taux de mortalité liée aux IRA	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 15 % la prévalence de la drépanocytose d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>15%</b>	DGPS/PLMNT	Prévalence de la drépanocytose	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25 % la prévalence des traumatismes et handicaps d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>25%</b>	DGPS/PLMNT	Prévalence des traumatismes et handicaps	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25% la prévalence des cancers du sein non pris en charge d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>25%</b>	DGPS/PNPCC	Prévalence des cancers du sein non pris en charge	EDS	

<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25% la prévalence des cancers du col de l'utérus d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>25%</b>	DGPS/PNPCC	Prévalence des cancers du col de l'utérus	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25% l'incidence des cancers du sein d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>25%</b>	DGPS/PNPCC	Incidence des cancers du sein	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25% l'incidence des cancers du col de l'utérus d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>25%</b>	DGPS/PNPCC	Incidence des cancers du col de l'utérus	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 50% la mortalité liée aux cancers du sein d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>50%</b>	DGPS/PNPCC	Taux de mortalité liée aux cancers du sein	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 50% la mortalité liée aux cancers du col de l'utérus d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>50%</b>	DGPS/PNPCC	Taux de mortalité liée aux cancers du col de l'utérus	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 50% la morbidité des cancers du sein d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>50%</b>	DGPS/PNPCC	Taux de morbidité des cancers du sein	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 50% la morbidité des cancers du col de l'utérus d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>50%</b>	DGPS/PNPCC	Taux de morbidité des cancers du col de l'utérus	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25% la prévalence de la cécité / malvoyance d'ici décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>25%</b>	DGPS/PLCS	Prévalence la cécité / malvoyance	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25% la prévalence de la surdité d'ici décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>25%</b>	DGPS/PLCS	Prévalence de la surdité	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25% la proportion des cas de tabagisme dans la population générale d'ici décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>25%</b>	PNSMLTAD	% des cas de tabagisme dans la population générale	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 40% la proportion des consommateurs d'alcool pur dans la population générale d'ici décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>40%</b>	PNSMLTAD	% des consommateurs d'alcool pur dans la population générale	EDS	
<b>Objectif d'impact : Augmenter d'au moins 60% la proportion des personnes atteintes de troubles mentaux ayant accès au service de PEC d'ici décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>60%</b>	PNSMLTAD	% des personnes atteintes de troubles mentaux	EDS	

				ayant accès au service de PEC		
<b>Objectif d'impact : Au moins 80% de la population bénéficie de la couverture sanitaire universelle d'ici décembre 2028</b>	<b>70%</b>	<b>80%</b>	Ministère de la santé	% de la population bénéficiant d'une couverture sanitaire universelle	Enquête ménages	
<b>Objectif d'impact : Réduire de 22% à 18% les dépenses directes des ménages d'ici décembre 2028</b>	<b>22%</b>	<b>18%</b>	CT comptes de la santé	% des paiements directs des ménages	Comptes de la santé	
<b>Objectif d'impact ; Réduire de 25% les dépenses catastrophiques des ménages d'ici décembre 2028</b>	<b>3,5%</b>	<b>2,75%</b>	SG	% des dépenses catastrophiques	Enquête ménages	
<b>Objectif d'impact : Augmenter de 75% à 90% le nombre de personnes bénéficiant d'une couverture contre le risque maladie d'ici décembre 2028</b>	<b>75%</b>	<b>90%</b>	CNAMGS	% de la population bénéficiant d'une couverture contre le risque maladie	Données administratives	
<b>Objectif d'impact : Amener la densité des ressources humaines en santé de 3,23 à 4,45 d'ici décembre 2028</b>	<b>3,23</b>	<b>4,45</b>	DCRH	Densité des personnels de santé	Comptes Nationaux des Personnels de santé	
<b>Objectif d'impact : Améliorer la performance du système de santé</b>	<b>43%</b>	<b>60%</b>	Ministère de la Santé	% de performance du système de santé	OMS	
<b>Objectif d'impact : Améliorer la résilience du système de santé</b>	<b>15%</b>	<b>50%</b>	Ministère de la santé	Score de performance du système de santé	OMS	
<b>Au moins 80% des formations sanitaires du premier niveau sont réhabilités ou construits aux normes et leurs plateaux techniques renforcés ;</b>		<b>80%</b>	Ministère de la santé			
<b>Assurer la disponibilité permanente des médicaments et autres produits de santé de qualité dans les formations sanitaires ;</b>		<b>0</b>	Ministère de la santé	Nombre de rupture de stock de médicaments traceurs	Données administratives	
<b>Réduire de 25% les bronchopneumopathies dues à la pollution de l'air y compris l'air intérieur ;</b>	<b>ND</b>	<b>25%</b>				

Réduire de 20% la consommation de tabac, d'alcool et de drogues chez les adolescents et les jeunes d'ici décembre 2028 (PM) ;						
Réduire de 25% la mortalité dues aux accidents de la voie publique d'ici décembre 2028 ;	ND	25%	Ministère de la santé	Taux de mortalité due aux accidents de la voie publique	Enquête/EDSG	
Réduire de 20% la prévalence des maladies diarrhéiques dues à la qualité de l'eau ;	ND	25%	Ministère de la santé	Prévalence des maladies diarrhéiques	EDSG	
Réduire de 10% la morbidité due à l'utilisation inappropriées des produits chimiques notamment le mercure, les	ND	10%				
Réduire l'incidence des maladies d'origine alimentaire ;						
Augmenter de 10% la proportion des personnes qui pratiquent une activité physique régulière ;						
D'ici décembre 2028, au moins 90% des formations sanitaires disposent de l'eau potable ;		90%	Ministère de la santé	% des formations sanitaires disposant de l'eau potable	Enquête SARA	
D'ici décembre 2028, au moins 90% des formations sanitaires disposent de latrines améliorées ;		90%	Ministère de la santé	% des formations sanitaires disposant de latrines améliorées	Enquête SARA	
D'ici décembre 2028, au moins 80% des formations sanitaires disposent d'un système de gestion des déchets biomédicaux aux normes et fonctionnels ;		80%	Ministère de la santé	% des formations sanitaires disposant d'un système de gestion des déchets biomédicaux	Enquête SARA	
D'ici décembre 2028, au moins 90% des formations sanitaires du deuxième et troisième niveau disposent d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales ;		90%	Ministère de la santé	% des FOSA disposant d'un CLIN	Données administratives	

**III. COUTS ESTIMATIFS DES INTERVENTIONS**

## IV. SUIVI ET EVALUATION

### 4.1. MECANISME DE SUIVI ET EVALUATION

#### 4.1.1. Le dispositif institutionnel

Le PNDS 2024-2028 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 et un Comité de Suivi du PNDS 2024-2028. *La Cellule de Coordination* sera une structure légère rattachée au Cabinet du Ministre ou 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 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 2024-2028 et un état de mise en œuvre des interventions. *Le Comité de Suivi* sera une structure rattachée au Cabinet du Ministre. Animé par le Secrétaire Général, 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 2024-2028. 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.

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 2024-2028 sera assuré par le comité de développement de la région, sous l'autorité du Gouverneur. La coordination technique sera assurée par le Directeur Régional de la Santé (DRS) assisté de l'Equipe Cadre de la Région. 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 le Directeur Départemental (Médecin chef de Département) assisté de l'Equipe Cadre du 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 qui se tiennent au mois d'août. Le Directeur Départemental élaborera un rapport trimestriel qui sera adressé au DRS.

#### 4.1.2. Les 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 domaine d'interventions du PNDS et inclus dans le cadre logique.

### 4.1.3. Les revues

**Les revues annuelles du PNDS 2024-2028** 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 et procéder à la capitalisation des expériences, à l'élaboration et finalisation 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 suite de la mise en œuvre du PNDS 2024-2028.

**L'évaluation finale** interviendra au dernier trimestre de la 5<sup>ème</sup> 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 2024-2028 ;
- 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.

## 4.2. BUDGET ESTIMATIF DU SUIVI ET EVALUATION

## CONCLUSION

Le PNDS 2024-2028 constitue pour les 5 prochaines années l'instrument fondamental de mise en œuvre de la PNS 2024-2034 adopté par le Gouvernement en Conseil des Ministres. Il est le premier temps fort d'une nouvelle décennie d'efforts à consentir pour doter la nation gabonaise, à l'horizon 2034, d'un système de santé dont la gouvernance est consolidée au niveau central, régional et départemental, avec une couverture nationale complète en services essentiels de qualité accessibles à tous, notamment au premier niveau de la pyramide sanitaire.

La méthodologie participative et inclusive retenue pour son élaboration, et l'implication de toutes les parties prenantes à l'action sanitaire nationale dans l'exercice, font du PNDS 2024-2028 un document consensuel qui prend en compte les besoins prioritaires des populations. A ce titre, il est le seul cadre de référence des interventions à réaliser au Gabon dans le secteur de la santé durant les cinq ans qui couvrent sa mise en œuvre.

L'atteinte de tous les objectifs visés par le PNDS 2024-2028 constitue un énorme défi à relever. C'est pourquoi il demeure crucial que tous les acteurs (Gouvernement de la République, professionnels de la santé, communautés, ONG et opérateurs économiques, partenaires techniques et financiers au premier rang desquels l'OMS) se donnent les moyens de réaliser toutes les interventions planifiées. Le succès attendu, gage d'une amélioration substantielle des indicateurs de santé du pays, et preuve d'une meilleure performance de son système de santé, est à ce prix.

## Annexes

CADRE LOGIQUE DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2024-2028										
Axes stratégiques / Objectifs	Résultats attendus	Interventions	Indicateurs	Responsables d'activités	Chronogramme					Budget FCFA
					2024	2025	2026	2027	2028	
<b>AXE STRATEGIQUE 1 : RENFORCER LA GOUVERNANCE DU SYSTEME DE SANTE, LE LEADERSHIP DU MINISTERE DE LA SANTE, LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE ET LE PARTENARIAT</b>										
OS 1.1. Mettre en œuvre les réformes du cadre général institutionnel	Les réformes du cadre général institutionnel sont mis en œuvre	1.1.1. Doter les services centraux de leurs textes organiques	% des services centraux disposant de leur texte organique	SG DGPS DGPEP	X					
		1.1.2. Prendre les textes d'application de la réforme du secteur pharmaceutique et des laboratoires	% des textes d'application attendus disponibles <b>Un laboratoire Qualité est mis en place.</b>	<del>OPN</del> AM SG CNOP Gouvernement	X					
		1.1.3. Elaborer, valider et diffuser la stratégie nationale des technologies sanitaires	1 document de stratégie nationale des TS élaboré, validé et diffusé	AM OPN CNOP	X					
		1.1.4. Prendre les textes d'application et les directives de la réforme hospitalière	% des textes d'application attendus disponibles % des directives attendues disponibles	DGEPS Gouvernement	X					
		1.1.5. Mettre en place l'Observatoire National de Santé Publique	Existence d'une loi créant l'OSP	MS (SNIS) Gouvernement	X					
			% des textes d'application attendus disponibles	SG (SNIS) Gouvernement	X					
			% de bulletins attendus publiés	OSP	X	X	X	X	X	
		1.1.6. Assurer la redynamisation de la plateforme de l'Observatoire Gabonais de la Santé intégré à la plateforme régionale AFRO	Un texte d'application élaboré et disponible	SG SNIS OMS						
			% des rapports validés de réunions attendus disponibles	SG SNIS OMS	X	X	X	X	X	
		1.1.7. Institutionnaliser la révision des normes du secteur de la santé	1 texte disponible	SG DGPEP	X					

		1 Document des normes mis à jour	DGPEP DGEPS	X				X	
		1 texte disponible	SG DGPEP	X					
	1.1.8. Institutionnaliser la révision de la nomenclature des actes des professions de santé et la tarification	Nomenclature des actes des professions de santé et la tarification révisées	SG DGEPS	X		X		X	
		1 texte de loi mettant en place le nouveau cadre institutionnel	SG DGEPS CNOM, CNOP Gouvernement	X					
		% des textes d'application attendus disponibles	SG DGEPS CNOM, CNOP Gouvernement	X					
		% Nbre des rapports de réunions attendus élaborés, validés et diffusés	SG DGEPS CNOM, CNOP	X	X	X	X	X	
		1 code de la santé promulgué	Gouvernement	X					
		% des DS disposant du code	SG DRS	X					
		1 texte de loi organisant et réglementant la médecine traditionnelle	DGEPS Gouvernement	X	X				
		1 référentiel d'organisation de la médecine traditionnelle disponible (nomenclature des infrastructures et des compétences)	DGEPS Conseil national de la médecine traditionnelle	X	X				
		1 texte organisant la commission nationale de coordination de la santé disponible	MS (SG) Gouvernement	X					
		% des rapports validés de réunions attendus disponibles	SG	X	X	X	X	X	
		1 référentiel des procédures élaboré et validé	SG, IGSM, IGS	X					
		1.1.12. Mettre en place le cadre institutionnel de coordination du secteur de la santé							
		1.1.13. Rendre fonctionnel les services et organes de régulation et de contrôle du secteur de la santé							

			% du personnel renforcé en capacités	SG, IGSM, IGS	X	X	X			
			% des rapports de mission attendus disponibles	SG, IGSM, IGS	X	X	X	X	X	
			% des rapports de mission attendus transmis dans les délais	SG, IGSM, IGS	X	X	X	X	X	
		1.1.14. Formaliser les procédures de référence et de contre référence	1 référentiel intégré des procédures élaborées, validées et diffusées de référence et de contre référence disponible	DGEPS	X	X	X			
			% de DS disposant des Directives du référentiel	DGEPS	X	X				
			% de FOSA utilisant le référentiel intégré des procédures de référence et de contre référence	DGEPS	X	X	X	X	X	
		1.1.15. Formaliser les procédures et normes de fonctionnement des services	1 document des procédures disponible	SG, IGSM, IGS	X					
			1 document des normes de fonctionnement disponible	SG, IGSM, IGS	X					
			% des services disposant de procédures formalisées	SG, IGSM, IGS	X	X	X	X	X	
			% des services disposant de normes de fonctionnement formalisées	SG, IGSM, IGS	X	X	X	X	X	
		1.1.16. Promouvoir, soutenir et renforcer les ordres professionnels	% de partenariats attendus formalisés	SG	X	X	X	X	X	
OS 1.2. Renforcer la gouvernance des programmes et services nationaux	La gouvernance des programmes et services nationaux est renforcée	1.2.1. Renforcer les capacités organisationnelles et fonctionnelles des programmes et services nationaux	% des PN et SN disposant de leur texte particulier	DGPS PN et SN	X	X				
			% des PN et SN produisant des rapports d'activités à échéance due	PN et SN	X	X	X	X	X	

