

REPUBLIQUE GABONAISE

UNION- TRAVAIL – JUSTICE

MINISTERE DE LA SANTE



**PLAN DIRECTEUR DE LUTTE CONTRE LES
MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES**

Avec l'appui de



novembre 2012

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

Abréviations	Signification
AAEP	: Assainissement et Approvisionnement en eau potable
ACD	: Approche pour atteindre chaque département
AFRO	: Bureau Régional pour l'Afrique de l'Organisation mondiale de la Santé
ALB	: Albendazole
AMS	: Assemblée Mondiale de la Santé
APOC	: Programme Africain de Lutte contre l'Onchocercose
BAAR	: Bacille Acido Alcoolo Résistant
BCG	: Bacille de Calmette et Guérin
BELE	: Base d'Epidémiologie et de Lutte contre les Endémies
CDT	: Centre de Diagnostic et de Traitement
CEEAC	: Communauté des Etats de l'Afrique Centrale
CEMAC	: Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale
CHDs	: Journées de la santé de l'enfant (= Children health Days)
CHU / CHR	: Centre Hospitalier Universitaire / Centre Hospitalier Régional
CHANGES	: Appui en santé communautaire et nutrition, équité sexuelle et éducation
CIRMF	: Centre International de Recherches Médicales des Franceville
CICIBA	: Centre International de Civilisation Bantoue
CM / CS	: Centre Médical / Centre de Santé
CNAMGS	: Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale
CNSS	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COSP	: Cellule d'Observation en Santé Publique
CTP	: Chimiothérapie préventive
DIS	: Direction de l'Informatique et des Statistiques
DALY	: Années de vie ajustées sur l'incapacité
DMP	: Direction du Médicament et de la Pharmacie
DMM	: Distribution de Masse des Médicaments
DOTS	: Traitement sous Observation Directe
DEC	: Diethyl Carbamazine Citrate (=antifilarien)
DFML	: DL-alpha difluoro méthyl ornithine (Eflornithine = trypanocide)
DS	: Département Sanitaire (= district)
ECD	: Equipe Cadre du Département (sanitaire)
ECR	: Equipe Cadre de la Région (sanitaire)
EAS	: Enfants d'Age Scolaire
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EGS	: Etats Généraux de la Santé
EMAIL	: Education et Mobilisation pour une Autre Image de la Lèpre
FMSS	: Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé
FFOM	: Forces, faiblesses, opportunités et menaces
FL	: Filariose lymphatique
FRF	: Fondation Raoul Follereau
FAIRMED	: Santé pour les plus démunis anciennement ALES (Aide aux Lépreux Emmaüs Suisse)
GEF	: Gabonais Economiquement Faible
HIAOBO	: Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba
HSN	: Hôpital Spécialisé de Nkembo
HTS	: Helminthiases transmises par le sol
IDH	: Indice de Développement Humain
IEC	: Information Education et Communication
IELE	: Institut d'Epidémiologie et de Lutte contre les Endémies
IHPA	: Institut d'Hygiène Publique et d'Assainissement
ILEP	: Fédération Internationale des Associations contre la Lèpre
INFASS	: Institut National de Formation d'Action Sanitaire et Sociale

JNV	:	Journée Nationale de Vaccination
LIV	:	Lutte intégrée contre les vecteurs
LNSP	:	Laboratoire National de Santé Publique
MB	:	Multibacillaire
MBD	:	Mebendazole
MII	:	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MTN	:	Maladies Tropicales Négligées
MS	:	Ministère de la Santé
OMD	:	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONGs	:	Organisations non gouvernementales
ONU	:	Organisation des Nations Unies
OPN	:	Office Pharmaceutique National
PB	:	Paucibacillaire
PCT	:	Polychimiothérapie (antilépre)
PEC	:	Prise en charge (des cas)
PECIME	:	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PELF	:	Programme pour l'élimination de la filariose lymphatique
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PFR	:	Point Focal Régional
PIB	:	Produit Intérieur Brut
PIM	:	Prise en Charge Intensive de la Maladie
PIRP	:	Prévention des Invalidités et Réadaptation Physique
PLIST	:	Programme de Lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles
PAM	:	Programme Alimentaire Mondial
PMA	:	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	:	Plan National de Développement Sanitaire
PNSMI	:	Programme National de Santé Maternelle et Infantile
PLCS	:	Programme de Lutte contre la Cécité et la Surdité
PLMI	:	Programme de Lutte contre les Maladies Infectieuses
PLMP	:	Programme de Lutte contre les Maladies Parasitaires
PLT	:	Programme de Lutte contre la Tuberculose
PNS	:	Politique Nationale de Santé
PZQ	:	Praziquantel
RAC	:	Recherche active des cas
RBC	:	R�adadaptation � Base Communautaire
RS	:	Région Sanitaire
SCH	:	Schistosomiase
SIMR	:	Surveillance intégrée de la Maladie et Réponse
SSMI	:	Service de Santé Maternelle et Infantile
SNESPS	:	Service National d'Education Sanitaire Pour la Santé
SNIS	:	Système National d'Information Sanitaire
SSP	:	Soins de santé primaires
THA	:	Trypanosomiase humaine africaine
TDR	:	Programme spécial de formation et de recherche sur les maladies tropicales
UB	:	(Ulcère) � <i>Mycobacterium ulcerans</i> (=ulc�re de Buruli)
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	:	Agence des Etats Unis pour le Développement
USS	:	Université des Sciences de la Santé
VIH	:	Virus de l'Immunod�ficiency Humaine

Ont collaboré à la préparation de ce document :

SOMMAIRE

Pages

Abréviations et acronymes

INTRODUCTION

PREMIÈRE PARTIE: ANALYSE DE LA SITUATION

1.1. PROFIL DU PAYS

1.1.1. Structure administrative, démographique et de la Communauté

1.1.2. Structure géographique

1.1.3. Situation et indicateurs socio-économiques

1.1.4. Transports et communication

1.2. ANALYSE DE SITUATION DU SYSTEME DE LA SANTÉ

1.2.1. Buts et priorités du système de santé

1.2.2. Analyse du système national de santé dans son ensemble

1.3. ANALYSE DE LA SITUATION DES MTN

1.3.1. Epidémiologie et importance des maladies

1.3.2. Mise en œuvre du Programme MTN

1.3.3. Lacunes et priorités

DEUXIÈME PARTIE: AGENDA STRATÉGIQUE

2.1. MISSION ET BUTS DU PROGRAMME MTN

2.2. PRINCIPES DIRECTEURS ET PRIORITES STRATEGIQUES

TROISIÈME PARTIE: CADRE OPÉRATIONNEL

3.1 OBJECTIFS, STRATEGIES, CIBLES ET INDICATEURS DU PROGRAMME

3.2. RENFORCER L'APPROPRIATION DU GOUVERNEMENTALE

LE PLAIDOYER, LA COORDINATION ET LES PARTENARIATS

3.3. RENFORCER LA PLANIFICATION POUR LES RESULTATS, LA MOBILISATION DES RESSOURCES ET LA DURABILITE DU PROGRAMME MTN

3.4. MISE A L'ECHELLE DE L'ACCES AUX INTERVENTIONS, DES TRAITEMENTS ET DES CAPACITES DE PRESTATION DES SERVICES

3.4.1. Mise à l'échelle des interventions de chimiothérapie préventive

3.4.2. Mise à l'échelle des interventions de prise en charge des cas

3.4.3. Mise à l'échelle des interventions de contrôle de la transmission

3.5. RENFORCEMENT DES CAPACITES AU NIVEAU NATIONAL POUR LA GESTION ET LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME MTN

3.6. SUIVI ET EVALUATION

3.7. PHARMACO VIGILANCE DANS LA LUTTE CONTRE LES MTN

3.8. SURVEILLANCE POST INTERVENTION ET INTEGRATION

4. JUSTIFICATION ET ESTIMATION DU BUDGET

ANNEXES DU PLAN DIRECTEUR

INTRODUCTION

Les Maladies Tropicales Négligées (MTN) sont un groupe de dix – sept (17) maladies intimement liées à la pauvreté. Dix (10) sont endémiques dans la plupart des pays de la Région Africaine de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Bien que très différentes les unes des autres du point de vue médical et coûteuses pour les systèmes de soins, ces maladies sont graves pour les individus et les communautés. Certaines sont mortelles comme la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) ou maladie du sommeil, d'autres potentiellement invalidantes comme la lèpre, l'ulcère de Buruli ou la Filariose Lymphatique ou très fréquentes comme les Schistosomiasis, les Géohelminthiases et la **Loase**.

Après avoir été, pour la plupart, un fléau de l'humanité durant des siècles, ces maladies persistent dans les régions tropicales malgré la fiabilité des techniques de diagnostic et l'existence de traitements sûrs. Cette situation tient aussi à l'existence de plusieurs facteurs aggravants: une pauvreté durable, une faible culture médicale et une insuffisance d'hygiène de base des populations, un système sanitaire précaire et des conditions climatiques propices à la multiplication permanente des agents pathogènes et des vecteurs.

En 2008, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait à plus de 1 milliard le nombre d'individus menacés dans le monde par les MTN et à plusieurs millions ceux dont la santé est mise en péril par elles. Parmi ce nombre, 900 millions et 600 millions d'individus sont menacés, respectivement, par les filarioses et la bilharziose dans 76 pays d'Afrique, d'Asie, du Sud et d'Amérique du Sud, alors que 50 millions d'autres le sont par la Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) dans 36 pays d'Afrique subsaharienne. Plusieurs initiatives ont été mises en œuvre par les pays endémiques depuis l'atelier de Berlin (2003) puis par des programmes nationaux s'inspirant de la stratégie mondiale de lutte contre les MTN (2008 – 2013)

En 2012, le Directeur Général de l'OMS a déclaré que les objectifs de la lutte contre les MTN à l'égard des populations défavorisées pouvaient être atteints, à l'horizon 2020, en dépit des contraintes budgétaires, grâce à la mise en œuvre de mesures efficaces et innovantes permettant d'améliorer la couverture des interventions ayant un impact sur les populations défavorisées. (*Déclaration de Londres, Royaume Uni, 30 janvier 2012 biblio*). Peu après, les participants de la Réunion des responsables de programmes des MTN de la région africaine de l'OMS, se sont accordés sur un ensemble de mesures essentielles à la mise à l'échelle des interventions de contrôle et d'élimination des maladies tropicales négligées et ont lancé l'Appel urgent à l'Action d'Accra (30 juin 2012).

Au Gabon, La conjonction de ces conditions favorise la coexistence de plusieurs MTN surtout en milieu rural et dans les quartiers urbains sous intégrés. Seules les MTN pour lesquelles les données factuelles sont disponibles et qui revêtent une importance manifeste du point de vue de la santé publique ont été retenues dans le présent plan. Ces maladies au nombre de douze sont : la dengue, le Chikungunya, la rage, la lèpre, l'Ulcer de Buruli, le pian, la trypanosomiase humaine et africaine (ou maladie du sommeil), les bilharzioses (schistosomiasis), les géohelminthiases, la loase, l'onchocercose et les filarioses lymphatiques.

Considérant la vision du Gabon pour son émergence d'ici 2025, arrimée à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) puis face à la non maîtrise de la morbidité et la mortalité attribuables aux maladies, les autorités ont fait adopter un nouveau

Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2011-2015) qui prend en compte les MTN dans le cadre de la lutte contre les principales maladies.

Le Plan Directeur de Lutte contre les MTN (2013 – 2016) a pour objectif de prévenir, éliminer ou contrôler les douze (12) maladies infectieuses et parasitaires retenues. Ce document est un plan pluriannuel, élaboré suivant le canevas du guide de l’OMS, tout en tenant compte du contexte socio-économique du pays, de la politique sanitaire et du profil épidémiologique. Il s’articule en trois volets à savoir : l’analyse de la situation, le cadre stratégique et le cadre opérationnel. Il constitue le cadre de référence pour la mise en œuvre des interventions des plans opérationnels annuels successifs, la mobilisation des ressources et le suivi/évaluation.

PREMIÈRE PARTIE: ANALYSE DE LA SITUATION

1.1 PROFIL PAYS

1.1.1 Données administratives, démographique et de la Communauté

Le Gabon est indépendant depuis le 17 août 1960. Sa capitale politique est Libreville. Sur le plan administratif, le Gabon est découpé en différentes entités administratives et territoriales. L'organisation administrative, dans son ensemble, a légèrement varié depuis 2005. Le territoire national est ainsi divisé en 9 provinces, 49 départements, 52 communes ou villes, 27 districts ou sous-préfectures, 165 cantons, 3304 villages et regroupements de villages. Le village étant la plus petite entité administrative dans un canton au même titre que le quartier dans la commune. [EDS 2013]

Le district est dirigé par un sous-préfet, tandis que le canton et ses subdivisions, - les regroupements de villages et les villages -, sont placés sous l'autorité de chefs du même nom. En milieu urbain, la commune comprend des arrondissements ou d'emblée des quartiers. Commune et arrondissements sont dirigés par des maires ; les quartiers sont sous la responsabilité des chefs de quartiers.

Sur le plan politique, la Constitution gabonaise consacre le multipartisme intégral dans un régime semi-présidentiel avec un parlement bicaméral comprenant une chambre haute, le Sénat, et une chambre basse, l'Assemblée nationale.

La population du Gabon de 2003, estimée à 1.517.685 habitants, s'accroît de 2,7% par an. Les femmes représentent 52% de la population. La tranche des 15-49 ans représente 46% de la population ; celle des moins de 15 ans, 41%.

L'espérance de vie est de 62 ans, pour les femmes, et de 57 ans, pour les hommes. L'indice synthétique de fécondité moyen est de 4,3 enfants par femme. La densité, est relativement faible, de 5,9 habitants par km².

Cela étant, la population est inégalement répartie, puisque près de 80% de la population réside en zone urbaine, essentiellement à Libreville et Port Gentil. Le reste de la population se répartit le long des axes routiers, ferroviaires et fluviaux.

Tableau 1a : Données démographiques nationales et données sur les établissements scolaires et sanitaires au niveau des Régions Sanitaires

Régions sanitaires (*)	Départements Sanitaires	Nombre de villages (Mathias)	Nombre de quartiers (Mathias)	Population totale en 2012	0 - 4 ans (est 2012)	5 - 14 ans (est 2012)	Nombre d'écoles primaires publiques	Nombre de formations sanitaires publiques
LIBREVILLE-OWENDO	4	0		1 022 222	154 356	263 733	111	158
OUEST	3	180		125 074	18 886	32 269	61	48
SUD-EST	11	165		290 888	43 924	75 049	134	128
CENTRE	2	239		64 421	9 728	16 621	66	41
CENTRE-SUD	9	263		101 050	15 259	26 071	177	134
SUD	6	122		51 118	7 719	13 188	90	63

EST	4	189		69 675	10 521	17 976	110	65
CENTRE-EST	4	184		67 255	10 156	17 352	98	94
MARITIME	3	195		162 096	24 477	41 821	63	89
NORD	5	667		166 888	25 200	43 057	254	131
GABON (**)	51	2214		1 928 926	291 268	497 663	1164	951 (Mr TSOKATI)

Source population : recensement 2003 / ajustements du décret 2005

(*) TAA régions et tranches âges régions RGPH 1993

(**) TAA national 2003 et % tranches âge nationales 1993

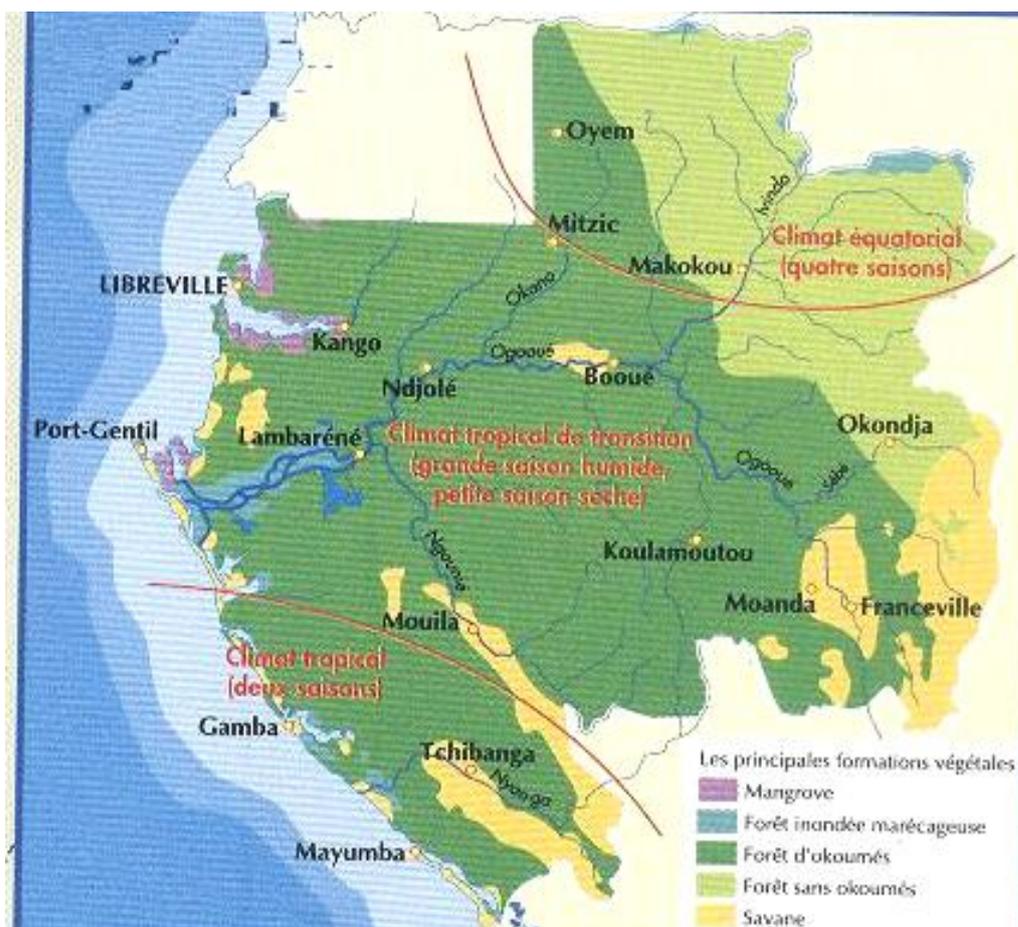
Source structures sanitaires fonctionnelles : MS/DIS draft annuaire 2011

Source structures scolaires :

Organisation administrative

1.1.2 Structure géographique

Logé dans le Golfe de Guinée et à cheval sur l'Équateur, le Gabon est situé, d'une part entre 2°15" nord et 4° sud de latitude et, d'autre part, entre 8°30" et 14°30" est de longitude. D'une superficie de 267 667 km², il est limité, au nord, par le Cameroun, au nord-ouest, par la Guinée Équatoriale, à l'est et au sud par le Congo et, à l'ouest, par l'Océan Atlantique qui baigne ses côtes sur plus de 800 km de long. La longueur des frontières est de 2 551 km, dont 350 km avec la Guinée Équatoriale, 298 km avec le Cameroun et 1 903 km avec le Congo.



