



Organisation  
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'**Afrique**



# STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2008-2013

**GABON**



# STRATÉGIE DE COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LES PAYS 2008-2013

## GABON

## Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS/AFRO

### Stratégie de Coopération de l'OMS avec les pays, 2008-2013 Gabon

1. Planification santé
2. Mise en œuvre plan sanitaire
3. Priorités en santé
4. État sanitaire
5. Coopération internationale
6. Organisation mondiale de la Santé

**ISBN: 978 929 031 1379**

(NLM Classification: WA 540 GH2)

©Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2009)

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole No 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de l'Unité des Publications et des Langues, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507; adresse électronique : [afrobooks@afro.who.int](mailto:afrobooks@afro.who.int)). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

# SOMMAIRE

<b>ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>V</b>
<b>PRÉFACE</b> .....	<b>VII</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>IX</b>
<b>SECTION 1 INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>SECTION 2 DÉFIS NATIONAUX LIÉS À LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT</b> .....	<b>2</b>
2.1 Profil du pays .....	2
2.1.1 Données géographiques et démographiques .....	2
2.1.2 Données économiques et sociales .....	2
2.1.3 Organisation politique et administrative .....	3
2.2 Profil sanitaire .....	3
2.2.1 Organisation du système de santé .....	3
2.2.2 Ressources humaines .....	4
2.3 Santé et défis de développement .....	6
2.3.1 Défis nationaux liés à la santé .....	6
2.3.2 Bilan de la mise en œuvre de la SCP 2004-2007 .....	6
2.3.3 Les leçons apprises .....	10
2.3.4 Les défis majeurs de la SCP 2008-2013 .....	10
<b>SECTION 3 AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS :</b> .....	<b>11</b>
3.1 Evolution des budgets pays .....	11
3.2 Budget d'investissement de l'Etat .....	11
3.3 Budget de fonctionnement de l'Etat : .....	12
3.4 Contribution des partenaires .....	12
<b>SECTION 4 CADRE POLITIQUE INSTITUTIONNELLE DE L'OMS : ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES</b> .....	<b>15</b>
4.1 Buts et missions de l'OMS .....	15
4.2 Les fonctions essentielles de l'OMS .....	15
4.3 Priorités mondiales .....	16
4.4 Priorités régionales .....	17
<b>SECTION 5 COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS</b> .....	<b>18</b>
Les axes stratégiques de coopération avec le pays reposeront sur : .....	18
<b>SECTION 6 AGENDA STRATÉGIQUE : PRIORITÉS RETENUES POUR LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE GABON :</b> .....	<b>20</b>
6.1 Lutte contre la maladie .....	20
6.2 Santé de la mère et de l'enfant .....	21
6.3 Renforcement du système de santé et du partenariat pour le développement .....	21

<b>SECTION 7</b>	<b>MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA STRATÉGIQUE .....</b>	<b>22</b>
7.1	Bureau pays OMS .....	22
7.2	Equipe inter-pays : .....	23
7.3	Bureau régional :.....	23
7.4	Siège de l'OMS .....	23
<b>SECTION 8</b>	<b>SUIVI ET EVALUATION .....</b>	<b>24</b>
<b>RÉFÉRENCES :</b>	<b>.....</b>	<b>25</b>

# ABRÉVIATIONS

ACD	:	Atteindre Chaque District
ARV	:	Antirétroviraux
BAD	:	Banque africaine de Développement
CCM	:	Comité de Coordination multisectoriel
CEMAC	:	Communauté économique des Etats de l’Afrique centrale
CNSS	:	Caisse nationale de sécurité sociale
DRS	:	Directeur régional de Santé
DSCR	:	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
EDSG, 2000	:	Enquête démographique et sanitaire du Gabon
EGEP	:	Enquête gabonaise pour l’Evaluation et le suivi de la Pauvreté
FAO	:	Food and Agriculture Organisation
FHVE	:	Fièvre hémorragique à Virus Ebola
GAVI	:	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GFATM	:	Global Fund against AIDS Tuberculosis and Malaria
GSM	:	Global System Management
HCR	:	Haut Commissariat des Réfugiés
IDH	:	Indice de Développement humain
JNV	:	Journée nationale de Vaccination
MCD	:	Médecin chef de Département
MIILDA	:	Moustiquaire imprégné d’Insecticide à longue Durée d’Action
NEPAD	:	Nouveau Partenariat pour le Développement de l’Afrique
ODD	:	Objectif de Développement du Millénaire
OMS	:	Organisation mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation non gouvernementale
PCIME	:	Prise en Charge intégrée des Maladies de l’Enfance
PEV	:	Programme élargi de Vaccination
PFA	:	Paralysie flasque aiguë
PIB	:	Produit intérieur brut
PNDS	:	Plan national de développement sanitaire
PNUD	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSMT	:	Plan stratégique à moyen Terme 2008-2013, de l’OMS
PTME	:	Prévention de la Transmission Mère Enfant
RBM	:	Roll Back Malaria

RGPH, 2003	:	Recensement général de la population et de l'habitat 2003
SCP	:	Stratégie de coopération avec les pays
SIMR	:	Surveillance intégrée de la Maladie et Réponse
SNIS	:	Système national d'Information sanitaire
SNU	:	Système des Nations Unies
SONU	:	Soins obstétricaux et néonataux d'Urgence
THA	:	Trypanosomiase humaine africaine
UB	:	Ulcère de Buruli
UE	:	Union Européenne
UNDAF	:	United Nations Développement Assistance Framework (Plan Cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement)
UNFPA	:	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAR	:	Vaccin anti-rougeoleux
VIH/SIDA	:	Virus d'Immunodéficience humaine/ Syndrome d'Immuno déficience acquise
Vit A	:	Vitamine A

# PRÉFACE

La Stratégie de Coopération de l'OMS avec les Pays (SCP) cristallise l'essentiel des réformes adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé en vue de renforcer son action au sein des pays. Elle a impulsé une orientation qualitative décisive aux modalités d'intervention, de coordination et de plaidoyer de notre institution dans la Région africaine. Actuellement bien établie comme outil de planification à moyen terme de l'OMS au niveau des pays, la Stratégie de Coopération vise plus de pertinence et de focalisation dans l'établissement des priorités, plus d'efficacité dans la réalisation des objectifs et une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources affectées à l'action de l'OMS dans les pays.

La première génération de documents de stratégie de coopération avec les pays a été établie à travers un processus participatif qui a mobilisé les trois niveaux de l'Organisation, les pays et leurs partenaires. Pour la majorité des pays, la période biennale 2004-2005 a constitué le point crucial de recentrage de l'action de l'OMS. Elle a permis aux pays de mieux planifier leurs interventions selon une approche basée sur les résultats et un processus gestionnaire amélioré favorisant la prise en compte de leurs besoins réels par les trois niveaux de l'Organisation.

Tirant des enseignements de la mise en œuvre des SCP de première génération, les documents de SCP de seconde génération, en harmonie avec le 11<sup>ème</sup> Programme général de Travail de l'OMS et le Cadre stratégique à moyen terme, prennent en compte les priorités sanitaires des pays définies dans les plans nationaux de développement sanitaire et les plans sectoriels de lutte contre la pauvreté. Les SCP s'inscrivent aussi dans le nouveau contexte global de la santé et intègrent les principes d'alignement, d'harmonisation et d'efficacité, tels que formulés dans la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et dans les récentes initiatives telles que « Harmonisation pour la Santé en Afrique » (HHA) et « Partenariat international pour la Santé-Plus » (IHP+). Ils reflètent aussi la politique de décentralisation qui a été opérée et qui renforce la capacité de prise de décisions par les pays pour une meilleure qualité des programmes et des interventions de santé publique.

Enfin, les documents de SCP de deuxième génération sont en synchronisation avec le Plan cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

Je salue le leadership efficace et efficient assuré par les pays dans la conduite de cet important exercice de formulation des documents de stratégie de coopération de l'OMS avec les pays et demande à tout le personnel de l'OMS, en particulier aux Représentants de l'OMS et aux Directeurs des divisions, de redoubler d'efforts pour garantir une mise en œuvre effective des orientations de la Stratégie de Coopération avec les Pays en vue de la réalisation de meilleurs résultats sanitaires au bénéfice des populations africaines.



Dr Luis G. Sambo  
Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique



# RÉSUMÉ

La Stratégie de Coopération de l'OMS (SCP) avec le Gabon pour la période 2008-2013, est la suite logique de la première SCP qui a couvert la période 2004-2007.

