

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COOPÉRATION ET DU DÉVELOPPEMENT

**ÉVALUATION DE LA COOPÉRATION FRANÇAISE
DANS LE SECTEUR SANTÉ AU GABON
(1990-2001)**

ÉTUDE RÉALISÉE PAR :

Caroline Damour

Michael Marx

Gilles de Pas

Octobre 2002

MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES

*Cette évaluation est un document interne réalisé à la demande du ministère français des Affaires étrangères.
Les commentaires et analyses développés n'engagent que leurs auteurs et ne constituent pas une position officielle.*

Tous droits d'adaptation, de traduction et de reproduction par tous procédés,
y compris la photocopie et le microfilm, réservés pour tous les pays.

Photo de couverture : vue aérienne de Libreville - Photothèque du ministère des Affaires étrangères.
© Ministère des Affaires étrangères, 2003.

ISSN : 12 49-4844
IBSN : 2-11-093567-7

SYNTHÈSE	13
1 Spécificités du gabon	13
2 Spécificités de la coopération française dans le secteur santé.....	15
3 Recommandations.....	19
En bref	21
INTRODUCTION	23
MÉTHODOLOGIE	25
PREMIÈRE PARTIE CADRE DE L'INTERVENTION	27
1.1 LE CONTEXTE GABONAIS	27
1.1.1 Le cadre général	27
1.1.2 La situation économique et sociale	27
1.1.3 La situation sanitaire	28
1.1.4 Commentaires.....	28
1.2 LE CADRE SANITAIRE	28
1.2.1 La politique de santé	28
1.2.2 L'organisation et le fonctionnement du système de santé	30
1.2.3 Les ressources humaines	32
1.2.4 Le secteur pharmaceutique	33
1.2.5 Le programme de lutte contre le VIH/SIDA	35
1.2.6 Le financement de la santé.....	36
1.3 LES PARTENAIRES INTERNATIONAUX AU DÉVELOPPEMENT	38
1.3.1 La coopération multilatérale	38
1.3.2 La coopération bilatérale	40
1.3.3 La concertation entre les acteurs.....	41

DEUXIÈME PARTIE | **ÉVALUATION DES ACTIONS
DE LA COOPÉRATION FRANÇAISE
DANS LE SECTEUR SANTÉ43**

2.1 LES ACTIONS ENTREPRISES DANS LE CADRE DES PROJETS FAC43

2.1.1 L'appui à la mise en œuvre de la politique nationale.....45

2.1.2 La lutte contre le VIH/SIDA55

2.2 LES AUTRES INTERVENTIONS DE LA FRANCE58

2.2.1 L'appui au secteur hospitalier58

2.2.2 La mise en place d'un S.A.M.U. à Libreville59

2.2.3 L'appui au Centre International de Recherche Médicale de Franceville (CIRMF)60

2.2.4 La coopération décentralisée entre la Seine Saint-Denis et l'Ogooue Maritime61

2.3 LES MOYENS ET MODALITÉS DE LA COOPÉRATION FRANÇAISE62

2.3.1 Les financements.....62

2.3.2 L'assistance technique63

2.3.3 Le dispositif projet64

2.3.4 Les bourses d'étude65

2.3.5 Les opérateurs et la coopération décentralisée65

2.3.6 Le jumelage interhospitalier66

2.4 L'ANALYSE SELON LES CRITÈRES D'ÉVALUATION66

2.4.1 Pertinence des objectifs visés66

2.4.2 Cohérence vis-à-vis des politiques et des actions entre elles.....67

2.4.3 Efficacité et efficience des actions engagées.....68

2.4.4 Viabilité ou pérennité des projets.....71

2.4.5 Impact des actions menées71

2.5 LA PERCEPTION DES BÉNÉFICIAIRES72

TROISIÈME PARTIE | **RECOMMANDATIONS75**

ANNEXES

1	TERMES DE RÉFÉRENCE	85
2	LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES	90
3	DOCUMENTS CONSULTÉS.....	93
4	PROGRAMME DE LA MISSION DES ÉVALUATEURS AU GABON	98
5	DONNÉES SOCIO-SANITAIRES DU GABON	101
6	DONNÉES SUR LES RESSOURCES HUMAINES.....	102
7	ACTIVITÉ 2000 DU CENTRE HOSPITALIER DE LIBREVILLE	103
8	ÉVOLUTION COMPARATIVE D'INDICATEURS SUR PLUSIEURS PAYS.....	104
9	OBJECTIFS, STRATÉGIES ET PRÉCONISATIONS DU PLAN NATIONAL D'ACTION SANITAIRE	105
10	ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE	107
11	RÉFORME DE LA PROTECTION SOCIALE.....	108
12	AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT	112
13	ÉVOLUTION DU BUDGET SANTÉ.....	113
14	CRÉDITS DÉCONCENTRÉS D'INTERVENTION 1988-1990	114
15	FAC 92/013/00 : APPUI À L'HARMONISATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ AU GABON	115
16	FAC 980009700 : APPUI AU PLAN NATIONAL D'ACTION SANITAIRE	123
17	FINANCEMENTS DES PROJETS FAC SIDA	133
18	FAC SIDA 96009800 : PRÉVENTION ET SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH-SIDA	135
19	L'HOPITAL SCHWEITZER.....	141
20	FINANCEMENTS SUR TITRE IV	142
21	RÉPARTITION DES FINANCEMENTS DE LA COOPÉRATION SEINE-ST DENIS-OGOOUÉ MARITIME	143
22	FINANCEMENTS SUR TITRE VI.....	144
23	POSTES D'ASSISTANTS TECHNIQUES.....	145
24	LETTRES DE MISSION – ASSISTANCE TECHNIQUE – SANTÉ.....	146
25	DESCRIPTION DES PHASES D'UN PROJET / MAE.....	150
26	BOURSES FINANCÉES PAR LA COOPÉRATION FRANÇAISE	151
27	LA COOPÉRATION FRANÇAISE DANS LE MÉDICAMENT	152
28	RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS DU CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE MÉDICALE DE FRANCEVILLE	156

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Données caractéristiques du Gabon.....	27
Tableau 2 : Évolution des taux de mortalité	28
Tableau 3 : Indicateurs pour l'ensemble des FS publiques.....	31
Tableau 4 : Exportations pharmaceutiques française en Afrique francophone.....	34
Tableau 5 : Nombre d'établissements pharmaceutiques privés	35
Tableau 6 : Financement des structures du service public.....	36
Tableau 7 : Tableau synthétique des modes de financement	37
Tableau 8 : APD (hors prêt) des bailleurs de fonds sur les 10 dernières années	41
Tableau 9 : Chronologie des faits marquants sur la période	44
Tableau 10 : Projet harmonisation des systèmes de santé Estimation des financements 1992	46
Tableau 11 : Moyens financiers Projet FAC 98.....	49
Tableau 12 : Répartition du FAC 98 par composante.....	50
Tableau 13 : Répartition des AT	63
Tableau 14 : Comparaison de situation des postes d'AT 1991/92 et 2001/02	64
Tableau 15 : Résultats obtenus	69
Tableau 16 : Perception de la coopération française	72
Tableau 17 : Perception de la contribution gabonaise / mise en œuvre du PNAS	73
Tableau 18 : Options stratégiques	75-76