Carte 1 = le Gabon géographique : végétation et réseau hydrographique (livre scolaire Dr ATSAME)

Référence

□ Sur le plan climatique, le Gabon a un climat équatorial chaud et humide, caractérisé par une température toujours élevée variant entre 21-28°Celsius (moyenne annuelle de 26° Celsius), une forte humidité et des précipitations abondantes et fréquentes. La pluviométrie varie de 1500 à 3000 mm d'eau par an.

La combinaison d'éléments climatiques divise les temps au Gabon en deux saisons sèches et deux saisons des pluies. Le cycle climatique alterne ainsi les quatre saisons suivantes : une petite saison sèche et une grande saison sèche, une petite saison des pluies et une grande saison des pluies.

- Sur le plan de l'hydrologie, le pays est drainé par de nombreux cours d'eau navigables sur 3 000 km environ appartenant à deux grands bassins : le bassin de l'Ogooué (drainant 75 % du territoire national) et le bassin côtier.

- Sur le plan de la flore, le Gabon est le pays de la grande forêt équatoriale (dont 80 % de la superficie est couverte par la forêt équatoriale avec plus de 400 essences) où, à certains endroits, forêt et savane s'interpénètrent.

Toutes ces conditions sont favorables au développement de parasites, de bactéries et de virus responsables des MTN.

1.1.3 Situation et indicateurs socio-économiques

Le Gabon est un pays aux ressources naturelles abondantes. Il exporte du manganèse, du pétrole, du gaz, du bois et bien d'autres produits du sol et du sous-sol depuis plusieurs décennies. Avec une bonne performance macro-économique et un PIB par habitant estimé à 12 249 dollars US en 2011, le Gabon est classé par les institutions internationales parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et occupe le 3^e rang dans le classement africain. Malgré ces atouts, l'incidence de la pauvreté est de 33 % au niveau national (EGEP, 2005).

L'Indice de Développement Humain (IDH) situait le pays à la 106^e place sur 187 pays (Rapport sur le développement humain 2011). L'économie gabonaise constitue donc un cas atypique d'économie de rente pétrolière peu diversifiée. Le poids du pétrole dans le PIB atteint 48 % et représente 83 % des recettes d'exportation.

En ce qui concerne l'emploi, l'Enquête Nationale sur l'Emploi et le Chômage (ENEC) de 2010 a révélé un taux d'activité de 48 % et un taux de chômage de 20 %. Le chômage touche quasiment deux fois plus les femmes que les hommes (20 % contre 11 %). Le taux de chômage des jeunes de moins de 30 ans est de 31 %. Ces jeunes chômeurs ont souvent un faible niveau d'instruction et/ou sont sans qualification professionnelle. De plus, sur les 50 000 demandeurs d'emploi enregistrés par l'Office National de l'Emploi (ONE) en 2010, 18 % n'avaient aucun diplôme, près de 35 % étaient issus de l'enseignement professionnel, 48 % venaient de l'enseignement général et près de 25 % n'avaient pas dépassé le niveau de l'école primaire.

Pour tenter de redresser ces résultats sur le plan social, le Gabon vient de mettre en place, depuis 2009, un nouveau plan de développement : le Plan Stratégique Gabon Emergent (PSGE).

La liberté de culte, garantie par la Constitution, permet la coexistence d'une mosaïque de religions, dont le christianisme, l'islam et les religions traditionnelles.

Les diverses perceptions de la maladie, selon les ethnies, les croyances et les religions favorisent la résistance à l'adoption de certains comportements favorables à la santé.

L'ouverture politique engagée suite à la conférence nationale de 1990 a permis l'émergence de nombreuses associations et ONG. Ces organisations disposent désormais d'un cadre juridique et d'une plateforme formelle. Elles œuvrent dans les domaines diversifiés dont celui de la santé. Ainsi, les acteurs de la société civile sont devenus des partenaires essentiels du

Ministère de la santé. En revanche, les leaders religieux, administratifs, politiques et communautaires s'impliquent très peu dans la promotion de la santé.

1.1.4 Transports et communication

Les principales voies de communication sont terrestres, aériennes, maritimes et fluviales. La faiblesse du réseau routier, en pleine expansion, est compensée par un chemin de fer à une voie, le Transgabonais, qui traverse obliquement du nord-ouest au sud-est, cinq provinces, à savoir l'Estuaire, le Moyen-Ogooué, l'Ogooué-Ivindo, l'Ogooué-Lolo et le Haut-Ogooué. Le réseau aérien a subi de nombreux revers mais reste fonctionnel. Sur le plan fluvial de nombreux échanges se font entre les provinces côtières de l'Estuaire, du Moyen-Ogooué, de l'Ogooué-Maritime et de la Nyanga.

Le système de communication de masse couvre l'ensemble du territoire. Le réseau public comprend des grandes stations de radio et de télévision de portée internationale, ainsi que plusieurs stations provinciales ou locales. Il existe également un certain nombre de stations de radio et de chaînes de télévision privées.

Le Gabon possède un réseau de télécommunications parmi les plus modernes d'Afrique. Le réseau téléphonique est raccordé au web, dans la capitale et dans la plupart des chefs-lieux de provinces ; plusieurs opérateurs en téléphonie mobile couvrent le territoire national. (Voir internet)¹

1.2. ANALYSE DE SITUATION DU SYSTEME DE SANTÉ

1.2.1. Organisation du système de santé (lecture par Mr ASSOUMOU NKA)

Le Gabon est subdivisé en 10 Régions sanitaires et 51 Départements sanitaires. La division sanitaire est calquée sur la division administrative à ceci près que la province de l'Estuaire compte deux Régions sanitaires : la Région sanitaire de Libreville Owendo (RSLO), elle-même subdivisée en quatre départements sanitaires, et la Région sanitaire de l'Ouest (RSO).

A l'heure actuelle, le système de santé national repose sur trois secteurs qui cohabitent, sans relation formelle de complémentarité. Ce sont :

- le secteur public - civil et militaire ;
- le secteur parapublic de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) ;
- le secteur privé - lucratif, non lucratif et traditionnel.

1.2.1.1. Secteur public civil et militaire

Le secteur public civil relève du ministère en charge de la Santé. Il a une organisation pyramidale à trois niveaux : périphérique, intermédiaire et central.

- le niveau périphérique ou niveau opérationnel, appelé département sanitaire, est le premier niveau de la pyramide sanitaire. Il est composé des centres médicaux (CM), des centres de santé (CS) de département ou urbain, des dispensaires (DISP) et des cases de santé. Le Centre Médical implanté au niveau du chef-lieu du département, sert de structure de référence à ce niveau. Le CM doit être dirigé par un médecin à la tête d'une équipe comprenant, entre autres techniciens de santé, au moins une sage-femme, un infirmier diplômé d'Etat, un technicien de laboratoire et un technicien du génie sanitaire.
- le niveau intermédiaire ou niveau d'appui technique est essentiellement composé des dix directions régionales de santé (DRS) et des neuf centres hospitaliers régionaux (CHR) ou hôpitaux régionaux, implantés au niveau du chef-lieu de la région. Ces

hôpitaux servent de référence au premier niveau de la pyramide sanitaire. On trouve également, au niveau intermédiaire, les bases d'épidémiologie et de lutte contre les endémies (BELE) rattachées aux DRS et les bases d'hygiène publique et d'assainissement (BHPA).

- le niveau central ou niveau stratégique comprend l'ensemble des directions centrales, les instituts, les programmes et les services nationaux. On trouve au niveau national les structures de référence comme les Centres Hospitaliers Universitaires de Libreville (CHUL) et d'Angondje (CHUA), d'autres en construction et le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) qui servent de référence au niveau intermédiaire. [\(Actualiser avec les données de la carte sanitaire Lecture par Mr ASSOUMOU\)](#)

Carte régions et départements sanitaires (en annexe)(carte sanitaire) M. ASSOUMOU

Carte régions (dans le texte)

Par ailleurs, il existe deux hôpitaux spécialisés, L'Hôpital Spécialisé de Nkembo, à Libreville (HSN), et l'Hôpital Hansénien d'Ebeigne, dont la place actuelle n'est pas clairement définie.

Le secteur public militaire, dépend du ministère en charge de la Défense. Il se compose d'un grand hôpital moderne, bénéficiant d'un plateau technique performant, l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO), des centres de santé militaires, d'un vaste réseau d'infirmiers et, de l'Ecole d'Application des Services de Santé Militaire de Libreville (EASSML). En outre, le Service de Santé Militaire peut déployer des hôpitaux de campagne, version tente et version motorisée.

Les infirmeries des prisons et leur personnel médical paramilitaire relèvent dorénavant du ministère de la Justice, Garde des Sceaux. [\(Chercher le texte d'application\)](#)

1.2.1.2. Secteur parapublic de la CNSS

Le secteur parapublic (CNSS) dispose de l'hôpital Paul Igamba à Port-Gentil et de neuf Centres médico-sociaux (CMS) répartis sur l'ensemble du territoire. L'ensemble de ce secteur est appelé à disparaître pour se fondre prochainement dans le secteur public.

1.2.1.3. Secteur privé

Le secteur privé non lucratif est représenté par le Centre International de Recherche Médicale de Franceville (CIRMF) et l'hôpital COMILOG dans le Haut-Ogooué, la Fondation Albert Schweitzer de Lambaréné dans le Moyen-Ogooué, l'hôpital évangélique de Bongolo dans la Ngounié et les dispensaires des Organisations non gouvernementales (ONG), du Haut-Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés (UNCHR), de la Croix Rouge de la Coopération bilatérale et des missions catholiques et protestantes.

Le secteur privé non lucratif soutient quelques rares initiatives de type Soins de Santé Primaires (SSP) notamment : les activités mobiles soutenues par la Fondation Albert Schweitzer dans le Moyen - Ogooué, une pharmacie communautaire dans l'Ogooué-Ivindo et le Centre de soins oculaires du projet de l'Œuvre des Soins de Santé Primaires de l'Alliance Chrétienne (OSSPAC) à Libreville.

Le secteur privé lucratif comprend : des polycliniques, des cliniques, des cabinets médicaux ou de soins infirmiers, des laboratoires d'analyses médicales, des pharmacies (à Libreville, Port-Gentil, Franceville et Oyem) ainsi que des dépôts pharmaceutiques. On note, par ailleurs, l'existence de deux grossistes répartiteurs : (PHARMAGABON et UBIPHARM) et, depuis octobre 2009, d'un Centre d'Appareillage et de Réadaptation Pour Handicaps (CARAPH) qui réalise localement la fabrication de prothèses, d'orthèses et de chaussures orthopédiques.

La médecine traditionnelle, troisième composante du secteur privé, fréquentée par une bonne partie de la population, est en cours d'organisation.

De nombreux relais communautaires ont été identifiés et formés. Toutefois, force est de constater que, malgré les efforts déployés, la participation communautaire reste faible en raison, notamment, de la non-implication des populations au démarrage des programmes et de la prise en compte insuffisante des actions d'IEC.

1.2.2. Buts et priorités du système de santé

Le but du système de santé est d'améliorer l'état de santé et de bien-être des populations.

Les priorités sanitaires sont dominées par les causes de mortalité maternelle et infantile, le VIH/Sida et le paludisme. Le profil épidémiologique associe un vaste panel d'affections transmissibles et non transmissibles. Les principaux indicateurs figurent dans le **Tableau II**, ci-dessous.

Outre l'infection par le VIH et le paludisme, les affections transmissibles comprennent des maladies émergentes (Ulcère de Buruli, fièvre hémorragique à virus Ebola, Chikungunya...), des maladies réémergentes (tuberculose, trypanosomiase humaine africaine, fièvre jaune) et, diverses autres maladies infectieuses endémiques, bactériennes, virales ou parasitaires (infections respiratoires aiguës, maladies diarrhéiques, rougeole, bilharziose, helminthiases digestives...).

Tableau II : Principaux indicateurs sanitaires
1 maximum pour 1 année de référence (rapport OMS 2010)
EDSG 2013 ?

Indicateurs	valeur	année	source
Taux brut de natalité/1000	33	2013	EDGS II
Taux brut de mortalité/1000	15,6	2000	EDGS
Espérance de vie à la naissance H/F	60 / 64	2009	OMS
Taux de mortalité maternelle/100.000 naissances vivantes	520	2005	OMS/UNICEF UNFPA/World Bank
Taux de mortalité infantile/1000	60	2006	OMS
taux de mortalité infanto-juvénile/1000	91	2006	OMS
Taux de mortalité néo-natale/1000	31	2000	EDGS
Taux synthétique de fécondité	3.1	2006	OMS
Prévalence VIH /1000 adultes de 15-49 ans	4.1	2009(2)	OMS
Incidence (estimée) de la tuberculose/100.000	450	2010(1)	OMS
Transmission du paludisme /1000(prévalence/10015à25%)2009	1 475	2009	OMS
Taux de couverture vaccinale en Penta3	82%	2012	PEV

Les maladies non transmissibles sont en pleine croissance au Gabon. Le poids et l'importance relative des éléments de ce groupe polymorphe (maladies cardiovasculaires, diabète, cancers, drépanocytose, alcoolisme, tabagisme et autres toxicomanies, suicides, accidents de la voie publique et maladies professionnelles) sont influencés par l'allongement de l'espérance de vie, par l'urbanisation, par l'adoption d'un mode de vie plus sédentaire et par l'effet délétère de la fracture sociale.

Certaines de ces pathologies ont pour conséquence la survenue des handicaps irréversibles. Au niveau national, un recensement des Affaires Sociales a permis d'identifier en 1997 près de 10.000 personnes handicapées, dont 46% étaient atteintes d'un handicap moteur. Toutefois, la majorité des personnes handicapées n'est pas connue des services sociaux, mais seulement une infime partie d'entre elles bénéficie d'un secours permanent.