L'évaluation de la première SCP a montré que sa mise en œuvre a été entravée par des facteurs tels que la difficulté de mobilisation des fonds extrabudgétaires, l'insuffisance de moyens logistiques et de ressources humaines qualifiées et motivées pour la plupart des programmes du Ministère de la Santé, la faible implication des populations dans la lutte contre les maladies prioritaires et l'insuffisance des ressources financières et humaines au bureau de la Représentation.

Les facteurs qui ont facilité cette mise en œuvre sont : l'engagement des plus hautes autorités nationales, le climat de paix et de stabilité du pays et la synergie d'action avec les autres partenaires stratégiques (UNICEF, FNUAP, PNUD, FAO, Coopération Française etc.).

L'évolution des indicateurs sanitaires est variable : défavorable pour la mortalité maternelle, la couverture en médicaments antirétroviraux, en PTME et en DOTS, et encourageante pour la mortalité infantile, la prévalence du VIH et la couverture vaccinale.

Les menaces qui se profilent à l'horizon, concernent la pauvreté grandissante, la persistance d'une prévalence élevée du VIH et le faible intérêt observé chez certains partenaires pour le secteur de la santé en général, et certains programmes, en particulier.

Les principaux défis portent sur la capacité à résoudre les principaux facteurs qui ont entravé la mise en œuvre de la SCP 2004-2007 et à anticiper les menaces.

Si entre 2003 et 2007, le budget de l'Etat alloué au secteur de la santé, a augmenté, le montant total de la contribution des partenaires de la santé (Système des Nations Unies, la Coopération bilatérale et multilatérale et le secteur privé) qui participent au financement de la santé, accuse une baisse régulière et croissante.

La stratégie de coopération 2008-2013 de l'OMS avec le Gabon, est basée sur les orientations du Bureau régional et du siège de l'OMS, sur les axes stratégiques définis par la restructuration du bureau pays en 2007, et sur les priorités du pays définies dans le PNDS 2007. Elle va reposer sur trois axes stratégiques : la lutte contre la maladie, la santé de la mère et de l'enfant et le renforcement du système de santé et du partenariat pour le développement.

La mise en œuvre de l'agenda stratégique va s'effectuer à travers les plans de travail des périodes biennales du bureau de pays qui couvrent la période de 2008 à 2013. La coordination du partenariat en faveur de la santé, doit renforcer le rôle de l'OMS comme conseiller privilégié du Ministère de la Santé et de ses partenaires.

Le suivi et l'évaluation de la stratégie de coopération avec le pays, vont se faire conformément au Global Management System (GSM) mis en place par l'OMS, en 2008. La revue à mi parcours, de la mise en œuvre de la SCP, est fixée à la fin de l'année 2010 et l'évaluation finale à la fin des trois exercices biennaux, par une commission interne composée des représentants du bureau de pays, du Ministère de la Santé, des autres ministères engagés dans le processus et des partenaires.



# SECTION 1

## INTRODUCTION

La Stratégie OMS de Coopération avec la République gabonaise pour la période 2008-2013, s'inscrit dans la suite logique de la première SCP qui a couvert les périodes biennales 2004-2005 et 2006-2007. Elle s'est inspirée de l'évaluation de la SCP 2004-2007 et a connu la participation de plusieurs hauts cadres des institutions nationales comme le Ministère de la Santé, le Ministère de la lutte contre le sida, le Ministère de la Famille, le Ministère des Affaires sociales, le Ministère de la Défense, le Ministère de la Planification, ainsi que les partenaires au développement.

Cette évaluation a permis d'observer des faiblesses, notamment, l'insuffisance de ressources humaines qualifiées et motivées pour la plupart des programmes, des difficultés de mobilisation des ressources, engendrant une faiblesse dans la mise en œuvre des activités planifiées. Néanmoins, certains points positifs ont été observés, notamment l'engagement politique au plus haut niveau, la concertation permanente avec les autorités et les partenaires et l'appui apporté par l'équipe inter pays pluridisciplinaire.

Le contenu de la SCP 2008-2013 découle des documents stratégiques nationaux, régionaux et mondiaux suivants :

- le Plan national de Développement sanitaire 2007-2011 (PNDS) ;
- le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté, 2006-2008 (DSCR);
- le 11<sup>ème</sup> Programme général de Travail 2006-2015, de l'OMS ;
- le Plan stratégique à moyen Terme 2008-2013, de l'OMS (PSMT) ;
- le Plan Cadre des Nations Unies pour le Développement 2007-2011 (UNDAF) ;
- les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ;
- le Nouveau partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD).

La SCP 2008-2013 tient compte aussi des déclarations de Rome et de Paris sur l'alignement et l'harmonisation où il apparaît de plus en plus nécessaire, de développer des stratégies d'assistance communes qui prennent en compte les priorités du pays et celles des partenaires au développement.

La SCP 2008-2013 s'articule autour de trois axes stratégiques :

1. La lutte contre la maladie ;
2. La santé de la mère et de l'enfant ;
3. Le renforcement du système de santé et du partenariat pour le développement.

## SECTION 2

# DÉFIS NATIONAUX LIÉS A LA SANTÉ ET AU DÉVELOPPEMENT

### 2.1 PROFIL DU PAYS

#### 2.1.1 Données géographiques et démographiques

Situé en Afrique centrale, le Gabon a une superficie de 267 667 km<sup>2</sup> dont plus de 75% est recouverte de forêt. Il est limité au Nord, par le Cameroun, au Nord-Ouest, par la Guinée-Équatoriale, au Sud et au Sud-est, par le Congo, et à l'Ouest, par l'océan Atlantique.

Le climat est de type équatorial, chaud et humide. La température moyenne annuelle est de 26° et l'hygrométrie de plus de 80%. Il y a en alternance deux saisons des pluies et deux saisons sèches. La durée moyenne des pluies est de 140 jours par an, avec une grande saison de pluie qui va de mi-mars à mi-juin, et une petite saison de pluie qui va de mi-septembre à mi-décembre. La grande saison sèche va de mi-juin à mi-septembre, et la petite de mi-décembre à mi-mars.

La population du Gabon en 2008, est estimée à 1 717 121 habitants<sup>1</sup>, soit une densité de 6,14 habitants/km<sup>2</sup>.

Les femmes représentent 52% de la population. L'espérance de vie est de 62 ans pour les femmes et de 57 ans pour les hommes. L'indice synthétique de fécondité par femme, est estimé à 4. Le taux d'accroissement annuel est de 2,7%. Environ 45% de la population a un âge compris entre 15 et 49 ans et 40% a moins de 15 ans (EDSG, 2000).

Près de 73% de la population vit en zone urbaine, dont 50% à Libreville et Port Gentil. Le reste de la population est concentré le long des axes routiers et fluviaux. Le pays connaît aussi un afflux important d'immigrés, estimé à près de 200.000 personnes, soit environ de 15% de la population totale.

L'inégale répartition spatiale de la population pose de véritables problèmes de développement, notamment d'aménagement du territoire et d'organisation des services de santé.

#### 2.1.2 Données économiques et sociales

L'économie gabonaise est une économie de rente faiblement diversifiée, reposant essentiellement sur le pétrole, le manganèse et le bois.

Le Gabon, avec un PIB de 5990 dollars US par habitant, figure sur la liste des pays à revenu intermédiaire. Cependant, son IDH le situant au 124<sup>ème</sup> rang sur 177 pays recensés, le classe parmi les pays pauvres (*Rapport PNUD 2006*).

Selon une enquête du Ministère de la Planification effectuée en 2005, 32% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. La pauvreté grandissante des populations et leur faible pouvoir d'achat limitent l'accès aux soins. La protection sociale est insuffisante et le volet maladie est très peu développé. En effet, le modèle actuel ne concerne qu'une minorité de travailleurs du secteur privé. Cependant, le processus de développement de l'assurance maladie universelle est en cours.

Le taux d'alphabétisation est de 72% ; le taux brut de scolarisation est de plus de 90% et il est équivalent aussi bien chez les garçons que chez les filles. Cependant, si on note 90% des enfants de 6 à 14 ans scolarisés, on relève une déperdition qui ramène ces chiffres à 68% pour ceux de 15 à 19 ans (EDSG, Gabon 2000).

La proportion de la population qui a accès à l'eau potable est de 95% en zone urbaine, et 47% en zone rurale (Statistiques sanitaires mondiales 2008).