		1.2.2. Elaborer, valider et diffuser les outils normatifs, pédagogiques et didactiques des programmes et services nationaux	1 référentiel des outils normatifs des PN et SN disponible	DGPS PN et SN	X	X						
			1 référentiel des outils pédagogiques et didactiques des PN et SN disponible	DGPS PN et SN	X	X						
			% des PN et SN disposant de leurs outils normatifs	DGPS PN et SN	X	X						
			% des PN et SN disposant de leurs outils pédagogiques et didactiques	DGPS PN et SN	X	X						
			% des DS disposant des outils normatifs des PN et SN	DGPS PN et SN		X	X	X	X			
			% des DS disposant des outils pédagogiques et didactiques des PN et SN	DGPS PN et SN		X	X	X	X			
		1.2.3. Elaborer, valider et diffuser les plans directeurs/plans stratégiques des programmes de lutte contre la maladie	% de PN et SN possédant un plan directeur/plan stratégique	DGPS PN et SN	X	X	X	X	X			
			% des DS disposant des Plans Directeurs/plans stratégiques des PN et SN	DGPS PN et SN	X	X	X	X	X			
		1.2.4. Renforcer la coordination des programmes et services nationaux	% des directives attendues élaborées, validées et transmises aux PN et SN	SG, DGPS	X	X	X	X	X			
			% des rapports validés de réunions de coordination attendus disponibles	PN et SN	X	X	X	X	X			
		1.2.5. Assurer les activités de supervision, suivi et évaluation	% des rapports de mission attendus disponibles	SG, DGPS	X	X	X	X	X			
		OS 1.3. Renforcer la gouvernance des FOSA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	La gouvernance est renforcée dans les FOSA à tous les niveaux de la	1.3.1. Elaborer et valider les projets d'établissement des FOSA du niveau tertiaire et intermédiaire	% des CHU, CHR, HC et HD disposant d'un projet d'établissement	FOSA DGEPS DGPEP DRS	X					

	pyramide sanitaire	1.3.2. Mettre en œuvre les projets d'établissement dans les FOSA du niveau tertiaire et intermédiaire	% des CHU, CHR, HC et HD ayant mis en œuvre leur projet d'établissement	FOSA DGEPS DRS		X	X		X	
		1.3.3. Elaborer et valider les plans opérationnels des FOSA fonctionnels du niveau périphérique	% des centres de Santé et des dispensaires fonctionnels disposant d'un plan opérationnel	FOSA DRS DGEPS	X		X		X	
		1.3.4. Mettre en œuvre les plans opérationnels des FOSA fonctionnels du niveau périphérique	% des centres de Santé et des dispensaires fonctionnels ayant mis en œuvre leur plan opérationnel	FOSA DRS DGEPS		X	X		X	
		1.3.5. Procéder au suivi et à l'évaluation des projets d'établissement des FOSA du niveau tertiaire et intermédiaire	% des CHU, CHR, HC et HD ayant bénéficié du suivi évaluation de leur projet d'établissement	FOSA DRS DGEPS DGPEP		X	X	X		
		1.3.6. Procéder au suivi et à l'évaluation des plans opérationnels des FOSA fonctionnels du niveau périphérique	% des centres de Santé et des dispensaires fonctionnels ayant bénéficié du suivi évaluation de leur plan opérationnel	DGPEP DGEPS DRS FOSA		x	x	x		
OS 1.4. Renforcer la collaboration intersectorielle et le partenariat	La collaboration intersectorielle et le partenariat public privé sont renforcés	1.4.1. Renforcer le cadre institutionnel du partenariat public privé dans le secteur de la santé	1 texte disponible	Primature	X					
		1.4.2. Réaliser des partenariats public privé	% des PPP attendus conclus	MS	X	X	X	X	X	

CADRE LOGIQUE DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2024-2028						
Axes stratégiques / Objectifs	Baseline	Cible	Responsables	Indicateurs	Moyens de vérification	Budget FCFA
<b>AXE STRATEGIQUE 2 : PROMOUVOIR LA SANTE A TOUTES LES ETAPES DE LA VIE</b>						
<i>Santé de la mère</i>						
<b>Objectif d'impact : Réduire la mortalité maternelle de 252 décès pour 100 000 NV à 129 décès pour 100 000 NV d'ici fin décembre 2028</b>	<b>252 décès pour 100 000 NV</b>	<b>129 décès pour 100 000 NV</b>	DGPS/DNSMI/ FOSA	Ratio de mortalité maternelle	Enquête Démographique et de Santé (EDS)	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des femmes utilisant une méthode moderne de contraception est augmentée de 17% à 30% au moins	<b>17%</b>	<b>30%</b>	DGPS/DNSMI	Taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception	EDS	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des femmes enceintes effectuant au moins 4 consultations prénatales (CPN) est augmentée de 78% à 90% au moins	<b>78%</b>	<b>90%</b>	DGPS/DNSMI/ FOSA	% des femmes enceintes ayant effectué au moins 4 CPN	EDS	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des femmes enceintes effectuant au moins 2 consultations post natales (CPON) est d'au moins 90%	<b>ND</b>	<b>90%</b>	DGPS/DNSMI/ FOSA	% des femmes enceintes ayant effectué au moins 2 CPON	EDS	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des femmes enceintes recevant le TPI3 est augmentée de 38% à 50% au moins	<b>38%</b>	<b>50%</b>	DGPS/DNSMI/ FOSA	% des femmes enceintes ayant reçu le TPI3	EDS	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des femmes enceintes séropositives bénéficiant de la trithérapie antirétrovirale (TAR) est augmentée de 71% à 90% au moins	<b>71%</b>	<b>90%</b>	DGPS/DNSMI/ FOSA	% des femmes enceintes séropositives ayant bénéficié de la TAR	EDS	
D'ici fin décembre 2028, le taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié est augmenté de 93% à 95% au moins	<b>93%</b>	<b>95%</b>	DGEPS/DNSMI/ FOSA	Taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié	EDS	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des hémorragies liées à l'accouchement bénéficiant d'une PEC conforme aux protocoles nationaux de prise en charge des complications obstétricales est de 60% au moins	<b>ND</b>	<b>60%</b>	DGEPS/DNSMI/ FOSA	% des hémorragies liées à l'accouchement ayant bénéficié d'une PEC conforme aux protocoles nationaux de prise en charge des complications obstétricales	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des pré-éclampsies et éclampsies bénéficiant d'une PEC conforme aux protocoles nationaux de prise en charge des complications obstétricales est de 60% au moins	<b>ND</b>	<b>60%</b>	DGEPS/DNSMI/ FOSA	% des pré-éclampsies et éclampsies ayant bénéficié d'une PEC conforme aux protocoles nationaux de prise en charge des complications obstétricales	EDS Données administratives	

D'ici fin décembre 2028, la proportion des décès maternels faisant l'objet d'un audit dans le cadre de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) est augmentée de 3% à 50% au moins	3%	50%	DGEPS/DNSMI/ FOSA	% décès maternels ayant fait l'objet d'un audit dans le cadre de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR)	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des avortements à risque bénéficiant d'une PEC conforme aux protocoles nationaux de PEC des avortements incomplets à l'aide de l'AMIU et du misoprostol est de 60% au moins	ND	60%	DGEPS/DNSMI/ FOSA	% des avortements à risque ayant bénéficié d'une PEC conforme aux protocoles nationaux de PEC des avortements incomplets à l'aide de l'AMIU et du misoprostol	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des femmes porteuses de fistules obstétricales identifiées et réparées est de 30% au moins	ND	30%	DGEPS/DNSMI/ FOSA	% des femmes porteuses de fistules obstétricales identifiées ayant été réparées	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, un observatoire national des décès maternels, néonataux, infantiles et des mortinaissances est mis en place	0	1	SG/DGEPS/DNSMI/ FOSA	Observatoire national des décès maternels, néonataux, infantiles et des mortinaissances disponible et fonctionnel	Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, deux Forums Nationaux sur la Mère et l'Enfant sont organisés	0	2	SG/DNSMI/ FOSA	Rapports des forums disponibles	Données administratives	
<i>Santé de l'enfant</i>						
<b>Objectif d'impact : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 39 pour 1000 à 25 pour 1000, d'ici fin décembre 2028</b>	<b>39 décès pour 1000 NV</b>	<b>25 décès pour 1000 NV</b>	DGEPS/DNSMI/ FOSA	Ratio de mortalité des enfants de moins de 5 ans	EDS Enquête à indicateurs multiples (MICS)	
<b>Objectif d'impact : Réduire la mortalité infantile de 28 pour 1000 à 21 pour 1000, d'ici fin décembre 2028</b>	<b>28 décès pour 1000 NV</b>	<b>21 décès pour 1000 NV</b>	DGEPS/DNSMI/ FOSA	Taux de mortalité infantile	EDS Enquête à indicateurs multiples (MICS)	
<b>Objectif d'impact : Réduire la mortalité néonatale de 18 pour 1000 à 12 pour 1000, d'ici fin décembre 2028</b>	<b>18 décès pour 1000 NV</b>	<b>12 décès pour 1000 NV</b>	DGEPS/DNSMI/ FOSA	Taux de mortalité néonatale	EDS Enquête à indicateurs multiples (MICS)	
<b>Objectif d'impact : Réduire le taux de mortinaissance de xx pour 1000 à 30 pour 1000, d'ici fin décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>30 pour 1000</b>	DGEPS/DNSMI/ FOSA	taux de mortinaissance	EDS Enquête à indicateurs multiples (MICS)	
D'ici fin décembre 2028, la couverture vaccinale complète est augmentée de 44% à 90% au moins au niveau national	44%	90%	DGPS/PEV/DNSMI/ FOSA	Taux de couverture vaccinale complète	EDS Enquêtes de couverture vaccinale	
D'ici fin décembre 2028, la couverture vaccinale du VAR est augmentée de 55,3% à 90% au moins au niveau national	55,3%	90%	DGPS/PEV/DNSMI/ FOSA	Taux de couverture vaccinale du VAR	EDS Enquêtes de couverture vaccinale	

D'ici fin décembre 2028, la couverture vaccinale du PENTA 3 est augmentée de 58,4% à 90% au moins au niveau national	<b>58,4%</b>	<b>90%</b>	DGPS/PEV/DNSMI/ FOSA	Taux de couverture vaccinale du PENTA 3	EDS Enquêtes de couverture vaccinale	
D'ici fin décembre 2028, la couverture vaccinale du BCG est augmentée de 89,4% à 90% au moins au niveau national	<b>89,4%</b>	<b>90%</b>	DGPS/PEV/DNSMI/ FOSA	Taux de couverture vaccinale du BCG	EDS Enquêtes de couverture vaccinale	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des femmes pratiquant l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois est augmentée de 19% à 30% au moins	<b>19%</b>	<b>30%</b>	DGPS/CNN/DNSMI/ FOSA	% des femmes ayant pratiqué l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois	EDS Enquête nutritionnelle	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des cas de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans bénéficiant d'une prise en charge conforme aux directives nationales est augmentée de 36% à 60% au moins	<b>36%</b>	<b>60%</b>	DGPS/CNN/DNSMI/ FOSA	% des cas de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans ayant bénéficié d'une prise en charge conforme aux directives nationales	EDS Enquête nutritionnelle	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des enfants nés de mères séropositives ayant bénéficié de la PTME et séronégatifs à 18 mois est augmentée de 6% à 30% au moins	<b>6%</b>	<b>30%</b>	DGPS/CTA/PLIST/ DNSMI/FOSA	% des enfants nés de mères séropositives ayant bénéficié de la PTME et séronégatifs à 18 mois	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des enfants de 18 mois-14 ans dépistés positifs au VIH et mis sous ARV est augmentée de 24,27% à 50% au moins	<b>24,27%</b>	<b>50%</b>	DGPS/CTA/PLIST/ DNSMI/FOSA	% des enfants de 18 mois-14 ans dépistés positifs au VIH et mis sous ARV	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des enfants de moins de 15 ans dépistés positifs au VIH sous ARV ayant une charge virale indétectable est augmentée de 81,34% à 90% au moins	<b>81,34%</b>	<b>90%</b>	DGPS/CTA/PLIST/ DNSMI/FOSA	% des enfants de moins de 15 ans dépistés positifs au VIH sous ARV ayant une charge virale indétectable	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des enfants de moins de 5 ans dormant sous MIILDE est augmentée de 68,4% à 80% au moins	<b>68,4%</b>	<b>80%</b>	DGPS/PNLP/ DNSMI	% des enfants de moins de 5 ans dormant sous MIILDE	EDS Enquête en population	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme bénéficiant d'un traitement conforme aux directives nationales dans les 24 heures est augmentée de 88% à 95% au moins	<b>88%</b>	<b>95%</b>	DGPS/PNLP/ DNSMI/FOSA	% des enfants de moins de 5 ans atteints de paludisme ayant bénéficié d'un traitement conforme aux directives nationales dans les 24 heures	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des enfants de moins de 5 ans atteints de maladies diarrhéiques bénéficiant d'une prise en charge conforme aux directives nationales est de 5% à 30% au moins	<b>5%</b>	<b>30%</b>	DGPS/DNSMI/CNN / FOSA	% des enfants de moins de 5 ans atteints de maladies diarrhéiques ayant bénéficié d'une prise	EDS Données administratives	

				en charge conforme aux directives nationales		
D'ici fin décembre 2028, la proportion des enfants de moins de 5 ans atteints d'infections respiratoires aiguës bénéficiant d'une prise en charge conforme aux directives nationales est augmentée de 95% à 100%	95%	100%	DGPS/DNSMI/ FOSA	% des enfants de moins de 5 ans atteints d'infections respiratoires aiguës ayant bénéficié d'une prise en charge conforme aux directives nationales	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des décès néonataux faisant l'objet d'un audit dans le cadre de la surveillance des décès néonataux et riposte est augmentée de 0% à 30% au moins	0%	30%	DGPS/DNSMI/ FOSA	% des décès néonataux ayant fait l'objet d'un audit dans le cadre de la surveillance des décès néonataux et riposte	EDS Données administratives	
<i>Santé de l'adolescent/jeune</i>						
<b>Objectif d'impact : Réduire la prévalence du VIH chez les adolescents/jeunes de 1,03% à 0,75%, d'ici fin décembre 2028</b>	1,03%	0,75%	DGPS/PLIST/ DNSMI/FOSA	Prévalence du VIH chez les adolescents/jeunes	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 50% la prévalence des IST chez les adolescents/jeunes, d'ici fin décembre 2028</b>	ND	50%	DGPS/PLIST/ DNSMI/ FOSA	Prévalence des IST chez les adolescents/jeunes	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 50% le taux des grossesses précoces chez les adolescentes/jeunes, d'ici fin décembre 2028</b>	ND	50%	DGEPS/PLIST/ DNSMI/ FOSA	Taux des grossesses précoces chez les adolescentes/jeunes	EDS Données administratives	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 50% la prévalence des avortements chez les adolescentes/jeunes, d'ici fin décembre 2028</b>	ND	50%	DGEPS/PLIST/ DNSMI/ FOSA	Prévalence des avortements chez les adolescentes/jeunes	EDS	
D'ici fin décembre 2028, le taux d'utilisation du condom chez les jeunes de 15 à 24 ans est augmenté de 29,3% à 50% au moins	29,3%	50%	DGPS/PLIST/ DNSMI	Taux d'utilisation du condom chez les jeunes de 15 à 24 ans	EDS	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des adolescents/jeunes en activité sexuelle utilisant une méthode moderne de contraception est augmentée de 20,5% à 50% au moins	20,5%	50%	DGPS/PLIST/ DNSMI	% des adolescents /jeunes en activité sexuelle utilisant une méthode moderne de contraception	EDS	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des adolescents/jeunes ayant accès aux services de prévention des IST/VIH est de 80% au moins	ND	80%	DGEPS/PLIST/ DNSMI/ FOSA	% des adolescents/jeunes ayant accès aux services de prévention des IST/VIH	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des départements sanitaires disposant d'au moins un Service/Centre Conseil intégré des adolescents/jeunes est augmentée de 4% à 30% au moins	4%	30%	DGPS/PLIST/ DNSMI/ FOSA	% des départements sanitaires disposant d'au moins un Service/Centre Conseil	EDS Données administratives	