Tableau III : Nombre de handicapés bénéficiaires d'un secours permanent

Année	Bénéficiaires
2010	4 565
2011	3 600
2012	3 600

Source : Service de la protection de la famille et de lutte contre les fléaux sociaux(DGAS)

D'après le premier rapport mondial sur le handicap, on peut estimer qu'elles représentent environ 15% de la population et que 2% de celle-ci présentent des difficultés fonctionnelles importantes. (Banque Mondiale/OMS, juin 2010)

1.2.3. Analyse du système de santé dans son ensemble

1.2.3.1. Gouvernance et leadership du ministère de la Santé

La loi 12/96, résultat de la ratification de l'ordonnance 001/95 du 14 janvier 1995, fixe les orientations de la politique de Santé en République gabonaise. Le Ministère en charge de la Santé est régi par le décret n°1158/PR/MSPP, du 4 septembre 1997, portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique et de la Population.

Force est de constater, que ces deux textes, outre leur ancienneté, présentent des insuffisances. Plusieurs services créés par eux ne disposent pas de textes juridiques particuliers, ce qui a pour conséquence leur inexistence de fait ou leur fonctionnement sans base réglementaire. D'une façon générale, les incohérences d'organigramme découlant du décret n°1158/PR/MSPP nuisent aux directions centrales du Ministère en charge de la Santé

ainsi qu'aux institutions de réglementation dans l'exécution de leurs missions. Ceci affaiblit le leadership du Ministère et ralentit l'exécution des programmes de santé.

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

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

De nombreux déterminants de la santé ne relèvent pas directement ou uniquement de la compétence du Ministère de la Santé bien qu'ayant des effets certains sur la santé des populations. Il en est ainsi de l'accès à une eau sans risque sanitaire de l'assainissement de base, de l'alimentation, de la salubrité de l'habitat, de l'éducation, de la santé publique vétérinaire ou de la lutte vectorielle intégrée. Or, pour l'instant, les modalités de collaboration du ministère de la Santé avec les départements en charge de ces domaines ne sont pas clairement définies ni formalisées. Ceci entraîne une insuffisance dans la coordination et dans la collaboration intersectorielle, avec pour conséquence des interventions souvent fragmentaires et cloisonnées.

1.2.3.2. Offre de soins

En matière d'infrastructures et d'équipements, l'orientation politique a été longtemps dominée par le développement des structures de soins curatifs. A l'heure actuelle, le pays compte environ 959 structures de soins depuis les cases de santé jusqu'aux hôpitaux nationaux, tous secteurs de santé confondus. Il existe près de 700 structures de premier contact entre la population et le système de santé (dispensaires, infirmeries, cabinets de soins) et 5 hôpitaux nationaux. Le nombre de lits est estimé à environ 4.000 pour l'ensemble du système de santé, soit un ratio de 25 lits pour 10.000 habitants.

Ces chiffres cachent les dysfonctionnements de la majorité des structures du premier niveau de la pyramide sanitaire. En effet, de nombreux dispensaires sont fermés et/ou ne répondent à aucune norme. La majorité des centres médicaux sont dans un état de décrépitude. Les formations sanitaires du premier niveau présentent par ailleurs des insuffisances en équipements avec des problèmes de maintenance.

Le système de santé reste orienté vers l'hospitalo-centrisme. Ceci a pour conséquence une prédominance de la prise en compte du volet curatif et une orientation préférentielle des investissements vers les structures hospitalières tandis que le volet préventif et promotionnel demeure insuffisamment soutenu.

L'appropriation et la mise en œuvre de la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) demeurent insuffisantes, de même que la participation communautaire. L'absence de mise à jour et de diffusion des Schémas Thérapeutiques Standardisés (STS) occasionne des problèmes de prise en charge des malades, notamment au niveau des structures de base. La non mise en œuvre des paquets essentiels de services de santé par niveau de structure a pour conséquence l'absence de maîtrise de l'offre ou son inadéquation. Le continuum de soins depuis la communauté jusqu'au niveau de référence nationale n'est pas assuré, la prise en

charge communautaire est défaillante voire inexistante et, le système de référence et de contre référence peu performant.

La prise en charge de certaines maladies transmissibles, et plus particulièrement de certaines maladies tropicales négligées comme la trypanosomiase humaine africaine (ou maladie du sommeil), la lèpre et l'Ulcère de Buruli, qui toutes les trois nécessitent une prise en charge intensive de la maladie (PIM) n'est effective que dans un nombre limité de structures à Libreville, Melen (Région Sanitaire Ouest) et Lambaréné (Région Sanitaire Centre). Ceci occasionne une prise en charge retardée, et par voie de conséquence, une mortalité plus élevée, dans le cas de la maladie du sommeil, et un risque de handicap majoré, pour ces trois maladies (paragraphe à intégrer dans l'analyse des MTN)

1.2.3.3. Ressources humaines

Les ressources humaines pour la santé **DGRHMG S/C Dr MONDJO** sont estimées à environ 12 000 personnes pour l'ensemble du pays, dont 9500 pour le secteur public. En termes de ratio, il y a environ dans le secteur public 4 médecins, 50 infirmiers et 4 sages-femmes pour 10.000 habitants. Si l'on prend en compte l'ensemble du système de santé, ces chiffres passent à environ 6 médecins et 4 sages-femmes pour 10.000 habitants. Concernant les sages-femmes, si l'on considère uniquement la population des femmes en âge de procréer, le ratio est de 15 sages-femmes pour 10.000 femmes en âge de procréer.

L'absence de plan de carrière, et les mauvaises conditions de vie et de travail impactent de manière négative sur la motivation et le rendement du personnel de santé.

L'absence d'une politique formelle de développement des ressources humaines des années passées a abouti à un déficit quantitatif et qualitatif en personnels dans les domaines prioritaires tels que : la santé publique, l'épidémiologie, la chirurgie, l'anesthésie réanimation, la dermatologie, la neurologie-psychiatrie et la rééducation fonctionnelle.

Il existe au niveau du pays plusieurs institutions pour la formation en prestataires de soins et en personnel administratif du secteur de la santé : **l'Ecole Doctorale de Franceville**, la Faculté de Médecine et de Pharmacie (FMP) de l'USS, l'Institut National de Formation d'Action Sanitaire et Sociale (INFASS), l'Ecole Nationale d'Administration (ENA), l'Ecole de Préparation aux Carrières Administratives (EPCA) et l'Ecole d'Application des Services de Santé Militaire (EASSM) de Libreville. Ces institutions devraient permettre d'accroître les ressources humaines du secteur de la santé dans le domaine de la santé publique. En effet, la Faculté de Médecine comprend un Département de Santé Publique et la spécialité de Cadre en Santé Publique (CSP) fait également partie des premières filières mises en place par l'INFASS.

Toutefois, le recrutement et la gestion des agents sont fortement dépendants du Ministère en charge de la Fonction Publique et du Budget, ce qui constitue un véritable goulot d'étranglement pour le Ministère en charge de la Santé pour ce qui est de la satisfaction des besoins en ressources humaines. En outre, la formation de base et la formation en cours d'emploi des personnels de santé restent insuffisantes et inadaptées par rapport aux besoins des entités utilisatrices. Quant à la gestion des ressources humaines existantes, elle demeure caractérisée par une mauvaise répartition du personnel par rapport aux besoins.

Il est devenu urgent de réviser les curricula de formation des personnels de santé, de finaliser et de mettre en œuvre un véritable plan de développement des ressources humaines.

1.2.3.4. Médicaments et technologies de la santé

Malgré l'existence des structures comme l'Office Pharmaceutique National (OPN) et la Direction du Médicament et de la Pharmacie (DMP) d'une part et la politique pharmaceutique nationale, la liste nationale de médicaments essentiels périodiquement actualisée, les structures de gestion du secteur pharmaceutique tant sur le plan réglementaire qu'organisationnel d'autre part, la gestion du médicament présentent des insuffisances à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Le cadre réglementaire est faible et peu respecté. Les problèmes de disponibilité et du coût des produits pharmaceutiques favorisent en partie, le développement de phénomène de "pharmacies par terre" et la vente de médicaments contrefaits, dangereux pour la santé. Le cadre réglementaire ne prend pas non plus en compte les produits issus de la pharmacopée traditionnelle.

Les ressources financières affectées à l'achat du médicament ne sont pas suffisantes. Les conditions d'approvisionnement, de distribution et de stockage des produits ne sont pas satisfaisantes. Le personnel chargé de gérer les stocks n'a pas toujours la formation requise. Il n'y a pas de laboratoire de contrôle de qualité du médicament et les ressources humaines spécialisées dans ce domaine sont insuffisantes. Il n'existe pas non plus de système de pharmacovigilance.

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

Les services d'aide au diagnostic sont numériquement insuffisants et concentrés dans les grands centres urbains. Le fonctionnement des services d'examens de biologie et d'imagerie médicale souffre d'un déficit en ressources humaines qualifiées, d'une absence d'équipement, d'un défaut de maintenance et d'une rupture fréquente des intrants.

1.2.3.5. Financement de la santé

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

On estime à près de 200 milliards de francs CFA (soit 400 millions de dollars US) les dépenses totales de santé, dont 138 milliards de francs CFA pour le secteur public en 2009. Ces dépenses représentent 4,6% du PIB du pays. Les dépenses totales de santé *per capita* ont doublé entre 2000 et 2007, passant de 185 à 373 dollars US.

Ces dépenses publiques de santé, bien qu'en augmentation en valeur absolue, sont passées de 67,9% en 2000 à 64,5% en 2007 des dépenses totales de santé. Ces chiffres indiquent que les dépenses publiques augmentent moins vite que les dépenses totales. Près de 50% ?? (Comptes Nationaux de la Santé Dr INOUA ,DGPIE) de la part étatique du budget de la santé est consacré aux investissements (constructions, réhabilitations et équipements) et 50% ?? (CNS) au fonctionnement. Entre 40% et 50% du budget de fonctionnement du secteur public de la santé est consacré aux salaires des agents.

En définitive, sur un montant total de 138 milliards de francs CFA affecté à la santé, seul un quart, soit 30 milliards, est consacré aux activités de santé. L'analyse plus fine de la part affectée aux activités montre que : 80% est affecté aux soins curatifs, contre moins de 20% aux soins préventifs et promotionnels. (à vérifier) Inégale répartition des ressources allouées aux régions (à ajouter) (inéquité de répartition des ressources voir carte sanitaire)Mr TSOKATI

Bien que la proportion du budget de l'Etat consacré à la santé soit théoriquement de l'ordre de 5% du budget général du pays, on reste très loin des 15% de la part de budget national que les Etats auraient dû consacrer à la santé depuis l'engagement des Chefs d'Etats Africains à Abuja, en 2000. On est également loin des recommandations de l'initiative 20/20 qui préconise que 20% des budgets des pays et que 20% de l'aide publique au développement soient alloués aux services sociaux de base, notamment à la santé et à l'éducation.

Au Gabon, le financement de la santé par l'ensemble des partenaires au développement ne représentent que 1,5% du total des dépenses de la santé. Toutefois, ce soutien demeure essentiel, pour la réalisation des activités des programmes de santé, non financées par le budget national et l'acquisition de médicaments spécifiques.

Quant aux dépenses privées de santé, elles sont estimées à 35,5% des dépenses totales et la totalité de ces dépenses privées sont à la charge des ménages. Le paiement direct demeure fréquent, même si les populations affiliées à la CNAMGS ne sont plus astreintes qu'au paiement du ticket modérateur de 20% dans le secteur public et dans les structures conventionnées du secteur privé. Toutefois, le panier de la CNAMGS ne prend pas en compte les maladies relevant d'un certain nombre de programmes de santé. Ainsi, la couverture universelle ne finance, ni les examens de dépistage de la lèpre, du Buruli ou de la trypanosomiase, ni les médicaments spécifiques de ces maladies, ni leur hospitalisation des personnes qui en sont atteintes. (à vérifier)

La finalisation des travaux des comptes nationaux de la santé en cours devrait permettre de disposer prochainement de données fiables sur les différents postes de dépenses et leur importance dans le secteur de la santé, et d'apprécier ainsi la part attribuée à la prévention ou à la prise en charge intensive des différentes maladies tropicales négligées. (à soustraire dès la disposition des dernières données).

1.2.3.6. Système national d'information sanitaire (SNIS) et données factuelles

A la suite de la promulgation du décret n°1158/PR/MSPP, du 4 septembre 1997, trois entités sont responsables de la gestion de l'information sanitaire :

- la Direction de l'Informatique et des Statistiques (DIS) ;
- le Service de la Carte Sanitaire et du Schéma d'Organisation Sanitaire ;
- l'Institut d'Epidémiologie et de Lutte contre les Endémies (IELE)

La Cellule d'Observation de la Santé Publique (COSP) créée par arrêté n°.....est une composante du Cabinet du Ministre de la Santé, chargée de mettre en cohérence les données provenant des trois sous-systèmes (DIS, SCS, IELE).

Depuis lors, le circuit de l'information sanitaire a été défini, les délais de transmission des données ont été fixés, les outils de collecte ont été validés et diffusés et le personnel a été formé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Malgré tout, le Système National d'Information Sanitaire demeure peu performant, eu égard à la faible complétude, à la faible promptitude et au manque d'exhaustivité des données provenant des rapports d'activités des différentes structures sanitaires.

De nombreux facteurs contribuent à cet état de chose : la complexité et la multiplicité des données à recueillir par rapport au niveau de compétence des agents, l'indisponibilité de certains outils de recueil de données, le non-respect des circuits et des délais de transmission, l'absence de traitement des données au niveau périphérique et au niveau intermédiaire et la faible contribution des secteurs privé et du parapublic. Par ailleurs, la rétro-information est rarement mise en œuvre, que ce soit entre le niveau central et le niveau régional, ou bien entre ce dernier et le niveau départemental.

La recherche en santé est peu structurée, caractérisée par l'absence d'agenda officiel de recherche. Des travaux sont effectués au Centre National de Recherche Scientifique et Technique (CENAREST), au Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF), à l'Université des Sciences de la Santé (USS), au Centre de Recherche Médicale de Lambaréné (CERMEL) de la Fondation Internationale de l'Hôpital Albert SCHWEITZER, ainsi que dans quelques laboratoires et services cliniques. La faible diffusion habituelle de ces travaux limite l'impact sur le système de santé.

Par ailleurs, l'insuffisance de ressources humaines formées en Santé Publique et en méthodologie de la recherche, de structures adaptées et le défaut de financement constituent également des entraves à l'organisation et au développement de la recherche, qu'elle soit fondamentale ou opérationnelle.

En outre, l'équipement en matériel informatique, en logiciels d'exploitation et en personnel formé sont insuffisants à tous les niveaux ; l'intégration des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) dans le système d'information amorcée dernièrement demeure embryonnaire.

1.2.4 Problèmes prioritaires du système de santé

Les problèmes prioritaires du système de santé sont :

1. La mortalité maternelle et infanto-juvénile reste élevée et le poids de la maladie, notamment du paludisme, de l'infection à VIH, de la tuberculose, des maladies émergentes et ré-émergentes et des affections liées aux nouveaux modes de vie est important ;
2. La gouvernance du secteur de la santé et le leadership du Ministère de la Santé sont peu affirmés, y compris dans le domaine de la collaboration intersectorielle ;
3. Le système national d'information sanitaire est peu performant et la recherche en santé reste faiblement structurée ;
4. La rupture des médicaments et dispositifs médicaux essentiels dans les formations sanitaires est fréquente et la disponibilité des services d'aide au diagnostic (services d'examens de biologie et d'imagerie médicales) reste faible ;
5. Les ressources humaines sont insuffisantes et mal planifiées ;

6. L'offre de soins de qualité et l'utilisation des services de santé sont insuffisantes, les infrastructures et équipements du premier niveau de la pyramide sanitaire sont souvent vétustes ;
7. La gestion des ressources financières n'est pas optimale et leur répartition présente un gros déséquilibre en faveur du volet curatif au détriment du volet préventif et promotionnel, de même que des allocations inadéquates entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
8. La protection sociale reste encore insuffisante.

Fin ce jeudi 17/10/2013

1.3 ANALYSE DE LA SITUATION DES MTN

Envisager en annexe un tableau synoptique présentant les MTN

La prise en charge de certaines maladies transmissibles, et plus particulièrement de certaines maladies tropicales négligées comme la trypanosomiase humaine africaine (ou maladie du sommeil), la lèpre et l'Ulcère de Buruli, qui toutes les trois nécessitent une prise en charge intensive de la maladie (PIM) n'est effective que dans un nombre limité de structures à Libreville, Melen (Région Sanitaire Ouest) et Lambaréné (Région Sanitaire Centre). Ceci occasionne une prise en charge retardée, et par voie de conséquence, une mortalité plus élevée, dans le cas de la maladie du sommeil, et un risque de handicap majoré, pour ces trois maladies

1.3.1 *Epidémiologie et importance des maladies tropicales négligées au Gabon*

La plupart des maladies tropicales négligées, à l'exception de l'ulcère de Buruli, sont prises en compte par le système de surveillance de routine et font l'objet d'une notification mensuelle à la DIS. En dépit des limites liées à la complétude, à la promptitude, à la qualité des données et à l'absence d'exhaustivité, le système d'information de routine permet de se faire une idée de la charge de morbidité des géo helminthiases, des bilharzioses, et de la loase.