### **2.1.3 Organisation politique et administrative**

Le pays est divisé en 9 Provinces, 54 départements, 27 districts, 125 cantons, 50 communes, 26 arrondissements et 3304 villages et regroupements de villages. La capitale politique est Libreville et Port-Gentil, la capitale économique. Le Gabon est caractérisé par un régime politique de type présidentiel, avec séparation des pouvoirs : exécutif, législatif (Assemblée nationale et Sénat) et judiciaire.

Il connaît une démocratie apaisée qui induit un climat politique et social stable favorisant la mise en œuvre d'un programme de redressement économique et social.

## **2.2 PROFIL SANITAIRE**

### **2.2.1 Organisation du système de santé**

L'organisation administrative du système de santé est calquée sur celle de l'administration territoriale que sont les provinces et les départements, exception faite pour la province de l'Estuaire qui est subdivisée en deux régions sanitaires (Libreville et Ouest). Elle est subdivisée en 10 régions et 52 départements sanitaires.

Le système de santé présente une organisation pyramidale à trois niveaux : périphérique, intermédiaire et central.

Le niveau périphérique ou opérationnel, est composé des centres médicaux qui servent de structures de référence, des centres de santé de district ou urbains, des dispensaires et des cases de santé.

Le niveau intermédiaire ou niveau d'appui technique est essentiellement composé des directions régionales de santé et des centres hospitaliers régionaux ou hôpitaux régionaux, des bases d'épidémiologie implantés dans les chefs lieux de région. Ces structures servent de référence pour le niveau périphérique.

Le niveau central ou niveau stratégique comprend l'ensemble des directions centrales y compris les programmes de santé, les instituts et les structures de soins et de diagnostic de référence.

Le système de santé repose sur trois secteurs qui cohabitent sans relation formelle de complémentarité.

Le secteur public civil qui est représenté par les structures étatiques aux 3 niveaux de la pyramide sanitaire, et par les services de santé de l'armée. La santé militaire dépend directement du Ministère de la Défense et comporte un Hôpital des Instructions des Armées, moderne, avec un plateau technique performant, et un réseau d'infirmieries de garnison.

Le secteur parapublic qui est représenté par la Caisse nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et la Caisse nationale de Sécurité sociale (CNSS) qui dispose de 3 grands hôpitaux : deux hôpitaux généraux (la Fondation Jeanne EBORI, à Libreville et l'Hôpital Paul IGAMBA, à Port-Gentil) et un Hôpital spécialisé (l'Hôpital Pédiatrique d'Owendo) et de neuf (9) centres médico-sociaux répartis sur l'ensemble du territoire.

Le secteur privé qui comprend 3 entités : lucratif, non lucratif et traditionnel.

Le secteur privé lucratif, comprend les polycliniques, les cliniques, les cabinets médicaux, les laboratoires d'analyses biologiques, les structures d'imagerie médicale, les pharmacies etc.

Le secteur privé non lucratif, est représenté essentiellement, par l'Hôpital Albert Schweitzer de Lambaréné, dans le Moyen Ogooué, l'Hôpital Evangélique de Bongolo, dans la Ngounié, les dispensaires des missions catholiques et protestantes et les infirmieries des sociétés privées.

Le secteur traditionnel dont le cadre juridique est en cours d'élaboration.

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

Structures sanitaires	Secteurs					Total
	Publics	Parapublic CNSS	Privé lucratif	Privé non lucratif	Humanitaire	
Hôpitaux Généraux	12	2		2		16
Hôpitaux Spécialisés (bases incluses)	12	1				13
Cliniques			19			19
Polycliniques		1	1			2
Centres médicaux	41	9				50
SMI	51					51
Dispensaires	413			4		417
Cases de santé	157					157
Infirmieries	37				8	45
Cabinets			79			79
Laboratoires d'analyses			4			4
Pharmacies			33			33

Source : Ministère de la Santé, COSP

### 2.2.2 Ressources humaines

En 2006, le Ministère de la Santé comptait 8357 agents fonctionnaires et contractuels, répartis comme illustré dans le tableau suivant :

**Tableau II :** Répartition du personnel du Ministère de la Santé par régions sanitaires :

RÉGION SANITAIRE	EFFECTIF DU PERSONNEL EN 2006 %
Libreville-Owendo	49%
Estuaire	9%
Haut Ogooué	9%
Moyen Ogooué	3%
Ngounié	6%
Nyanga	3%
Ogooué Ivindo	5%
Ogooué Lolo	4%
Ogooué maritime	5%
Woleu Ntem	7%
Gabon	<b>100%</b>

Source : Ministère de la Santé, COSP

La région sanitaire de Libreville/Owendo dont le poids démographique est de 44%, utilise la part la plus importante avec 49 % du personnel.

On assiste à une mobilité fréquente du personnel (affectation ou bourse d'études), ce qui constitue un frein à la pérennisation de certains acquis en matière de formation, particulièrement, dans le domaine de la vaccination.

Les formations initiales dans le domaine de la santé, sont essentiellement assurées par :

- L'Université des Sciences de la Santé qui forme la majorité des professionnels de santé, au Gabon (médecins généralistes, chirurgiens, gynécologues, pédiatres, sages-femmes, techniciens supérieurs de biologie médicale et anesthésistes) ;
- L'École nationale d'Administration (ENA) qui forme les administrateurs de santé ;
- L'École préparatoire aux Carrières administratives (EPCA) qui forme des attachés d'administration sanitaire ;
- L'École nationale d'Action sanitaire et sociale (ENASS) qui forme le personnel paramédical : infirmiers diplômés d'état, infirmiers assistants, adjoints techniques de laboratoire, de radiologie, adjoints techniques dentaires, préparateurs en pharmacie, adjoints techniques de génie sanitaire et d'hygiène publique. Elle forme aussi des adjoints d'administration sanitaire, des adjoints techniques de statistiques et des secrétaires de santé.

Cependant, le Ministère de la Santé ne dispose pas d'un plan de développement des ressources humaines ; ce qui conduit à un nombre réduit de spécialistes dans certains domaines tels que la santé publique.

## 2.3 SANTÉ ET DÉFIS DE DÉVELOPPEMENT

### 2.3.1 Défis nationaux liés à la santé

Au Gabon, la mortalité infanto-juvénile est principalement due au paludisme (28,3%), aux infections respiratoires aiguës (10,7%), aux maladies diarrhéiques (8,8%) et aux affections néonatales (35,1%). Le Programme élargi de vaccination mis en place en 1978, a une offre de service encore très limitée, avec comme résultat, des couvertures vaccinales relativement faibles jusqu'en 2006 (44% au DTC3). Cette couverture, malgré l'amélioration connue à partir de 2007, (81% au DTC3), reste encore faible pour plusieurs antigènes car les couvertures rougeole, Hépatite B, VAT2+ sont <80%. (Source PNDS 2007-2011)

La mise en œuvre de la stratégie de Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) adoptée en 2000, est en cours ; sa mise à échelle n'est pas encore effective.

Aussi, le système de santé du Gabon est-il confronté à la faible disponibilité des médicaments, des dispositifs médicaux essentiels, à la faiblesse du cadre institutionnel, à la non implication des communautés dans la gestion des problèmes de santé et à l'insuffisance des financements.

Faciliter l'accessibilité aux soins et en particulier, pour les populations les plus vulnérables, constitue une priorité pour le gouvernement, y compris la mise en place d'une assurance maladie de qualité.

Les priorités qui en découlent sont, notamment :

- i) L'amélioration de l'accessibilité aux soins ;
- ii) La protection de la santé de la mère et de l'enfant ;
- iii) Le développement de la santé dans ces volets promotionnel, préventif et curatif ;
- iv) Le renforcement de la capacité d'éducation pour la santé et de la promotion sanitaire ;
- v) Le développement des ressources humaines ;
- vi) Le renforcement du cadre institutionnel ;
- vii) L'amélioration du système de financement ;
- viii) L'implantation d'un système cohérent et durable d'information sanitaire ;
- ix) L'amélioration de la protection sociale.

Le Gabon devra en outre, faire face aux menaces sanitaires, en particulier le VIH/Sida, les maladies émergentes et ré émergentes dont les charges de morbidité et de mortalité potentielles pourraient compromettre, à bien des égards, les objectifs de développement du pays.