				intégré des adolescents/jeunes		
D'ici fin décembre 2028, la proportion des adolescentes de 10-11 ans bénéficiant de deux (2) doses de la vaccination anti HPV (Papilloma Virus Humain) est de 50% au moins	0%	50%	DGPS/PEV/ DNSMI/ FOSA	% des adolescentes de 10-11 ans bénéficiant de deux (2) doses de la vaccination anti HPV (Papilloma Virus Humain)	EDS Données administratives	
<i>Santé de la personne âgée</i>						
<b>Objectif d'impact : Réduire de 25% la mortalité due aux maladies cardiovasculaires et au diabète chez les personnes âgées, d'ici fin décembre 2028</b>	ND	25%	DGEPS/DNSMI/ FOSA	Taux de mortalité due aux maladies cardiovasculaires et au diabète chez les personnes âgées	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes âgées bénéficiant de soins préventifs et promotionnels sur les différents facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires et au diabète est de 95% au moins	ND	95%	DGEPS/DNSMI/ FOSA	% des personnes âgées bénéficiant de soins préventifs et promotionnels sur les différents facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires et au diabète	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes âgées bénéficiant d'une prise en charge de l'hypertension artérielle conforme aux protocoles nationaux est de 60% au moins	ND	60%	DGEPS/DNSMI/ FOSA	% des personnes âgées bénéficiant d'une prise en charge de l'hypertension artérielle conforme aux protocoles nationaux	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes âgées bénéficiant d'une prise en charge du diabète conforme aux protocoles nationaux est de 60% au moins	ND	60%	DGEPS/DNSMI/ FOSA	% des personnes âgées bénéficiant d'une prise en charge du diabète conforme aux protocoles nationaux	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes âgées ayant un accès financier aux services de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est de 80% au moins	ND	80%	DGEPS/DNSMI/ CNAMGS/FOSA	% des personnes âgées bénéficiant d'une couverture maladie	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des systèmes nationaux de collecte des données incluant des indicateurs spécifiques renseignant sur les personnes âgées, en routine ou lors d'enquête en population type EDSG, est de 90% au moins	ND	90%	SNIS/DNSMI/ FOSA	% des systèmes nationaux de collecte des données incluant des indicateurs spécifiques renseignant sur les personnes âgées, en	Données administratives	

				routine ou lors d'enquête en population type ED SG		
D'ici fin décembre 2028, la proportion de départements sanitaires offrant un service de conseil dédié aux personnes âgées est de 90% au moins	<b>ND</b>	<b>90%</b>	DGPS/DNSMI/DRS	% des départements sanitaires offrant un service de conseil dédié aux personnes âgées	Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, un Observatoire national des personnes âgées est créé et doté des moyens requis pour l'accomplissement de ses missions	<b>0</b>	<b>1</b>	MSAS SG	Observatoire national des personnes âgées disponible et fonctionnel	Données administratives	

CADRE LOGIQUE DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2024-2028										
Axes stratégiques / Objectifs	Résultats attendus	Interventions	Indicateurs	Responsables d'activités	Chronogramme					Budget FCFA
					2024	2025	2026	2027	2028	
<b>AXE STRATEGIQUE 3 : PROGRESSER VERS LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE</b>										
OS 3.1. Développer les prestations de santé	Les prestations de santé sont développées	3.1.1. Mettre en œuvre les PESS dans les FOSA (secteur public)	% de FOSA ayant une offre de PESS aux normes	DGEPS IGS	X	X	X	X	X	
		3.1.2. Mettre en œuvre les PAA dans les FOSA (secteur privé)	% de FOSA ayant une offre de PAA aux normes	DGEPS IGS	X	X	X	X	X	
		3.1.3. Intégrer les activités des programmes de santé prioritaires dans les FOSA	% de FOSA ayant intégré les activités des programmes de santé prioritaires	DGPS, DGEPS PN &SN	X	X	X	X	X	
		3.1.4. Renforcer les capacités des FOSA en matière de gestion des programmes de santé prioritaires	% de FOSA renforcées en matière de gestion des programmes de santé prioritaires	DGPS, DGEPS PN &SN	X	X	X	X	X	
OS 3.2. Assurer la qualité des prestations de santé et la sécurité des patients (ASP)	La qualité des prestations de santé et la sécurité des patients est assurée	3.2.1. Mettre en place les services d'assurance qualité	% de FOSA possédant un service d'assurance qualité	DGEPS IGS AGANOR	X	X	X	X	X	
		3.2.2. Mettre en place le système de certification	% de FOSA concernées certifiant leurs activités	DGEPS IGS AGANOR	X	X	X	X	X	
		3.2.3. Mettre en place le système d'accréditation	% de FOSA concernées possédant une accréditation	DGEPS IGS AGANOR	X	X	X	X	X	
		3.2.4. Elaborer, valider et diffuser des directives sur l'accueil du client à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	1 Directive portant sur l'accueil du client disponible	DGEPS SNEPS DRS FOSA	X	X	X	X	X	
			% des FOSA disposant de la Directive	DGEPS DRS FOSA	X	X	X	X	X	
			% des services d'accueil appliquant la Directive	DGEPS DRS FOSA	X	X	X	X	X	
3.2.5. Réguler les pratiques professionnelles	1 Directive du MS régulant les pratiques professionnelles	MS/SG Ordres professionnels	X	X	X	X	X			

			Nbre de FOSA mettant en pratique les directives	MS/SG Ordres professionnels	X	X	X	X	X	
		3.2.6. Renforcer les capacités de gestion et de prescription à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	% de FOSA renforcées en capacités de gestion et de prescription	DGEPS Ordres professionnels	X	X	X	X	X	
		3.2.7. Promouvoir les médicaments essentiels génériques	% de médicaments génériques disponibles dans les FOSA	OPN AM	x	x	x	x	x	
OS 3.3. Assurer la gestion des déchets biomédicaux/DASRI à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	La gestion des déchets biomédicaux/DASRI est assurée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	3.3.1 Elaborer, valider et diffuser le Manuel de Gestion des déchets biomédicaux /DASRI à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Manuel de Gestion des déchets biomédicaux /DASRI disponible	DGEPS IHPA DRS FOSA	X					
			% des FOSA disposant du Manuel de Gestion des déchets biomédicaux/DASRI	DGEPS IHPA FOSA	X	X	X	X	X	
		3.3.2. Former les personnels médicaux et paramédicaux à la gestion des déchets biomédicaux/DASRI à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	% de FOSA ayant bénéficié d'une formation des personnels médicaux et paramédicaux à la gestion des déchets biomédicaux/DASRI	DGEPS IHPA FOSA DRS	X	X	X	X	X	
OS 3.4. Améliorer l'accessibilité financière aux soins	L'accessibilité financière aux soins est améliorée	3.4.1. Etendre la CNAMGS à toutes les FOSA du premier niveau de la pyramide sanitaire	% de FOSA où la prise en charge par la CNAMGS est disponible	CNAMGS DRS DS FOSA	X	X	X	X	X	
			1 texte étendant le panier de soins CNAMGS disponible	CNAMGS DGEPS DRS MS	X					
		3.4.2. Etendre la gamme du panier de soins pris en charge par la CNAMGS	% de FOSA où le panier de soins étendu CNAMGS est disponible	CNAMGS DGEPS DRS MS	X	X	X	X	X	
OS 3.5. Assurer une gestion optimale des MAPS	La gestion des MAPS est optimale	3.5.1. Elaborer, valider et diffuser un référentiel d'outils de gestion des MAPS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	1 référentiel d'outils de gestion des MAPS élaboré, validé et diffusé disponible	SG OPN AM	X	X	X	X	X	
			% de DRS disposant du référentiel	SG OPN AM	X	X	X	X	X	

		% de FOSA disposant du référentiel	OPN	X	X	X	X	X	
	3.5.2. Mettre en place des Comité de gestion des MAPS dans les structures sanitaires	% de FOSA ayant un comité de gestion des MAPS	OPN DGEPS DRS FOSA	X	X	X	X	X	
	3.5.3. Elaborer et valider un texte portant création et organisation du comité national de quantification des MAPS	1 texte créant le comité national de quantification des MAPS disponible	OPN AM SG	X					
	3.5.4. Mettre en place le comité national de quantification des MAPS	1 comité national de quantification des MAPS en place et fonctionnel	SG OPN AM	X					
	3.5.5. Mettre en place les sous-comités de quantification des MAPS au niveau régional	% de DRS ayant un sous-comité de quantification des MAPS	SG OPN AM	X	X	X	X	X	
	3.5.6. Assurer l'approvisionnement et la distribution, en quantité suffisante et à moindre coût, des MAPS à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	% de FOSA du niveau primaire ayant eu une rupture de stock en produits traceurs > 3 mois	OPN AM	X	X	X	X	X	
% de FOSA du niveau secondaire ayant eu une rupture de stock en produits traceurs > 3 mois		OPN AM	X	X	X	X	X		
% de FOSA du niveau tertiaire ayant eu une rupture de stock en produits traceurs > 3 mois		OPN AM	X	X	X	X	X		
	3.5.7. Assurer le respect des bonnes pratiques de stockage des MAPS, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	% de FOSA du niveau primaire disposant de locaux adéquats pour la conservation	SG OPN AM DCPIE	X	X	X	X	X	
% de FOSA du niveau secondaire disposant de locaux adéquats pour la conservation		SG OPN AM DCPIE	X	X	X	X	X		
% de FOSA du niveau tertiaire disposant de locaux adéquats pour la conservation		OPN AM DCPIE	X	X	X	X	X		
	3.5.8. Assurer le respect des bonnes pratiques de distribution des MAPS, à	% de RS disposant de moyens logistiques	OPN DCPIE	X	X	X	X	X	

		tous les niveaux de la pyramide sanitaire	adéquats pour la distribution							
		% de DS disposant de moyens logistiques adéquats pour la distribution	OPN AM DCPIE	X	X	X	X	X		
		3.5.9. Doter les FOSA, services nationaux et programmes de lutte contre la maladie d'outils de gestion informatisée des MAPS	% de FOSA disposant d'outils de gestion informatisée des MAPS	OPN SNIS DCSI	X	X	X	X	X	
			% de services nationaux disposent d'outils de gestion informatisée des MAPS	OPN SNIS DCSI	X	X	X	X	X	
			% de programmes de lutte contre la maladie disposant d'outils de gestion informatisée des MAPS	OPN SNIS DCSI	X	X	X	X	X	
		3.5.10. Promouvoir l'usage des médicaments génériques	1 Directive disponible	SG OPN AM	X					
			% de prescripteurs sensibilisés par RS	SG OPN AM	X	X	X	X	X	
		3.5.11. Promouvoir la prescription rationnelle des médicaments	1 Directive disponible	OPN	X					
			% de prescripteurs sensibilisés par RS	SG OPN AM	X	X	X	X	X	
		3.5.12. Promouvoir l'usage des médicaments traditionnels améliorés	1 Directive disponible	MS/SG DGEPS AM	X					
			Rapports de recherche validés disponibles	IPHAMETRA AM DGEPS	X	X	X	X	X	
			Algorithmes décisionnels disponibles	SG, DGEPS/SMT, OPN AM Ordres professionnels	X	X	X	X	X	
			1 convention de partenariat entre l'OPN et l'Association des tradithérapeutes disponible	SG OPN ATT	X	X	X	X	X	

		3.5.13. Elaborer, valider et diffuser une directive nationale sur la destruction des déchets pharmaceutiques	1 Directive disponible	AM SG	X					
		3.5.14. Assurer la gestion des déchets pharmaceutiques	% de FOSA du niveau primaire assurant une gestion aux normes des déchets pharmaceutiques	OPN DGEPS IGS IRS	X	X	X	X	X	
			% de FOSA du niveau secondaire assurant une gestion aux normes des déchets pharmaceutiques	OPN AM DGEPS IGS IRS	X	X	X	X	X	
			% de FOSA du niveau tertiaire assurant une gestion aux normes des déchets pharmaceutiques	OPN AM DGEPS IGS	X	X	X	X	X	
		3.5.15. Adopter le Plan National de la Transfusion Sanguine	1 plan adopté disponible	SG CNTS AM	X					
		3.5.16. Renforcer le cadre juridique et normatif de la Transfusion sanguine	1 texte disponible	SG CNTS	X	X	X	X	X	
% des outils normatifs attendus disponibles	SG CNTS		X	X	X	X	X			
OS 3.6. Garantir la qualité des MAPS	La qualité des MAPS est garantie	3.6.1. Mettre en place un système national d'assurance qualité pharmaceutique	1 Directive disponible	AM	X					
			1 liste validée des acteurs du système disponible	SG AM OPN	X	X	X	X	X	
			% des structures sanitaires attendues animant le système	SG AM OPN FOSA	X	X	X	X	X	
OS 3.7. Assurer la vigilance des MAPS	La vigilance des MAPS est assurée	3.7.1. Mettre en place des systèmes de vigilance sanitaire et de contrôle qualité des MAPS	1 Directive disponible	SG AM OPEN	X					
			1 liste validée des acteurs du système disponible	SG AM OPN	X	X	X	X	X	

			% de structures sanitaires attendues animant le système de vigilance	SG OPN FOSA	X	X	X	X	X	
		3.7.2. Mener une campagne annuelle de sensibilisation de masse à la vigilance et à l'usage rationnel des médicaments	Rapports de campagne disponibles	AM OPN DGEPS FOSA DRS	X	X	X	X	X	
OS 3.8. Mettre en œuvre le plan national de développement des ressources humaines de la santé	Le plan national de développement des ressources humaines de la santé est mis en œuvre	3.8.1. Elaborer et adopter une loi cadre sur le développement des RH en santé au Gabon	1 loi cadre disponible	MS DCRH	X					
		3.8.2. Mettre en œuvre le plan de formation	% de satisfaction des besoins de formation	SG DCRH Ordres professionnels	X	X	X	X	X	
		3.8.3. Mettre en œuvre le plan de recrutement	% de satisfaction des besoins en personnels	SG DCRH	X	X	X	X	X	
		3.8.4. Développer les partenariats bilatéraux et multilatéraux pour la formation initiale et continue des ressources humaines de la santé	% de partenariats bilatéraux attendus réalisés	MS DCRH	X	X	X	X	X	
			% de partenariats multilatéraux attendus réalisés	MS DCRH	X	X	X	X	X	
OS 3.9. Assurer une information actualisée sur les RH en santé	L'information actualisée sur les RH en santé est assurée	3.9.1. Mettre en place un système d'information sur les ressources humaines de la santé	1 texte disponible	MS/SG, DCRH, SNIS, DCSI	X					
			1 référentiel des procédures disponible	SNIS DCSI DCRH	X	X	X	X	X	
			% de FOSA équipées de logiciels de gestion des RH	DCRH DCPIE SNIS DCSI	X	X	X	X	X	
		3.9.2. Mettre en place et rendre fonctionnel un observatoire des RH en santé	1 texte disponible	SG, DCRH, <del>SNIS</del>	X					
			1 siège disponible	DCPIE		X				
			% des équipements requis achetés et mis à disposition	DCPIE		X	X	X	X	
OS 3.10. Améliorer la gestion des ressources financières	La gestion des ressources financières est améliorée	3.10.1. Elaborer en relation avec le Ministère des Finances un Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT)	CDMT disponible	DCPIE, DCAF	X					
		3.10.2. Elaborer chaque année les comptes nationaux de la santé (CNS)	% de CNS attendus réalisés	Commission des CNS	X	X	X	X	X	
		3.10.3. Renforcer les capacités de gestion financière des formations	Directive disponible	DGEPS	X					
% des FOSA disposant de la Directive	DGEPS		X	X	X	X	X			

		sanitaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	% des FOSA par DS appliquant la Directive	DGEPS	X	X	X	X	X	
		3.10.4. Mettre en place à la CNAMGS des mécanismes de gestion optimale du risque maladie et de performance dans les prestations	1 texte réglementaire disponible	CNAMGS	X	X	X	X	X	
			Des directives opérationnelles disponibles	CNAMGS	X	X	X	X	X	
			% des services dédiés en place	CNAMGS	X	X	X	X	X	
			% des rapports d'activité attendus disponibles	CNAMGS	X	X	X	X	X	
		3.10.5. Appliquer une politique de contractualisation des performances	% des contrats attendus établis	CNAMGS DGEPS	X	X	X	X	X	
		3.10.6. Mettre en place des mécanismes équitables et transparents de gestion des recettes propres des structures sanitaires publiques (incluant les paiements de la CNAMGS)	% de FOSA disposant du texte	SG DGEPS DRS	X	X	X	X	X	
			% de FOSA appliquant le texte	SG DGEPS DRS	X	X	X	X	X	
			% de FOSA vulgarisant le texte par voie d'affiche	SG DGEPS DRS	X	X	X	X	X	