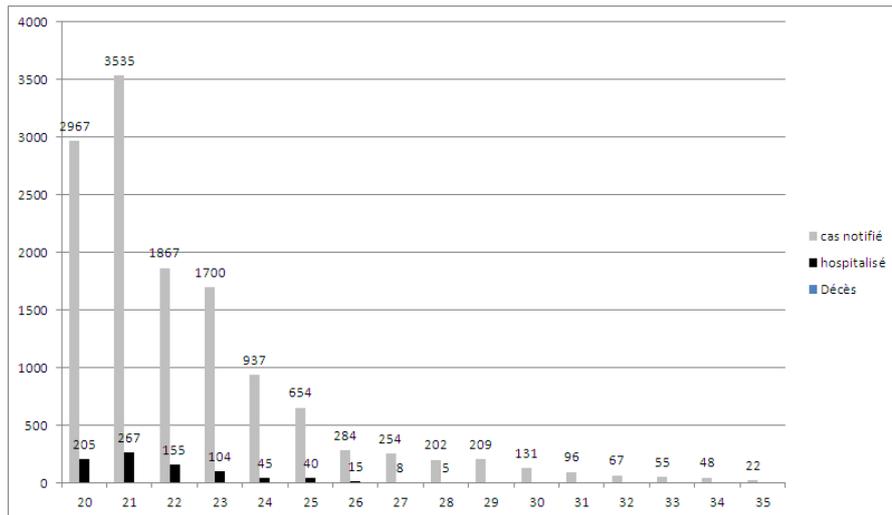
Compte tenu de leur potentiel épidémique, la dengue (3 sérotypes) et le Chikungunya, font actuellement partie des neuf (9) maladies à déclaration obligatoire figurant sur la fiche hebdomadaire transmise à l'Institut d'Epidémiologie et de Lutte contre les Endémies par l'ensemble des départements sanitaires, avec une complétude supérieure à 80%. La confirmation des cas est réalisée en collaboration avec Centre de Recherches Internationales de Franceville (CIRMF).

D'un autre côté, il existe des registres pour l'enregistrement des cas de THA (maladie du sommeil), au niveau central, de cas de lèpre (au niveau régional) et de cas d'Ulcère de Buruli (au niveau le plus périphérique).

1.3.1.1. *La dengue et le Chikungunya*

Les virus de la dengue et du Chikungunya ont été mis en évidence par le Centre de Recherche International de Franceville, lors de la première épidémie de Chikungunya qui a frappé Libreville-Owendo et d'autres régions sanitaires en 2007.

Le graphique ci-dessous représente l'évolution des cas hebdomadaires des cas comptabilisés à Libreville par la Cellule de Veille CHIK. Du 14 mai au 31 août 2007, soit de la 20^{ième} à la 35^{ième} semaine épidémiologique. La surveillance active dans ** formations sanitaires publiques et privée, a permis de dénombrer **13.028 cas, 847 hospitalisation, mais aucun décès**. Le nombre de cas observés, dans les semaines précédant la déclaration de l'épidémie, a par ailleurs été estimé à 5.500. Le taux de positivité des prélèvements de Libreville lors de cet épisode a été de 37% (=181/482).



Source : Cellule de veille CHIK

Graphique **: Surveillance active des cas de chikungunya, Libreville, 2007**

L'épidémie de 2007 a secondairement touché Lastourville et Koula-Moutou (RS Centre-Est), Kango et Cocobeach (RS Ouest), ainsi que les Régions du Centre et du Nord. Concomitamment, le virus de la dengue a été mis en évidence, à Libreville et à Cocobeach (épidémie mixte).

Depuis cette date un certain nombre de cas de dengue et/ou de chikungunya sont régulièrement mis en évidence par le Centre de Recherche, dans le cadre d'une approche syndromique, de façon sporadique. La proportion d'examens positifs rapportés en cas de syndrome dengue-like varie, selon le contexte, de 21% (=51/236), pour les cas sporadiques, à 50% (=1416/2800), en période épidémique. (Présentation du Dr D. NKOGHE du CIRMF à la réunion trimestrielle des points focaux du PEV et de l'IELE)

Un nouvel épisode épidémique a été déclaré en novembre 2012 à Mouila.

Sources : Cellule de veille / Communications CIRMF / IELE / DRS

Carte DS à faire : Localisation des syndromes dengue-like attribuables à la dengue et au chikungunya, Gabon, 2007-2012 (Dr MONDJO)**

En période épidémique, cellule de crise gère la surveillance, information, prise en charge, communication, l'assainissement, participation communautaire

En dehors des périodes épidémiques, la majorité des cas sont méconnus de l'IELE, confondus avec d'autres fièvres (exemple palu, arbovirose) et pris en charge par les services généraux de santé (à rédiger)

1.3.1.2. La rage

Il existe très peu d'informations disponibles sur la rage dans le SNIS. Cela étant des morsures (animal non spécifié) sont courantes et un certain nombre d'entre elles sont

rapportées dans le SNIS : **x en *****. Lors de la tournée d'évaluation des MTN de 2012, il a été signalé que cinq cas ont été vus par une structure hospitalière de libreville depuis 2008 et même structure. D'après une autre source, il y aurait au total une dizaine de cas par an. **Mr TSOKATI/DR MWATA** [Données à introduire par le PLMP \(source : santé publique vétérinaire\)](#)

La rage a été récemment ajoutée à la liste des maladies à surveillance obligatoire de l'IELE/SIMR

Ajouter des éléments de prise en charge des morsures=consultations dans les services généraux de santé, achat par les intéressés des vaccins antirabiques

Méconnaissance du statut vaccinal des chiens souvent défaillant et mauvaise connaissance des directives internationales de santé publique vétérinaire (à rédiger)

1.3.1.4 La lèpre

En 1960, la lèpre touchait 2% de la population gabonaise. Avec moins d'une centaine de malades en traitement à la fin de chaque année, le taux de prévalence national demeure inférieur au seuil dit de l'élimination.

Actuellement, les cas de lèpre sont devenus plus rares : une trentaine de nouveaux cas sont identifiés chaque année.

Le tableau ci-dessous récapitule l'évolution des principaux indicateurs de la lutte contre la lèpre depuis l'an 2000. L'existence de formes infantiles (6% en moyenne) confirme si besoin est que la transmission n'a pas été interrompue. D'un autre côté la proportion de multibacillaires (supérieure à 90%) et d'invalidités visibles, chez les cas nouvellement dépistés est en faveur d'un dépistage tardif et non exhaustif. En 2010, le taux de nouveaux cas présentant des invalidités de degré 2 était de 0,93 pour 100.000 habitants, ce qui est un taux le plus élevé de la Région africaine de l'OMS. **Stratégie renforcée**

Tableau ** : Evolution des indicateurs clés de la surveillance de la lèpre, Gabon, 2000-2012

Année	Prévalence	Détection	enfants	femmes (*)	multi bacillaires	infirmité de degré 2	guérisons / traitements terminés(*)
2000	85	50	2	na	15	4	22
2001	44	17	2	na	14	4	13
2002	38	8	1	na	7	4	11
2003	54	38	0	na	31	8	20
2004	67	40	0	na	36	9	19
2005	52	31	1	na	29	5	40
2006	38	37	2	10	34	5	24
2007	33	27	0	6	26	5	12
2008	27	24	1	na	21	6	6
2009	37	26	4	14	25	8	11
2010	42	40	1	18	33	17	11
2011	39	32	1	17	32	10	11
2012 (**)	38	25	0	na	25	7	9

(*) 3 premiers trimestres de 2012 (**) données fragmentaires
Sources : Programme de Lutte contre les Maladies Infectieuses

La complétude des rapports statistiques lèpre trimestriels envoyés par les Régions est actuellement bonne (100%), même si leur promptitude doit encore être améliorée. La lèpre existe dans toutes les Régions Sanitaires et, jusqu'à preuve du contraire, dans tous les départements. Le tableau ci-dessous précise l'origine géographique ou plus exactement le lieu

de dépistage des nouveaux cas de lèpre dépistés durant les cinq dernières années. Dans un certain nombre de cas, cette origine diffère du domicile du patient, notamment pour les maladies mis sous traitement dans la Région sanitaire de Libreville-Owendo, où près d'un malade sur quatre habite à l'intérieur du pays.

Tableau ** : répartition géographique des nouveaux cas de lèpre, Gabon, 2006-2012

Région sanitaire	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (*)	Population estimée 2010	taux de dépistage 2010
LIBREVILLE-OWENDO	6	7	8	9	13	9	8	904 646	1,44
OUEST	0	0	0	0	0	0	3	110 688	0,00
SUD-EST	1	3	0	2	7	4	2	275 687	2,54
CENTRE	4	0	1	6	2	2	1	63 642	3,14
CENTRE-SUD	4	2	1	3	2	4	1	101 131	1,98
SUD	4	2	2	2	4	3	4	50 934	7,85
EST	3	1	0	0	2	1	0	68 411	2,92
CENTRE-EST	7	6	0	3	4	4	3	66 641	6,00
MARITIME	5	4	5	0	5	3	1	154 015	3,25
NORD	3	2	7	1	1	2	2	164 641	0,61
GABON	37	27	24	26	40	32	25	1 828 836	2,19

(*) donnée fragmentaire des trois premiers trimestres

Sources : Plan stratégique pour réduire davantage la charge de la lèpre (2011-2015) /PLMI

Les données des régions donnent lieu à la production d'un rapport national également trimestriel ainsi à une commande annuelle de médicaments spécifiques, adressés à l'OMS, et à une rétro information annuelle, destinée aux Régions. Toutefois, en l'absence d'analyse des cohortes par les régions de l'intérieur, les données relatives à l'achèvement des traitements et au taux de guérison demeure fragmentaires.

[PEC, LABO et PCT à rédiger](#)

[Réactions PIRP, invalidités](#)

[Nb personnels formés pour la lèpre](#)

[Normes/documents](#)

1.3.1.3. L'Ulcère de Buruli

Les supports actuels de recueil des données (registres à feuillets auto-dupliquant) des structures prenant en charge les cas d'Ulcère de Buruli charge (fiche BU 02 rose) permet en théorie, de simplifier le rapportage, et de compiler également un registre au niveau régional (fiche BU 02 bleue) et au niveau national (fiche BU 02 blanche). Toutefois, en l'absence d'archives disponibles au niveau central et de transmission périodique de feuillets destinés à ce dernier niveau par les services régionaux, les données validées rétrospectivement par le Programme de Lutte contre les Maladies Infectieuses proviennent de l'exploitation des données publiées de l'Hôpital Schweitzer et de la collecte active effectuées dans les registres de cette structure (en avril et mai 2012) secondairement complétées par celles présentées par le Centre de Santé Urbain lors de l'évaluation finale de la Stratégie nationale de lutte contre l'ulcère de Buruli 2008-2012, en octobre 2012. Le nombre de cas de Buruli traités dans la Région Centre, depuis l'année 2001, est en moyenne d'une trentaine chaque année.(à reformuler)

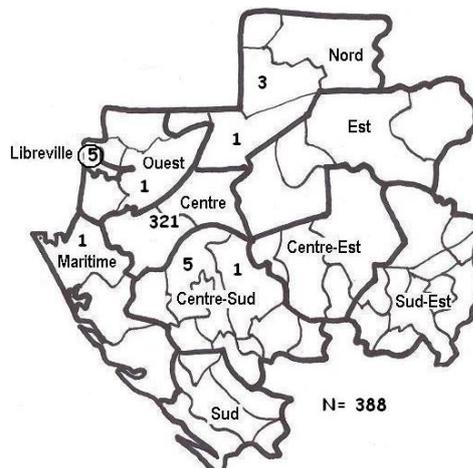
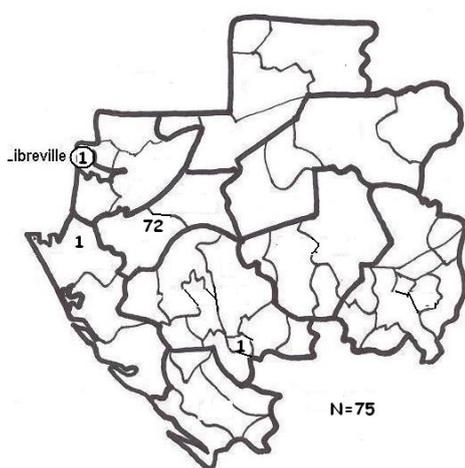
Associer le suivi des patients, la motivation des personnels, la rencontre des acteurs

Tableau ** : Evolution du nombre de cas de Buruli, Gabon, 2000-2012

Région sanitaire	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Population estimée 2010	taux de dépistage 2010
LIBREVILLE-OWENDO										2	0	3	904 646	0,22
OUEST										0	0	1	110 688	0,00
SUD-EST										0	0		275 687	0,00
CENTRE	14	5	8	25	31	37	31	24	28	30	60	28	63 642	47,14
CENTRE-SUD					5					0	0	1	101 131	0,00
SUD										0	0		50 934	0,00
EST											0		68 411	0,00
CENTRE-EST										0	0		66 641	0,00
MARITIME										1	0		154 015	0,65
NORD				1	2					0	0	1	164 641	0,00
GABON	14	5	8	26	38	37	31	24	28	33	60	34	1 828 836	1,80

(actualiser le tableau)
Cas de Buruli traités

Depuis 1961, le foyer historique de l'ulcère de Buruli demeure sans conteste la Région Centre. Les deux cartes ci-dessous précisent l'origine géographique (domicile) de 75 patients traités pour un Buruli, de 1981 à 1986, d'une part, et des 338 patients traités de 2001 à 2012, d'autre part. Il n'est pas toujours possible de dire si les cas observés chez des patients résidant des Régions Sanitaires voisines de la Région Centre, sont ou non des cas d'importation. Cela étant, l'existence dans la Région Nord d'un nouveau foyer de Buruli, est établie, dans la mesure où deux (2) patients qui y résidaient, dernièrement diagnostiqués dans l'enceinte de l'Hôpital Spécialisée de Nkembo de Libreville, n'ont jamais séjourné dans la Région Centre.



Source : d'après thèse UOB, Libreville, 1986

Sources : Missions PLMI/Evaluation des MTN, 2012

Carte * a (à gauche) : Répartition géographique de 75 cas de Buruli colligés, Gabon, 1981-1986**
Carte * b (à droite) : Répartition géographique des nouveaux cas de Buruli, Gabon, 2001-2012**

De manière récente, deux (2) cas de Buruli, dépistés par le service de Médecine interne de l'Hôpital d'Instruction des Armées (RS de Libreville-Owendo), ont été fortuitement signalés au PLMI, à l'occasion de la tournée d'évaluation de la lutte contre les MTN (octobre-novembre 2012), tandis qu'un autre cas, observé chez une enfant, a également été signalé au

programme par la Base d'Epidémiologie d'Oyem. Il n'est pas possible de connaître, le nombre exact de cas de Buruli pris en charge en dehors de la Région Centre et/ou par des structures ne disposant pas de registres, dans la mesure où le système de surveillance de routine, ne prenait pas en compte cette maladie.

Le nombre et les principales caractéristiques cliniques des patients traités pour un Buruli, par quatre formations sanitaires de la Région Centre, durant les cinq dernières années. **Par contre, les données relatives au résultat des examens anatomique, bactériologique et PCR, effectués chez **% des patients, n'est pas disponible au niveau central. (actualiser)**

Tableau ** : Caractéristiques des cas de Buruli enregistrés dans la Région Centre, 2009-2012

Année	nouveaux cas traités	enfants	femmes	formes ulcérées	sans limitation	examens de confirmation	résultats positifs
2009							na
2010							na
2011							na
2012 (**)							na
total							0
%							

*registre national Programme de Lutte contre les Maladies Infectieuses, novembre 2012
(données fragmentaires)*

2 services anapath

Les cas de Buruli sont PEC dans 2 structures RS centre, cas sporadiques ailleurs non notifiés, 1 traitement clari HIA en 2012 (**à rédiger**)

1.3.1.4. Le pian

. Comme dans de nombreux pays d'endémie, la lutte contre le pian a été abandonnée progressivement au fil des années. En 2012, un cas de pian tertiaire sans signification épidémiologique a été observé chez un adulte. Les tableaux ci-dessous permettent de confronter le nombre global et la répartition par âges des cas de pian rapportés dans le cadre de la surveillance de routine, de 1988 à 1990, d'une part, et quelques vingt ans plus tard, d'autre part.