### 2.3.2 Bilan de la mise en œuvre de la SCP 2004-2007

Dans le but de renforcer le système de santé, le dialogue politique au plus haut niveau, initié auprès du Gouvernement et des partenaires, a permis d'aboutir à des résultats substantiels. Le pays dispose désormais d'une politique nationale de santé, d'un Plan national de Développement sanitaire et d'une carte sanitaire nécessitant une mise à jour régulière. Par ailleurs, la gestion des médicaments dans les régions sanitaires, a été renforcée et

l'accessibilité à certains traitements, améliorée. Ainsi, le coût des anti-rétroviraux (ARV) a été réduit de 80%, depuis 2006. Le Gouvernement a adopté la gratuité des ARV pour les élèves, les étudiants et les indigents, celle des antituberculeux pour tous les malades et celle des antipaludiques pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

En ce qui concerne la lutte contre la maladie, les capacités du pays à la Surveillance intégrée des maladies et la Riposte aux épidémies par la formation du personnel de santé et des relais communautaires, ont été renforcées. Le taux de complétude des données s'est amélioré, passant de 22% en 2004, à 89% en 2007. L'épidémie de Chikungunya survenue en mai 2007, à Libreville, a été rapidement détectée et la riposte organisée.

Avec une prévalence du VIH estimée à 8,1% (IC+/- 2,5% - PNLIS 2004), avec un faible accès aux anti-rétroviraux (30%), une incidence de la tuberculose (308/100000, en 2005), un taux de dépistage des malades et une couverture en stratégie DOTS faibles (respectivement 65% et 24%), la lutte contre les maladies transmissibles a été marquée par le renforcement de "l'initiative 3X5" dans le cadre de la lutte contre le VIH-Sida (formation, outils de prise en charge clinique et communautaire des PVVIH).

Par ailleurs, le paludisme reste la première cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, en raison de la faible mise en œuvre des mesures de lutte (en 2006, TPI1 : 66,2%, TPI2 : 42,2%, MIILDA <20%, selon le Programme national de lutte). Les actions ont porté sur l'appui technique pour l'élaboration de propositions de soumissions au Fonds mondial (4ème, 5ème et 6ème rounds), sur le renforcement des capacités des prestataires de soins et des communautés (directives, formation et supervision) et le monitoring des activités.

La lutte contre les maladies négligées a été intensifiée par l'organisation de campagnes de dépistage et de traitement de la Trypanosomiase humaine africaine dans le principal foyer (Noya, dans la province de l'Estuaire) et de l'Ulcère de Buruli (Lambaréné, dans la province du Moyen Ogooué). Aussi, une campagne de déparasitage et de supplémentation en Vit A des enfants de moins de 5 ans en collaboration avec l'UNICEF, a-t-elle été menée.

Dans le cadre de la vaccination, le renforcement des capacités du personnel, la mise à disposition de fonds et l'extension de l'approche « Atteindre Chaque District ACD » dans 50% des départements sanitaires, ont permis d'améliorer la couverture vaccinale de routine (passée de 40% en 2003, à 81% en 2007), les indicateurs de la surveillance active des paralysies flasques aiguës (PFA), ceux de la rougeole et de la fièvre jaune.

Aussi, la contribution significative de l'Etat gabonais et la mobilisation des autres partenaires, ont permis d'organiser des campagnes nationales de vaccination contre la poliomyélite, une campagne nationale de rattrapage de vaccination contre la rougeole et une campagne nationale de suivi (avec distribution de MIILDA, administration de déparasitant et de vitamine A).

Pour ce qui est des malades non transmissibles, l'action a porté essentiellement, sur l'élaboration d'un document de politique en santé bucco-dentaire.

Pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, les actions ont porté sur l'élaboration de la "Feuille de route nationale" pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales, infantiles et de l'adolescent, sur l'élaboration du plan stratégique de "Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant" (PCIME), sur le renforcement des capacités des prestataires et des communautés, sur la stratégie de PCIME. Par ailleurs, des normes et standards en santé de la reproduction ont été développés.

Dans le domaine de la promotion de la santé, les actions menées ont été la diffusion de la stratégie régionale de promotion de la santé auprès des partenaires, et le renforcement des capacités des programmes dans le cadre de la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles, y compris celles évitables par la vaccination. Les événements majeurs de santé ont été couverts (journées mondiales, africaines et nationales) et un plaidoyer a été engagé pour faciliter le processus de ratification de la Convention cadre de l'OMS de lutte antitabac.

En matière de Santé et environnement, l'OMS a apporté un appui dans l'élaboration de la politique nationale et d'un plan d'action de mesures prioritaires d'urgence ainsi que dans l'analyse de la situation, en matière de salubrité de l'environnement qui a abouti à des propositions pour un renforcement de l'assainissement des villes de Libreville et Lambaréné.

Les capacités des structures institutionnelles des secteurs prioritaires et des communautés, en matière d'ouvrages d'assainissement de base et de sécurité sanitaire des aliments, ont aussi été renforcées.

La facilitation de la concertation entre les partenaires, a permis la mise en place de groupes de travail inter-agences du Système des Nations Unies, élargis aux partenaires bilatéraux et multilatéraux.

Les relations de coopération avec le Ministère de la santé ont été redynamisées, et des mécanismes de coordination entre le Gouvernement et les partenaires définis. C'est dans ce cadre que l'OMS a encadré l'élaboration du volet santé des documents du CCA-UNDAF, du Plan conjoint de lutte contre le VIH/Sida dans le cadre de l'UNDAF, pour la période 2007 – 2011, du plan de contingence du Système des Nations Unies et du Plan national de préparation et de riposte à la pandémie de grippe aviaire.

L'OMS a également participé aux réunions du Comité de coordination multisectoriel (CCM) pour la lutte contre le paludisme, dans le cadre de la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités financées par le Fonds mondial pour le sida, la tuberculose et le paludisme/GFATM.

L'OMS assure la coordination des interventions du secteur santé au sein du Système des Nations Unies et a ainsi stimulé la mise en place des groupes thématiques VIH/Sida, santé, urgences et catastrophes, Grippe aviaire.

Ces actions de concertation permanente avec les hautes autorités et de synergie avec les partenaires stratégiques (UNICEF, FNUAP, PNUD, FAO, Coopération Française etc.), ont permis d'accroître le budget alloué au secteur de la santé qui est passé de 4% en 2003, à 8% en 2004, pour se stabiliser à près de 7%, en 2007 (source : Ministère des finances, 2007). Sur la période 2003-2007, ce budget de la Santé a représenté en moyenne, 6% du budget national. Par ailleurs, elles ont permis de mobiliser des ressources additionnelles auprès des partenaires pour le financement de différents projets de santé.

Les principaux facteurs qui ont facilité la mise en œuvre de la SCP, ont été l'engagement des plus hautes autorités nationales, le climat de paix et de stabilité du pays ainsi que la synergie d'action avec les autres partenaires stratégiques (UNICEF, FNUAP, PNUD, FAO, Coopération française etc.). Par ailleurs, la présence d'une équipe inter pays pluridisciplinaire au bureau de pays et la mise à disposition de l'OMS de nouveaux locaux par le Gouvernement, y ont positivement contribué.

Les principaux facteurs qui ont entravé la mise en œuvre de certaines activités de la SCP, ont été la difficulté de mobilisation des fonds extrabudgétaires, l'insuffisance de moyens

logistiques et de ressources humaines qualifiées et motivées, pour la plupart des programmes au Ministère de la Santé, la faible implication des populations dans la lutte contre les maladies prioritaires et l'insuffisance des ressources financières et humaines, au bureau de la Représentation.