CADRE LOGIQUE DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2024-2028						
Axes stratégiques / Objectifs	Baseline	Cible	Responsables	Indicateurs	Moyens de vérification	Budget FCFA
<b>AXE STRATEGIQUE 4 : INTENSIFIER LA LUTTE CONTRE LA MALADIE</b>						
<i>Maladies transmissibles infectieuses</i>						
<b>Objectif d'impact : Garantir à au moins 80% de la population l'accès aux interventions de prévention et promotion contre le paludisme d'ici fin décembre 2028</b>	ND	80%	DGPS/PNLP	% de la population ayant accès aux interventions de prévention et promotion contre le paludisme	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire la séroprévalence du VIH de 3,6% à 2,5% d'ici fin décembre 2028</b>	3,6%	2,5%	DGPS/PLIST	Séroprévalence du VIH	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire l'incidence du VIH de 80 à 60 pour 100.000 habitants d'ici fin décembre 2028</b>	80 pour 100.000 habitants	60 pour 100.000 habitants	DGPS/PLIST	Incidence du VIH	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire l'incidence de la tuberculose de 513 à 450 pour 100.000 habitants d'ici fin décembre 2028</b>	513 pour 100.000 habitants	450 pour 100.000 habitants	DGPS/PNLT	Incidence de la tuberculose	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire de 94 pour 100 000 habitants à 55,0 pour 100 000 habitants le taux de mortalité liée à la tuberculose d'ici fin décembre 2028</b>	94 pour 100 000 habitants	55,0 pour 100 000 habitants	DGPS/PNLT	Incidence de la tuberculose	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire de 0,052 pour 100 000 habitants à 1 pour 1.000.000 d'habitants le taux de nouveaux cas de lèpre présentant une invalidité de degré 2 au dépistage d'ici fin décembre 2028</b>	0,052 pour 100 000 habitants	1 pour 1.000.000 d'habitants	DGPS/PLMI	Taux de nouveaux cas de lèpre présentant une invalidité de degré 2 au dépistage	EDS Données administratives	
<b>Objectif d'impact : Réduire de 27,5% à 25% la proportion des nouveaux cas d'Ulcère de Buruli dépistés en catégorie 3 d'ici fin décembre 2028</b>	27,5%	25%	DGPS/PLMI	% des nouveaux cas d'Ulcère de Buruli dépistés en catégorie 3	EDS Données administratives	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 50% la prévalence des MTN à chimiothérapie préventive, d'ici fin décembre 2028</b>	ND	50%	DGPS/PLMI	Prévalence des MTN à chimiothérapie préventive	EDS Données administratives	
<b>Objectif d'impact : Réduire de 0,5 par million à 0,0 par million d'habitants le taux de mortalité spécifique de la rage d'ici fin décembre 2028</b>	0,5 par million d'habitants	0,0 par million d'habitants	DGPS/PLMI	Taux de mortalité spécifique de la rage	EDS Données administratives	
<b>Objectif d'impact : Réduire de 10% à 5% le taux de létalité des envenimations par morsure de serpents (EMS) d'ici fin décembre 2028</b>	10%	5%	DGPS/PLMI	Taux de létalité des envenimations par morsure de serpents	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion de la population générale dormant sous MIILDE est augmentée de 21% à 50% au moins	21%	50%	DGPS/PNLP	% de la population générale dormant sous MIILDE	EDS	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des départements sanitaires assurant des activités de lutte anti vectorielle intégrée est de 75% au moins	ND	75%	DGPS/PNLP/IHPA	% des départements sanitaires assurant des activités de lutte anti vectorielle intégrée	Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, le taux d'utilisation du condom dans la population générale est augmenté de 38% à 60% au moins	38%	60%	DGPS/PLIST	Taux d'utilisation du condom dans la population générale	EDS	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des hommes de 18 à 60 ans utilisant le condom lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnelles est de 60% au moins	ND	60%	DGPS/PLIST	% des hommes de 18 à 60 ans utilisant le condom lors de rapports sexuels avec	EDS	

				des partenaires occasionnelles		
D'ici fin décembre 2028, la proportion des femmes de 18 à 50 ans utilisant le condom lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels est de 60% au moins	<b>ND</b>	<b>60%</b>	DGPS/PLIST	% des femmes de 18 à 50 ans utilisant le condom lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels	EDS	
D'ici fin décembre 2028, la proportion de la population ayant accès aux services de prévention IST/VIH est augmentée de 80% à 90% au moins	<b>80%</b>	<b>90%</b>	DGPS/PLIST/CTA	% de la population ayant accès aux services de prévention IST/VIH	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des PVVIH connaissant leur statut sérologique est augmentée de 77% à 90% au moins	<b>77%</b>	<b>90%</b>	DGPS/PLIST/CTA	% des PVVIH connaissant leur statut sérologique	EDS	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des PVVIH dépistées positives mises sous ARV est augmentée de 70% à 90% au moins	<b>70%</b>	<b>90%</b>	DGPS/PLIST/CTA	% des PVVIH dépistées positives mises sous ARV	Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des PVVIH mises sous ARV ayant une charge virale indétectable est augmentée de 40% à 85% au moins	<b>40%</b>	<b>85%</b>	DGPS/PLIST/CTA	% des PVVIH mises sous ARV ayant une charge virale indétectable	Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des cas de tuberculose (toutes formes confondues) bactériologiquement confirmés est augmentée de 59% à 90%	<b>59%</b>	<b>90%</b>	DGPS/PNLT	% des cas de tuberculose (toutes formes confondues) bactériologiquement confirmés	Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, le taux de succès thérapeutique chez les tuberculeux bactériologiquement confirmés est augmenté de 57% à 90% au moins	<b>57%</b>	<b>90%</b>	DGPS/PNLT	Taux de succès thérapeutique chez les tuberculeux bactériologiquement confirmés	Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des nouveaux cas de Hansen (lèpre) dépistés avec des invalidités de degré 2 est réduite de 100% à 10%	<b>100%</b>	<b>10%</b>	DGPS/PLMI	% des nouveaux cas de Hansen (lèpre) dépistés avec des invalidités de degré 2	Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des cas de maladie de Hansen (lèpre) multi bacillaire enregistrés deux ans auparavant guéris par la poly chimiothérapie est réduite de 100% à 90%	<b>100%</b>	<b>90%</b>	DGPS/PLMI	% des cas de maladie de Hansen (lèpre) multi bacillaire enregistrés deux ans auparavant guéris par la poly chimiothérapie	Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, le taux de positivité des demandes de confirmation du Buruli par la PCR est augmenté de 57% à 70%	<b>57%</b>	<b>70%</b>	DGPS/PLMI	Taux de positivité des demandes de confirmation du Buruli par la PCR	Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des cas d'ulcère de Buruli enregistrés qui achèvent complètement leur traitement spécifique est augmentée de 30% à 90%	<b>30%</b>	<b>90%</b>	DGPS/PLMI	% des cas d'ulcère de Buruli enregistrés ayant achevé complètement leur traitement spécifique	Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes exposées au risque qui reçoit au moins une dose de vaccin anti rabique est réduite de 86,6% à 80%	<b>86,6%</b>	<b>80%</b>	DGPS/PLMI	% des personnes exposées au risque qui reçoit au moins une dose de vaccin anti rabique	Données administratives	

D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes exposées au risque qui reçoit le protocole complet de vaccin anti rabique est augmentée de 45,7% à 80%	45,7%	80%	DGPS/PLMI	% des personnes exposées au risque qui reçoit le protocole complet de vaccin anti rabique	Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la prévalence moyenne des géohelminthiases chez les enfants en âge scolaire est réduite de 43% à 20%	43%	20%	DGPS/PLMP	Prévalence moyenne des géohelminthiases chez les enfants en âge scolaire	EDS Enquête en population	
D'ici fin décembre 2028, la prévalence de la schistosomiase chez les enfants en âge scolaire est ramenée à moins de 5% dans au moins 50% des départements endémiques	ND	50%	DGPS/PLMP	Prévalence de la schistosomiase chez les enfants en âge scolaire	EDS Enquête en population	
D'ici fin décembre 2028, le nombre de regroupements de villages endémiques à l'onchocercose est réduit de 51 à 25	51	25	DGPS/PLMP	Nombre de regroupements de villages endémiques à l'onchocercose	Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion de départements endémiques où la filariose lymphatique est éliminée est de 60% au moins	ND	60%	DGPS/PLMP	% de départements endémiques où la filariose lymphatique a été éliminée	Données administratives	
<i>Maladies non transmissibles</i>						
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25 % la prévalence de l'hypertension artérielle d'ici fin décembre 2028</b>	ND	25%	DGPS/PLMNT	Prévalence de l'hypertension artérielle	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 20 % le taux de mortalité liée aux AVC d'ici fin décembre 2028</b>	ND	20%	DGPS/PLMNT	Taux de mortalité liée aux AVC	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 20 % le taux de mortalité liée au diabète d'ici fin décembre 2028</b>	ND	20%	DGPS/PLMNT	Taux de mortalité liée au diabète	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25 % la prévalence du diabète d'ici fin décembre 2028</b>	ND	25%	DGPS/PLMNT	Prévalence du diabète	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25 % le taux de mortalité liée aux IRA d'ici fin décembre 2028</b>	ND	25%	DGPS/PLMNT	Taux de mortalité liée aux IRA	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 15 % la prévalence de la drépanocytose d'ici fin décembre 2028</b>	ND	15%	DGPS/PLMNT	Prévalence de la drépanocytose	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25 % la prévalence des traumatismes et handicaps d'ici fin décembre 2028</b>	ND	25%	DGPS/PLMNT	Prévalence des traumatismes et handicaps	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25% la prévalence des cancers du sein non pris en charge d'ici fin décembre 2028</b>	ND	25%	DGPS/PNPCC	Prévalence des cancers du sein non pris en charge	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25% la prévalence des cancers du col de l'utérus d'ici fin décembre 2028</b>	ND	25%	DGPS/PNPCC	Prévalence des cancers du col de l'utérus	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25% l'incidence des cancers du sein d'ici fin décembre 2028</b>	ND	25%	DGPS/PNPCC	Incidence des cancers du sein	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25% l'incidence des cancers du col de l'utérus d'ici fin décembre 2028</b>	ND	25%	DGPS/PNPCC	Incidence des cancers du col de l'utérus	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 50% la mortalité liée aux cancers du sein d'ici fin décembre 2028</b>	ND	50%	DGPS/PNPCC	Taux de mortalité liée aux cancers du sein	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 50% la mortalité liée aux cancers du col de l'utérus d'ici fin décembre 2028</b>	ND	50%	DGPS/PNPCC	Taux de mortalité liée aux cancers du col de l'utérus	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 50% la morbidité des cancers du sein d'ici fin décembre 2028</b>	ND	50%	DGPS/PNPCC	Taux de morbidité des cancers du sein	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 50% la morbidité des cancers du col de l'utérus d'ici fin décembre 2028</b>	ND	50%	DGPS/PNPCC	Taux de morbidité des cancers du col de l'utérus	EDS	

<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25% le taux de morbidité liée à la cécité / malvoyance d'ici décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>25%</b>	DGPS/PLCS	Taux de morbidité liée à la cécité / malvoyance	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25% le taux de morbidité liée à la surdité d'ici décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>25%</b>	DGPS/PLCS	Taux de morbidité liée à la surdité	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 25% la proportion des cas de tabagisme dans la population générale d'ici décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>25%</b>	PNSMLTAD	% des cas de tabagisme dans la population générale	EDS	
<b>Objectif d'impact : Réduire d'au moins 40% la proportion des consommateurs d'alcool pur dans la population générale d'ici décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>40%</b>	PNSMLTAD	% des consommateurs d'alcool pur dans la population générale	EDS	
<b>Objectif d'impact : Augmenter d'au moins 60% la proportion des personnes atteintes de troubles mentaux ayant accès au service de PEC d'ici décembre 2028</b>	<b>ND</b>	<b>60%</b>	PNSMLTAD	% des personnes atteintes de troubles mentaux ayant accès au service de PEC	EDS	
D'ici fin décembre 2028, 25% au moins des personnes à risque d'HTA, d'AVC ou de diabète ont accès aux services de prévention	<b>ND</b>	<b>25%</b>	DGPS/PLMNT	% des personnes à risque d'HTA, d'AVC ou de diabète ayant accès aux services de prévention	EDS	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des cancers du sein non pris en charge est réduite d'au moins 90%	<b>ND</b>	<b>90%</b>	DGPS/PNPCC	% des cancers du sein non pris en charge	EDS	
D'ici fin décembre 2028, le nombre de cancers du col de l'utérus est réduit d'au moins 70%	<b>ND</b>	<b>70%</b>	DGPS/PNPCC	Nombre de cancers du col de l'utérus	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des débuts de cancers du col de l'utérus non pris en charge est réduite d'au moins 70%	<b>ND</b>	<b>70%</b>	DGPS/PNPCC	% des débuts de cancers du col de l'utérus non pris en charge	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes ayant un cancer du sein déclaré non pris en charge est réduite d'au moins 25%	<b>ND</b>	<b>25%</b>	DGPS/PNPCC	% des personnes ayant un cancer du sein déclaré non pris en charge	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes ayant un cancer du col de l'utérus déclaré non pris en charge est réduite d'au moins 50%	<b>ND</b>	<b>50%</b>	DGPS/PNPCC	% des personnes ayant un cancer du col de l'utérus déclaré non pris en charge	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, le nombre de cibles qui bénéficient de services de prévention des cancers du sein passe de 285 � 270	<b>285</b>	<b>270</b>	DGPS/PNPCC	Nombre de cibles bénéficiant de services de prévention des cancers du sein	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, le nombre de cibles qui bénéficie de services de prise en charge globale des cancers du col de l'utérus passe de 285 � 270	<b>285</b>	<b>270</b>	DGPS/PNPCC	Nombre de cibles bénéficiant de services de prise en charge globale des cancers du col de l'utérus	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes ayant des problèmes de vue non pris en charge est réduite d'au moins 25%	<b>ND</b>	<b>25%</b>	DGPS/PLCS	% des personnes ayant des problèmes de vue non pris en charge	EDS	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes ayant des problèmes d'audition non pris en charge est réduite d'au moins 25%	<b>ND</b>	<b>25%</b>	DGPS/PLCS	% des personnes ayant des problèmes d'audition non pris en charge	EDS	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des cas de tabagisme dans la population générale est réduite d'au moins 25%	<b>ND</b>	<b>25%</b>	DGPS/PNSMLTAD	% des cas de tabagisme dans la population générale	EDS	