ABRÉVIATIONS ET SIGLES UTILISÉS

AFD	Agence Française de Développement
APD	Aide Publique au Développement
APHP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
AT	Assistant Technique de la Coopération
BAD	Banque Africaine de Développement
BID	Banque Islamique de Développement
BM	Banque Mondiale
CDI	Crédit Déconcentré d'Intervention
CHL	Centre Hospitalier de Libreville
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIRMF	Centre International de Recherche Médicale de Franceville
CMG	Couverture Maladie au Gabon
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CNGS	Caisse Nationale de Garantie Sociale
CNTS	Centre National de Transfusion Sanguine
CS	Centre de Santé
CSN	Coopérant du Service National
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
DCI	Dénomination Commune Internationale
DMP	Direction du Médicament et de la Pharmacie
DGPIE	Direction Générale de la Planification, des Infrastructures et des Équipements
DGRH	Direction Générale des Ressources Humaines et des Moyens Généraux
DGS	Direction Générale de la Santé
DRS	Direction Régionale Sanitaire
DRSL	Direction Régionale Sanitaire de Libreville
DSP	Document de Stratégie Pays
EDRF	École Doctorale Régionale de Franceville
EGIDE	Centre Français pour l'Accueil et les Échanges Internationaux (précédemment CIES)
ENSAS	École Nationale de Santé et d'Action Sociale
FAC	Fonds d'Aide et de Coopération
FED	Fonds Européen de Développement
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FSD	Fonds Social de Développement
FSP	Fonds de Solidarité Prioritaire (a succédé au FAC)
IDE	Infirmier Diplômé d'État
IEC	Information, Éducation et Communication
IELE	Institut d'Épidémiologie et de Lutte contre les Endémies
IST	Infection Sexuellement Transmissible
MAE	Ministère des Affaires Étrangères
MEG	Médicament Essentiel Générique
MSP	Ministère de la Santé Publique
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé
OPN	Office Pharmaceutique National
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PNAS	Plan National d'Action Sanitaire
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida
PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SCAC	Service de Coopération et d'Action Culturelle
SMI/PF	Santé Maternelle et Infantile / Planification Familiale
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine

SYNTHÈSE

Le ministère des Affaires étrangères a décidé d'évaluer l'action de la France dans le secteur santé au Gabon depuis 10 ans. Dans cette optique, il souhaite mettre en évidence « les résultats obtenus, les forces et les faiblesses du dispositif, l'adéquation de celui-ci à la réalité gabonaise, la cohérence de l'action par rapport aux choix politiques gabonais et son articulation avec les actions menées par les autres bailleurs de fonds ». Il désire également disposer d'éléments de choix stratégiques à partir des enseignements tirés de cette évaluation.

1 Spécificités du gabon

Le Gabon présente un certain nombre de paradoxes.

Un pays étendu, de population peu nombreuse et majoritairement urbaine

Pays équatorial d'une superficie de 267 670 km² et peu peuplé (1.300.000 habitants), la population du Gabon se concentre à 80 % en zone urbaine essentiellement à Libreville, Port Gentil et Franceville suite à une migration effectuée principalement ces 15 dernières années¹. Cette situation explique les conditions sanitaires précaires de certains quartiers et le déséquilibre marqué entre la ville et la campagne en matière de facilité d'accès aux soins.

Une économie marquée par l'importance du pétrole et par le poids de sa dette

Le pétrole constitue la principale ressource financière du pays. Les recettes budgétaires ont atteint un record historique en 2001 avec un montant de 900 milliards de F CFA sur un total de 1 300 milliards en ressources, grâce à un cours du pétrole et à un taux de change du dollar favorables. Les perspectives sont en revanche moins bonnes : avec l'épuisement des réserves, la production devrait connaître une réduction de l'ordre de 20% par an jusqu'à atteindre, en 2005, la moitié de son niveau actuel (13,6 Mto en 2000).

L'absence de gestion des finances publiques a conduit le pays à un taux d'endettement considérable – 2 460 milliards de F CFA, soit 70% du PIB en 1998 - et à la cessation de paiement des dettes extérieures. Cette situation a entraîné l'instauration d'un régime de sanction de la part des bailleurs de fonds, levé en 2001 lorsque les arriérés de paiement ont commencé à être remboursés.

Un pays "nanti" mais socialement sous-développé

Avec un PIB/habitant élevé de 3 700 US\$ (2 590 000 F CFA) en 2001, le revenu du Gabon se situe bien au-dessus de la moyenne des pays africains sub-sahariens et le place parmi les pays à revenus intermédiaires. Cependant, avec 83% de la population vivant sous le seuil de pauvreté (rapport Banque mondiale, 2000), le Gabon se trouve au 109^e rang sur 174 selon l'Indicateur du Développement Humain. alors qu'il est classé au 65^e rang mondial et au 8^e du continent africain sur le plan du revenu national. Environ 20 % de la population en zone urbaine dispose d'un revenu inférieur au seuil de pauvreté absolu (1 US\$ / jour).

¹ Cf. Enquête démographique et de Santé, 2000.

Un régime présidentiel très affirmé mais un Etat peu efficient

« Le Gabon est un village, tout le monde se connaît, tout se sait et tout remonte au Président »².

Ce mode de gestion commun en Afrique, s'il peut se montrer parfois efficace, est porteur des inconvénients habituels que sont le clientélisme et la préférence pour l'expression de l'obéissance à celle de la compétence. Il est aussi la caution des pratiques d'allégeance et de non prise de décision. Il se traduit soit par des blocages, quand le niveau supérieur n'a pas la capacité de donner suite à un dossier (au-delà d'intérêts à préserver), soit par des initiatives au coup par coup telles les constructions d'hôpitaux inopportunes ou sans relation avec les besoins de la population, et ce, au prix de l'augmentation de la dette et au bénéfice de certaines entreprises locales.

Une dépense nationale de santé importante mais un état sanitaire préoccupant

Alors que le budget santé est le plus élevé de la région - de l'ordre de 50 000 F CFA / habitant et par an -, l'accès aux soins ne s'est pas amélioré et les indicateurs de santé restent médiocres, avec une morbidité et une mortalité toujours largement dominées par les maladies infectieuses et parasitaires et par l'épidémie de VIH/Sida qui semble progresser inexorablement.

Le circuit d'affectation des financements, le développement cloisonné de plusieurs systèmes sanitaires dus à l'absence de planification et de politique sectorielle, ainsi que la faiblesse de gestion du secteur (peu de suivi et d'évaluation des activités, déséquilibre budgétaire des postes ...) en sont les raisons le plus souvent évoquées.

Un tel système de santé, peu efficient pour la majorité de la population et ne permettant pas aux plus pauvres d'accéder aux soins, est source d'un mécontentement croissant de la part de la population et d'un discrédit notable des services publics de santé.