Le tableau ci-après, montre l'évolution des indicateurs essentiels, de 2004 à 2007

**Tableau III : Indicateurs sanitaires :**

Type d'indicateur	Valeur initiale et source		Valeur en 2007 et source	
1. Espérance de vie, à la naissance 1.	<b>57,3 ans (hommes)</b> <b>61,4 ans(femmes)</b>	(EDS 2000) (EDS 2000)	<b>- 56 ans (hommes)</b> <b>63 ans (femmes)</b>	(OMS 2008) (OMS 2008)
2. Taux de mortalité maternelle	<b>519/100000NV</b>	(EDS 2000)	<b>520/100000NV</b>	(MSP 2005)
3. Prévalence contraceptive, chez les femmes	<b>36 %</b>	(EDS 2000)	<b>33%</b>	(OMS 2008)
4. Proportion d'accouchements assistés par un personnel médical	<b>87,3%</b>	(MSP 2004)	<b>85,8%</b>	(MSP 2005)
5. Taux de mortalité infantile	<b>91,4‰</b>	(EDS 2000)	<b>60 ‰</b>	(MSP, 2005)
6. Prévalence VIH	<b>8.1%</b>	(MSP, 2004)	<b>5,9%</b>	(MSP 2007)
7. Couverture antirétrovirale	<b>ND</b>		<b>39 %</b>	(ONUSIDA 2007)
8. Couverture en PTME	<b>ND</b>		<b>4%</b>	(MSP 2006)
9. Couverture en DOTS	<b>22%</b>	(PNLT 2004)	<b>31%</b>	(PNLT 2006)
10. Taux de couverture vaccinale, en DTC3	<b>43 %</b>	(PEV, 2004)	<b>81%</b>	(PEV 2007)
11. Taux de PFA non polio	<b>1 cas /100000</b>	(PEV 2004)	<b>2,82 cas/100000</b>	(PEV 2007)
12. Pourcentage des cas de PFA avec 2 échantillons des selles, dans les 14 jours	<b>50%</b>	(PEV 2004)	<b>100 %</b>	(PEV 2007)
13. Complétude des rapports de surveillance hebdomadaire	<b>37%</b>	(IELE, 2004)	<b>89%</b>	(IELE 2007)
14. Pourcentage de la population ayant accès à l'eau potable	<b>77%</b>	(EDS 2000)	<b>87%</b>	(OMS 2008)

La mortalité maternelle n'a pas connu de changement depuis l'année 2000, elle demeure cependant très élevée. Par contre, la mortalité infantile a baissé de 30%, depuis 2000.

Dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida, on observe une baisse de la prévalence du VIH mais non significative car le pays reste toujours parmi ceux à prévalence élevée. On observe également, une faible couverture de la prise en charge des PVVIH et en PTME. La couverture en DOTS reste très faible.

En revanche, les données sur la couverture vaccinale, la surveillance des PFA, la surveillance hebdomadaire des maladies à potentiel épidémique, sont encourageantes et méritent d'être renforcées.

### **2.3.3 Les leçons apprises**

L'existence d'une stratégie de coopération avec le pays (SCP) permet d'orienter le choix des interventions et facilite l'élaboration de Plan de travail biennal (POA) avec le Ministère de la Santé.

Le développement d'un partenariat coordonné visant la synergie des objectifs, permet une meilleure acceptation des programmes et une mobilisation substantielle de fonds auprès des partenaires qui interviennent dans le domaine de la santé.

Les menaces qui se profilent à l'horizon, concernent la pauvreté grandissante, la persistance d'une prévalence élevée du VIH et le faible intérêt observé chez certains partenaires au secteur de la santé en général, et à certains programmes, en particulier.

### **2.3.4 Les défis majeurs de la SCP 2008-2013**

Les principaux défis porteront sur la capacité du bureau de l'OMS, à contribuer à résoudre les principaux problèmes de santé identifiés au niveau du pays, ainsi qu'à résoudre les facteurs qui ont entravé la mise en œuvre de la SCP 2004-2007 et à anticiper les menaces.

Ils consisteront à :

- Réduire la mortalité maternelle par le renforcement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), dans les structures de santé ainsi que la prévention et la prise en charge précoce des IST ;
- Réduire la mortalité néonatale et infanto-juvénile par l'amélioration de la couverture vaccinale pour tous les antigènes du PEV et le passage à l'échelle de la PCIME ;
- Lutter contre la maladie par le renforcement du système de surveillance des maladies transmissibles et non transmissibles et une meilleure prise en charge des cas ;
- Améliorer le système de santé à travers l'opérationnalisation des départements sanitaires, le renforcement de la médecine hospitalière et la redynamisation de la stratégie des soins de santé primaires (SSP) ;
- Renforcer la coordination des différents partenaires intervenant dans le secteur de la santé, afin de créer une synergie des moyens pour une amélioration de la santé des populations ;
- Promouvoir des comportements favorables à la santé ;
- Améliorer la salubrité de l'environnement et la sécurité sanitaire des aliments.

## SECTION 3

### AIDE AU DÉVELOPPEMENT ET PARTENARIATS

#### 3.1 EVOLUTION DES BUDGETS DE PAYS

Depuis 2004, les budgets programmes pays ont régulièrement connu des accroissements substantiels au cours des périodes biennales successives.

**Tableau IV : Evolution du budget programme, de 2004 à 2009 :**

Biennium	Allocation en USD	Allocation en CFA	% de Croissance
2002-2003	2 705 000	1 352 500 000	
2004-2005	2 775 588	1 387 794 000	2,61%
2006-2007	2 901 000	1 450 500 000	4,52%
2008-2009	4 921 000	2 460 500 000	69,63%

#### 3.2 BUDGET D'INVESTISSEMENT DE L'ETAT

**Tableau V : Evolution des budgets de l'Etat pour la Santé :**

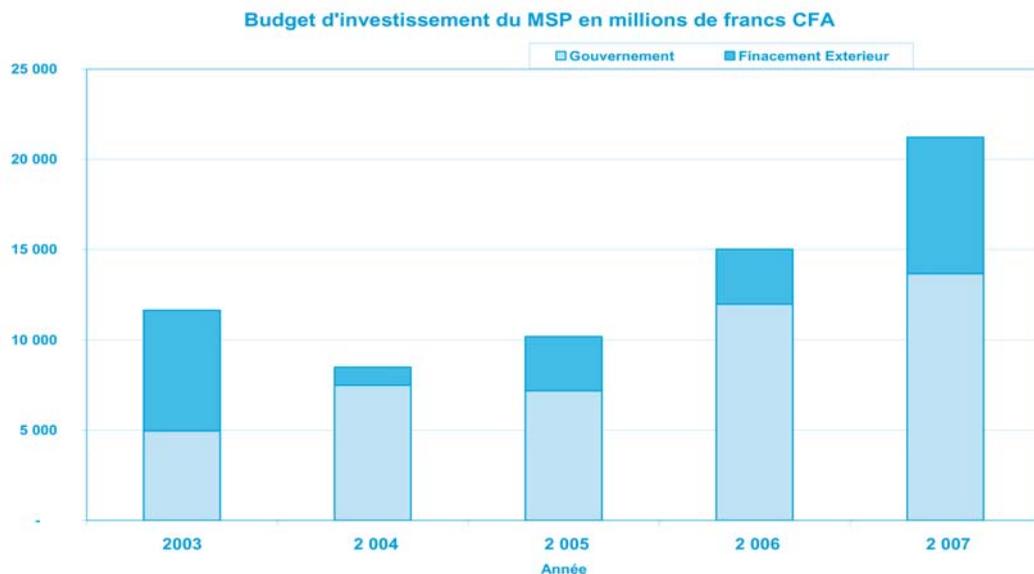
Evolution des Budgets de l'Etat et de la Santé (en milliards) sur la période 2003 - 2007							
	Budget Etat	Budget de la Santé	% Budget Santé/Etat	Budget de la Santé Investissement		Budget de la Santé Fonctionnement	
<b>année 2003</b>	624,47	25,83	4,14%	4,96	19,2%	20,87	80,8%
<b>année 2004</b>	653,53	49,86	7,63%	7,50	15,0%	42,36	85,0%
<b>année 2005</b>	753,16	49,95	6,63%	7,19	14,4%	42,76	85,6%
<b>année 2006</b>	1 000,31	59,44	5,94%	12,00	20,2%	47,44	79,8%
<b>année 2007</b>	1 047,55	70,73	6,75%	13,66	19,3%	57,07	80,7%
<b>Moyenne</b>	<b>815,80</b>	<b>51,16</b>	<b>6,22%</b>	<b>9,06</b>	<b>17,63%</b>	<b>42,10</b>	<b>82,4%</b>

Le budget d'investissement de l'Etat alloué au secteur de la santé, a régulièrement augmenté passant de 4,9 milliards en 2003, à 13.6 milliards en 2007.

Dans la même période, la mobilisation des ressources extérieures du secteur de la santé, après une baisse notoire en 2004, a été relativement accrue. Le bilan des aides du secteur santé élaboré en juillet 2007, a montré que le pays a bénéficié d'une aide extérieure qui est

passée de près de 1 milliard en 2004, à 7 milliards en 2007, ce qui représente 8,8% du budget de l'Etat.