D'ici fin décembre 2028, la proportion des consommateurs d'alcool pur dans la population générale est réduite d'au moins 40%	<b>ND</b>	<b>40%</b>	DGPS/PNSMLTAD	% des consommateurs d'alcool pur dans la population générale	EDS	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes ayant des troubles mentaux non pris en charge est réduite d'au moins 25%	<b>ND</b>	<b>25%</b>	DGPS/PNSMLTAD	% des personnes ayant des troubles mentaux non pris en charge	EDS	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes ayant des troubles mentaux correctement pris en charge est d'au moins 90%	<b>ND</b>	<b>90%</b>	DGPS/PNSMLTAD	% des personnes ayant des troubles mentaux correctement pris en charge	EDS Données administratives	
D'ici fin décembre 2028, la proportion des personnes atteintes de troubles mentaux ayant bénéficié d'une réinsertion sociale est d'au moins 50%	<b>ND</b>	<b>50%</b>	DGPS/PNSMLTAD	% des personnes atteintes de troubles mentaux ayant bénéficié d'une réinsertion sociale	EDS Données administratives	

CADRE LOGIQUE DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2024-2028											
Axes stratégiques / Objectifs	Résultats attendus	Interventions	Indicateurs	Responsables d'activités	Chronogramme					Budget FCFA	
					2024	2025	2026	2027	2028		
<b>AXE STRATEGIQUE 5 : RENFORCER LE SYSTEME NATIONAL D'INFORMATION SANITAIRE Y COMPRIS LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE</b>											
OS 5.1. Finaliser le cadre institutionnel du SNIS	Le cadre institutionnel du SNIS est finalisé	5.1.1. Mettre en place le cadre juridique et normatif de gestion du SNIS	1 texte disponible	SG Projet SNIS	X						
			1 Référentiel normatif de gestion disponible	SG Projet SNIS	X						
		5.1.2. Parachever la diffusion des outils actualisés de collecte des données standardisés/harmonisés	% de FOSA disposant des outils de collecte actualisés	Projet SNIS DRS	X						
			5.1.3. Formaliser le circuit de l'information sanitaire	1 Procédure formalisée disponible	Projet SNIS DCSI	X	X	X	X	X	
		1 Directive disponible		Projet SNIS/ DCSI	X	X	X	X	X		
		5.1.4. Mettre en place un cadre formalisé de planification et de suivi-évaluation de la surveillance épidémiologique	% de DS disposant de la procédure formalisée	Projet SNIS DCSI	X	X	X	X	X		
			% de DS disposant de la directive	Projet SNIS/DCSI	X	X	X	X	X		
					1 texte disponible	MS/SG Projet SNIS IELE	X				
			% des rapports d'activité attendus disponibles	Projet SNIS IELE PTF	X	X	X	X	X		
OS 5.2. Assurer l'appropriation du SNIS par les professionnels de la santé	L'appropriation du SNIS par les professionnels de la santé est assurée	5.2.1. Sensibiliser les professionnels de la santé sur l'importance du SNIS	% du personnel de santé sensibilisé par DS	Projet SNIS IELE DRS	X	X	X	X	X		
		5.2.2. Fournir un appui technique à la formation des agents des niveaux intermédiaires et opérationnels impliqués dans la gestion des données sur le remplissage, l'utilisation correcte des outils de collecte de données	% d'agents des niveaux intermédiaire et opérationnel formés	Projet SNIS OMS	X	X	X	X	X		

		5.2.3. Former les gestionnaires de données des trois niveaux de la pyramide sanitaire sur les fondamentaux de base de la plateforme DHIS2	% d'agents formés	Projet SNIS OMS	X	X	X	X	X	
		5.2.4. Développer et déployer une plateforme DHIS2 intégrant tous les programmes de santé	Plateforme DHIS2 Implémentée	Projet SNIS OMS	X					
		5.2.5. Assurer l'intégration ou l'interopérabilité entre système de gestion de l'information pour la santé (DHIS2) et autres systèmes de données, concernant la logistique, la communauté, les laboratoires, les ressources humaines et la gestion financière	SNIS doté d'outils assurant l'intégration ou l'interopérabilité entre systèmes de gestion	Projet SNIS	X					
		5.2.6. Elaborer les guides d'utilisation du DHIS2 pour les administrateurs, les supers utilisateurs et les utilisateurs	Guide disponible	Projet SNIS OMS						
		5.2.7. Organiser les sessions semestrielles de validation des données à tous les niveaux du SIS	Rapports de sessions disponibles	Projet SNIS OMS	X	X	X	X	X	
		5.2.8. Institutionnaliser l'organisation chaque 5 ans de l'évaluation des établissements de santé, en mettant l'accent sur l'évaluation harmonisée des établissements de santé (Enquête SARA)	1 texte disponible	DGS DGEPS Projet SNIS OMS	X					
			1 rapport d'enquête disponible	DGPEP DGEPS Projet SNIS OMS		X				
		5.2.9. Appuyer l'évaluation du SDSSIS 2017-2022 et l'élaboration du prochain SDSSIS 2024-2029 du Gabon	SDSSIS 2024-2029 du Gabon élaboré, validé et disponible	Projet SNIS OMS	X					
		5.2.10. Réaliser une évaluation de la plateforme du SIS en termes de qualité des données (Méthode PRISM)	1 rapport disponible	Projet SNIS OMS	X					
		5.2.11. Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de gestion du changement dans l'utilisation de l'outil informatique	% de FOSA pratiquant l'e-SNIS	Projet SNIS	X	X	X	X	X	
			% des gestionnaires de données dans chaque FOSA pratiquant l'e-SNIS	Projet SNIS	X	X	X	X	X	
OS 5.3. Institutionnaliser la production des documents stratégiques d'information sanitaire	La production des documents stratégiques d'information sanitaire est	5.3.1. Institutionnaliser l'élaboration de l'annuaire statistique	1 texte disponible	MS/SG Projet SNIS	X					
		5.3.2. Appuyer la production et la diffusion de l'annuaire statistique de la santé	% d'annuaires statistiques attendus disponibles	Projet SNIS Directions centrales	X	X	X	X	X	

	institutionnalisée	5.3.3. Institutionnaliser l'élaboration de la carte sanitaire	1 texte disponible	MS/SG	X					
		5.3.4. Appuyer la production et la diffusion de la carte sanitaire	Carte sanitaire actualisée disponible	Projet SNIS Directions centrales	X	X	X	X	X	

**CADRE LOGIQUE DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2024-2028**

Axes stratégiques / Objectifs	Résultats attendus	Interventions	Indicateurs	Responsables d'activités	Chronogramme					Budget FCFA
					2024	2025	2026	2027	2028	
<b>AXE STRATEGIQUE 6 : PREPARER LA RIPOSTE AUX FLAMBEES EPIDEMIQUES ET AMELIORER LA PERFORMANCE ET LA RESILIENCE DU SYSTEME DE SANTE FACE AUX URGENCES DE SANTE PUBLIQUES ET AUX CHOCS EXTERIEURS</b>										
<i>Sous axe Indicateurs du Laboratoire</i>										
OS 6.1. Renforcer le cadre institutionnel et juridique des laboratoires	Le cadre institutionnel et juridique des laboratoires est renforcé	6.1.1. Faire adopter le texte portant attributions et organisation de la Direction Générale des Etablissements et Prestations de Santé (DGEPS)	1 texte disponible	MS/DGEPS)	x					
		6.1.2. Elaborer et faire adopter le texte organique du LNSP	1texte disponible	MS/DGEPS)	x					
		6.1.3. Elaborer, valider et diffuser le texte portant création et organisation du Réseau National des Laboratoires	1 texte disponible	MS/DGEPS)	x					
		6.1.4. Elaborer, valider et diffuser le texte portant création et fonctionnement d'un cadre de collaboration et de coordination entre les laboratoires de santé humaine et les laboratoires des autres secteurs	1 texte disponible	MS/DGEPS)	x					
OS 6.2. Mettre en place et opérationnaliser la Direction du Laboratoire et de l'Imagerie Médicale	La Direction du Laboratoire et de l'Imagerie est en place et opérationnelle	6.2.1. Elaborer, valider et faire adopter une loi cadre du Partenariat Public-Privé relatif aux laboratoires	1 texte disponible	LNSP/MS (SG)/Agriculture /Elevage/ Economie/ Pétrole/ Environnement	x					
		6.2.2. Elaborer, valider et diffuser un texte portant fonctionnement du Laboratoire et de l'Imagerie Médicale	1 texte disponible	MS	x					
		6.2.3. Allouer un budget pour le fonctionnement de la Direction des Laboratoires et de l'Imagerie Médicale	1 ligne budgétaire inscrite	MS/BUDGET	x					
		6.2.4. Equiper la Direction du Laboratoire et de l'Imagerie Médicale	100% des équipements requis à	MS/DECAF	x	x				

			la Direction du Laboratoire et de l'Imagerie Médicale disponible								
		6.2.5. Affecter les ressources requises pour le fonctionnement de la Direction du Laboratoire et de l'Imagerie Médicale	100 % des ressources requises à la Direction du Laboratoire et de l'Imagerie Médicale disponibles	MS	x						
OS 6.3. Mettre en place un système d'investissement/financement des laboratoires pour que l'infrastructure, l'équipement, l'approvisionnement et la maintenance soient conformes aux Normes et Standards Internationaux	Un système d'investissement/financement des laboratoires pour que l'infrastructure, l'équipement, l'approvisionnement et la maintenance soient conformes aux Normes et Standards Internationaux est mis en place	6.3.1. Standardiser une procédure d'acquisition des équipements	Une liste nationale des équipements disponible	MS/DGPIE	x						
			Une liste nationale des fournisseurs locaux et étrangers disponible	MS/DGPIE	x						
			Une liste nationale des réactifs disponible	MS/DGPIE	x						
			Directives nationales sur la procédure d'acquisition des équipements de laboratoire et des intrants, et sur leur actualisation périodique, disponibles	MS/DGPIE	x						
		6.3.2. Améliorer la maintenance des équipements du réseau des laboratoires	100% des Directives sur la maintenance des équipements de laboratoire disponibles	MS/LNSP/USS/CIRMF/CERMEL /AGASA/DGEL	x						
			100% des Rapports des campagnes de sensibilisation des responsables sur la maintenance des équipements disponibles	MS/LNSP/USS/CIRMF/CERMEL /AGASA/DGEL	x	x					
			1 rapport d'atelier de formation sur la maintenance des équipements disponible	MS/LNSP/USS/CIRMF/CERMEL /AGASA/DGEL	x						
			100% des rapports des ateliers de renforcement des capacités disponibles	MS/LNSP/USS/CIRMF/CERMEL /AGASA/DGEL	x	x	x	x	x		

		6.3.3. Assurer l'approvisionnement régulier en quantité suffisante et à moindre coût des intrants de laboratoire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	1 Manuel de procédure standardisé est disponible	MS/LNSP/USS/ CIRMF/CERMEL /AGASA/DGEL	x						
			1 Plan annuel d'approvisionnement en intrants de laboratoire disponible	MS/LNSP/USS/ CIRMF/CERMEL /AGASA/DGEL	x						
OS 6.4. Renforcer les ressources humaines du laboratoire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Les ressources humaines du laboratoire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont renforcées	6.4.1. Réaliser l'analyse et l'estimation des besoins nationaux en ressources humaines du laboratoire	Rapport de l'analyse et estimation des besoins disponible	MS/LNSP/USS/ CIRMF/CERMEL /AGASA/DGEL	x						
			Annuaire national des personnes formées en biologie médicale disponible	MS(DCRH)/ DLIM/FOSA/ Agriculture/ Elevage/ Economie/ Pétrole/ Environnement	x						
		6.4.2. Assurer le renforcement des capacités des personnels du laboratoire	100% de Plans de formation continue disponibles	MS(DCRH)/ DLIM/LNSP/ FOSA	x						
			Rapports des ateliers disponibles	DLIM/LNSP/ FOSA	x	x	x	x	x		
OS 6.5. Renforcer les ressources financières allouées aux activités du laboratoire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Les ressources financières allouées aux activités du laboratoire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire sont renforcées	6.5.1. Optimiser l'utilisation des fonds alloués	Comptes rendus des rencontres avec les autorités disponibles	MS (DCAF)/DLIM/ LNSP/FOSA	x						
			Rapports financiers disponibles	MS (DCAF)/DLIM/ LNSP/FOSA	x	x	x	x	x		
			Outils modernes de gestion financière dans les laboratoires disponibles	MS (DCAF)/DLIM/ LNSP/FOSA	x						
		6.5.2. Elaborer et mettre en œuvre un plan de mobilisation de ressources financières non étatiques	Compte-rendu de la table ronde avec les partenaires disponibles	MS (DCAF)/DLIM/ LNSP/FOSA	x						
			100% Rapports des réunions disponibles	MS (DCAF)/DLIM/ LNSP/FOSA	x						
OS 6.6. Améliorer le système de gestion des activités de laboratoires, y compris la qualité, la biosécurité, la bio sûreté et la gestion des déchets	Le système de gestion des activités de laboratoires, y compris la qualité, la biosécurité, la bio sûreté et la gestion	6.6.1. Mettre en place un système national d'assurance qualité	100% des normes nationales de qualités sont disponibles	MS (SG)/DLIM/ LNSP/USS	x	x	x				
		6.6.2. Elaborer, valider et diffuser les normes nationales de biosécurité et bio	100% des normes nationales de biosécurité et bio	MS (SG)/DLIM/ LNSP/USS/ AGASA/DGEL	x	x					

	des déchets est amélioré	sûreté (politique, stratégie, plan opérationnel)	sûreté sont disponibles							
		6.6.3. Mettre en place un programme multisectoriel de formation dans toutes les structures qui abritent ou manipulent des agents pathogènes et toxines dangereux.	Un programme multisectoriel de est disponible	MS (SG)/DLIM/LNSP/USS/AGASA/DGE	x					
OS 6.7. Améliorer la gestion des données du laboratoire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	La gestion des données du laboratoire à tous les niveaux de la pyramide sanitaire est améliorée	6.7.1. Mise en place d'un système informatisé de gestion de données de laboratoire avec une inter connectivité des laboratoire du réseau	Nombre des laboratoires ayant une gestion des données automatisée et interconnecté	MS/LNSP/e-Gabon	x	x	x	x	x	
OS 6.8. Assurer les investissements de mise aux normes des laboratoires du secteur public (LNSP, laboratoires des FOSA)	Les investissements de mise aux normes des laboratoires du secteur public (LNSP, laboratoires des FOSA) sont assurés	6.7.2. Construire et équiper le nouveau LNSP	1 nouveau laboratoire national disponible	MS/DGPIE	x	x	x	x	x	
			100% des équipements requis affectés au LNSP	MS/DGPIE	x	x	x	x	x	
		6.8.1. Procéder à la rénovation des laboratoires des FOSA	50% les laboratoires des FOSA sont rénovés	MS/LNSP/FOSA	x					
		6.8.2. Recenser les besoins en équipements de laboratoire des FOSA	Etat des besoins de 100% des FOSA disponible	MS/LNSP/FOSA	x	x	x	x	x	
OS 6.9. Structurer les activités de recherche liées aux maladies prioritaires et risques sanitaires potentiels (catastrophes, changement climatique...) au niveau national	Les activités de recherche liées aux maladies prioritaires et risques sanitaires potentiels (catastrophes, changement climatique...) au niveau national sont Structurées		1 programme de recherche sur les maladies prioritaires et les risques sanitaires potentiels disponible	MS/LNSP/USS/CIRMF/CERMEL/AGASA/DGEL	x	x				
		6.9.1. Renforcer et mieux organiser la recherche sur les maladies prioritaires et les risques sanitaires potentiels	1 organe coordination de la recherche sur les maladies prioritaires et les risques sanitaires potentiels désigné	MS/LNSP/USS/CIRMF/CERMEL/AGASA/DGEL	x	x				
			1 mécanisme de financement de la recherche sur les maladies prioritaires et les risques sanitaires potentiels disponible	MS/LNSP/USS/CIRMF/CERMEL/AGASA/DGEL	x	x				
OS 6.10. Renforcer les capacités des institutions de recherche travaillant sur les maladies prioritaires et les risques sanitaires potentiels	Les capacités des institutions de recherche travaillant sur les maladies	6.10.1. Procéder au renforcement quantitatif en ressources humaines	100% des institutions quantitativement renforcées en ressources humaines	MS (DCRH)/DLIM/LNSP/FOSA	x	x				