Tableau ** : répartition des cas de pian par tranches d'âge, Gabon, 1988-1990 (Dr MONDJO)

tranche d'âge	0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-54	+55 ans	Total
années						
1988	0	39	488	2991	19	3537
1989						0
1990						0

Source = rapport annuels SGE 1988, 1989, 1990

Tableau ** : répartition des cas de pian par tranches d'âge, Gabon, 2005-2010 (MR TSOKATI)

Tableau ** : répartition des cas de pian par tranches d'âge, Gabon, 2005-2010

	0-11 mois	1-4 ans	5-14 ans	15-49 ans	50 ans et +	Total
2005	0	0	2	11	0	13
2007	0	0	1	10	2	13
2010	0	0	0	10	2	10

Source : *Annuaire statistiques /DIS*

Bien que l'apparition de la maladie y soit devenue plus rare, pour ne pas dire exceptionnelle, il convient de rester prudent. En effet, des cas de pian ont été confirmés récemment dans d'autres pays de la sous-région (Guinée Equatoriale, Cameroun, République Centre Africaine, République Démocratique du Congo...). Or, certaines communautés, volontiers affectées par le pian dans le passé, déplacent leurs campements d'un pays à l'autre (nomadisme).

1.3.1.5. La trypanosomiase humaine et africaine (ou maladie du sommeil)

La situation épidémiologique de la Trypanosomiase Humaine Africaine au Gabon fait ressortir l'existence des foyers actifs, des foyers anciens et des zones non prospectées.

Les foyers actifs connus sont répartis dans les Régions sanitaires Ouest et Maritime. Il s'agit des départements sanitaires de: Noya, Komo Kango, Komo Océan Komo-Mondah, Bendjé et Etimboué. La population à risque des départements sanitaires où se trouvent des foyers actifs est estimée à 243.750 habitants répartis comme suite :

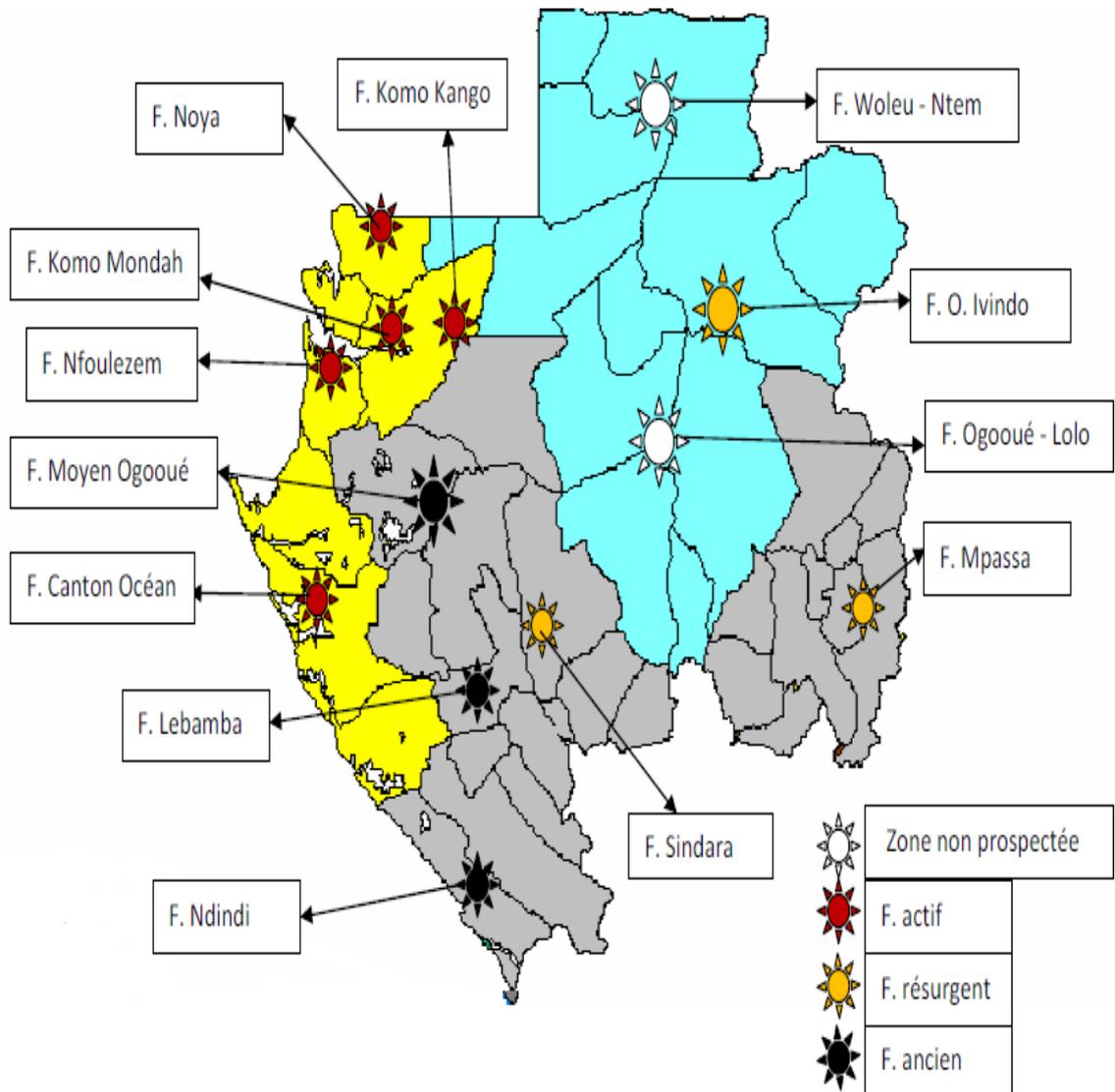
- Foyer Noya : 8.518 hbts
- Foyer Komo Kango : 17246 hbts
- Foyer Komo Mondah : 65.086 hbts
- Foyer Komo Océan : 7.232 hbts
- Foyer Bendjé : 137.339 hbts
- Foyer Etimboué : 8.329 hbts

La localisation frontalière de certains foyers actifs des pays de la sous-région rend difficile la lutte contre l'endémie, la libre circulation du parasite étant favorisée par les déplacements des populations à travers les frontières. C'est le cas du foyer Noya fluvio-maritime, limitrophe de celui de Kogo en Guinée Equatoriale.

L'OMS a établi le seuil de l'élimination de la THA comme problème de santé publique à au moins 1 nouveau cas par année pour 10 000 personnes exposées au risque (0.01%). Dans les foyers actifs, la prévalence varie d'un foyer à un autre. Dans l'ensemble, elle est en moyenne inférieure à 1 %. Le seuil d'élimination est encore loin d'être atteint (en 2012 la prévalence moyenne était observée à 0,25%).

Les foyers anciens sont répartis respectivement dans les Régions sanitaires : Centre, Centre Sud, Sud, Sud- Est et Est.

Carte des foyers de THA



Par ailleurs, les foyers anciens de l'Est (Ivindo), du Sud – Est (Mpassa) et du Centre Sud (Tsamba Magotsi) seraient réurgents. Chez le premier à cause de la mise en évidence des glossines infectées aux abords du fleuve Ivindo par IRET - CENAREST en Janvier 2012 ; chez le second à cause du dépistage en passif en août 2012 d'un cas porteur de parasites et enfin le dernier à cause des témoignages récurrents de l'observation du syndrome de la maladie (ganglions cervicaux, somnolence et troubles de comportement) chez une frange importante de la population.

Le tableau ci-après montre l'évolution des cas de trypanosomiase humaine africaine depuis 2005. En moyenne, 28 cas à T.b gambiense, issus de la surveillance passive et active sont enregistrés chaque année dans le pays.

La régularité des dépistages actifs de concert avec la surveillance passive dans le Foyer Noya a permis de réduire de manière significative la maladie dans ce foyer au point de penser pouvoir obtenir le seuil de 1 pour 10. 000 habitants dans ce foyer d'ici 2020.

Tableau : Répartition géographique des nouveaux cas de THA, Gabon, 2005 - 2012

Départements Sanitaires / Foyer	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P
F. Noya	40	11	9	10	4	10	4	4		6	12	6	7	5	2	1
Komo-Mondah		1		3		6		8		6		4		3	1	1
Komo-Kango		1	4	4	5	2	6	9		3		2		1		
Bendjé				1						1		2				
Lopé										1						
Komoh-Océan						1				3				2	1	1
Zone non déterminée au Gabon						2		1		1		0				1
Total	40	13	13	18	9	21	10	22	0	21	14	12	7	11	4	4

Source : PLMP

NB: les lieux de contamination sont non déterminés pour 4 malades dépistés en France mais résidant au Gabon et pour un malade gabonais résidant au Congo mais dépisté à Libreville.

P = passif A= actif

Au regard des chiffres bruts année après année, l'on peut penser que le Gabon s'achemine vers l'élimination de cette endémie sur son territoire. Mais cela est loin d'en refléter la réalité. En effet, les données disponibles ne concernent en majorité que les départements sanitaires de deux régions sanitaires (Estuaire et maritime) du pays (sur dix au total) et beaucoup de zones demeurent non prospectés (confère carte des foyers). Toutefois, comme l'illustre le tableau suivant, la grande majorité des cas de trypanosomiase humaine africaine sont dépistés en phase méningo - encéphalitique (stade 2). Tous ont été traités dans les structures de santé de Nkembo, de Mélen et à la base épidémiologique Maritime. Les cas de décès sont également les plus élevés dans ce stade alors que le taux de décès des malades du premier stade est quasi nul. Depuis 2011, le Gabon, à l'instar des autres pays de la sous région utilise le DFMO (combinaison de l'Eflornithine et du Nifurtimox) pour le traitement des malades du deuxième stade en lieu et place de l'Arsobal, toxique et mal toléré par les malades.

Tableau : Répartition par stade et décès des malades de THA, Gabon, 2005-2012

Année	Nombre de cas	Stade			Décès/ stade		
		1	2	indéterminé	1	2	ind
2005	53	23	30		0	0	
2006	31	6	24	1	0	1	
2007	30	5	25		0	5	
2008	32	4	26	2	0	2	
2009	21	1	20		0	6	
2010	26	4	21	1	0	1	
2011	18	2	14	2	0	2	
2012	11	2	8	1	0	0	1
Total	222	47	168	7	0	17	1

Source : PLMP

NB : Stade indéterminé correspond au cas dépisté positif sans qu'il y'ait eu de diagnostic de phase et de traitement.

1.3.1.6. Les bilharzioses (schistosomiase)

L'existence des retenues d'eau (lacs, étangs et barrages) associées à l'utilisation d'une eau de qualité incertaine et à la non utilisation des latrines constituent des facteurs de propagation de cette affection. Ce phénomène est observé surtout en milieu rural et dans les quartiers sous intégrés des villes où les populations s'approvisionnent en eaux provenant des rivières (35%), des sources (22%) et des puis ouverts (5%), selon l'EDS 2000 [autre source DSCR](#).

Les données disponibles pour les schistosomiasis sont fragmentaires. Les bilharzioses uro-génitale et intestinale sont présentes sur l'ensemble du territoire. Entre 2005 et 2012 en moyenne 1195 nouveaux cas de bilharziose uro-génitale et 511 nouveaux cas de bilharziose intestinale ont été notifiés.

Tableau : Répartition par région sanitaire de la schistosomiase urinaire, Gabon, 2005- 2012

Région Sanitaires	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Libreville / Owendo	6	9	19	9	147	403	ND	
Ouest	25	3	49	79	ND	20	ND	
Sud-Est	136	294	ND	27	7	2	ND	
Centre	54	384	311	1723	728	229	305	
Centre-Sud	118	207	62	63	46	100	97	69
Sud	16	986	44	82	75	ND	47	9
Est	4	ND	0	44	30	4	18	1
Centre-Est	24	78	192	163	74	67	73	43
Maritime	19	206	205	178	284	155	21	65
Nord	5	10	0	6	1	ND	ND	
Total	407	2177	882	2374	1392	1580	561	187

Source : PLMP, DRS, DIS, COSP

Tableau : Répartition par région sanitaire de la schistosomiase intestinale, Gabon, 2005- 2012

Région Sanitaires	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Libreville / Owendo	8	19	3	79	53			6
Ouest	20	36	9	5	ND			
Sud-Est	35	8	ND	5	2			
Centre	3	992	ND	1770	267			
Centre-Sud	8	140	ND	ND	4	14	15	0
Sud	52	5	5	10	2	ND	2	2
Est	1	ND	0	ND	0	ND	1	8
Centre-Est	8	94	40	20	2	5	5	11
Maritime	80	24	7	0	ND	0	1	
Nord	170	14	0	8	26	ND	ND	
Total	385	1318	64	1897	356	19	24	27

source: DIS, COS, PLM, DRS

1.3.1.7. Les géo helminthiases

Toutes les formes de géo helminthiases sont présentes sur l'ensemble du territoire.

Parmi toutes les personnes affectées, les enfants d'âge scolaire (6-15 ans) sont les plus touchés avec des charges parasitaires élevées et un poly parasitisme fréquent.

Entre 2005 et 2012, en moyenne 14618 cas ont été notifiés.

Tableau : Répartition par région sanitaire des géo helminthiases, Gabon, 2005- 2012

Région Sanitaires	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Libreville /Owendo	416	1675	1230	1212	428			63
Ouest	3688	407	30	ND	ND			
Sud-Est	3154	2173	ND	5021	4816			
Centre	328	52	ND	733	2325			
Centre-Sud	5059	5418	ND	ND	2186	6191	5839	1865
Sud	4173	2671	2661	3970	1442		3045	103
Est	1152	391	30	ND	328		1144	322
Centre-Est	992	206	2604	3529	1829	3023	3271	1456
Maritime	3943	3913	1897	1921	ND	1765	78	ND
Nord	368	1432	2236	2440	3072			
Total	23275	18338	11918	18826	16426	10979	13377	3809

source: DIS, PLMP,DRS

1.3.1. 9 : L'onchocercose

Au Gabon, l'onchocercose est non cécitante. En dépit de cette spécificité, les nodules qu'elle cause et sa présence sur l'ensemble des régions sanitaires en font un problème de santé publique. Entre 2005 et 2012 en moyenne 288 cas ont été notifiés.

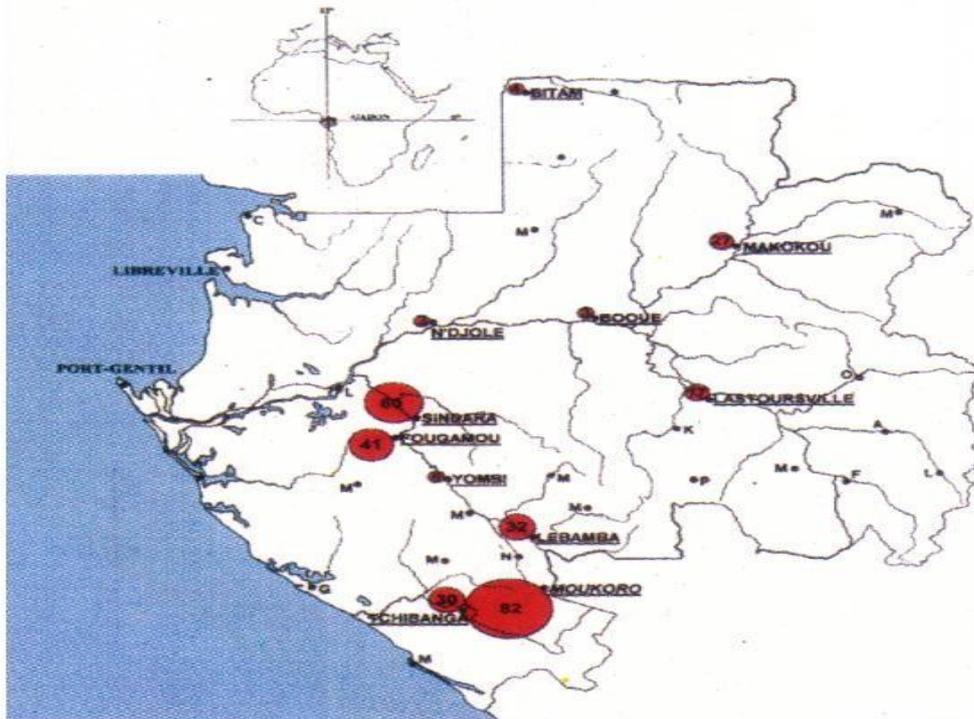
Selon les résultats obtenus par les enquêtes du Département de Parasitologie – Mycologie et Médecine Tropicale de la Faculté de Médecine de Libreville et celles menées sous la supervision du Programme Africain de lutte contre l'Onchocercose (A.P.O.C) en 1999, il existe trois types (3) de foyers d'Onchocercose au Gabon :

Type 1 : foyers hyper – endémiques avec une prévalence $\geq 59\%$;

Type 2 : foyers méso – endémiques avec une prévalence comprise entre 40 et 59% ;

Type 3 : foyers hypo – endémiques avec une prévalence inférieure à 40%.