**Figure 1:** Evolution du budget d'investissement du Ministère de la santé, de 2003 à 2007



### 3.3 BUDGET DE FONCTIONNEMENT DE L'ETAT

Les données disponibles sur les 5 dernières années (2003-2007), montrent que la part du budget de la santé allouée au fonctionnement, a varié entre 80% et 86%, avec une moyenne de 82%. Les charges communes de fonctionnement (salaires, entretiens etc.) représentent en moyenne, 40% du budget de fonctionnement.

### 3.4 CONTRIBUTION DES PARTENAIRE

Bien que le secteur soit retenu parmi les priorités nationales, très peu de partenaires bilatéraux et multilatéraux, sont disposés à investir financièrement, dans ce secteur pourtant indispensable pour le développement durable du pays.

Parmi les rares partenaires ayant contribué au financement des interventions socio-sanitaires, on enregistre les agences du Système des Nations Unies (OMS, UNICEF, UNFPA, et UNDP), les contributions bilatérales (France, Italie, USA et Canada) et le secteur privé. Le secteur privé intervient aussi dans le secteur de la santé mais les montants exacts ne sont pas officiellement disponibles.

Le tableau V présente les données sur le financement de la santé, disponibles au moment de la rédaction de ce document.

**Tableau VI : Financement de la santé par les partenaires (2004-2007) :**

Désignation	Financement de la santé par année en millions de FCFA				Total
	2004	2005	2006	2007	
BAD	11800	282	-	-	12082
Banque Mondiale	-	259	-	-	259
CANADA	1600	1704	1600	-	4904
FRANCE	1641	1011	643	643	3938
FNUAP	130	130	130	130	520
GFATM	5600	5600	5600	4000	20800
HCR	40	40	40	40	160
Italie	727	727	-	-	1454
OMS	1329	-	1210	-	2539
ONUSIDA	42	-	-	-	42
PNUD	-	632	632	632	1896
Total Marketing	-	-	107	89	196
UNICEF	554	-	-	-	554
USA	42	42	-	-	84
<b>TOTAL</b>	25509	12432	11968	7541	49428

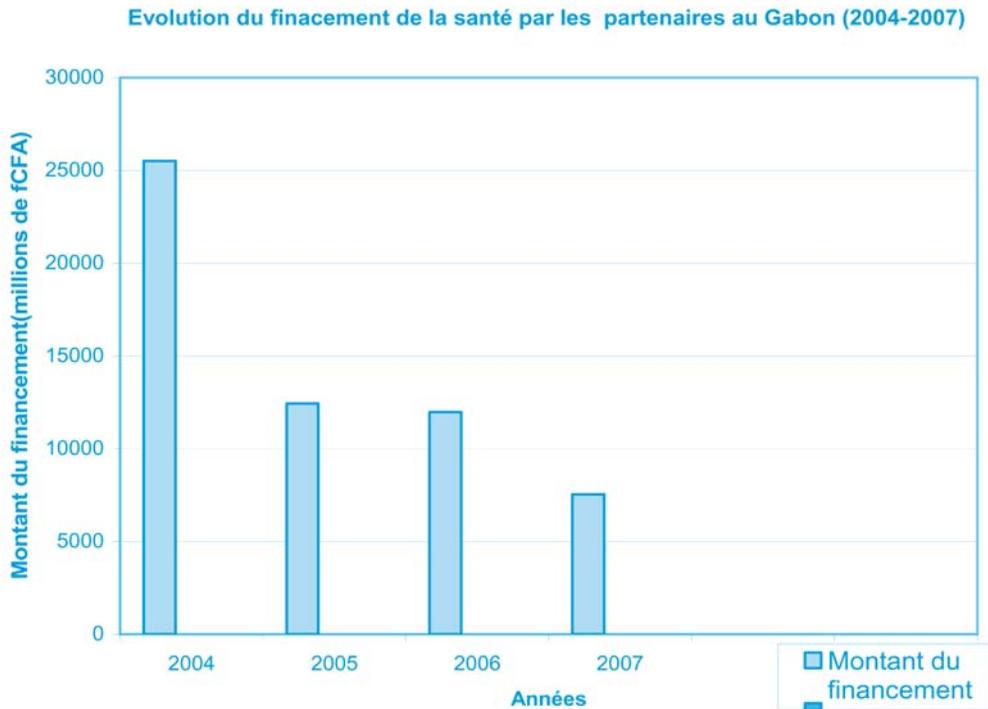
Source : PNUD, Gabon, 2007

S'agissant des mécanismes et des instruments de coopération, les actions menées par les Agences du Système des Nations Unies sont développées dans le document de l'UNDAF. Dans un souci de complémentarité, des actions planifiées, des programmes conjoints sont développés et des consultations mensuelles organisées. Dans cette optique, un programme conjoint sur la lutte contre le VIH/Sida développé par une équipe conjointe des agences des Nations Unies et des collègues des différents ministères impliqués dans la prévention et la lutte contre le VIH, est mise en œuvre sur toute l'étendue du pays.

Il convient de mentionner que des comités de coordination inter agences sont également créés pour faciliter le suivi de la mise en œuvre transparente des programmes prioritaires liés à la santé retenus par le gouvernement. A titre d'exemple, on peut citer le Comité de Coordination inter agence (CCIA) pour la mise en œuvre des activités du PEV et la Cellule de Coordination multisectorielle (CCM) pour la mise en œuvre des projets financés par le fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

Le Gabon a adhéré parfaitement, à l'initiative d'harmonisation pour la santé en Afrique. Dans ce cadre, les parties prenantes se réunissent régulièrement, pour arrêter les actions conjointes à mener, pour accélérer le processus d'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement. C'est dans ce contexte, qu'une feuille de route sur la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infanto-juvénile, a été développée (UNICEF, OMS, UNFPA).

**Figure 2 : Tendances du financement de la santé au Gabon, par les partenaires, tous confondus (2004-2007)**



Les principaux bailleurs pour la période 2004-2007, sont le GFATM, la BAD et le Canada. Cependant, le montant total du financement des partenaires accuse une baisse régulière et croissante, passant de 25,509 milliards en 2004, à 7,541 milliards, en 2007.

## SECTION 4

# CADRE POLITIQUE INSTITUTIONNELLE DE L'OMS : ORIENTATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES

### 4.1 BUTS ET MISSIONS DE L'OMS

En tant qu'institution spécialisée du système des Nations Unies, l'OMS est responsable de son action devant ses Etats membres et travaille en étroite collaboration avec d'autres entités du système.

La Constitution de l'OMS stipule que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

L'analyse de la situation sanitaire mondiale existante, montre que, dans plusieurs domaines, toutes les possibilités d'améliorer la santé des populations, en particulier celle des plus démunis, ne sont pas exploitées. Les progrès futurs, et la réduction des inégalités en matière de santé, nécessitent un solide engagement politique, des politiques intégrées et une vaste participation. Tout progrès réel dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, liés à la santé, nécessitera l'intervention de nombreux secteurs, à tous les niveaux (individuel, communautaire, national, régional et mondial).

C'est pourquoi, le programme mondial d'action sanitaire 2006-2015, inclut sept domaines prioritaires. Les trois premiers concernent de vastes domaines en rapport étroit avec la santé : investir dans la santé pour réduire la pauvreté ; renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale ; et promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes et les droits de l'homme liés à la santé. Les quatre autres, traitent de tâches plus spécifiques : influencer sur les déterminants de la santé ; renforcer les systèmes de santé et rendre l'accès plus équitable ; exploiter le savoir, la science et la technologie ; et renforcer la gouvernance, le rôle mobilisateur et la responsabilité.

### 4.2 LES FONCTIONS ESSENTIELLES DE L'OMS

En se fondant sur le mandat et les avantages spécifiques de l'OMS, tout en tenant compte des lacunes observées dans le dixième programme général de travail et de la meilleure manière pour l'OMS, de mener à bien le programme mondial d'action sanitaire, on a défini six fonctions essentielles pour l'Organisation :

- Jouer un rôle moteur dans les domaines essentiels pour la santé et établir des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;
- Etablir les priorités de la recherche et encourager la production, l'application et la diffusion de connaissances dignes d'intérêt ;

- Fixer des normes et des critères, encourager et surveiller leur application ;
- Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes ;
- Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles ;
- Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances dans ce domaine.