	prioritaires et les risques sanitaires potentiels sont renforcées	6.10.2. Procéder au renforcement qualitatif en ressources humaines	100% des institutions qualitativement renforcées en ressources humaines	MS (DCRH) DLIM LNSP FOSA	x	x	x	x	x	
			100% des institutions équipées en matériel approprié	MS (DCRH) DLIM LNSP FOSA	x	x	x	x	x	
<b>Sous axe Cartographie des risques</b>										
OS 6.11. Elaborer le plan de préparation et de réponse aux urgences	Le plan de préparation et de réponse aux urgences est élaboré	6.11.1. Cartographier les risques multi-dangers	100% des risques multi -dangers sont cartographiés	MS/LNSP/USS/ CIRMF/CERMEL /AGASA/DGEL/ IELE	x					
		6.11.2. Cartographier les ressources nationales disponibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour soutenir les interventions d'urgence	100% des ressources nationales disponibles à tous les niveaux de la pyramide sanitaire pour soutenir les interventions d'urgence sont cartographiées	MS/LNSP/USS/ CIRMF/CERMEL /AGASA/DGEL/ IELE	x					
		6.11.3. Elaborer, valider et diffuser le plan de préparation et de réponse aux urgences	Un plan de préparation et de réponse aux urgences est disponible	MS/LNSP/USS/ CIRMF/CERMEL /AGASA/DGEL/ IELE/FOSA	x					
<b>Sous axe Communication</b>										
OS 6.12. Elaborer et rendre opérationnel un système de communication sur les risques pour les événements inhabituels et les urgences	Le système de communication sur les risques pour les événements inhabituels et les urgences est élaboré	OS 6.12.1. Elaborer, valider et diffuser un plan national de communication sur les risques multi-danger en cas d'urgence	Un plan national de communication sur les risques multi-danger en cas d'urgence est disponible	MS/LNSP/USS/ CIRMF/CERMEL /AGASA/DGEL/ IELE/FOSA						
		OS 6.12.2. Élaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement des capacités du personnel de communication à tous les niveaux préalablement cartographiés	Un plan de renforcement des capacités du personnel de communication à tous les niveaux préalablement cartographiés est disponible	MS/LNSP/USS/ CIRMF/CERMEL /AGASA/DGEL/ IELE/FOSA						
OS 6.13. Renforcer la coordination relative à la communication sur les risques	La coordination relative à la communication sur les risques est renforcée	OS 6.13.1. Elaborer et diffuser des modes opératoires normalisés et des procédures opérationnelles de communication en situation d'urgence	100% des modes opératoires normalisés et des procédures opérationnelles de communication en	MS/LNSP/USS/ CIRMF/CERMEL /AGASA/DGEL/ IELE/FOSA		x				

			situation d'urgence sont disponibles								
		OS 6.13.2. Organiser un exercice de simulation pour tester la mise en œuvre des modes opératoires et les procédures normalisées	Rapport de simulation disponible	MS/LNSP/USS/CIRMF/CERMEL/AGASA/DGEL/IELE/FOSA	x	x					
OS 6.14. Renforcer la participation à la communication avec les communautés	La participation à la communication avec les communautés est renforcée	6.14.1. Organiser une enquête CAP pour recueillir la perception du risque afin de disposer d'une base de données	Rapport d'enquête disponible	MS/LNSP/USS/CIRMF/CERMEL/AGASA/DGEL/IELE/FOSA	x	x					
		6.14.2. Organiser un atelier d'élaboration de la stratégie de communication sur les risques et messages des sensibilisations	une stratégie de communication sur les risques et messages de sensibilisation est disponible	MS/LNSP/USS/CIRMF/CERMEL/AGASA/DGEL/IELE/FOSA/SNEPS	X	X					
<b>Sous axe Améliorer la résilience du système de santé face aux urgences de santé publiques et aux chocs extérieurs</b>											
OS 6.15. Renforcer le système d'alerte précoce et riposte	Le système d'alerte précoce et riposte est renforcé	6.15.1. Elaborer, valider et adopter un décret portant création, fonctionnement et attribution de l'IELE	Un décret portant création, attribution et fonctionnement de l'IELE existant	MSP	X						
		6.15.2. Mettre en place un système de notification électronique (e – SMIR) des maladies ou affections prioritaires et à notification hebdomadaire dans les 51 départements sanitaires	% des DS disposant de la notification électronique ; Nombre de départements Sanitaire disposant de notification électronique	IELE	X						
		6.15.3. Mettre en place le système de surveillance basé sur les événements	1 système de surveillance fondé sur les événements mis en place	IELE	X						
		6.15.4. Mettre en place l'intelligence épidémique à partir des sources ouvertes « EIOS » au niveau de l'IELE	1 système d'intelligence épidémique à partir des sources ouvertes « EIOS » au niveau de l'IELE mis en place	IELE	X						
OS 6.16. Renforcer la surveillance des maladies à déclaration obligatoire et des événements à risque sanitaire, et la riposte	La surveillance des maladies à déclaration obligatoire et des événements à risque	6.16.1. Réaliser la revue externe du système de surveillance	Revue réalisée	IELE	X						
		6.16.2. Elaborer et valider le plan de renforcement du système de surveillance	Plan élaboré et validé	IELE	X						

sanitaire et riposte est renforcée	6.16.3. Elaborer la cartographie nationale des risques sanitaires	Cartographie élaborée Rapport disponible Nombre d'exemplaire diffusé	IELE			X		X	
	6.16.4. Elaborer, valider et diffuser le plan multirisque	Plan élaboré et validé Nombre d'exemplaire de plan diffusé	IELE	X					
	6.16.5. Actualiser les plans de riposte des 5 maladies sous surveillance épidémiologique (Rougeole, Fièvre jaune, agents pathogènes respiratoires, Ebola, Marburg)	Plans de riposte actualisés nombre d'exemplaire du pan diffusé	IELE		X				
	6.16.6. Elaborer, valider et diffuser les plans de riposte des 2 maladies, sous surveillance épidémiologique (Méningite et cholera)	Plans de riposte élaborés et validés Nombre d'exemplaire du Plan diffusé	IELE	X					
	6.16.7. Organiser la simulation de 5 plans (Ebola, Marburg, Rougeole, Poliomyélite, Fièvre Jaune)	Nombre de rapports d'activités	IELE		X				
	6.16.8. Elaborer, valider et diffuser le plan de communication de l'IELE	Plans élaborés et validés Nombre d'exemplaire de plan diffusé	IELE	X					
	6.16.9. Renforcer la coordination du système de surveillance épidémiologique et la concertation avec les partenaires	Nombre de rapports de réunion de coordination	IELE	X	X	X	X	X	
	6.16.10. Développer un cadre de planification et de suivi-évaluation des activités de surveillance épidémiologique à l'IELE	Nombre de rapports d'activité de suivi évaluation Nombre des rapports de réunion	IELE	X	X	X	X	X	
	6.16.11. Renforcer la surveillance épidémiologique en ressources humaines qualifiées (points focaux)	% des structures impliquées ayant des points focaux surveillance ; Nombre de structures impliquées ayant des points focaux	IELE	X		X		X	
	6.16.12. Renforcer les capacités des personnels impliqués dans la surveillance épidémiologique	Rapports de formation % de personnes formées par département sanitaire Nombre des personnes formées par Département Sanitaire	IELE	X	X	X	X	X	

		6.16.13. Accroître le financement en faveur de la surveillance épidémiologique	Inscription budgétaire	MSP	X	X	X	X	X	
			% de fonds mobilisé Montant budgétaire alloué	MSP	X	X	X	X	X	
			Budget alloué par les partenaires	MSP	X	X	X	X	X	
		6.16.14. Mettre en place un fonds pour les investigations	Inscription budgétaire	MSP	X	X	X	X	X	
			% de fonds mobilisé Montant mobilisé	MSP	X	X	X	X	X	
		6.16.15. Renforcer le système de transmission des données	Système de transmission des données formalisées avec liste de tous les intervenants	IELE	X	X	X	X	X	
% d'intervenants transmettant les données Nombre d'intervenant transmettant les données	IELE									
OS 6.17. Mettre en place la structure de gestion des urgences de santé publique	La structure de gestion des urgences de Santé Publique est mise en place	6.17.1. Equiper le centre opérationnel des urgences de santé publique	Bureaux dédiés et équipés Nombre de bureaux Nombre d'ordinateurs Nombre d'imprimantes	IELE	X					
		6.17.2. Affecter du personnel au centre opérationnel des urgences de santé publique	Nombre de personnels sollicités Nombre de Personnels affectés	IELE	X					
		6.17.3. Mettre en place un fonds d'urgence pour les interventions	Inscription d'une ligne budgétaire annuelle et permanente	IELE	X	X	X	X	X	
OS 6.18. Parachever et opérationnaliser le RSI (Mettre en place un Système intégré de notification efficace à la FAO, à l'OIE et à l'OMS)	Le RSI est parachevé et opérationnalisé(Le système intégré de notification efficace d la FAO,OIE et l'OMS est mis en place )	6.18.1. Equiper le bureau du point focal RSI	Liste du matériel	DGS	X	X	X	X	X	
		6.18.2. Prévenir et contrôler les maladies à potentiel épidémique aux frontières	Nombre de Bulletin épidémiologique hebdomadaire	IELE	X					
			Rapport d'activité hebdomadaire des unités des frontières	IELE	X	X	X	X	X	
			% de personnel formé aux points d'entrées	IELE	X	X	X	X	X	

		6.18.3. Renforcer les capacités des personnels en activité aux points d'entrée désignés	Nombre de personnel aux points d'entrée formé	IELE	X	X	X	X	X	
		6.18.4. Réaliser l'autoévaluation annuelle du RSI	Rapport disponible Nombre d'exemplaire diffusé	IELE	X	X	X	X	X	
		6.18.5. Réaliser la revue externe conjointe	Rapport disponible Nombre d'exemplaire de rapport diffusé	IELE		X				
		6.18.6. Mettre en place un cadre national de partage et de validation régulière des données de surveillance intégré impliquant les différents programmes et secteurs	Rapport intégré de notification partagé disponible	IELE/autres programmes	X					
		6.18.7. Élaborer et mettre en œuvre les procédures opératoires nationales pour la notification à l'OMS, à la FAO et à l'OIE	Nombre (%) des procédures nationales de notification élaborées Nombre(%) des procédures nationales notification mise en mis en œuvre	IELE	X					
		6.18.8. Mettre en application les mécanismes de l'annexe 2 du RSI 2005 pour identifier une urgence de santé publique de portée internationale potentielle et à la notifier dans les 24 heures	Nombre des urgences de santé publique identifiées respectant l'annexe 2 du RSI 2005 Nombre (%) des urgences de santé publique identifié de portée international Nombre (%)des urgences de santé publique identifié dans les 24h	IELE	X	X	X	X	X	
		6.18.9. Planifier et mettre en œuvre des exercices de simulation réguliers sur l'identification d'une urgence de santé publique de portée internationale potentielle	Nombre d'exercice de simulation planifié Nombre d'exercice de simulation sur table Nombre d'exercice de simulation sur terrain Nombre d'exercice de simulation réalisé	IELE	X	X	X	X	X	

		6.18.10. Renforcer les mécanismes d'échange d'informations et de collaboration entre les points focaux nationaux RSI et OIE, ainsi que la collaboration transfrontalière	Nombre (%) d'échange pour le partage des informations entre les points focaux RSI et OIE Nombre (%) d'échange d'information transfrontalière	IELE	X	X	X	X	X	
OS 6.19. Mettre en place un comité de coordination pour la surveillance de la santé Humaine et de la santé Animale pour les zoonoses (agents pathogènes identifiés comme des priorités conjointes)	La coordination pour la surveillance de la santé Humaine et animale pour les zoonoses est mise en place	6.19.1. Élaborer et diffuser de manière multisectorielle la liste des zoonoses prioritaires à surveiller après une cartographie des risques	Liste des zoonoses prioritaires à surveiller	DGE	X	X	X	X	X	
		6.19.2. Mettre en place un comité multisectoriels et multidisciplinaires de surveillance des zoonoses prioritaires	Un comité multisectoriel est mise en place	DGE	X					
OS 6.20. Mettre en place un comité de surveillance pour la détection et la riposte aux maladies d'origine alimentaire et de la contamination des aliments	Un comité de surveillance pour la détection et la riposte des maladies d'origine alimentaire et de la contamination des aliments est mise en place	6.20.1. Réviser et harmoniser les textes réglementaires sur la sécurité sanitaire des aliments	Textes réglementaires sur la sécurité sanitaire des aliments révisé et harmonisé	IHPA		X				
		6.20.2. Mettre en place un plan de surveillance pour le contrôle des maladies d'origine alimentaire et de la contamination des aliments	Plan de surveillance mis en place	IHPA		X				
		6.20.3. Inclure les analyses de laboratoire recherchant l'étiologie des maladies d'origine alimentaire et les dangers dans les aliments liés aux cas (flambée ou évènement) dans le système de surveillance et de contrôle	Rapports d'analyse	IHPA		X				
OS 6.21. Mettre en place des Mécanismes établissant le fonctionnement de la riposte aux zoonoses infectieuses et zoonoses potentielles.	Un mécanisme établissant le fonctionnement de la riposte aux zoonoses infectieuses et potentielles est mise en place	6.21.1. Elaborer, valider et diffuser les procédures opérationnelles standards multisectoriels de surveillance des zoonoses prioritaires	Procédures de surveillance de zoonose diffusées	DGE		X				
		6.21.2. Élaborer et mettre en œuvre un mécanisme multisectoriel de préparation et de riposte aux zoonoses prioritaires	Un plan d'opérationnalisation disponible	DGE		X				
		6.21.3. Tester régulièrement les mécanismes de surveillance et riposte mis en place	Rapport des tests de la surveillance et riposte disponible	IELE		X	X	X	X	
OS 6.22. Mettre en place les Systèmes de surveillance pour la détection et la riposte aux maladies d'origine alimentaire et de la contamination des aliments	Le système de surveillance pour la détection et la riposte aux maladies d'origine	6.22.1. Réviser et harmoniser les textes réglementaires sur la sécurité sanitaire des aliments	Nombre des textes réglementaire sur la sécurité sanitaire révisé et harmonisé	IELE/IHPA/AGASA		X				

	alimentaire et la contamination des aliments est mise en place	6.22.3. Elaborer un plan intégré de surveillance pour le contrôle des maladies d'origine alimentaire et de la contamination des aliments	Plan intégré de surveillance pour le contrôle des maladie d'origine alimentaire et contamination des aliments disponible	IELE/AGASA/IHPA		X					
		6.22.4. Inclure les analyses de laboratoire recherchant l'étiologie des maladies d'origine alimentaire et les dangers dans les aliments liés aux cas (flambée ou évènement) dans le système de surveillance et de contrôle	Les rapports d'analyses disponibles	IELE/AGASA/IHPA		X					
		6.22.5. Élaborer et mettre en œuvre un plan national de riposte aux urgences en matière de sécurité sanitaire des aliments et faire des exercices de simulation.	Plan disponible Nombre des exercices de simulation planifiés Nombre des exercices de simulation faits % des exercices de simulation faites	IELE/AGASA/IHPA		X					
OS 6.23. Mettre en place un Systèmes de surveillance intégré	Le systèmes de surveillance intégré est mis en place	6.23.1. Renforcer à tous les niveaux et dans les différents secteurs les capacités (mise à jour du guide national SIMR, formation du personnel, Dotation en logistique) pour la mise œuvre de la surveillance intégrée	Nombre de personnel capacité sur la SIMR Nombre d'exemplaire de Guide distribué	IELE/LABO NAT/DGE/IHPA/AGASA/		X	X	X	X		
		6.23.2. Mettre en place et rendre opérationnel la surveillance intégré à base communautaire (disponibilité des outils et procédures opératoires standardisées nécessaires)	Plans opérationnels disponibles Procédures disponibles	IELE/DGSC/Société civile	X						
OS 6.24. Analyser les données de surveillance	Les données de surveillance sont analysées	6.24.1. Élaborer et mettre en œuvre un système de notification électronique et de partage intersectoriel des données des maladies à déclaration obligatoire des secteurs santé humaine et animale	une plateforme de notification intégré crée(e-SIMR)	IELE/DGE	X						
		6.24.2. Renforcer la collaboration entre la surveillance en santé humaine et en santé animale	Rapports des réunions Liste de présence 1 cadre créé Nombre de réunions tenues Nombre des rapports d'analyse intégrés	IELE/DGE	X	X	X	X	X		