Une paupérisation relative en progression et un état sanitaire en dégradation sans être pour autant une priorité de l'Etat

La conception idéalisée qu'un état moderne se caractérise par une médecine sophistiquée se traduit par une priorité accordée aux hôpitaux et aux investissements en équipements aux dépens d'une véritable politique de prévention et de prise en charge des soins de santé de base. La vision collective et solidaire de la santé, actuellement émergente et exprimée dans certains "discours" officiels sur la santé publique, ne se traduit pas dans les faits, voire se trouve en contradiction avec les décisions (ou non-décisions) prises. Manifestement, la santé "publique" n'est pas une priorité et l'Etat ne manifeste aucune volonté d'y remédier.

A titre d'exemple :

- La ligne "vaccination" reste virtuelle au budget³ et le taux de couverture vaccinale est passé de 88% en 1985 à 17% en 2001⁴.
- La loi d'orientation de la politique de santé a été promue en 1995, mais, 7 ans après, aucun décret d'application n'a été publié.
- La demande de levée des droits de douanes visant à favoriser l'introduction des médicaments génériques s'est traduite par une exonération étendue à l'ensemble des médicaments (y compris les spécialités et les médicaments de confort).

² Donnée présentée comme explication par plusieurs interlocuteurs.

³ Une ligne budgétaire (plus de 300 millions CFA) concernant le Programme élargi de vaccination (PEV) était inscrite en 2001. A ce jour il n'y a eu aucun décaissement.

⁴ La dimension scandaleuse de la situation réside dans le fait qu'un des pays des plus riches du continent se retrouve avec une des plus mauvaises couvertures vaccinales !

Une coopération multilatérale centrée sur ses champs traditionnels et des coopérations bilatérales marquées par leurs intérêts commerciaux

Les bailleurs multilatéraux présents au Gabon mènent ou ont mené des actions dans le secteur santé⁵ principalement dans la lutte contre le Sida et la formation (UNICEF). Après avoir accordé d'importants financements à ce secteur, l'UE a cessé ses interventions dans la santé faute d'expression d'une véritable politique sectorielle nationale. L'action bilatérale de certains pays (Autriche, Canada, Espagne...) relève davantage de relations commerciales (construction et équipement d'hôpitaux sur prêts) que de coopération sanitaire. La France également, dans le cas particulier des médicaments, est partagée entre le soutien aux laboratoires pharmaceutiques et la promotion des médicaments génériques.

Le ministère gabonais de la Santé mais aussi l'OMS devraient assurer leur rôle attendu de coordination vis-à-vis des bailleurs et se montrer plus dynamiques pour optimiser leurs actions, en particulier dans le cadre d'une concertation organisée entre eux.

Le Gabon a ainsi pris 15 ans de retard par rapport à de nombreux pays africains en matière d'organisation de système de santé et s'avère incapable à ce jour de mener une politique sanitaire efficace.

2 Spécificités de la coopération française dans le secteur santé

La France a toujours joué un rôle prépondérant dans le secteur santé au Gabon. Jusqu'à la fin des années 80, elle a axé principalement ses interventions dans le secteur hospitalier et dans la lutte contre les grandes endémies, champs traditionnels de la coopération française. Puis, avec les projets financés par le Fonds d'Aide et de Coopération (FAC) – actuellement Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP)⁶ –, une nouvelle approche s'est mise en place.

Une coopération en phase de transition marquée par l'hospitalo-centrisme

Le début des années 90 introduit un changement de fond du mode d'intervention de la coopération marqué par l'approche projet et par l'évolution de l'assistance technique de substitution vers une assistance technique d'accompagnement. Cette nouvelle politique se traduit à la fois par l'exigence de nouvelles compétences de transfert de savoir-faire et par une diminution globale du nombre d'assistants techniques passant d'une cinquantaine en 1990 à une douzaine en 2001.

Cette période reste cependant encore très marquée par la présence d'assistants techniques "en poste" s'investissant principalement au Centre Hospitalier de Libreville (CHL) et fonctionnant "à côté" de ceux chargés de la mise en œuvre des projets sans qu'il y ait vraiment de relations fonctionnelles entre eux. La dimension "technicienne" reste encore très présente.

L'appui au secteur hospitalier sur l'ensemble du pays s'est recentré avec le projet FAC 92 sur le CHL et lui accorde une place prépondérante : 60 % du financement du projet.

Les soins de santé primaires, qui ne faisaient pas partie du champ habituel de la coopération française, sont restés "*terra incognita*" pour celle-ci – et donc pour le Gabon – jusqu'en 1998 quand le nouveau projet FAC intègre un appui à la Direction Régionale Sanitaire (DRS).

⁵ D'où un problème de cohérence avec les politiques de coopération des pays contributeurs.

⁶ Mis en place en 2000 dans le cadre de la réforme de l'aide au développement

Une coopération mobilisant des moyens importants

Sur la décennie, la coopération de la France dans le secteur santé représente 183 MFF, soit 14 FF (2 US\$) par habitant et par an. Le coût de l'assistance technique, 150 M FF est largement dominant, les crédits consacrés aux projets FAC (projets pays et projets déconcentrés) ne s'élevant qu'à 33 MFF.

L'aide publique de la France au secteur santé sur 10 ans ne représente que 1% de l'APD française au Gabon. Elle n'en constitue pas moins à peu près la moitié de l'aide publique globale au Gabon des bailleurs de fonds pour ce secteur.

Une coopération d'appui institutionnel selon 2 axes perçus comme indépendants

Au cours de la décennie (1992-2002), la Coopération française a développé ses projets selon deux axes principaux :

1- L'appui à l'expression et à la mise en œuvre des orientations nationales avec successivement, en 1992, le projet d'"appui à l'harmonisation des systèmes de santé au Gabon", et, en 1998, le projet d'"appui au Plan National d'Action Sanitaire (PNAS)".

Dans les 2 projets, un certain nombre d'actions ont été réalisées :

- auprès du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSP) en matière de législation et de rationalisation, notamment, de l'information ;
- auprès de la Pharmacie nationale d'approvisionnement et de l'encadrement du secteur pharmaceutique ;
- dans le domaine de la gestion des ressources humaines ;
- dans le cadre de la mise à niveau du Centre Hospitalier de Libreville (CHL) avec un investissement de rénovation important.

2- L'appui à la lutte contre le Sida avec successivement trois projets :

- en 1992, le projet d'"Information, Éducation, Communication" (IEC),
- en 1996, le projet d'"appui à l'information et la communication pour la prévention du Sida en République du Gabon",
- en 2002, l'actuel projet de "Prévention et surveillance épidémiologique du VIH/SIDA" en appui au Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS).

Le projet de 1992 était novateur à plusieurs titres : sur le fond, il proposait de nouveaux axes pour une harmonisation des systèmes dans une approche multisectorielle impliquant le ministère de la santé et celui des affaires sociales ; sur la forme, il s'agissait bien d'une intervention organisée en démarche projet. Au cours des différentes étapes de son exécution, le projet a cependant rapidement évolué et a perdu de vue ses perspectives initiales de santé publique.