### 4.3 PRIORITÉS MONDIALES

L'OMS fixera ses priorités en s'aidant du cadre de gestion fondée sur les résultats. Un nombre limité d'objectifs stratégiques sont définis dans le plan stratégique à moyen terme, couvrant la période de six ans, 2008-2013. Les priorités s'articuleront autour des axes suivants:

1. **Apporter un appui aux pays pour qu'ils instaurent la couverture universelle par des interventions efficaces de santé publique.** Ceci s'applique en particulier à des domaines tels que les activités de prévention, de lutte et de recherche relatives aux maladies transmissibles et non transmissibles ; la santé sexuelle et génésique, la santé du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, de la mère et celle des personnes âgées ; les problèmes de santé liés à l'environnement et les actions efficaces dans les situations de crise.
2. **Renforcer la sécurité sanitaire dans le monde.** Il s'agit de promouvoir encore davantage, une riposte intégrée de l'ensemble de la société aux menaces émergentes et aiguës pour la santé, y compris les situations de catastrophe et de conflit, et d'y associer les activités de planification préalables, en prévision de ces menaces.
3. **Concevoir des mesures durables dans tous les secteurs concernés, pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé.** Il faudra pour cela, réduire autant que possible, les facteurs de risque liés aux modes de vie, préconiser une action sur les grands déterminants sociaux et économiques de la santé et promouvoir des environnements plus sains et plus sûrs, une amélioration de l'alimentation, la salubrité des aliments et la sécurité alimentaire.
4. **Développer les moyens institutionnels d'exercer les fonctions essentielles de la santé publique, sous la direction renforcée des ministères de la santé.** Ce secteur d'activité consiste notamment, à soutenir le développement de systèmes de santé et de ressources humaines pour la santé qui mettent l'accent sur la recherche de résultats sanitaires équitables, répondent mieux aux besoins spécifiques des hommes et des femmes, s'efforcent d'améliorer la qualité, les normes, l'efficacité et la sécurité, et qui soient dotés d'une direction et d'une administration efficaces, assurant ainsi la protection sociale grâce à un financement équitable, adéquat et durable.
5. **Renforcer le rôle mobilisateur de l'OMS aux niveaux mondial et régional, et soutenir l'action des gouvernements au niveau des pays.** Le Secrétariat développera sa capacité à s'acquitter de ses fonctions essentielles par son processus de réforme, visant à introduire un type de gestion fondée sur les résultats, en renforçant les activités de l'OMS dans les pays, en surveillant l'application des normes et le respect des critères dans les pays, en améliorant les mécanismes de gestion des connaissances, en investissant dans la valorisation des ressources humaines et en recherchant des sources de financement durables. A l'extérieur, il renforcera son action sur les partenariats et s'engagera plus résolument, dans le processus de réforme du système des Nations Unies, en vue d'intensifier les activités de mise en oeuvre du programme mondial d'action sanitaire et d'améliorer l'efficacité générale.

## 4.4 PRIORITÉS RÉGIONALES

Les priorités établies au niveau régional, tiennent compte des documents d'orientation, au niveau mondial et des résolutions adoptées par les organes directeurs de l'OMS, des Objectifs du Millénaire pour le Développement, de la stratégie de santé du NEPAD, des résolutions adoptées sur la santé, par les Chefs d'État de l'Union africaine, et des objectifs stratégiques de l'Organisation, définis dans le plan stratégique à moyen terme (PSMT), 2008-2013. Les priorités régionales sont présentées dans le document intitulé : «Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine, 2005-2009». Elles portent notamment, sur la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ; la survie de l'enfant et la santé maternelle ; l'action humanitaire en situation d'urgence ; la promotion de la santé ; et l'élaboration de politiques visant à mettre la santé au service du développement et à agir sur d'autres déterminants de la santé. Les autres objectifs prioritaires couvrent la santé et l'environnement ; la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition ; les systèmes de santé (politiques, prestation de services, financement, technologies et laboratoires) : la gouvernance et les partenariats ; et la prise en charge et l'infrastructure.

En plus des priorités susmentionnées, la Région entend fournir aux pays, un appui dans leurs efforts pour atteindre les OMD relatifs à la santé, et s'attaquer à la crise des ressources humaines. En collaboration avec les autres organisations concernées, elle participe au processus d'identification des voies et moyens les meilleurs de mobiliser des fonds afin d'aider les pays à réaliser leurs objectifs, processus placé sous la conduite des pays eux-mêmes. Pour s'attaquer à ces défis supplémentaires, la Région accorde une haute priorité à la décentralisation et à la mise en place des équipes d'appui inter pays pour mieux aider les pays dans leurs efforts de décentralisation, afin de s'assurer que les communautés tirent le meilleur parti de l'appui technique fourni.

Pour garantir l'efficacité de l'action dans ces domaines prioritaires, la Région s'appuiera sur les orientations stratégiques suivantes :

- Renforcement des bureaux de pays de l'OMS ;
- Amélioration des relations de partenariat et extension des partenariats pour la santé ;
- Fourniture d'un appui pour la planification et la gestion des systèmes de santé de district ;
- Promotion de l'intensification des interventions de santé essentielles, liées aux problèmes de santé prioritaires ;
- Intensification des activités de sensibilisation et amélioration de l'action sur les principaux déterminants de la santé.

## SECTION 5

### COOPÉRATION ACTUELLE DE L'OMS

#### La stratégie de coopération de l'OMS avec le pays, sera basée sur :

1. Les orientations du Bureau régional et du siège de l'OMS sur les priorités définies dans le plan stratégique à moyen terme, couvrant la période de 2008-2013 et qui contribueront à l'atteinte des Objectifs de Développement du Millénaire (ODM), dans la Région africaine.
2. Les axes stratégiques définis par la restructuration du bureau de l'OMS au Gabon, en 2007, et qui sont :
  - i) L'amélioration de la performance du système de santé et de la lutte contre la maladie ;
  - ii) La santé de la mère du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ;
  - iii) Le développement d'un environnement favorable à la santé ;
  - iv) Le renforcement du partenariat, de la coordination et de la mobilisation des ressources.
3. Les priorités du pays définies dans le PNDS 2007-2011 et qui sont :
  - i) L'amélioration de l'accessibilité aux soins ;
  - ii) La protection de la santé de la mère et de l'enfant ;
  - iii) Le développement de la santé dans ses volets promotionnel, préventif et curatif ;
  - iv) Le renforcement de la capacité d'éducation pour la santé et de la promotion sanitaire ;
  - v) Le développement des ressources humaines ;
  - vi) Le renforcement du cadre institutionnel ;
  - vii) L'amélioration du système de financement ;
  - viii) L'implantation d'un système cohérent et durable d'information sanitaire ;
  - ix) L'amélioration de la protection sociale.

Les axes stratégiques de coopération avec le pays reposeront sur :

1. La lutte contre la maladie ;
2. La santé de la mère et de l'enfant ;
3. Le renforcement du système de santé et du partenariat pour le développement.

La mise en œuvre de cette stratégie de coopération nécessitera des ressources humaines qui restent insuffisantes actuellement limitées à 4 administrateurs nationaux de programmes. Il faudra mobiliser des ressources additionnelles, pour renforcer le fonctionnement du bureau

en recrutant deux administrateurs de programmes dont un chargé de la planification (MPN) et un économiste de la santé (HEC).

Les ressources humaines affectées au niveau de l'équipe inter pays installée au Gabon, suite à la décentralisation initiée par le Directeur régional, constituent une opportunité d'appui en appoint à l'effectif du bureau de pays et qui sera largement exploité au profit du pays hôte.

## SECTION 6

### AGENDA STRATÉGIQUE : PRIORITÉS RETENUES POUR LA COOPÉRATION DE L'OMS AVEC LE GABON :

La stratégie de coopération 2008-2013 entre l'OMS et le GABON, est élaborée pour apporter des réponses appropriées et coordonnées aux défis majeurs identifiés. En conformité avec son mandat, l'OMS pourra mieux assumer son rôle de chef de file en matière de conseils en faveur de la santé et s'assurer de l'effectivité de l'application des normes et standards.

L'objectif de cette stratégie de coopération sera d'assurer une amélioration du niveau de santé de la population gabonaise et de contribuer ainsi à l'atteinte des objectifs du millénaire. Il s'agira de renforcer la performance du système de santé et le partenariat en faveur de la santé, d'intensifier la lutte contre la maladie, d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant.

L'OMS s'emploiera à travers une approche intégrée de la promotion de la santé, à renforcer l'action de mobilisation et les capacités nationales dans tous les programmes de santé prioritaires. Des approches globales utilisant une diversité de méthodes seront utilisées afin de développer les capacités individuelles, familiales et communautaires pour une participation et une appropriation effective des problèmes de santé.