GABON : *Onchocerca volvulus*



19 localités sont méso et hyper endémiques à savoir : Sindara , Ngouassa, Yombi, Douani, Moukoro, Mbélénaletembé, Doussala, Issinga, Bongolo, Makombo, Kanda, Mandji, Dibwangui, Pégnoundou, Dousséoussou, Nzienzili, Loaloe, Edoung-Avion, Mbolo 3. Les localités hypo endémiques sont Ndjolé, Booué, Lastourville, Bitam.

Tableau : Répartition des Foyer de l'Onchocercose par Région sanitaire

REGION (Province)	Département	Foyer	Villages/ Quartier
Centre –Sud (Ngounié)	Tsamba –Magotsi	Fougamou	Sindara Douani Nguouassa Yombi
	Louétsi-Wano	Lébamba	Issinga Bongolo Makombo Kanda Mbélénaletembé
	Dola	Ndendé	Moukoro Doussala
	Boumi-Louétsi	Mbigou	Mandji Dibwangui
Sud (Nyanga)	Mougoutsi	Tchibanga	Pegnoundou Nzienzili Dousseoussou
Est (Ogooué-Lolo)	Mulundou	Lastourville	
Centre (Moyen Ogooué)	Abanga Bigné	NDjolé	
Nord Est (Ogooué Ivindo)	Ivindo	Makokou	Loa loa Edoung-Avion Mbolo 3
	Lopé	Booué	
Nord (Woleu-Ntem)	Ntem (Woleu et Okano) ?	Bitam	

Source : Diagnostic et traitement de l'Onchocercose, Année 2001 ; GTNO

Tableau : prévalence de l'Onchocercose au Gabon (données historique)

Localités enquêtées	Prévalence
Lastourville	60.1
djolé-Booué	2.7
Fougamou	30.8
Makokou	49.7
Forêt des abeilles	9
Lébamba	48.5
Mimongo	4.5
Mitzic	1.1
Oyem	0
Bitam	8.1
Mocabe-Moabi	0
Baouté-Ivindo	5.7
Total	23%

Source : Cahiers de santé 1998 ; 8 :53 - 7

Tableau : Répartition par région sanitaire de l'onchocercose, Gabon, 2005- 2012

Région Sanitaires	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Libreville / Owendo	2	3	1	2	0			
Ouest	45	0	0	ND	ND			
Sud-Est	3	0	ND	206	3			
Centre	0	26	ND	174	ND			
Centre-Sud	1	8	ND	ND	1	8	2	0
Sud	1	677	677	0	68		2	89
Est	0	2	0	ND	0		1	0
Centre-Est	4	166	29	13	0	24	31	10
Maritime	0	4	0	0	0	0	0	ND
Nord	4	5	0	6	8	ND		
Total	60	891	707	401	80	32	36	99

source: DIS, COSP, PLMP, DRS

1.3.1.10 La Loase

Comme les autres parasitoses, la Loase est présente sur l'ensemble des régions sanitaires du pays. Entre 2005 et 2012, en moyenne 1376 cas de Loase ont été notifiés.

En 2010, les résultats de l'enquête Raploa menée par l'Institut d'Epidémiologie et de Lutte contre les Endémies (IELE), en collaboration avec APOC, ont réaffirmé que la loase sévissait sur l'ensemble du pays. Les prévalences varient de 25 à 95% et sont plus élevées dans les zones de forêt.

Tableau : Prévalence de la Loase en 2010

Zone Bioécologique	REGION SANITAIRE	DEPARTEMENT SANITAIRE	Villages	Prévalence
Forêt	Estuaire	Noya	Bissobinah	73,80%
Forêt			Emone Mekak	72,50%
Forêt		Komo Mondah	Nzamaligue	65,00%
Forêt			Ngouandji	61,30%
Forêt		Komo Kango	Ekouk	85,00%
Forêt			Ndouaniang	67,50%
Total		Estuaire		
Zone Bioécologique	REGION SANITAIRE	DEPARTEMENT SANITAIRE	Villages	Prévalence
Forêt	Haut-Ogooué	Lekabi-Lewolo	Omoye	72,5
F/S		Plateux	Okoriville	40
Forêt		Ndjoueri-Agnili	Kele	63,8
Forêt		Lebombi-Leyou	Lemagna	65
Forêt		Sebe-Brikolo	MBOUNGA	60
Forêt		Mpassa	ANDJOGO	82,5
Forêt		Lekoko	BIDOUNGUI	60
Forêt		Ogooué-Letili	MALUNDU	71,3
Total	Haut-Ogooué			67.00%
Zone Bioécologique	Région sanitaire	Département Sanitaire	Villages	Prévalence
Forêt	Moyen Ogooué	Abanga -Bigné	Tchad	78,80%
Forêt		Abanga -Bigné	Kery-Paga	78,80%
Forêt		Ogooué et Lacs	Junckeville	70,00%
Forêt		Abanga -Bigné	Ngomo	56,30%
Forêt		Abanga -Bigné	Ebel-Abanga	67,50%
Forêt			Bateva	63,80%
Forêt			Adanhe	73,80%
Forêt			Nzoghe-Bang	71,30%
Total	Moyen Ogooué			70.00 %

Zone Bioécologique	Région sanitaire	Département Sanitaire	Villages	Prévalence
Fôret	Ngounié	Douya Onoye	Igouma	66,30%
		Tsamba Magotsi	Ngouassa	63,80%
		Louetsi Wano	Ichinga	73,40%
		Dola	Moussambou	67,50%
		Mougalaba	Idemba	76,30%
		Ndolou	Bemboudie	68,40%
		Boumi Louetsi	Dibouangui	85,00%
Total	Ngounié			72.00 %

Zone Bioécologique	Région sanitaire	Département sanitaire	Villages	Prévalence
Forêt	Nyanga	Douigny	Mokab	57,50%
Savane		Mougoutsi	Louango	55,00%
FT		Mongo	Bibora	48,80%
Forêt		Basse Banio	Malounga	47,50%
Savane		Doutsila	Mabanda	25,00%
Forêt		Doutsila	Nyali	68,80%
Total	Nyanga			50.00 %

Zone Bioécologique	Région Sanitaire	Département Sanitaire	Villages	Prévalence
	Ogooué-Ivindo		Djidji-Laboka	55,00%
		Ivindo	Ntseng-kele	68,80%
			Ndjeng	27,50%
			Inzanza	51,30%
			Mbeza-Malassa	55,00%
			Engolandjodjo	57,50%
		Zadié	Ibong-Ibea	65,00%
			Mohoba	70,00%
			Batouala	68,80%
			Makebe-Bakwaka	63,80%
Total		Ogooué-Ivindo		

Zone Bioécologique	Région Sanitaire	Département Sanitaire	Villages	Prévalence
Forêt	Ogooué-Lolo	Mulundu	Ndekabalandji	66,30%
Forêt		Lolo-Bouenguidi	Mouila-Pouvi	63,80%
Savane		Lombo-Bouenguidi	Dienga	71,30%
Forêt		Lolo-Bouenguidi	Dibouka	67,50%
Forêt		Lombo-Bouenguidi	Lemengue	56,30%
Forêt		Mulundu	Mana-Mana	65,00%
Total	Ogooué-Lolo			65.00 %
Zone Bioécologique	Région Sanitaire	Département Sanitaire	Villages	Prévalence
Foret	Ogooué Maritime	Bendje	Cap Lopez	25,30%
Foret		Bendje	Akiri	40,70%
Foret		Bendje	Tchengue	23,60%
		Ndougou	Sette Cama	40,90%
		Ndougou	Mougambi	47,20%
		Ndougou	Mayonami	41,90%
Total	Ogooué-Maritime			35.00 %
Zone Bioécologique	Région Sanitaire	Département Sanitaire	Villages	Prévalence
	Woleu Ntem	Haut -Ntem	Bolossoville	92,50%
		Ntem	Mindzi	70,00%
		Ntem	Meyo Nkodje	90,00%
		Okano	Nkolabona	85,00%
		Ntem	Awoua	95,00%
		Woleu	Akam Essatouk	87,50%
Total	Woleu Ntem			87.00 %

Source : Enquête RAPLOA menée par L'IELE en 2010

Tableau : Répartition par région sanitaire de la Loase, Gabon, 2005- 2012

Région Sanitaires	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Libreville / Owendo	58	33	235	824	917			
Ouest	455	0	26	ND	ND			
Sud-Est	227	215	ND	262	146			
Centre	64	58	ND	2358	172			
Centre-Sud	339	155	ND	ND	48	288	115	33
Sud	162	232	232	208	119		187	14
Est	34	12	26	ND	30		51	28
Centre-Est	255	119	571	258	266	154	152	94
Maritime	3	515	17	10	ND	9	2	ND
Nord	20	94	0	65	45			
Total	1617	1433	1107	3985	1743	451	507	169

source: DIS, PLMP,DRS

1.3.1.11 Les autres filarioses

Entre 2005 et 2012, en moyenne 1419 cas d'autres filarioses ont été notifiés sur l'ensemble des régions sanitaires du pays.

Tableau : Répartition par région sanitaire des autres filarioses, Gabon, 2005- 2012

Région Sanitaires	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
LibrevilleOwendo	240	184	42	87	195			
Ouest	190	92	6	ND	ND			
Sud-Est	751	31	ND	183	290			
Centre	28	0	ND	48	157			
Centre-Sud	96	151	ND	ND	159	105	144	57
Sud	128	1869	1889	153	359		77	2
Est	12	15	6	ND	0		42	17
Centre-Est	156	80	468	180	228	546	643	1
Maritime	57	121	242	64	ND	57	14	ND
Nord	94	185	156	57	98			
Total	1752	2728	2809	772	1486	708	1020	77

source: DIS,
COSP,PLMP,DRS

Tableau : La co - endémicité des MTN

REG.SANIT	Géohelminthe	Loase	Schisto	F L	Oncho	THA	Lèpre	UB
1er.arrond.								
2e.arrond.								
3e.arrond.								
4è+5è.arrond.								
6è.arrond.								
owendo								
Libreville								
komo-mondah								
komo-kango								
Noya								
Estuaire								
Bayi-brikolo								
Lekoni-Lékori								
Lékoko								
Djouori-Agnili								
Létili								
Mpassa								
Plateaux								
Lebombi-Leyou								
Lékabi-Lewolo								
Sébé-Brikolo								
Djoué								
Haut-ogoooué								
Og-et lacs								
Abanga-bigne								
Moy-ogoooué								
Tsamba-Magotsi								
Louetsi-Wano								
Louetsi-Bibaka								
Ndolou								
Boumi-louetsi								
Ogoulou								
Douya-onoye								
Dola								
Mougalaba								
NGOUNIE								
Doutsila								

Basse-Banio								
Douigny								
Mongo								
Haute-Banio								
Mougoutsi								
Nyanga								
Lopé								
Ivindo								
Zadié								
Mvoug								
Og-Ivindo								
Offoué-Onoye								
Lolo-Bouenguidi								
Mulundu								
Lombo-boueng								
Ogooue-Lolo								
Ndougou								
Etimboué								
Bendjé								
Og-maritime								
Ntem								
Ht-Komo								
Ht-Ntem								
Okano								
Woleu								
Woleu-N'tem								

Source : PLMP

1.3.3 La mise en œuvre du Programme MTN

La Trypanosomiase Humaine Africaine

Depuis 1995, l'équipe mobile du Programme National réalise des enquêtes de dépistages épisodiques dans les départements sanitaires de : Mpassa, Haute Banio, Louétsi Wano, Ogooué et Lac, Etimboué et de manière régulière dans la Noya, le Komo-Mondah, le Komo-Kango, le komo Océan et la Bendjé.

La Prise en charge médicale de la THA était, jusqu'en 2009, assurée à l'Hôpital Spécialisé de Nkembo et par la Base Epidémiologique de la région maritime. Mais depuis 2010, elle est faite à l'Hôpital Régional de Melen.

Outre ces structures où les capacités du personnel en matière de prise en charge de la THA ont été renforcées, il est à noter que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans le passé, avait déjà entrepris le renforcement de capacités opérationnelles des centres médicaux des Foyers Actifs de Noya (Cocobeach) et de Komo Mondah (Ntoum) en termes de ressources humaines et équipements

Depuis la création du Programme, les réactifs et médicaments spécifiques de la THA sont régulièrement octroyés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Tableau XIX : les interventions menées par le Programme MTN / PCC

MTN	Date du début du Programme	Foyers / Départements ciblés	Foyers/ Départements couverts	Couverture géographique	Principales Stratégies utilisées	Principaux Partenaires
THA	1995	9	6		Dépistage actif et passif traitement	OMS OCEAC

. Mais les non maintien en poste de ces agents et la dépossession de ces structures de leurs équipements de diagnostic ont été à l'origine de l'arrêt de ce processus. (à mettre dans les faiblesses du système de santé)

Les schistosomiasis

A l'heure actuelle, le diagnostic des cas se fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et reste basé sur l'examen macroscopique des urines pour la schistosomiase urinaire

(hématurie) et sur les examens parasitologiques des selles pour la schistosomiase intestinale selon la disponibilité en laboratoire.

La prise en charge des cas se fait par un traitement individuel au Praziquantel.

Les géo helminthes

Le diagnostic des malades est fait à tous les niveaux de la pyramide sanitaire principalement sur la base des signes cliniques

Le traitement est axé sur le déparasitage des populations en traitement individuel et en activités intégrées lors des journées nationales de vaccination (années PEV : 2012)

L'onchocercose.

Les traitements de masse à l'Ivermectine , dans les Foyers méso et hyper endémiques , par l'équipe mobile avaient eu lieu de 1991 à 2000 , alors que le traitement dans les foyers hypo endémiques se faisait de manière passive dans les structures sanitaires les plus proches. D'autre part , la co endémicité de la loase avec l'onchocercose dans les régions où elle est endémique limite l'utilisation efficiente de l'Ivermectine.

En 2001, le personnel de santé de quatre (4) régions sanitaires : Centre – Sud, Sud, Centre – Est et Est a été renforcé en capacité en matière de lutte contre l'Onchocercose.

La Filariose Lymphatique

Le diagnostic de la maladie est fait dans certaines structures sanitaires sur la base des examens biologiques, le traitement est individuel.

La Loase et les autres filarioses

Le diagnostic de la maladie est fait dans certaines structures sanitaires sur la base des examens biologiques et le traitement est individuel.