Des démarches plurielles aux résultats mitigés

Un travail important a été réalisé par les assistants techniques tant dans le cadre des composantes des projets FAC qu'en situation de substitution. Cependant, les résultats obtenus donnent une impression de dispersion, ne sont pas toujours lisibles et ne correspondent certainement pas à l'effort fourni par chacun.

Ainsi :

- *L'appui institutionnel* a donné lieu à de nombreuses réunions de concertation surtout dans la première période. Elles ont abouti à des textes fondateurs (loi de 1995) dont les décrets d'application ne sont cependant pas encore parus. La "maturation" en matière de santé publique semble beaucoup moins évidente et la mobilité des responsables au sein de la structure ne facilite pas la continuité de mise en œuvre de cette démarche.
- Le *Système National d'Information Sanitaire* (SNIS), initié lors du projet FAC de 1992 donne lieu à un document très complet dont l'utilisation paraît "en attente" depuis 4 ans, même si les supports sont en train d'être testés dans 3 régions. L'élaboration d'un instrument techniquement fonctionnel n'est apparemment pas suffisante à son appropriation par les utilisateurs.
- Dans le cadre de *l'appui à la direction des ressources humaines*, la nouvelle approche visant à apprendre aux différents personnels à travailler ensemble avant de mettre en place des procédures semble assez appropriée à la situation et favoriser le partage "d'une vision et d'un langage communs".
- Au plan des *médicaments*, le système est amélioré en termes de modalités d'achat et de distribution mais l'enjeu financier est tel que l'efficacité du dispositif reste globalement faible.
- En ce qui concerne le *CHL*, si l'apport technique et de rénovation a une certaine visibilité, le travail de nombreux assistants techniques et l'appui en matière d'organisation et de gestion ne se retrouvent pas sous forme de résultats tangibles. C'est pourtant dans ces domaines et dans l'amélioration de la prise en charge des patients qu'il paraît important de porter les efforts. Le projet d'informatisation apparaît comme assez lourd et rencontre des difficultés avant même sa mise en œuvre. Par contre, le projet d'établissement est l'objet d'une grande motivation de la part de l'équipe de direction et de l'encadrement, mais étant encore au stade initial, il est difficile d'en mesurer la portée future.
- Dans ce contexte, l'opération *SAMU*, aussi justifiable et correctement amorcée soit-elle, apparaît satisfaire davantage un souci de visibilité de la coopération française et de prestige des autorités gabonaises que répondre de façon prioritaire aux besoins du plus grand nombre.
- Malgré quelques difficultés de "rodage", les actions menées dans le cadre de l'appui à la *Direction Régionale Sanitaire de Libreville* (DRSL) devraient permettre une meilleure connaissance de la situation sanitaire et sociale de Libreville et la mise en œuvre d'une dynamique de réseau incluant les soins de santé de base. Il apparaît néanmoins indispensable de tenir compte de la dimension temps d'apprentissage et de l'obligation d'un travail conjoint. Un effort particulier pourrait être porté à la fois sur la formation de l'équipe cadre et sur une plus grande concertation avec les différents acteurs socio-sanitaires de la région.

- En ce qui concerne l'appui à la *lutte contre le SIDA*, les actions menées sont "globalement positives" et l'option prioritaire de coopération française dans ce domaine paraît tout-à-fait justifiée. L'émergence d'associations œuvrant dans le domaine du sida et la constitution d'un réseau de laboratoires pour la surveillance épidémiologique sont les deux actions saillantes qui doivent être valorisées. L'assistance technique devra porter une attention plus particulière au partage de son action avec les différents acteurs concernés et à l'intégration de la dimension transversale de cette "mission".
- L'appui au *Centre International de Recherche Médicale de Franceville (CIRMF)* est particulier et peut être considéré à part. Sa situation géographique exceptionnelle, fait de ce centre de recherches biomédicales un institut stratégique pour la recherche en médecine tropicale. Cependant les résultats ne sont pas toujours à la hauteur du potentiel que représente ce centre, en particulier en matière de travail d'équipe, de publication, de fonctionnement en réseau avec le milieu scientifique et d'ouverture sur le Gabon et la région.
- Deux projets de coopération décentralisée méritent également d'être signalés pour leurs actions de proximité :
 - la coopération d'intercollectivités entre le département de Seine Saint-Denis et la région de l'Ogooué Maritime portant notamment sur des échanges annuels entre élèves infirmiers français et des auxiliaires de santé de Port-Gentil ;
 - le jumelage entre le CHRU de Nîmes et le CHL (convention de novembre 1997) se traduisant par la formation des personnels médicaux et non médicaux ainsi que par l'étude du projet d'informatisation et l'appui au démarrage du projet d'établissement commentés plus haut.

Une appréciation critique pour un bilan non satisfaisant

Les réalisations sur ces 10 ans illustrent d'une certaine façon la superposition de deux types de coopération avec les incompréhensions, les résistances et les maladresses qui en résultent.

• Une vision ambitieuse traduite de façon réductrice

Les orientations de départ, tout-à-fait pertinentes par rapport aux priorités sanitaires du Gabon et par rapport aux besoins d'harmonisation du secteur santé, apparaissent cohérentes vis-à-vis des orientations gabonaises et de celles de la coopération française en matière de santé ; elles pouvaient justifier l'ambition déclarée de structurer le système de santé: Elles se sont traduites cependant par un "catalogue" d'interventions sans relation explicite entre elles et sans "liant" leur donnant une dimension et une articulation d'ensemble. Ceci paraît assez significatif de l'absence, à l'époque, de compréhension et de vision systémique du maître d'ouvrage.

• Des résultats mitigés malgré les moyens et le dispositif mis en œuvre

Certaines actions ont été réalisées de façon satisfaisante : rénovation d'infrastructures du CHL, organisation du médicament, lutte contre le sida ; d'autres n'ont pu être menées à bien ou répondre à ce qui était prévu : mise en place d'une planification budgétaire, publication du décret d'autonomie des établissements, amélioration de l'accès aux soins... Il en résulte malgré tout une impression globale de faible efficacité vu les moyens mis en œuvre.

Ces résultats sont décevants en partie parce que les AT n'ont pas pu ou su associer leurs partenaires gabonais aux projets et ont succombé à la tentation de l'activisme, mais aussi parce que certains interlocuteurs gabonais n'ont pas voulu remettre en question leur façon de faire ou leurs

intérêts bien compris. Une véritable collaboration en amont et une implication réelle et effective de l'Etat et des bailleurs de fonds auraient probablement permis une plus grande avancée.

Une autre raison est l'ambiguïté de l'objectif fixé à l'AT exprimé en terme d'"appui à telle action" dont la réalisation va être perçue par l'AT comme relevant de sa responsabilité, plutôt qu'en terme de "rendre son homologue (ou l'institution) capable de réaliser telle action" qui est bien l'objectif de base de la coopération.