#### 6.1 LUTTE CONTRE LA MALADIE

Cet axe stratégique devra s'intégrer dans les activités des différents niveaux du système de santé.

Compte tenu de la persistance des maladies transmissibles, de l'importance croissante des maladies non transmissibles, de la notification ces dernières années, de maladies émergentes et ré émergentes, l'OMS apportera son appui au renforcement des compétences pour une amélioration de la surveillance intégrée des maladies, de la prévention et de la prise en charge adéquate des cas.

La surveillance des maladies transmissibles prioritaires, nécessitera :

- i) Le renforcement de la surveillance intégrée des maladies et réponse (SIMR) ainsi que l'alerte précoce ;
- ii) La préparation et la réponse aux épidémies ;
- iii) Le renforcement des capacités des laboratoires.

De même, il sera nécessaire d'améliorer la gestion des programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles négligées (THA, Ulcère de Buruli, lèpre, bilharziose, filariose lymphatique), par le renforcement du système de surveillance, le dépistage et le traitement précoce.

S'agissant de la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme, l'accent sera mis sur l'accroissement de l'accès universel au traitement antirétroviral, l'accélération de la prévention de la transmission du VIH, la mise à l'échelle de l'initiative RBM et la Stratégie DOTS.

Dans le domaine spécifique du paludisme qui constitue une des priorités nationales, il s'agira de renforcer les capacités techniques et gestionnaires du programme national dans le domaine de la planification, du suivi et de l'évaluation des activités. Aussi, un accent sera-t-il mis d'une part, dans la formation des prestataires de soins pour une meilleure prise en charge des cas ; et d'autre part, dans la mobilisation sociale pour promouvoir l'utilisation des moustiquaires imprégnées. L'intégration avec les autres programmes pour la survie de l'enfant, faciliterait la mise en œuvre.

Dans le domaine de la vaccination, les capacités gestionnaires des acteurs du PEV seront renforcées. Les activités relatives à la vaccination de routine, à l'éradication de la poliomyélite et à la lutte contre les autres maladies du PEV seront intensifiées.

## 6.2 SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

L'OMS apportera son appui pour la mise en œuvre effective de la Feuille de route nationale pour la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales, infantiles et des adolescents.

Cet appui sera essentiellement axé sur l'élaboration de politiques et plans, de normes, de protocoles ainsi que le suivi de leur mise en œuvre afin de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales, dans le but d'améliorer la santé aux principaux stades de la vie.

Aussi, le soutien de l'OMS portera-t-il sur la mise à l'échelle de la Prise en Charge intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) afin de contribuer à réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Dans le domaine de la nutrition, l'OMS contribuera à l'élaboration de la stratégie nationale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE).

## 6.3 RENFORCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DU PARTENARIAT POUR LE DÉVELOPPEMENT

L'OMS renforcera sa présence dans le pays, à travers une coopération technique adaptée et une meilleure coordination des partenaires du développement sanitaire. Un dialogue politique sera engagé et les mécanismes de coordination des interventions du Gouvernement seront renforcés.

Il s'agira d'améliorer la performance du système de santé par l'opérationnalisation des départements sanitaires, le renforcement de la médecine hospitalière, la redynamisation de la stratégie des soins de santé primaires (SSP) et la mise en place de mécanismes viables de financement de la santé.

L'OMS fournira l'appui pour la mise en œuvre du PNDS, à travers l'élaboration des plans de districts /départements de santé, le renforcement des capacités du personnel de santé, la réactivation du SNIS et la redynamisation de la stratégie des soins de santé primaires.

Un accent sera mis sur l'amélioration de la capacité de gestion des médicaments essentiels et la redynamisation de la médecine traditionnelle.

## SECTION 7

### MISE EN ŒUVRE DE L'AGENDA STRATÉGIQUE

La mise en œuvre du présent agenda stratégique, s'effectuera à travers les plans de travail biennaux du bureau de pays qui couvrent la période de 2009 à 2013. Elle nécessitera en outre, un appui institutionnel, stratégique et technique des équipes inter pays, du Bureau régional et du Siège. Les mécanismes de coordination du partenariat en faveur de la santé, devront renforcer le rôle de l'OMS comme conseiller privilégié du Ministère de la Santé et de ses partenaires.

#### 7.1 BUREAU DE PAYS OMS

Le Bureau de pays devra assurer une bonne articulation des différents programmes afin de consolider l'appui technique nécessaire dans les domaines stratégiques identifiés. Il devra s'employer à rechercher des synergies avec les partenaires stratégiques du secteur de la santé pour l'élaboration et la mise en œuvre des programmes en vue de maximiser les ressources et d'optimiser les résultats des interventions.

Le Bureau de pays, grâce au nouvel organigramme issu de la restructuration, mettra un accent sur l'amélioration des compétences de son personnel afin de mieux répondre au besoin du pays. Il devra également renforcer les compétences des collaborateurs du Ministère de la Santé, dans des domaines tels que la gestion des programmes, l'appui administratif, logistique et informatique.

La mise en œuvre de la stratégie de coopération dépendra des ressources allouées au pays mais aussi des possibilités du bureau à mobiliser des ressources additionnelles, à travers le partenariat.

Le bureau de pays fera en outre, appel à l'appui de l'équipe inter pays basée à Libreville, du Bureau régional et du Siège pour compléter ces compétences et augmenter les ressources afin de mieux répondre aux besoins du pays.

Pour lever les défis identifiés, le bureau devra se doter de cadre et de moyens de travail appropriés y compris les normes de sécurité requises.

A cet effet, il devra :

- i) Se doter du système de gestion (GSM) fonctionnel ;
- ii) Se doter d'un parc automobile adéquat ;
- iii) Procéder à la mise à jour de son parc informatique ;
- iv) Renforcer les services du Centre de Documentation.

## 7.2 EQUIPE INTER-PAYS :

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

Aussi, la proximité permettra-t-elle de renforcer le fonctionnement du bureau en bénéficiant des moyens adéquats disponibles dans les structures partagées (Communication, logistique, information et sécurité, etc.).

## 7.3 BUREAU RÉGIONAL :

Le Bureau régional, au delà de l'appui apporté par l'équipe inter-pays, devra soutenir le renforcement des compétences techniques du bureau de pays par la formation et l'affectation du personnel dans le pays, en vertu de la politique de mobilité et de décentralisation.

Il devra aussi fournir un appui financier au bureau de pays, mobiliser des ressources additionnelles pour lui permettre de renforcer la mise en oeuvre de la SCP.

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

## 7.4 SIÈGE DE L'OMS

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

## SECTION 8

### SUIVI ET ÉVALUATION

Le suivi et l'évaluation de la stratégie de coopération avec le pays, se feront conformément au processus gestionnaire de l'OMS.

Le Global Management System (GSM) mis en place en 2008, permettra aux administrateurs et aux chargés de programmes de mieux suivre l'exécution budgétaire et l'atteinte des résultats escomptés du Bureau de pays.

Le suivi de la mise en œuvre des programmes de travail sera fait conjointement, avec les structures du Ministère de la Santé.

L'évaluation des budgets programmes se fera sous 3 formes :

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

Les partenaires qui contribuent à la mise en oeuvre des activités de santé, seront impliqués aux différentes phases du processus d'évaluation biennale.

La revue à mi parcours de la mise en œuvre de la SCP, se fera à la fin de l'année 2010, en vue d'un éventuel réajustement qui dépendrait des circonstances du moment.

L'évaluation de la SCP se fera à la fin des 3 exercices biennaux, par la mise en place d'une commission interne comprenant des représentants du bureau de pays, du Ministère de la Santé, des autres ministères engagés dans le processus et des partenaires.

## RÉFÉRENCES

1. Stratégie de Coopération de l'OMS avec le GABON, 2004-2007 (SCP) ;
2. le Plan national de Développement sanitaire, 2007-2011 (PNDS) ;
3. le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté, 2006-2008 (DSCR);
4. le 11ème Programme général de Travail 2006-2015, de l'OMS ;
5. le Plan stratégique à moyen Terme 2008-2013, de l'OMS (PSMT) ;
6. le Plan Cadre des Nations Unies pour le Développement, 2007-2011 (UNDAF) ;
7. les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ;
8. le Nouveau partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) ;
9. Rapport PNUD, 2006 ;
10. EDSG, 2000.