1.3 Lacunes et priorités

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none">• Existence de deux Programmes en charge de la lutte contre les MTN (PLMI PLMP)• Existence de cinq lignes budgétaires de l'Etat pour le financement de la lutte contre la Lèpre, l'ulcère de Buruli, la Trypanosomiase humaine Africaine (THA), la Schistosomiase et l'Onchocercose• Existence d'une politique nationale de santé validée en octobre 2010• Existence d'un Plan national de développement sanitaire 2011 -2015, incluant la lutte contre les MTN ciblées.• Existence d'une politique sectorielle pour la lèpre• Existence d'un draft de politique sectorielle pour l'ulcère de Buruli• Disponibilité de données épidémiologiques sur la lèpre, THA et l'ulcère de Buruli.• Existence d'un plan stratégique pour la lèpre (2011-2015) et pour le Buruli (2008-2012)• Existence d'un draft de plan stratégique national pour l'éradication des mouches TSE-TSE au Gabon (2011-2019)• Intégration des activités de déparasitage lors des dernières Campagnes de vaccination• Disponibilité des médicaments spécifiques gratuits pour la PIM (THA, Ulcère de Buruli et Lèpre)• Existence d'autres services de santé intervenants dans la lutte contre les MTN (IELE, IHPA, SNESPS)• Evaluation finale de la stratégie nationale de lutte contre l'Ulcère de Buruli 2008 – 2012 avec un regard sur certaines MTN (THA, Schistosomiase et Géo helminthes)	<ul style="list-style-type: none">• Absence de décrets pour les programmes en charge des MTN (PLMP, PLMI)• ressources financières allouées par le gouvernement aux programmes en charge de la lutte contre les MTN (PLMP et PLMI) insuffisantes et souvent inadaptées• insuffisance de logistique et d'équipement desdits programmes• faiblesse du SNIS en matière de lutte contre les MTN• cartographie incomplète pour certaines MTN notamment celles à CTP• Faible collaboration intra sectorielle ,• Absence des mécanismes formels de coordination des MTN• Insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines affectées aux programmes en charge de la lutte contre les MTN• Faiblesse dans la lutte anti vectorielle• Absence de stratégie de santé en milieu scolaire et communautaire• Faiblesse dans la diffusion des résultats de la recherche opérationnelle• Faiblesse dans la mise en œuvre des Soins de Santé Primaire• La verticalité de la lutte contre l'Ulcère de Buruli et la THA

Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Projet de société du Président de la République, « l'Avenir en confiance » • Existence du Plan Stratégique Gabon Émergent -Santé 2012-2016 • Engagement de plusieurs Partenaires dans la lutte contre les MTN (OMS, UNICEF, PATTEC, Fondation Raoul FOLLEREAU, FAIRMED, NOVARTIS, SANOFI et autres donateurs en médicaments • <u>SVT, COLUSIMEN, décrets et Affaires soc</u> • Existence d'institutions de recherche (CIRMF, USS, CENAREST, CERMEL • Existence de mass média pouvant être mises à contribution dans la lutte 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faible appropriation de la lutte contre les MTN par les différents acteurs 2. financement incertain par l'Etat des activités de lutte contre les MTN 3. Incertitude quant à la pérennité des financements extérieurs pour l'acquisition des médicaments et la mise en œuvre de certaines activités 4. Faible collaboration intersectorielle 5. Faiblesse dans la lutte anti vectorielle intégrée 6. <u>Faiblesse de la santé publique vétérinaire(à supprimer) ?</u> 7. Difficultés d'accès à l'eau saine et à un assainissement de base 8. Modifications environnementales favorisant l'émergence de certaines MTN 9. Faible implication de la communauté 10. Difficultés d'accès dans certaines zones 11. Peu de partenaires dans la lutte contre les MTN

1.3.4. Lacunes et priorités

Tableau 7 : tableau de compensation des résultats de l'analyse FFOM

Faiblesses	Forces compensant les faiblesses	Opportunités compensant les faiblesses
Absence de décrets des programmes en charge de la lutte contre les MTN (PLMI et PLMP)	Existence d'un projet de décret et d'organigramme pour chacun des deux programmes	Existence de la Commission permanente du ministère de la Santé chargée de l'examen des projets de textes
Ressources financières allouées par le gouvernement aux programmes en charge de la lutte contre les MTN (PLMI et PLMP) insuffisantes et souvent inadaptées Insuffisance de logistique et d'équipement des dits programmes	Existence de plans d'action annuels Processus en cours de la budgétisation par objectifs de programmes (BOP)	Tenue annuelle de conférences budgétaires Existence Plan Stratégique Gabon Émergent (PSGE) Appui des partenaires au développement
Cartographie incomplète pour certaines MTN	Existence de données fragmentaires pour orienter les enquêtes	Engagement des partenaires au développement pour la cartographie de la bilharziose (schistosomiase) et de la filariose lymphatique
Faible collaboration intra sectorielle	Tenue des réunions mensuelles de la Direction Générale de la santé	Tenue des réunions statutaires du Secrétariat Général Les programmes en charge de la lutte contre les MTN cohabitent à Nkembo
Absence des mécanismes formels de coordination des MTN	Les programmes en charge de la lutte contre les MTN relèvent tous de la Direction Générale de la Santé	Elaboration du présent plan directeur des MTN
Insuffisance qualitative et quantitative des ressources humaines affectées aux programmes en charge de la lutte contre les MTN	Possibilité de mobiliser des ressources provenant d'autres programmes/services pour l'organisation de certaines activités	Processus en cours d'élaboration du plan de développement des ressources humaines Création d'une filière de cadres en santé publique à l'INFASS
Absence de stratégie de santé en milieu scolaire	Existence d'un service de médecine scolaire et universitaire	
Intégration insuffisante des activités de lutte contre la lèpre au niveau périphérique	Existence d'un plan de formation 2013-2014	Intégration d'éléments de lutte contre la lèpre dans les plans régionaux de développement sanitaire en cours de finalisation
Verticalité de la lutte contre l'Ulcère de Buruli et la THA	Implication du niveau régional dans les activités de dépistage actif en 2012	Prise en compte des résultats de l'évaluation de la lutte contre le Buruli et les MTN d'octobre 2012
Menaces	Forces compensant les menaces	Opportunités compensant les menaces

Faible appropriation de la lutte contre les MTN par les différents acteurs		
Insuffisance de financement par l'Etat du plan directeur des MTN	Financement équilibré des différentes stratégies du plan directeur des MTN	Consensus des partenaires au développement en faveur d'une stratégie mondiale de lutte contre les MTN
Incertitude quant à la pérennité des financements extérieurs pour l'acquisition des médicaments et la mise en œuvre de certaines activités	Existence de cinq (5) lignes budgétaires de l'Etat pour le financement de la lutte contre la Lèpre, l'Ulcère de Buruli, la THA, la Schistosomiase et l'Onchocercose	Existence d'accords de financement biennaux entre le Ministère de la Santé et l'OMS Existence d'une convention de renforcement pour la lutte contre la lèpre entre le Ministère de la Santé et la Fondation Raoul Follereau
Faible collaboration inter sectorielle	Existence des plans d'action annuels	Convention entre l'OMS et les firmes pharmaceutiques donatrices de médicaments contre certaines MTN Processus en cours de la budgétisation par objectifs de programmes (BOP)
Faiblesse dans la lutte anti vectorielle intégrée	Existence d'une commission interministérielle et d'un point focal PATTEC	Existence d'un département santé/affaires sociales à la Primature
Faiblesse de la santé publique vétérinaire	Existence de l'Institut d'Hygiène Publique et Assainissement	Existence des services de lutte anti vectorielle au niveau des collectivités locales
Difficultés d'accès à l'eau saine et un assainissement de base	Existence de l'Institut d'Hygiène Publique et Assainissement	Existence d'un service ??? au Ministère de l'Agriculture
Modifications environnementales favorisant l'émergence de certaines MTN	Existence du CIRMF	Existence de l'hydraulique villageoise
Faible implication de la communauté	Existence des comités de santé au niveau des départements sanitaires	Ouagadougou PNDS SSP

DEUXIÈME PARTIE: AGENDA STRATÉGIQUE

2.1. MISSION ET BUTS DU PROGRAMME MTN

Vision : Un Gabon soulagé du fardeau des Maladies Tropicales Négligées.

Mission : Mettre en œuvre toutes les actions de gestion, d'évaluation et de partenariat à tous les niveaux pour une lutte efficace contre les Maladies Tropicales Négligées.

But : Contribuer à l'amélioration de la santé des populations par la lutte intégrée contre les Maladies Tropicales Négligées.

Principes directeurs : La mise en œuvre du présent plan directeur sera régie par les principes directeurs qui devront être largement approuvés par les différents acteurs pour une réussite de l'intégration: la subsidiarité, la codécision, la flexibilité, la transparence et l'équité. Ceci passe nécessairement par :

- La mise en place d'un vaste programme de plaidoyer, de sensibilisation et d'information qui cible les pouvoirs publics, les décideurs, les partenaires techniques et financiers, les professionnels de la santé y compris ceux du privé ainsi que les communautés ;
- La mise en place d'un cadre institutionnel de pilotage et de suivi-évaluation présidé par le Ministre de la Santé et regroupant les coordonnateurs des différents programmes MTN et les autres services pouvant intervenir dans la lutte contre les MTN. Ces parties prenantes ont été ciblées à cause de leur implication effective dans les différentes stratégies de lutte contre les MTN, notamment dans la prévention, la recherche, l'approvisionnement en médicaments et l'éducation pour la santé. Ce comité sera élargi aux secteurs de l'élevage, de l'éducation, de l'hydraulique, ainsi qu'aux institutions de recherche et/ou à des partenaires locaux. Il est prévu de faire chaque année un rapport d'avancement de l'exécution du plan, validé et diffusé par ce comité ;
- Une implication effective et coordonnée des différents partenaires pour une utilisation rationnelle et efficiente des ressources disponibles ;
- Un respect strict des normes et protocoles standardisés de prise en charge des cas et de distribution de masse des médicaments, en fonction de la co-endémicité ;
- Une intégration de la planification annuelle des activités de lutte contre les MTN dans les Plans de Travail Annuels au niveau des régions et des départements sanitaires.

Tableau 8 : tableau récapitulatif du cadre stratégique

Stratégies prioritaires	Objectifs stratégiques
<p>Renforcer l'appropriation par le Gouvernement, le plaidoyer, la Coordination et les partenariats</p>	Assurer le renforcement institutionnel des programmes de lutte contre les MTN
	Renforcer les mécanismes de coordination des programmes de lutte contre les MTN à tous les niveaux du système de santé, y compris au niveau communautaire
	Renforcer la collaboration intra et intersectorielle ainsi que le partenariat à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, y compris au niveau communautaire, pour le contrôle, l'élimination et l'éradication de MTN ciblées
	Renforcer le plaidoyer et la visibilité des programmes de lutte contre les MTN et les interventions d'éradication à tous les niveaux
<p>Améliorer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité des programmes nationaux MTN</p>	Elaborer annuellement des plans d'action pour le contrôle, l'élimination et l'éradication de MTN ciblées
	Soutenir l'intégration des activités de lutte contre les MTN dans les plans régionaux et départementaux
	Renforcer les stratégies de mobilisation de ressources pour les interventions de lutte contre les MTN auprès de tous les partenaires potentiels et aux différents niveaux, y compris au niveau des communautés
	Inscrire et mobiliser annuellement les ressources financières des lignes budgétaires du Ministère de la santé allouées à la lutte contre les MTN
<p>Augmenter l'accès aux interventions, au traitement et la capacité de prestations de services pour les MTN, dans le système de santé</p>	réaliser la cartographie de la bilharziose, de la filariose lymphatique, de l'onchocercose d'ici la fin de l'année 2013 disponibiliser la cartographie de la Loase (IELE/ OMS)
	Renforcer les capacités des différents acteurs impliqués dans la lutte contre les MTN, y compris des agents communautaires

	Assurer la disponibilité permanente des médicaments et autres intrants de qualité pour la lutte contre les MTN ciblées
	Augmenter la chimiothérapie préventive intégrée, y compris l'accès aux interventions pour la loase, la filariose lymphatique, les géo-helminthiases, l'onchocercose, et la schistosomiase
	Augmenter la couverture des interventions pour les maladies à prise en charge intensives des cas (THA, lèpre, Buruli, pian et la rage)
	Renforcer la gestion intégrée des vecteurs pour les MTN ciblées ainsi que les mesures d'hygiène, d'assainissement et d'accès à une eau sans risque pour la santé
	Intégrer les activités de lutte contre les MTN dans les Soins de Santé Primaires (SSP) en promotion au Gabon
Renforcer la surveillance, le suivi/évaluation et la recherche opérationnelle sur les MTN	Renforcer la surveillance des maladies tropicales négligées en vue de la riposte, en particulier pour la dengue et le Chikungunya.
	Mettre en place un plan de suivi/évaluation des activités de lutte contre les MTN
	Mettre en place un système de pharmacovigilance dans les activités de lutte contre les MTN intégrant le système national existant
	Renforcer les SNIS en y intégrant les données de lutte contre les MTN
	Mettre à profit les données de couverture d'hygiène, d'assainissement et de disponibilité d'eau sans risque pour la santé en vue d'un plaidoyer pour la consolidation des acquis de la lutte contre les MTN
	Instituer un cadre d'échanges dans la recherche opérationnelle pour le renforcement de la lutte contre les MTN

Tableau 1 : activités de mise en œuvre de la stratégie prioritaire 1 : Renforcer l'appropriation par le Gouvernement, le plaidoyer, la Coordination et les partenariats

activités	Sous activités	calendrier	Ressources requises
Assurer le renforcement institutionnel des programmes de lutte contre les MTN			
Assurer le renforcement institutionnel du programme de lutte contre les maladies parasitaires	Locaux		
	2. Equipement		
	3. Logistique		
	4. Affecter des ressources humaines requises		
	5 Textes réglementaires		
	6. Renforcement des capacités		
	7. Identifier un responsable chargé de la lutte contre les schistosomiasés et géo helminthiasés		
	8. Identifier un responsable chargé de la lutte contre l'onchocercose et FL		
	9. Identifier un responsable chargé de la lutte contre la THA		
Assurer le renforcement institutionnel du programme de lutte contre les maladies infectieuses	Locaux		
	5. Equipement		
	6. Logistique		
	7 Textes réglementaires		
	8. Affecter des ressources humaines requises		
	9. Renforcement des capacités		
Renforcer les mécanismes de coordination des programmes de lutte contre les MTN à tous les niveaux du système de santé, y compris au niveau communautaire			

Créer un cadre formel de coordination entre les deux programmes chargés de la lutte contre les MTN	1. Faire prendre par le DGS une note de service autorisant les deux programmes chargés de la lutte contre les MTN à travailler en collégialité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire		
	2. Etablir un calendrier de travail annuel entre les deux programmes de lutte contre les MTN		
	3. Organiser des réunions mensuelles de planification entre les deux programmes de lutte contre les MTN		
Renforcer la collaboration intra et intersectorielle ainsi que le partenariat à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, y compris au niveau communautaire, pour le contrôle, l'élimination et l'éradication de MTN ciblées	1. Identifier les différents intervenants dans la lutte contre les MTN		
	2. Créer des textes définissant la forme de collaboration entre les différents intervenants de la lutte contre les MTN		
	3. Etablir un calendrier de travail entre les différents intervenants de la lutte contre les MTN		
	4. Tenir des réunions de travail entre les différents intervenants de la lutte contre les MTN		
	5. Identifier les relais communautaires en matière de lutte contre les MTN		
	6. Mettre en place un comité de coordination des relais communautaires		
Renforcer le plaidoyer et la	Elaborer un plan de communication		

visibilité des programmes de lutte contre les MTN et les interventions d'éradication à tous les niveaux	pour les MTN		
	Recenser tous les partenaires potentiels en matière de lutte contre les MTN		
	Organiser des fora et tables rondes pour la mobilisation des ressources		
	Mener le plaidoyer à tous les niveaux		
	Utiliser les résultats des revues des programmes de lutte contre les MTN pour la prise de décision		
	Elaborer les supports de communication		
	Multiplier et diffuser les supports de communication		
	Organiser des émissions radio-télévisées sur les MTN		

Tableau 2 : activités de mise en œuvre de la stratégie prioritaire 2 : Améliorer la planification axée sur les résultats, la mobilisation des ressources et la durabilité des programmes nationaux MTN

activités	Sous activités	calendrier	Ressources requises
Elaborer un plan stratégique pluri-annuel de lutte contre les MTN ainsi que des plans opérationnels annuels pour le contrôle, l'élimination et l'éradication de MTN ciblées	Faire la recherche documentaire		
	Organiser des réunions d'élaboration des plans		
	Organiser un atelier de finalisation et de validation des plans		
	Multiplier et diffuser les plans		
Soutenir l'intégration des activités de lutte contre les MTN dans les plans régionaux et départementaux	Participer aux réunions régionales d'élaboration des plans		
	Participer aux réunions départementales d'élaboration des plans		
Renforcer les stratégies de mobilisation de ressources pour les interventions de lutte contre les MTN auprès de tous les partenaires potentiels et aux différents niveaux, y compris au niveau des communautés	Renforcer les capacités des équipes régionales et départementales en matière de mobilisation de ressources		
	Elaborer un module sur la mobilisation des ressources dans le plan de formation des acteurs de la lutte contre les MTN		
Inscrire et mobiliser annuellement les ressources financières des lignes budgétaires du Ministère de la santé allouées à la lutte contre les MTN	Participer aux conférences budgétaires		

PS3 : Augmenter l'accès aux interventions, au traitement et la capacité de prestations de services pour les MTN, dans le système global de santé