L'impact est donc faible au vu des résultats attendus même si ceux-ci ne sont pas clairement exprimés et *a fortiori* quantifiés. La modernisation des "outils de production" sert davantage les professionnels de la santé que la population censée en bénéficier. Le coût d'accès aux soins demeure important et les objectifs de structuration du système sanitaire et de son "imprégnation" d'une dimension de santé publique restent encore, complètement, en chantier.

Quant à la pérennité de l'action menée, même si certaines actions se poursuivent, l'expérience montre qu'après le départ des assistants techniques, la continuité est rarement assurée.

- *Une gestion de projet encore empreinte des modalités d'antan*

Au-delà des griefs relevés vis-à-vis des acteurs gabonais ou des limites de la coopération française, celle-ci pêche notablement par son insuffisance de partenariat et la faiblesse du management des projets. Il manque notamment d'instruments clairs de planification, de monitoring et d'évaluation. Il n'y a pas eu de documents méthodologiques expliquant l'ensemble de la démarche projet ni de concertation sur le fonctionnement en équipe. Il y a eu bien souvent reconduction des personnes sans formation systématique à ce processus⁷ des AT et *a fortiori* des personnels concernés des services de coopération et d'action culturelle (SCAC). Par ailleurs, la gestion individualisée des composantes par les AT accentue la difficulté à constituer une équipe et à leur faire percevoir leur rôle d'acteurs de santé publique.

Si des progrès sensibles ont cependant été réalisés ces dernières années avec l'introduction du cadre logique dans les projets FSP, une meilleure définition des lettres de mission, l'instauration d'un chef de file et la publication d'un document explicitant clairement la politique française en matière de coopération dans le secteur santé, il reste encore beaucoup à faire au plan de la rigueur, de l'échange et de la capitalisation d'expériences. Un effort doit aussi être porté sur le management d'équipe.

3 Recommandations

Face à une situation où 15 ans de coopération française n'ont pas apporté de réponse patente aux attentes en matière de santé publique - à savoir améliorer les conditions globales de santé, la qualité et l'accessibilité des soins -, face à l'absence de volonté apparente de l'Etat gabonais de mettre en application ses intentions déclarées, la question de la poursuite de la coopération dans le secteur santé se pose.

Quatre options peuvent ainsi être envisagées⁸ :

1) le retrait pur et simple du secteur santé, le Gabon n'ayant pas besoin de la France pour poursuivre sa pratique actuelle ;

2) la refonte de la coopération sanitaire à partir d'une réflexion de fond sur la coopération franco-gabonaise dans le secteur santé (son objet et ses modalités), sur des objectifs de santé

⁷ comme cela se pratique habituellement dans tout organisme mettant en place une nouvelle prestation.

⁸ Voir argumentation et développement au chapitre "Recommandations" du rapport (chapitre III).

publique bien identifiés et conjointement clarifiés, portée par une démarche contractuelle commune et un dispositif plus rigoureux et organisé ;

3) le recadrage sur des actions prioritaires de la coopération actuelle de façon à mieux répondre aux enjeux majeurs tels la “fonctionnalité” des ressources humaines, le financement de la santé ou la prise en charge sanitaire et sociale de la population de Libreville...;

4) la poursuite de la coopération franco-gabonaise “de présence” actuelle.

Les deux premières options seraient les plus pertinentes compte tenu de l’analyse réalisée, la France remettant en cause ses interventions face au constat établi et se déterminant sur un changement radical comme d’autres bailleurs de fonds l’ont déjà fait.

La deuxième et la troisième options apparaissent comme les plus pragmatiques au vu de l’histoire de la coopération sanitaire française au Gabon. S’appuyant sur le diagnostic porté dans le cadre de cette étude, elles débouchent sur une redéfinition et un redimensionnement des interventions dans un sens de cohérence politique, de priorités d’action, de partenariat contractuel et de pertinence de moyens mis en œuvre...

La dernière option apparaît en totale contradiction avec les conclusions de l’évaluation, et ne pourrait se justifier que par la prédominance d’impératifs d’un autre ordre.

Les consultants préconisent l’option 2, la refonte de la coopération dans le secteur santé.

Par ailleurs, la mise en œuvre de mesures répondant au souci du MAE de “décloisonner” les bureaux, capitaliser les expériences, apporter plus de méthode, mieux travailler en équipe... apparaît comme un impératif pour rendre le Département et la coopération de terrain à la fois plus pertinents et plus efficaces.

Pour mémoire

“Je vous fais aujourd’hui la promesse que dans les toutes prochaines années, tout Gabonais, où qu’il vive et quels que soient ses revenus, aura accès à des soins de qualité. Aussi formidable qu’elle soit, cette promesse, je la tiendrai car je sais que nous le pouvons.”

Président Omar Bongo, 1998
Les chances du Gabon pour l’An 2000.

EN BREF

Le Gabon fait partie des pays africains les plus nantis et la coopération française y intervient de façon très substantielle dans une démarche qui se veut plus structurante depuis maintenant 10 ans.

Cependant :

- Le Gabon reste un pays sous-développé au plan socio-sanitaire.
- Les indicateurs sanitaires restent médiocres, sans amélioration significative depuis 10 ans.
- Le Gabon a pris 15 ans de retard par rapport à de nombreux pays africains en matière de mise en œuvre de système de santé et s'avère incapable apparemment de mener une politique sanitaire efficace.

Les raisons en sont principalement :

• de la part du Gabon :

- l'absence manifeste de considérer la santé comme une priorité et donc le manque de volonté effective de s'y impliquer sérieusement,
- une conception curative de la santé aux dépens d'une politique préventive,
- une vision élitiste de la santé centrée sur l'hôpital, privilégiant les plateaux techniques de pointe et les médicaments de spécialités au détriment des soins de santé de base ou des produits génériques considérés comme l'apanage des "pays sous-développés",
- une délégation partielle aux ministères techniques de moyens et décisions se prenant à d'autres niveaux.

• de la part de la France :

- la difficulté de raisonner en termes de système d'ensembles pluridisciplinaires en articulation les uns avec les autres et le peu d'habitude d'une vision intégrant les soins de santé primaires,
- la faible familiarisation aux exigences de la conduite de projet et au management d'équipe,
- un mode opératoire privilégiant la procédure à la recherche d'efficacité,
- la difficulté à travailler transversalement sur plusieurs domaines.

• de la part des 2 parties :

- la difficulté de sortir de l'hospitalo-centrisme, héritage du modèle culturel français,
- la difficulté à considérer l'autre comme un partenaire à parts égales.

Face à une situation où 15 ans de coopération n'ont pas apporté de réponse patente aux attentes en matière de santé publique, à savoir améliorer les conditions globales de santé, la qualité et l'accessibilité des soins, il convient de marquer le pas, réfléchir à ce qui apparaît plus pertinent et considérer l'opportunité d'initier une action au vu de l'engagement gabonais.

INTRODUCTION

L'évaluation de la coopération sanitaire franco-gabonaise depuis 10 ans est déterminée à la fois par son contexte, par ses enjeux et par le champ à prendre en considération.