OS 6.25. Elaborer ,valider et diffuser les mesures de préparation en cas d'urgence multi dangers au niveau national et multisectoriel, ce qui inclut des plans de d'intervention d'urgence pour la mises au point, appliquées et expérimentées	Les mesures de préparation en cas d'urgence multi dangers au niveau national et multisectoriel sont élaborées ,validées et diffusées	6.25.1. Élaborer, tester et mettre en œuvre un plan national multisectoriel et multi-dangers de préparation et d'action en cas d'urgence de santé publique pour assurer les principales capacités requises au titre du RSI (2005)	Plan multi sectoriel et multi-dangers élaboré et testé	IELE/DGE/IHPA/AGASA autres intervenant		X		X		
		6.25.2. Élaborer et mettre en œuvre un plan de réalisation régulière d'exercices de simulation pour tester le plan national multi-dangers de préparation aux situations d'urgence de santé publique	Plan de réalisation régulière d'exercices de simulation Nombre (%) d'exercice de simulation aux situations d'urgence planifié Nombre (%) d'exercice de simulation aux situations d'urgence réalisé	IELE	X		X		X	
OS 6.26. Mettre en place un comité de Coordination des opérations d'urgence	Le comité de coordination des opérations d'urgence est mis en place	6.26.1. Mettre officiellement en place un centre des opérations d'urgences avec des missions et fonctions clairement définies  6.26.2. Élaborer et diffuser des procédures opératoires standardisées pour le fonctionnement du centre des opérations d'urgence et la gestion des incidents	Liste désignant les membre du comité Nombre des procédures opératoires pour les urgences et la gestion des incidents élaboré Nombre(%) des procédures opératoires pour les urgences et la gestion des incidents diffusé	MSP	X					
OS 6.27. Rendre Opérationnel le centre d'opérations d'urgence de santé publique en capacités, procédures et plans	Le COUSP est rendu opérationnel en capacité, procédures et plans	6.27.1. Élaborer et diffuser des procédures opératoires standardisées pour le fonctionnement du centre des opérations d'urgence et la gestion des incidents ;	Nombre des procédures opératoires pour le fonctionnement du COUSP élaboré	MSP	X					
		6.27.2. Élaborer et mettre en œuvre un plan stratégique de développement du centre des opérations d'urgence de santé publique	Nombre des procédures opératoires pour le fonctionnement du COUSP diffusé Pan stratégique disponible Rapports d'activités disponibles	IELE	X					
OS 6.28. Mettre en place un Programme de gestion des exercices d'intervention d'urgence.	Un programme de gestion des exercices d'intervention	6.28.1. Mettre en place des équipes d'interventions d'urgence multisectorielles qualifiées et fonctionnelles à tous les niveaux	Nombre des équipes d'intervention d'urgence mis en place	IELE	X					

	d'urgence est mis en place	6.28.2. Élaborer et mettre en œuvre un programme des exercices de simulations	Programme d'exercice de simulation disponible Nombre d'exercice mis en œuvre	IELE	X	X	X	X	X		
OS 6.29. Intensifier la collaboration entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité(par exemple, les services chargés de faire appliquer la loi, le contrôle aux frontières et les douanes) sont en liaison lors d'un événement biologique, chimique ou radiologique suspecté ou confirmé	La collaboration entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité(par exemple, les services chargés de faire appliquer la loi, le contrôle aux frontières et les douanes) sont en liaison lors d'un événement biologique, chimique ou radiologique suspecté ou confirmé est intensifiée	6.29.1. Élaborer et mettre en œuvre un mémorandum d'accord entre les secteurs de la santé publique, de la santé animale de la sécurité radiologique, de la sécurité chimique et les autorités en charge de la sécurité pour la gestion des urgences de santé publique, conformément au RSI (2005)	Existence d'un mémorandum d'accord pour la gestion des urgences de santé Publique	MSP/MAE/ME/MI et autres		X					
		6.29.2. Élaborer et mettre en œuvre des modes opératoires normalisés pour la coordination d'une action conjointe et le partage d'information entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité, en cas de situation d'urgence.	Existence des modes opératoires pour la coordination conjointe et le partage d'information entre le MSP et Agents de sécurité	MSP parties prenantes		X					
		6.29.3. Mettre en place un programme de formations conjointe et des exercices de simulations pour renforcer les capacités des personnels de santé publique et ceux en charge de la sécurité et tester les mécanismes de collaboration.	Programme de formation Nombre de formation programmées Nombre de formation réalisées Nombre d'exercice de simulation programmé Nombre d'exercice de simulation réalisé	IELE/DGE/MI		X	X	X	X		
		6.29.4. Identifier et partager les points de contact et les éléments déclencheurs pour la notification et le partage d'information entre les secteurs de la santé publique, de la santé animale et les autorités chargées de la sécurité pour faire face à tous les types de dangers	Liste des points de contact pour la notification et le partage d'information entre le secteur de la santé Humaine et animale et les autorités en charge de la sécurité disponible	IELE		X					
OS 6.30. Mettre en place des Systèmes de communication sur les risques pour des événements et situations d'urgence revêtant un caractère inhabituel ou inattendu	Le système de communication sur les risques pour des événements en	6.30.1. Mettre en place un cadre collaboratif multisectoriel incluant les partenaires, sur la communication des risques	Liste des partenaires Liste des parties prenantes	IELE		X					

	situation d'urgence revêtant un caractère inhabituel ou inattendu est mise en place	6.30.2. Élaborer et mettre en œuvre un plan national multisectoriel de communication des risques liés en tenant compte des plans sectoriels existants	Plan multisectoriel disponible	IELE/SNEPS/DGE/IHPA/ autres parties prenantes		X					
OS 6.31. Créer une Coordination des partenaires en interne en vue d'une communication sur les risques en situation d'urgence.	Une coordination des partenaires en interne en vue d'une communication sur les risques en situation d'urgence est créée	6.31.1. Élaborer et diffuser des procédures opératoires standardisées et des procédures opérationnelles de communication en situation d'urgence	Nombre des procédures opératoires élaborés Nombre de procédures diffusées % des plans opérationnels départementaux suivis % des plans opérationnels départementaux évalués % de DS ayant bénéficié d'appuis directs	IELE		X					
OS 6.32. Elaborer et valider un plan de Communication publique en situation d'urgence	Le plan de communication publique en situation d'urgence est élaboré et validé	6.32.1. Elaborer des procédures de gestion des infodémies	Procédures de gestion des infodémies disponibles	IELE	X						
		6.32.2. Élaborer une stratégie de gestion des infodémies	Plateforme de gestion des infodémies disponible	IELE	X						
OS 6.33. Elaborer et valider un plan de Communication pour faire participer les communautés touchées	Un plan de communication pour faire participer les communautés touchées	6.33.1. Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication à tous les niveaux préalablement cartographiés	Plan de communication disponible	SNEPS	X						
		6.33.2. Renforcer les capacités du personnel de communication à tous les niveaux préalablement cartographiés.	Liste des communautés cartographiées Rapport de formation	IELE	X	X	X	X	X		
OS 6.34. Gérer les perceptions, les comportements à risque et les fausses informations	Les perceptions, les comportements à risque et les fausses informations sont gérées	6.34.1. Mettre en œuvre un plan de communication pour gérer les perceptions, les comportements à risque et les fausses informations	Rapports de gestion des perceptions, comportements à risque et fausses informations	SNEPS	X						
OS 6.35. Renforcer les portes d'entrées en Capacités de routine présentes	Les portes d'entrées sont renforcées en capacité	6.35.1. Réviser la liste des points d'entrée désignés afin de répondre aux disponibilités de renforcement réel de leurs capacités minimales	Liste des portes d'entrées disponible Liste des ressources disponibles	IELE	X						
		6.35.2. Élaborer et mettre en œuvre un plan multisectoriel d'intervention nationale pour les urgences de santé publique aux portes d'entrée	Plan disponible Rapports d'intervention multisectoriels	IELE	X						

		6.35.3. Élaborer et rendre disponibles auprès des acteurs concernés les procédures opératoires standard pour l'application des mesures requises aux points d'entrée (détection précoce, évaluation, notification, déclaration d'évènements)	Plan rendu disponible Rapports prenant compte des mesures requises aux points d'entrées	IELE	X						
OS 6.36. Mener les actions de santé publique efficaces aux points d'entrée.	Les actions de santé publique aux points d'entrées sont menées	6.36.1. Appliquer le programme d'inspection et d'assurance de l'hygiène des services aux points d'entrée	Rapport d'inspection	IHPA		X					
		6.36.2. Doter les points d'entrée des capacités d'appliquer les mesures recommandées pour désinsectiser, dératiser, désinfecter, décontaminer ou traiter d'une autre façon les bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux	Liste de matériels pour les actions d'hygiène et assainissement Rapports d'activités	IHPA	X	X	X	X	X		
<b>Sous axe RAM</b>											
OS 6.37. Mettre en place un système de surveillance pour la détection et la riposte aux maladies d'origine alimentaire et de la contamination des aliments	Le système de surveillance pour la détection et la riposte aux maladies d'origine alimentaire et de la contamination des aliments est en place	6.37.1. Elaborer, valider et diffuser le plan d'action RAM	1 plan d'action RAM disponible	DGS/IHPA/LNSP DGL/DGCC							
		6.37.2. Rendre fonctionnelle le comité de coordination multisectorielle de lutte contre la RAM	1 Texte de nomination disponible	MSAS							
		6.37.3. Mettre en œuvre le plan d'action RAM	Rapports d'activités	MS/LNSP/IHPA							
		6.37.4. Renforcer les plateaux techniques des laboratoires de bactériologie	% d'équipement requis disponible	LNSP	X						
		6.37.5. Renforcer les capacités du personnel des laboratoires de bactériologie	% du personnel formé	LNSP	X	X	X				
		6.37.6. Renforcer la coordination des activités de surveillance des maladies d'origine alimentaire et de la contamination des aliments	1 ligne budgétaire pour assurer la fourniture de ressources pour les enquêtes sur les événements de maladies d'origine alimentaire et de contamination est disponible	MS/DCAF	X						

		6.37.7. Élaborer un protocole des laboratoires pour les enquêtes sur les maladies d'origine alimentaire et la contamination des aliments et formé 10 PF	1 protocole est disponible 10 points focaux sont formés	MS/LNSP/ Ministère de l'Agriculture/ Élevage/ Pêche/ Alimentation						
		6.37.8. Former le personnel, aux niveaux national et infranational, à effectuer une évaluation des risques d'événements d'origine alimentaire aigus	Nombre de personnel formé	MS/LNSP/ Ministère de l'Agriculture/ Élevage/ Pêche/ Alimentation						
		6.37.9. Effectuer des évaluations des risques d'événements d'origine alimentaire aigus (chimiques et microbiologiques) et publier un rapport périodique	Rapports d'évaluation disponible	LNSP/Ministère de l'Agriculture/ Élevage/ Pêche/ Alimentation						

CADRE LOGIQUE DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2024-2028											
Axes stratégiques / Objectifs	Résultats attendus	Interventions	Indicateurs	Responsables d'activités	Chronogramme					Budget FCFA	
					2024	2025	2026	2027	2028		
<b>AXE STRATEGIQUE 7 : OPERATIONNALISER LE DEPARTEMENT SANITAIRE PAR LE DEVELOPPEMENT DES SOINS DE SANTE DE PRIMAIRES ET LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE</b>											
OS 7.1. Finaliser le cadre institutionnel de gouvernance du département sanitaire	Le cadre institutionnel de gouvernance du département sanitaire est finalisé	7.1.1. Mettre en place et rendre fonctionnels les organes de gouvernance	% de DS possèdent leurs cinq organes de gouvernance	DRS	X	X	X	X	X		
			% des rapports attendus de réunion des CDD disponibles	DRS	X	X	X	X	X		
			% des rapports attendus de réunion des CSD disponibles	DRS	X	X	X	X	X		
			% des rapports attendus de réunion des ECD disponibles	DRS	X	X	X	X	X		
			% des rapports attendus de réunion des ESV disponibles	DRS	X	X	X	X	X		
			% des rapports attendus de réunion des directions départementales disponibles	DRS	X	X	X	X	X		
		7.1.2. Formaliser les procédures de gestion administrative et technique des formations sanitaires	Procédures de gestion administrative et technique disponibles	DGEPS DRS	X						
			1 Directive disponible	DGEPS	X						
		7.1.3. Formaliser les procédures de référence et de contre référence	1 Procédure formalisée disponible	DGEPS	X						
			1 Directive disponible	DGEPS	X						
			% de DS disposant de la procédure	DGEPS DRS	X	X	X	X	X		
			a% de DS disposant de la Directive	DGEPS DRS	X	X	X	X	X		
		7.1.4. Elaborer la cartographie des OBC (Organisations à Base Communautaire) par département sanitaire	1 liste des OBC par département sanitaire disponible	DGPS DRS CDD	X						
			% de DS disposant de la liste des OBC locales	DGPS DRS CDD	X	X	X	X	X		

		7.1.5. Réaliser et diffuser l'annuaire des OBC	1 Annuaire national des OBC disponible	DGPS DRS CDD	X						
			% de DS disposant de l'annuaire national des OBC	DGPS DRS CDD	X	X	X	X	X		
		7.1.6. Mettre en place les organes de gestion des formations sanitaires	% de FOSA possédant leurs trois organes de gestion	DGEPS DRS CSD	X	X	X	X	X		
			% des rapports attendus de réunion des ETD disponibles	CSD	X	X	X	X	X		
			% des rapports attendus de réunion des Comités des Usagers (CU) disponibles	CSD	X	X	X	X	X		
			% des rapports attendus de réunion des Cellules d'Animation Communautaires (CAC) disponibles	CSD	X	X	X	X	X		
OS 7.2. Améliorer le financement, la gestion financière, la réhabilitation et l'équipement des infrastructures du département sanitaire	Le financement, la gestion financière, la réhabilitation et l'équipement des infrastructures du département sanitaire sont améliorés	7.2.1. Assurer la délivrance des PESS dans les FOSA	% de FOSA possédant le document des normes de la santé	CDD	X	X	X	X	X		
			% de FOSA dont l'offre est conforme au PESS	CDD	X	X	X	X	X		
		7.2.2. Mettre en place des mécanismes robustes de financement du département sanitaire	Directive disponible	MS							
			Inscription budgétaire disponible	DCAF	X	X	X	X	X		
			% des fonds alloués aux DS disponibles	DCAF	X	X	X	X	X		
			% des DS ayant une exécution du budget disponible > 80%	DCAF	X	X	X	X	X		
		7.2.3. Organiser une table-ronde annuelle des bailleurs locaux potentiels	Rapports des table-rondes	DCAF CDD	X	X	X	X	X		
		7.2.4. Mettre en place des mécanismes équitables et transparents de gestion des recettes propres des FOSA du DS (incluant les paiements de la CNAMGS)	% de FOSA disposant du texte	DGEPS DRS	X	X	X	X	X		
			% de FOSA appliquant le texte	DGEPS DRS	X	X	X	X	X		
			% de FOSA vulgarisant le texte par voie d'affiche	DGEPS DRS	X	X	X	X	X		