Programmes	Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
Lèpre	Réduire d'au moins 50% le taux de nouveaux cas dépistés présentant une invalidité de degré 2 OMS pour 100.000 habitants d'ici à 2015, en prenant comme référence la situation en décembre 2010.	Détecter au moins 90% des nouveaux cas, avant l'apparition d'une invalidité visible	Amélioration de la précocité du dépistage par la sensibilisation des populations et la formation du personnel de santé	Population	Moins 90% invalidités au dépistage Taux de guérison 100% Au moins 50% de réactions traitées % de nouveaux cas dépistés précocement
		Guérir 100% des nouveaux cas de lèpre détectés par la polychimiothérapie (PCT)	Accès équitable à un traitement par une PCT de qualité adéquate et gratuite (y compris au diagnostique différentiel et bactériologique)	Malades	% des nouveaux cas de lèpre guéri
		Mettre en place un programme de plaidoyer, de communication et de mobilisation sociale	-Réduction de la stigmatisation ; -Sensibilisation de la population, plaidoyer	MSP, partenaires et population	-programme de plaidoyer disponible, -nombre de communication et de

					mobilisation sociale
		Prendre en charge de façon correcte au moins 50% des complications (réactions et névrites) identifiées	Amélioration de la prise en charge des urgences médicochirurgicales par l'intégration de la lutte (y compris le circuit d'orientation recours)	Malades	% des complications prises en charge
		Prévenir l'apparition des incapacités additionnelles chez les malades traités par la PCT	Renforcement de la prévention des invalidités imputables à la lèpre chez les malades traités à la PCT	Malades traités par la PCT	% des malades traités avant l'apparition des incapacités
		Offrir un accès équitable à des services appropriés au moins 10% des personnes touchées par la lèpre qui nécessite un suivi personnalisé	Organisation de la réadaptation physique à base communautaire et sociale	MSP	% de réadaptation physique
		Contribuer à l'élimination de la discrimination à l'encontre des personnes touchées par la lèpre et des membres de leur famille	-Réduction de la stigmatisation -Sensibilisation de la population	Population	Nombre des séances de sensibilisation
		Mettre en place un cadre de suivi-évaluation	-Développement des outils de suivi-évaluation -Suivi-évaluation -Monitoring	Tous les foyers de la Lèpre	-Supervisions réalisées ; -Rapports de supervisions

Trypanosomiase Humaine Africaine (THA)	Eliminer la THA comme problème de santé publique d'ici 2020	Compléter la cartographie de la THA dans les zones dont l'endémicité n'est pas connue	Dépistage actif	Toute la population des zones suspectes	Nombre de nouvelles zones endémiques cartographiées
		Renforcer les capacités institutionnelles de la coordination de la lutte contre la THA	Renforcement en ressources humaines Formation/recyclage Equipement Logistique Locaux	Coordination du PNLTHA	Nombre de ressources humaines affectés au PNLTHA Nombre de personnes formées Quantité des matériels techniques disponibles Nombre de moyens roulants Nombre de locaux disponibles

			Dépistage actif dans les nouveaux villages avec cas confirmé en passif	Population des villages	Nombre de personnes dépistées
		Mettre à l'échelle les interventions de dépistage et de PEC correcte des cas	Approvisionnement en médicaments spécifiques	PNLTHA	Quantité de médicaments reçue
			Approvisionnement en médicaments non spécifiques	PNLTHA	Quantité de médicaments reçue
			Approvisionnement en réactifs spécifiques	PNLTHA	Quantité de réactifs reçue
			Traitement des cas dépistés	Malades	% des malades ayant reçu correctement le traitement
			Suivi – post thérapeutique des cas	Malades traités	% des malades déclarés guéris
			Mettre un accent à la Lutte anti-vectorielle	Piégeage	Sites de transmission
		Mettre en place la	-Sensibilisation	Population des	Nombre de

		mobilisation sociale pour la lutte contre la THA	-IEC	foyers de THA	campagne de sensibilisation et d'IEC effectuées
		Mettre en place la Gestion des cas de complication	-Base de données -Système de pharmacovigilance intégré	-SNIS - Pharmacovigilance intégré au système national	-Rapports -Nombre de personnes sous traitement
		Mettre en place un cadre de suivi-évaluation	-Développement des outils de suivi-évaluation -Suivi-évaluation -Monitoring	Tous les foyers de la THA	-Supervisions réalisées ; -Rapports de supervisions
Schistosomiase (Bilharziose)	Contrôler les Schistosomiasés comme problème de santé publique dans les zones d'endémies d'ici 2016	Elaborer la cartographie des schistosomiasés avant fin 2013	- Enquêtes	Departments ciblés	Cartographie réalisée.
		Identifier et évaluer la prévalence de la schistosomiase dans les sites sentinelles	Surveillance de routine	Les enfants d'âge scolaire	Nombre de sites fonctionnels
		Approvisionnement en médicaments spécifiques	Commande	Programme Schistosomiase	Quantité de médicaments reçue
		Approvisionnement en réactifs spécifiques	Commande	Programme Schistosomiase	Quantité de réactifs reçue
		Traiter chaque année au moins 75% des enfants d'âge scolaire et les groupes cibles en zone	Couverture thérapeutique	Population	Proportion des personnes traitées

		d'endémie			
		Elaborer un plan de communication pour la lutte contre la schistosomiase	-IEC -CCC	Tous les foyers de la Schistosomiase	Plan de communication élaboré
		Mettre en œuvre un plan de gestion de la toxicité des effets secondaires liés à la toxicité du Praziquantel	Application d'un système de pharmacovigilance	Populations traitées	% d'effets secondaires
		Déterminer l'impact des interventions à travers l'évaluation périodique des sites sentinelles	Développement des outils de suivi-évaluation -Monitoring	Les sites sentinelles	-Supervisions réalisées ; -Rapports de supervisions
		Déterminer la prévalence des complications liées aux schistosomiasés dans les zones de forte endémicité	Recherche opérationnelle des complications	Malades	% des malades avec des complications.
Ulcère de Buruli (UB)	Dépister et prendre en charge précocement les nouveaux cas de Buruli	Dépistage des cas de l'ulcère Buruli	Détection précoce	Population	Réduire de 50% la proportion de nouveaux cas de UB

					déTECTÉS PRÉSENTANT une forme grave (TII ou TIII) Proportion des personnes dépistées
		Prendre en charge 100% des cas dépistés	Traitement	Malades	Proportion des malades traités
		Prendre en charge les invalides	Chirurgie	Malades	Proportion des invalides pris en charge
		Mettre en place la mobilisation sociale pour la lutte contre l'UB	-Sensibilisation -IEC	Populations	-Population sensibilisée -Population éduquée
		Renforcer les capacités des agents de santé en vue d'améliorer la qualité du diagnostique	Formation	Agents de santé	Nombre d'agents formés
		Mettre en place un cadre de suivi-évaluation	-Développement des outils de suivi- évaluation -Suivi-évaluation -Monitoring	Tous les foyers de l'Ulcère de Buruli	-Supervisions réalisées ; -Rapports de supervisions
Filariose lymphatique (FL)	Elimination d'ici 2020	Réaliser la cartographie de la FL	Enquête	Population	Cartographie réalisée
		Approvisionnement en médicaments spécifiques	Commande	Programme LF	Quantité de médicaments reçus

		Approvisionnement en réactifs spécifiques	Commande	Programme LF	Quantité de réactifs reçue
		Prendre en charge au moins 90% des malades présentant des éléphantiasis et des hydrocèle	Formation	Personnel de santé	Personnel de santé formé
			Dépistage des porteurs de complication (hydrocèle et ou lymphoedème) au cours des campagnes de traitement de masse	Malades	% des d'éléphantiasis et d'hydrocèles
			-Renforcement de la chirurgie de routine des hydrocèles par des campagnes périodiques	Porteurs d'éléphantiasis et hydrocèles	% des d'éléphantiasis et d'hydrocèles traités
		Prendre en charge au moins 75% des cas de FL	Traitement	Population malade	Taux de couverture thérapeutique
		Mettre en place un cadre de suivi-évaluation	Elaboration des outils de suivi-évaluation	Programme LF	Outils élaborés
			-Suivi-évaluation/ Monitoring	Structures de santé des foyers	Rapports de supervisions
Géo helminthiases	Contrôler les géo	Réaliser la cartographie	Enquête	Population	Cartographie

	helminthiases au Gabon d'ici 2016	des géo helminthiases			réalisée
		Approvisionnement en médicaments spécifiques	Commande	Programme Géo	Quantité de médicaments reçue
		Approvisionnement en réactifs spécifiques	Commande	Programme Géo	Quantité de réactifs reçue
		Traiter au moins 80% des enfants d'âge scolaire	Traitement de masse dans les écoles	Les enfants	% des enfants traités
		Traiter au moins 90% des personnes souffrants des helminthiases	Traitement	Les malades	% des malades traités
		Prévenir la transmission des géo helminthiases	-IEC -CCC	La population	Nombre de séance de sensibilisation réalisées/ département
Onchocercose	Elimination comme maladie dans les zones d'endémie (les plus de 15 ans)	Mettre en place le système de traitement de masse annuel par l'Albendazole	-Traitement de masse annuel	la population âgée de plus les 5 ans vivant dans les zones à risque	% de la population traitée
		Informier / Sensibiliser	-IEC/CCC	populations cibles	Population sensibilisée et éduquée
		Approvisionnement en médicaments spécifiques	Commande	Programme Onchocercose	Quantité de médicaments reçue

		Approvisionnement en réactifs spécifiques	Commande	Programme Onchocercose	Quantité de réactifs reçue
		Assurer l'évaluation épidémiologique annuelle	Evaluation épidémiologique annuelle	Toute la population âgée de plus les 15 ans vivant dans les villages sentinelles	Taux de prévalence de la microfilarémie dans les sites sentinelles
		Assurer l'évaluation entomologique annuelle	Evaluation entomologique	Les zones infestées de simulies	Taux d'infectivité
		Assurer l'auto monitoring communautaire (AMC)	-Formation ;	Leaders communautaires ;	-Personnes formées
			Collecte des données	Tous les villages sous traitement	Les rapports de l'AMC ; Nombre de villages réalisant l'AMC
		Mettre en place un cadre de suivi-évaluation	Elaboration des outils de suivi-évaluation	Programme Onchocercose	Outils élaborés
			-Suivi-évaluation/ Monitoring	Structures de santé des foyers/ Village	Rapports de supervisions

PS3 : Augmenter l'accès aux interventions, au traitement et la capacité de prestations de services pour les MTN, dans le système global de santé (suite)

Programme MTN	Objectif général	Objectifs spécifiques	Stratégies	Cibles	Indicateurs
pian	contrôle				
rage	Contrôler la rage humaine		Sérovaccination préventive Vaccination personnes risques Vaccination 75% chiens		
Dengue	surveillance				
chikungunya	surveillance				

PS4 : Renforcer la surveillance, le suivi/évaluation et la recherche opérationnelle sur les MTN

activités	Sous activités	calendrier	Ressources requises
Renforcer la surveillance des maladies tropicales négligées en vue de la riposte, en particulier pour la dengue et le Chikungunya.	Renforcer les capacités des prestataires de soins en matière de surveillance des MTN		
	Renforcer les capacités des relais communautaires en matière de suspicion et d'information sur les MTN		
	Elaborer et multiplier les supports de sensibilisation pour la surveillance des cas de MTN		
	réaliser les campagnes de sensibilisation auprès des communautés pour la surveillance des MTN		
	Elaborer et disponibiliser auprès des structures les fiches de notification des cas		
	Doter les structures de soins en kits de prélèvement		
Mettre en place un plan de suivi/évaluation des activités de lutte contre les MTN	Elaborer des grilles de supervisions		
	Organiser des supervisions formatives dans les structures de soins et auprès des communautés		
	Assurer la collecte trimestrielle des données sur les activités de lutte contre les MTN		

	Réaliser des évaluations semestrielles de la mise en œuvre des activités de lutte contre les MTN		
Mettre en place un système de pharmacovigilance dans les activités de lutte contre les MTN intégrant le système national existant	Elaborer, multiplier et disponibiliser les fiches de surveillance des effets secondaires des traitements administrés aux patients		
	Renforcer les capacités des prestataires de soins dans la surveillance et la prise en charge des effets secondaires		
	Introduire la liste des médicaments contre les MTN dans le système national de pharmacovigilance		
	Faire acheminer les fiches de surveillance de la pharmacovigilance concomitamment avec celles de collecte de données des cas.		
Renforcer les SNIS en y intégrant les données de lutte contre les MTN	Préparer une liste réduite d'indicateurs des MTN à introduire dans le SNIS		
	Participe à l'atelier d'élaboration et de validation des indicateurs du SNIS		
Mettre à profit les données de couverture d'hygiène, d'assainissement et de disponibilité d'eau sans risque pour la santé en vue d'un plaidoyer pour la consolidation des acquis de la lutte contre les MTN	Désigner un point focal au niveau du comité de coordination des MTN chargé de la collecte des données auprès de l'IHPA, SEEG, Ministère des Mines, collectivités locales et le Ministère de l'agriculture.		
	Etablir un		

	chronogramme de collecte de données auprès des institutions partenaires		
	Assurer la collecte périodique des données auprès des institutions partenaires		
Instituer un cadre d'échanges dans la recherche opérationnelle pour le renforcement de la lutte contre les MTN	Transmettre des échantillons prélevés lors de la surveillance aux laboratoires selon leurs spécialités		
	impliquer les techniciens du programme MTN dans la recherche opérationnelle		

TROISIEME PATIE

3.1 BUTS, OBJECTIFS, STRATEGIES ET CIBLES DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LES MTN

3.7 Pharmacovigilance

La prise des médicaments utilisés dans le cadre des MTN comme tout autre médicament, peut entraîner des effets secondaires. Ces effets secondaires pour la plupart sont mineurs et leur prise en charge est symptomatique. L'Ivermectine est le médicament qui pose le plus de problèmes dans le cadre de la distribution de masse surtout dans les zones co-endémiques avec la loase. Son administration peut entraîner des Effets Secondaires Graves pouvant évoluer jusqu'au coma et entraîner la mort.

L'analyse de la situation eu égard aux effets secondaires est résumée dans les sections qui suivent.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Beaucoup de personnels en service ont déjà été formés à la prise en charge des effets secondaires liés au Mectizan® - Existence d'un guide de prise en charge et de gestion des effets secondaires - Existence des hôpitaux de référence avec renforcement de leurs capacités dans les zones de distribution du Mectizan® - Existence de produits médicaux nécessaires à la prise en charge des effets secondaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Appropriation lente de la gestion des effets secondaires par le MINSANTE (prise en charge et fourniture en médicament) - Insuffisances dans les supervisions et suivi (non identification précoce des malades, suivi et traitement) - Insuffisance des moyens logistiques - Mauvaise gestion (détournement) des matériels et médicaments
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Existence des facultés de Médecine et les Ecoles des paramédicaux 	<ul style="list-style-type: none"> - Enclavement - Ignorance/Fausse croyances - alcoolisme - Instabilité du personnel formé

Les activités prévues dans ce domaine vont concourir à renforcer le système de pharmacovigilance.

Tableau N° : Activités de renforcement de la pharmacovigilance dans les programmes de lutte contre les MTN

Activités	Sous-activités	Calendrier			
Objectif stratégique n°1 : Renforcer le système de pharmacovigilance.					
Rendre performant le système et les mécanismes de la	-Renforcer les capacités techniques et en ressources humaines financières et matérielles	2012	2013	2014	2015
	-Renforcer les supervisions/suivi	x	x	x	x

pharmacovigilance	-Renforcer les structures en moyens logistiques -Assurer une bonne gouvernance dans la gestion des médicaments -Renforcer le système d'information/alerte				
-------------------	---	--	--	--	--

3.8 Surveillance après intervention et intégration dans les soins de santé primaires

La surveillance sera à la fois active et passive.

La surveillance active comportera trois volets :

- Un volet clinique : qui permettra à partir de la définition clinique des cas, de notifier les cas détectés
- Un volet biologique qui permettra à partir de sites sentinelles préalablement définis, de suivre l'évolution des différents taux d'infestation dans la population pour les MTN selon les directives de l'OMS.
- Un volet entomologique et malacologique qui permettra de surveiller la réapparition des vecteurs et hôtes intermédiaires et de vérifier leur capacité de transmission.

La surveillance passive se fera dans le cadre de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR) en vigueur au niveau du système national et comportera : la collecte, l'analyse, l'interprétation des données, la diffusion des données aux différents niveaux du système de santé et la prise de décision.

Tableau N° : Activités de surveillance et de durabilité

Activités	Sous-activités	Calendrier					Ressources m
Objectif stratégique n°1 : Renforcer le système de surveillance des MTN dans le système de santé existant,							
Vulgariser le document du Surveillance Intégrée des Maladies et Réponse (SMIR) contenant la définition des cas des MTN et autres		x	x				Ressources fi
Collecter les informations de base dans les sites sentinelles	-Identifier les sites sentinelles pour les interventions concernées -Former les personnels chargés de la collecte des données de surveillance -Equiper les personnels	x	x	x	x	x	Logistique Financements Ressources h
Mener les enquêtes entomologiques et malacologiques de surveillance	-Elaborer les TDR des enquêtes -Planifier les enquêtes -Acquérir les équipements et consommables	x	x	x	x	x	Logistique Financements Ressources h
Renforcer les capacités des communautés et relais communautaires	-Définir les TDR et contenus de formations -Tenue des ateliers de formation	x	x	x	x	x	Logistique Financements Ressources h

l'identification et reporting de cas suspects							
---	--	--	--	--	--	--	--