Le contexte présente les particularités suivantes :

- des relations très étroites entre la France et le Gabon et un soutien réciproque dans tous les domaines : politique et diplomatique, financier et commercial, culturel et de francophonie. La dimension politique l'emporte largement sur les considérations de "pertinence technique" ;
- un pays à revenus intermédiaires disposant de la capacité financière à mettre en œuvre des politiques – lorsqu'elles sont exprimées –, mais présentant les caractéristiques d'un pays sous-développé : PIB de 3 700 \$ et cependant au 109^e rang mondial au titre de l'Indice de Développement Humain ;
- une dépense nationale de santé élevée mais un état sanitaire de la population proche de celui de ses voisins moins nantis ;
- une baisse sensible de l'aide au développement accompagnée d'une diminution de l'assistance technique conséquemment à la réduction globale de l'APD.

Les enjeux de cette étude, sont alors, au-delà des objectifs spécifiques à l'évaluation (cf. termes de référence en annexe) :

- la compréhension du décalage entre les moyens nationaux investis dans le secteur santé et les résultats constatés ;
- l'appréciation et l'explicitation des actions de la France et des modalités de mise en œuvre par rapport à ce décalage ;
- l'analyse des évolutions éventuelles, devenues nécessaires, tant pour le système de santé gabonais que pour la coopération française, dans le secteur santé, au Gabon.

C'est pourquoi, **le champ de l'analyse** inclut, au-delà des actions de coopération française, dans lesquels s'inscrivent les projets FAC/FSP, les acteurs, modalités et outils de la coopération, la situation sanitaire et le système de santé gabonais – objet de cette coopération – ainsi que les relations de la France avec le partenaire gabonais et avec les autres acteurs internationaux intervenant dans ce secteur.

Ce rapport est un document interne établi à la demande du MAE. Les analyses et commentaires développés n'engagent que leurs auteurs et ne constituent pas une position officielle. La diffusion de ce rapport a un caractère limité et son usage est strictement restreint au cadre officiel.

MÉTHODOLOGIE

L'évaluation externe de 10 ans de coopération française dans le secteur santé au Gabon est la première dans ce secteur depuis l'évaluation pays 1979-1989. Elle a été réalisée par Gilles de Pas, consultant, coordinateur de la mission, Caroline Damour, pharmacienne, Michael Marx, médecin de santé publique de l'Université de Heidelberg.

L'évaluation a démarré, début juin 2002, par une première phase consacrée au recueil de données disponibles dans les différents services concernés du MAE et à l'étude des documents adressés par le SCAC du Gabon⁹. Cette phase a donné lieu à un rapport préliminaire qui a été présenté au comité de pilotage le 5 juin.

La mission s'est poursuivie au Gabon du 9 au 21 juin 2002 et s'est déroulée principalement à Libreville avec des déplacements à Franceville, Lambaréné et Port-Gentil¹⁰. Les consultants ont rencontré les autorités françaises et gabonaises, les acteurs du dispositif français de coopération et la plupart des bénéficiaires ainsi que les représentants des principaux bailleurs bi et multilatéraux¹¹. Des séances de travail avec des personnes ressources désignées par le Ministre de la santé ont également été organisées.

Compte tenu de la variété des domaines d'interventions, de la multiplicité des actions dans le secteur santé et de la durée de la période couverte, l'équipe d'évaluateurs a porté une attention plus particulière sur les projets FAC successifs depuis 1992 qui constituent l'intervention principale, la plus structurée et la plus significative de la politique de coopération de la France dans le secteur santé. Toutefois, les évaluateurs ont rencontré une limite à l'utilisation des critères habituels précisés dans les termes de référence dans la mesure où ces projets ne sont pas suffisamment explicites quant aux objectifs et aux résultats visés ou à leur mode d'exécution. L'appréciation de l'efficacité ou de l'impact, par exemple, s'en trouve ainsi affectée.

D'autre part, malgré la richesse documentaire et la présence d'interlocuteurs sur place, la mission a eu quelques difficultés à "retracer l'histoire" des années 90, les données de cette époque n'étant pas accessibles – voire inexistantes – et l'assistance technique en poste trop récente. De manière générale, les services (tant au SCAC qu'au ministère) n'ont pas la préoccupation d'établir un historique des données, ni de regrouper les documents techniques disponibles. A titre d'exemple, il n'a pas été possible de reconstituer un chronogramme complet de la présence des assistants techniques en poste pendant la décennie, ni même de consulter la totalité des rapports d'activités récents des AT. La recherche des données financières complètes concernant les actions françaises a également été laborieuse. Dans ces conditions une analyse "exhaustive", telle que demandée dans les termes de référence, n'a pas été possible. Cette contrainte, si elle a considérablement allongé les temps de recherche, n'a toutefois pas empêché une appréhension suffisante des actions entreprises.

Enfin, les données socio-sanitaires diffèrent souvent en fonction des sources d'information et ne présentent pas de garantie de fiabilité, d'où la difficulté de les comparer et la nécessité de les considérer avec précaution. Il faut d'ailleurs signaler que peu d'informations actualisées sur la situation sanitaire du pays sont disponibles, et que les données financières récentes demandées n'ont pu être obtenues malgré des demandes réitérées.

⁹ Voir documents consultés en annexe

¹⁰ Voir programme de la mission en annexe

¹¹ Voir liste des personnes rencontrées en annexe

De manière générale, la mission a travaillé dans de très bonnes conditions d'accueil et de collaboration tant de la part des autorités et des interlocuteurs gabonais que des assistants techniques et du Service de coopération et d'action culturelle, en particulier de M Jacques Biau et de son assistante qui ont été une aide précieuse dans notre mission. Qu'ils en soient ici remerciés.

A l'issue de la mission, les conclusions de l'équipe figurant dans un pré-rapport final ont été discutées en comité de pilotage, réuni le 29 juillet 2002. Les commentaires émis alors ont été pris en compte dans la rédaction définitive du rapport.

PREMIÈRE PARTIE - CADRE DE L'INTERVENTION

1.1. Le contexte gabonais

1.1.1. Le cadre général

Pays équatorial peu peuplé, le Gabon se caractérise en 2002 par une population de 1 300 000 habitants inégalement répartie : 80 % de la population¹² réside en milieu urbain principalement à Libreville, Port Gentil et Franceville. De nombreux français y sont installés (9 000), plus nombreux qu'avant l'indépendance, mais aussi des africains des pays limitrophes (Congo, Cameroun) ou des pays de l'Afrique de l'Ouest.