		7.2.5. Poursuivre la réhabilitation des infrastructures et l'équipement des FOSA du département sanitaire	% des FOSA vétustes du département sanitaire réhabilitées	DGPEP DGPEPS DRS PTF	X	X	X	X	X	
			% des FOSA du département sanitaire équipées	DGPEP DGPEPS DRS PTF	X	X	X	X	X	
OS 7.3. Assurer la réalisation des interventions du PNDS dans le département sanitaire, incluant les interventions liées à la médecine itinérante	Les interventions du PNDS dans le département sanitaire y compris les interventions liées à la médecine itinérante sont réalisées	7.3.1. Planifier et réaliser les activités de la médecine itinérante dans le département sanitaire	% de caravanes médicales planifiées réalisées	DRS PTF	X	X	X	X	X	
		7.3.2. Renforcer l'appui à l'élaboration et validation des plans opérationnels régionaux et départementaux	% de DS disposant d'un plan opérationnel annuel validé	CDD DGPEP	X	X	X	X	X	
		7.3.3. Appuyer la mise en œuvre des plans opérationnels régionaux et départementaux	% de DS ayant mis en œuvre leur plan opérationnel	CDD DGPEP	X	X	X	X	X	
			% de DS atteignant au moins 75% d'exécution du plan opérationnel	CDD DGPEP	X	X	X	X	X	
		7.3.4. Assurer le suivi et évaluation de la mise en œuvre des plans opérationnels régionaux et départementaux	% des plans opérationnels départementaux suivis	CDD DGPEP	X	X	X	X	X	
			% des plans opérationnels départementaux évalués	CDD DGPEP	X	X	X	X	X	
		7.3.5. Promouvoir des partenariats bilatéraux et multilatéraux dans le cadre de l'appui direct à la région et au département sanitaire	% de DS ayant bénéficié d'au moins deux partenariats bi ou multi latéraux	CDD DGPEP	X	X	X	X	X	
			% de DS ayant bénéficié d'appuis directs	CDD DGPEP	X	X	X	X	X	
OS 7.4. Développer l'appropriation et la participation communautaires	L'appropriation et la participation communautaires sont développées	7.4.1. Promouvoir la participation communautaire au développement sanitaire	% de DS développant des activités de santé communautaires	Comités de santé DSC	X	X	X	X	X	
			% des rapports attendus d'activité élaborés, validés et diffusés disponibles	Comités de santé DSC	X	X	X	X	X	
			% des comptes-rendus attendus de réunion élaborés,	Comités de santé	X	X	X	X	X	

			validés et diffusés disponibles							
		7.4.2. Encourager le financement communautaire des interventions de santé	1 Directive disponible	MS/DSC Comités de santé	X					
			% des interventions de santé financées en partie ou en totalité par les communautés	Comités de santé	X	X	X	X	X	
		7.4.3. 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	Comités de santé	X	X	X	X	X	
			% des rapports attendus de supervision des agents communautaires disponibles	Comités de santé	X	X	X	X	X	
			% d'OBC par DS ayant des outils et fournitures requis pour les activités	Comités de santé	X	X	X	X	X	
			% des rapports attendus d'activité des agents communautaires disponibles	Comités de santé	X	X	X	X	X	
		7.4.4. Mettre en place des mécanismes formalisés de collaboration avec les OBC	1 Directive disponible	MS Comités de santé	X					
			% des partenariats attendus réalisés	Comités de santé	X	X	X	X	X	
		7.4.5. Favoriser la responsabilisation des communautés par la promotion des groupements de jeunes, de femmes, de communautés de quartiers et de village y compris les associations de malades	% de DS possédant des associations de jeunes	Comités de santé	X	X	X	X	X	
			% de DS possédant des associations de femmes	Comités de santé	X	X	X	X	X	
			% de DS possédant des communautés de quartiers	Comités de santé	X	X	X	X	X	
			% de DS possédant des communautés de village	Comités de santé	X	X	X	X	X	
			% de DS possédant des associations de malades	Comités de santé	X	X	X	X	X	

			% de DS possédant des associations de jeunes	Comités de santé	X	X	X	X	X	
		7.4.6. Impliquer les communautés dans le processus gestionnaire des FOSA	% de FOSA possédant des comités d'usagers et des comités d'action communautaire	FOSA Comités de santé	X	X	X	X	X	
		7.4.7. Impliquer les communautés dans la mise en œuvre des interventions de santé	% d'interventions de santé ayant impliqué les communautés	SNESPS PN & SN Comités de santé	X	X	X	X	X	
		7.4.8. Développer les interventions communautaires (sensibilisation, surveillance de la maladie, prévention)	% des rapports attendus d'activité des OBC disponibles	Comités de santé	X	X	X	X	X	
		7.4.9. Mettre en place un réseau communautaire pour la santé	1 document cadre de réseau communautaire pour la santé disponible	CDD	X	X	X	X	X	
OS 7.5. Promouvoir les partenariats privés avec les communautés	Les partenariats privés avec les communautés sont promus	7.5.1. Formaliser le cadre institutionnel des partenariats privés avec les communautés	1 Directive disponible	MS CDD	X					
		7.5.2. Elaborer la cartographie des opérateurs économiques présents dans les départements sanitaires	1 cartographie des opérateurs économiques présents dans les départements sanitaires disponible	CDD	X	X	X	X	X	
		7.5.3. Faciliter les partenariats privés avec les communautés	% des partenariats privés attendus réalisés	CDD	X	X	X	X	X	

CADRE LOGIQUE DU PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE 2024-2028										
Axes stratégiques / Objectifs	Résultats attendus	Interventions	Indicateurs	Responsables d'activités	Chronogramme					Budget FCFA
					2024	2025	2026	2027	2028	
<b>AXE STRATEGIQUE 8 : DEVELOPPER DES POLITIQUES PUBLIQUES PRENANT EN COMPTE LES DETERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX ET SOCIAUX DE LA SANTE Y COMPRIS LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES ET LE CONCEPT « UNE SEULE SANTE »</b>										
<i>Sous axe Qualité de l'air</i>										
OS 8.1. Réduire les émissions des polluants de l'air issus des FOSA	Les émissions des polluants de l'air issus des FOSA sont réduits	8.1.1. Etablir la cartographie des FOSA disposant ou pas des équipements de traitement des déchets biomédicaux	1 cartographie des FOSA disposant ou pas des équipements de traitement de déchets biomédicaux disponible	IHPA	x					
		8.1.2. Doter les FOSA d'équipements de traitement des déchets biomédicaux adaptés	% de FOSA disposant des équipements adaptés	DGPIE, IHPA	x	x	x	x	x	
		8.1.3. Suivre et évaluer le fonctionnement des équipements de traitement des déchets biomédicaux	Rapports de suivi disponibles	IHPA	x	x	x	x	x	
<i>Sous axe Pollution sonore</i>										
OS 8.2. Réduire la pollution sonore de 50%	La pollution sonore est réduite de 50%	8.2.1. Mener dix (10) campagnes de sensibilisation sur les risques d'exposition au bruit et vibrations par région sanitaire et par an	Rapports des campagnes de sensibilisation disponibles	IHPA, FPN	x	x	x	x	x	
<i>Sous axe Qualité de l'eau</i>										
OS 8.3. Réduire la prévalence des maladies d'origine hydrique	La prévalence des maladies d'origine hydrique est réduite	8.3.1. Contrôler la salubrité des installations et lieux de production d'eau d'accès grand public	Rapports des contrôles sanitaires disponibles	IHPA	x	x	x	x	x	
		8.3.2. Contrôler la qualité sanitaire de l'eau stockée dans les bâches, réservoirs et châteaux d'eau		IHPA	x	x	x	x	x	
		8.3.3. Analyser la qualité sanitaire de l'eau		IHPA	x	x	x	x	x	
<i>Sous axe Pesticides</i>										
OS 8.4. Améliorer l'utilisation des pesticides à usage domestique, agricole et industriel	L'utilisation des pesticides à usage domestique, agricole et industriel est améliorée	8.4.1. Réaliser la cartographie des risques et vulnérabilité d'exposition aux pesticides	Atlas de sensibilité aux pesticides disponible	IHPA	x					
		8.4.2. Former des applicateurs aux bonnes pratiques d'usage des pesticides	Rapports de formation aux bonnes pratiques d'utilisation des pesticides disponibles	IHPA	x	x	x	x	x	

		8.4.3. Suivre et évaluer les activités	Rapports de suivi disponibles	IHPA	x	x	x	x	x	
<b>Sous axe Nutrition</b>										
OS 8.5. Elaborer et rendre disponibles dans les FOSA les directives nationales de prise en charge des cas de malnutrition	Les directives nationales de prise en charge des cas de malnutrition sont disponibles dans les FOSA	OS 8.5.1. Mettre en place un groupe de travail	Texte de mise en place du groupe de travail	IHPA	x	x	x	x	x	
		OS 8.5.2. Elaborer un avant-projet de guide national de prise en charge des cas de malnutrition	Avant-projet de guide national de prise en charge des cas de malnutrition disponible	CNN	x					
		OS 8.5.3. Organiser un atelier national de validation du guide	Guide validé disponible	CNN	x					
OS 8.6. Rendre disponibles les RAN dans les FOSA	Les RAN sont disponibles dans les FOSA	8.6.1. Faire adopter le guide en conseil des ministres	Compte rendu du Conseil de Ministres	CNN		x				
		8.6.2. Vulgariser le guide	% de FOSA disposant du guide	CNN	x	x				
<b>Sous axe Hygiène et assainissement en milieu hospitalier</b>										
OS 8.7. Améliorer la gestion des déchets liquides au sein des formations sanitaires et pompes funèbres	La gestion des déchets liquides au sein des formations sanitaires et pompes funèbres est améliorée	8.7.1. Identifier les FOSA et pompes funèbres ne disposant pas d'un plan de système adéquat de gestion des eaux usées	Rapport de la mission d'évaluation disponible	IHPA	x	x				
		8.7.2. Réaliser l'audit des capacités techniques des ouvrages d'assainissement au sein des formations sanitaires et pompe funèbres	Rapports d'audits techniques disponibles	IHPA, CHUL, CHR, CM, CS, DPS	x					
		8.7.3. Réhabiliter les systèmes de gestion des eaux usées dans les FOSA des dix régions sanitaires	% de FOSA ayant bénéficié de travaux de réhabilitation des installations d'assainissement	IHPA, CHUL, CHR, CM, CS, DPS	x	x				
		8.7.4. Normaliser les systèmes de gestion des eaux usées dans les FOSA	% de FOSA et de maisons de pompes funèbres ayant bénéficié d'une normalisation de leur système de gestion des eaux usées	IHPA/AGANOR	x	x	x			
		8.7.5. Normaliser les systèmes de gestion des eaux usées dans les maisons de pompes funèbres		IHPA/AGANOR	x	x	x			
OS 8.8. Doter les FOSA de plan de gestion des déchets	Les FOSA sont dotées de plan de gestion des déchets	8.8.1. Faire un état des lieux	Rapports d'état de lieux	IHPA	x					
		8.8.2. Elaborer des plans adaptés à chaque catégorie de FOSA	% de FOSA dotés d'un plan adapté de gestion des déchets	IHPA	x	x				
		8.8.3. Doter les 10 régions sanitaires des stations d'épuration des eaux usées	% de RS dotées de stations d'épuration des eaux usées	DGPIE, IHPA	x	x	x	x	x	
<b>Sous axe Prévention et contrôle des infections</b>										

OS 8.9. Mettre en place un plan national prévention et de contrôle des infections (PCI) au sein des formations sanitaires	Un plan national prévention et de contrôle des infections est mis en place au sein des formations sanitaires	8.9.1. Harmoniser et mettre en œuvre la PCI en intégrant tous les services et programmes nationaux	1 Directive disponible	IHPA, CHUL, CHR, CM, CS, DPS		x				
		8.9.2. Intégrer les activités de PCI au Règlement sanitaire international (RSI) et à la préparation aux urgences de santé publique		IHPA, CHUL, CHR, CM, CS, DPS						
		8.9.3. Impliquer davantage les associations de patients et organismes de la société civile		IHPA, CHUL, CHR, CM, CS, DPS						
		8.9.4. Mettre en place un groupe de travail	1 texte disponible	IHPA, CHUL, CHR, CM, CS, DPS		X				
		8.9.5. Elaborer le guide PCI	1 avant-projet du guide disponible	IHPA, CHUL, CHR, CM, CS, DPS		X				
		8.9.6. Organiser un atelier national de validation du guide	Rapport de l'atelier disponible	IHPA, CHUL, CHR, CM, CS, DPS		X				
		8.9.7. Faire adopter le guide en conseil des ministres	Compte-rendu du conseil des ministres	IHPA, CHUL, CHR, CM, CS, DPS		x				
		8.9.8. Mettre en place des comités PCI à tous les niveaux de la pyramide sanitaire	Nombre de comités PCI mis en place	IHPA, CHUL, CHR, CM, CS, DPS		x				
		8.9.9. Evaluer la mise en œuvre des précautions standards au sein des FOSA	Rapports d'évaluation disponibles	IHPA, CHUL, CHR, CM, CS, DPS		x	x	x	x	
		8.9.10. Organiser le suivi des pratiques PCI en instaurant un système de supervision formative et de suivi des activités	Rapports des supervisions disponibles	IHPA		x	x	x	x	
		8.9.11. Doter les formations sanitaires d'EPI et des dispositifs de lavage des mains	% de FOSA dotées d'EPI et de dispositifs de lavage des mains	IHPA		x	x	x	x	
<b>Sous axe Drogues</b>										
OS 8.10. Réduire l'impact négatif de la consommation des drogues dans la population	L'impact négatif de la consommation des drogues dans la population est réduit	8.10.1. Réaliser des campagnes de sensibilisation aux dangers des drogues dans les départements	Rapports des campagnes de sensibilisation disponibles	IHPA, partenaires techniques et financiers	x	x	x	x	x	
		8.10.2. Construire 9 centres de désintoxication et réinsertion dans les chefs-lieux de province	9 centres de désintoxication et réinsertion construits dans les chefs-lieux de province	MSAS MI /FPN			x	x	x	
<b>Sous axe Sécurité sanitaire des aliments</b>										

OS 8.11. Réduire l'incidence des maladies d'origine alimentaire	L'incidence des maladies d'origine alimentaire est réduite	8.11.1. Doter le LNSP de l'équipement requis pour le contrôle qualité sanitaire des aliments	Bon de livraison du matériel	DGPIE	x	x				
		8.11.2. Former 20 techniciens de laboratoire au contrôle qualité sanitaire des aliments	Rapport de formation	IHPA	x	x	x	x	x	
	8.11.3. Organiser les contrôles sanitaires sur la qualité des aliments dans les régions sanitaires	procès-verbal des contrôles	IHPA	x	x	x	x	x		