Tableau 1 : Données caractéristiques du Gabon

	1990-92	1998-2001
Superficie	267 667 km ²	267 667 km ²
Population	1,14 millions	1,2 millions en 2001
Taux de croissance de la population	2,5% (MSP, 1992)	2,4% (PNUD 2000)
Population urbaine	45,7% (1990)*	73 % (EDS, 2000)
Espérance de vie à la naissance	55 ans	55 ans (EDS, 2000)
PNB par habitant	3 823 US\$ (1990)*	3.700 US\$ (2001)
Taux annuel d'inflation	5,6 % (1990-96)*	2% (2000)
Aide officielle au développement, nette, de tous les bailleurs de fonds		- 127 millions US\$ en 1996 - par habitant : 112 US\$ en 1996

Source : statistiques Banque mondiale

*Source : "Données essentielles", MSP, Cabinet du Ministre, mars 1992

1.1.2. La situation économique et sociale

L'économie gabonaise repose principalement sur l'exportation du pétrole, des ressources minières et du bois, quoique ce secteur soit en diminution depuis les années 60, date à laquelle les prospections minières (principalement uranium et manganèse) et l'exploitation du pétrole ont commencé. Celles-ci restent donc les grandes sources de croissance économique : en 1983, le secteur pétrolier participait à 84 % du PIB, avec une production de 7,8 millions de tonnes de pétrole brut ; en 2001, il participe à 41% du PIB. En 2001, les productions essentielles restaient le pétrole (17,4 MT), le manganèse (1,8 MT) et le bois (2,4 millions m³). Mais les perspectives sont à une très forte réduction de la production pétrolière d'ici 5 ans.

Avec un PIB/habitant élevé (3 700 US \$ en 2001), le revenu du Gabon se situe bien au-dessus de la moyenne des pays africains subsahariens tout en ayant un taux d'endettement important. Ainsi, à l'image de certains pays où le secteur d'exploitation pétrolière est prépondérant, le standard de vie est en deçà des pays de même revenu. Selon le rapport de la Banque Mondiale, 83% de la population vit sous le seuil de pauvreté établi au niveau du salaire minimum (1996). Le taux d'alphabétisation parmi les adultes est de 63% (hommes : 74%, femmes : 53%)

Classé au 65^e rang mondial sur le plan du revenu national, le Gabon se situe au 109^e rang sur 174 selon l'Indicateur du Développement Humain¹³.

¹² Selon enquête démographique et de santé FNUAP, 2000.

¹³ L'Indicateur du Développement Humain (IDH) est un indicateur composite basé sur la durée de vie, le niveau d'instruction et le niveau de vie.

1.1.3. La situation sanitaire¹⁴

Les diarrhées aiguës (5,31 %) et les fièvres (2,9%) sont les principales causes de décès chez les enfants de moins d'un an. Chez les moins de 15 ans, la fièvre reste la cause prédominante de décès. Chez les adultes, les infections respiratoires aiguës prédominent parmi les causes de mortalité (19,78%).

Le couple mère-enfant reste très vulnérable et les taux de mortalité infantile, infanto-juvénile, maternelle restent très préoccupants.

Les causes directes de mortalité chez les enfants demeurent la prématurité, les diarrhées, le paludisme, les infections respiratoires, la rougeole.

Depuis plusieurs années, apparaît une réémergence de maladies anciennes telles la trypanosomiase et surtout la tuberculose, l'émergence de fièvres hémorragiques à virus Ebola (4 épidémies de 1995 à 2001) et un développement du VIH/SIDA, dont le taux de séro-prévalence a - suivant les estimations de l'OMS - plus que doublé en quatre ans, passant de 2,8 % à 6,8 % entre 1996 et 2000. Avec 30 000 sujets séropositifs, dont 10 % développeraient les symptômes de la maladie, le sida est aujourd'hui une réelle préoccupation nationale. Dans la population générale la prévalence de l'HBSAg est de près de 10% et celle de l'hépatite C dépasse les 25% dans la population des plus de 54 ans.

Tableau 2 : Evolution des taux de mortalité

	1988 - 1992	1998 - 2002 (UNICEF-MSP, 1998)
Taux de mortalité au-dessous de 5 ans	157 ‰ (BM, 1988)	154 ‰
Taux de mortalité infantile	99 ‰ (MSP, 1990)	99 ‰
Taux de mortalité maternelle	190 ‰ (MSP, 1992) 500 ‰ (OMS, 1990)	500-600 pour 100 000 naissances

Au vu de ces chiffres, le niveau de la mortalité maternelle au Gabon est de 21% plus élevé qu'au Cameroun, 49% plus élevé qu'au Maroc et 20 fois plus élevé que dans les pays industrialisés.

1.1.4 Commentaires

Les défaillances et les insuffisances des services de santé maternelle et infantile apparaissent comme étant la principale cause du taux élevé de mortalités. A titre d'exemple, le taux de couverture vaccinale est passé de 88% en 1985 à près de 17% en 2000¹⁵, ce qui apparaît comme d'autant plus scandaleux que le pays a les moyens d'assurer cette vaccination. C'est aussi révélateur du désengagement de l'Etat de la santé publique préventive au même titre que la suppression de la ligne de financement des vaccins du budget de la santé !

1.2. Le cadre sanitaire

1.2.1. La politique de santé

En 1991, une réforme des systèmes de santé était initiée par le ministère des affaires sociales suite à la grave crise rencontrée par la Caisse nationale de sécurité sociale. Dans ce contexte, une « commission interministérielle de coordination de la santé » a été créée en décembre 91 et a entrepris des travaux de réflexion aboutissant à la tenue des états généraux de la santé en avril 1992.

¹⁴ Voir en annexe : tableaux des données sanitaires.

¹⁵ Données FNUAP pour les enfants "complètement vaccinés", c'est-à-dire ayant reçu le BCG, la rougeole, les 3 doses de DTCoq et la polio.

Dans la logique des orientations résultant de ce bilan global du secteur, ont été engagés successivement : 1) le projet d'harmonisation du système de santé, 2) la loi d'orientation de la politique de santé du Gabon et 3) le Plan National d'Action Sanitaire.

a. Le projet d'harmonisation du système de santé (1992)

Annoncé en 1992, ce projet vise à améliorer les performances du système de santé grâce à :

- 1) une harmonisation des secteurs public et parapublic, 2) la promotion de la planification sanitaire et 3) la mise en place de la gestion dans le mode d'organisation et de fonctionnement des établissements de soins.

Les orientations issues des Etats généraux de la santé (avril 1992) :

- définition d'une politique de santé et du plan d'actions correspondant ;
- création d'un cadre de gestion adapté ;
- adoption de la gratuité ;
- autonomie de gestion des FS ;
- adoption d'une politique de médicaments essentiels ;
- recherche d'une harmonisation avec le système parapublic.

b. La loi d'orientation de la politique de santé du Gabon (1995)

L'ordonnance 001/95 du 14 janvier 1995 se donne pour objectif de « doter la nation d'un système de santé efficace, souple et accessible à tous les citoyens, quelle que soit leur situation sociale et géographique » (article 6). Elle reconnaît la coexistence de trois systèmes : le service public de santé (institutions et formations sanitaires financées par l'Etat, les collectivités locales, les tiers payants ou reconnus d'utilité publique), le secteur privé (lucratif et non lucratif) et la médecine traditionnelle. Les principales orientations de cette loi portent sur l'acceptation du recouvrement des coûts mettant officiellement un terme à la gratuité des soins, la création du service public de santé, l'autonomie de gestion des hôpitaux, et la prise en compte d'une carte sanitaire comme étant « instrument fondamental de coordination et de planification de la politique nationale de santé » (article 41).

c. Le Plan National d'Action Sanitaire (1997)

Le Plan National d'Action Sanitaire (PNAS) élaboré dans la logique de la mise en œuvre des orientations définies dans la loi d'orientation de 1995 a été adopté par le Conseil des ministres en mai 1998 pour une durée de trois ans (1998-2000), puis actualisé (2001-2003).

Il vise principalement :

- 1) l'amélioration du cadre institutionnel,
- 2) l'amélioration de la qualité des soins et services,
- 3) la rationalisation des ressources humaines et financières.

A travers deux objectifs annoncés :

- un objectif de couverture sanitaire pour améliorer la qualité et l'accessibilité aux soins pour l'ensemble de la population ;
- un objectif de gestion pour améliorer la productivité et réduire les coûts des prestations servies, tout en assurant l'équilibre financier des structures sanitaires.

Les actions proposées dans ce cadre ne concernent que l'organisation et le fonctionnement des services publics qui dépendent directement du MSP¹⁶. En revanche, face à la nécessité de mettre en place une politique sectorielle de la santé, il est prévu que l'ensemble du système de santé soit pris en compte dans un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS).

¹⁶ Voir résumé des stratégies et préconisations du PNAS en annexe.

Commentaires :

L'élaboration du PNAS a donné lieu à un gros travail de réflexion et de propositions échelonné sur une année. Sa mise en œuvre se heurte à la question du choix de priorités compatibles avec les possibilités de financement mais aussi à la volonté effective de tenir compte des conclusions de ces travaux ainsi qu'à la disponibilité en compétences pour réaliser. A ce jour, les résultats ne sont pas à la hauteur de l'énergie investie et laissent en arrière plan une impression « d'exercice de style ».

1.2.2 L'organisation et le fonctionnement du système de santé¹⁷

Le niveau central a été réorganisé en 1997 avec l'adoption d'un nouvel organigramme¹⁸ caractérisé par la création de trois directions générales coordonnées par le Secrétaire général : 1) la *Direction Générale de la Santé* chargée de promouvoir les activités de santé dans le domaine de la médecine curative et préventive, et comprenant la direction de la médecine des collectivités (médecine scolaire et universitaire, médecine du travail, médecine des personnes âgées), et l'Institut d'épidémiologie et de lutte contre les endémies. 2) la *Direction générale de la Planification, des Infrastructures et des Equipements* en charge des infrastructures sanitaires, de l'équipement biomédical et de la programmation des investissements, 3) la *Direction générale des Ressources humaines et des moyens généraux* qui gère le personnel, la formation, les moyens généraux (financements, informatique et statistiques) et le patrimoine. Par ailleurs, la Direction du Médicament et de la Pharmacie est directement rattachée au Cabinet du ministre.

Le système de santé repose sur le secteur public, parapublic et privé.

a. Le secteur public

Le décret 000488/PR/MSPP du 30 mai 1995 crée dix régions et cinquante départements sanitaires. Le découpage des régions sanitaires correspond au découpage administratif provincial, sauf pour la province de l'Estuaire où ont été créées deux régions sanitaires : région "Libreville" et région "Ouest". La région sanitaire assure la coordination, la supervision et le contrôle des départements sanitaires. Le découpage des départements coïncide avec le découpage administratif (47 départements) auxquels viennent s'ajouter trois départements sanitaires pour la région de Libreville.

Le *niveau primaire* se caractérise par la présence d'une case de santé communautaire (village) et d'un dispensaire couvrant plusieurs villages et disposant d'un infirmier qualifié ; le centre de santé (CS) localisé au niveau du chef-lieu de district est une structure intermédiaire avant le centre médical situé au chef-lieu de département.

Le *niveau secondaire* est représenté par l'hôpital régional implanté dans le chef-lieu de province où se trouve également la Direction Régionale Sanitaire (DRS) ; Il y a ainsi 9 hôpitaux régionaux.

Au *niveau tertiaire*, les soins sont dispensés par les hôpitaux nationaux de Libreville (CH de Libreville¹⁹, hôpital psychiatrique, hôpital de Nkembo) ainsi que dans deux autres établissements hospitaliers (hôpital sino-gabonais de Franceville et maternité Joséphine Bongo).

Centre Hospitalier de Libreville Activités 2000

630 lits ; 1000 agents	
Consultations externes	: 250 000
Hospitalisations	: 20 850
Taux d'occupation des lits	: 63 %
Durée moyenne de séjour	: 7 jours

¹⁷ Sources MSP,A. Le Vigouroux, R.Okalla.

¹⁸ voir organigramme en annexe.

¹⁹ Voir activités 2000 en annexe.

Il convient également de prendre en considération les structures du secteur militaire constituées d'infirmes et de l'hôpital militaire en voie de rénovation à Mélen.

Tableau 3 : Indicateurs pour l'ensemble des formations sanitaires (FS) publiques

Nombre de lits des FS / habitant	0,3 /1000
Durée moyenne d'hospitalisation (DMH)	11 jours
Taux d'occupation des lits	37 %

Données 1996

b. Le secteur parapublic

Ce secteur est représenté par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et par la Caisse Nationale de Garantie Sociale (CNGS).

La **CNSS** dispose de son propre réseau d'accueil. L'offre de la prise en charge des assurés comporte trois branches :

- une branche de prestations familiales et de maternité,
- une branche de risques et maladies professionnelles et accidents du travail,
- une branche de pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès.

La branche "famille" assure les évacuations sanitaires à l'étranger, la fourniture gratuite des médicaments aux salariés et à leurs familles et les frais d'hospitalisation dans les formations sanitaires de type universitaire.

Il n'existe pas encore de branche maladie. Les trois branches sont financées par les employeurs et par une participation salariale. La CNSS a créé il y a 20 ans ses propres formations sanitaires : deux hôpitaux généraux – Jeanne Ebori à Libreville et Paul Igamba à Port Gentil – et un hôpital pédiatrique à Owendo. La CNSS dispose, en plus, de quelques centres médicaux – sociaux fonctionnels. La CNSS regroupe 2200 employés.

La **CNGS** a été créé en 1983 pour la prise en charge des agents contractuels de l'Etat, des travailleurs indépendants ainsi que des indigents. La CNGS fonctionne sous la tutelle de l'Etat mais ses revenus dépendant de l'Etat ne sont pas régulièrement assurés.

A l'heure actuelle, une réforme de la protection sociale incluant la CNSS et de la CNGS, est en projet avec l'appui du BIT et la collaboration de Claude Evin²⁰. Elle vise d'une part, à désengager la caisse nationale de la gestion des hôpitaux, d'autre part, à mettre en place une couverture maladie au Gabon (CMG), assurance publique contributive obligatoire (cotisations patronales, salariales et de l'Etat pour les fonctionnaires et les économiquement faibles). Ce projet permettrait ainsi à la CNSS de mieux assurer son rôle au plan financier – le personnel hospitalier représentant 70% du personnel global de la CNSS et seulement 35% des cotisations – et de responsabiliser ses établissements en matière de gestion et, corollairement, de qualité des soins²¹.

c. Le secteur privé

Le secteur privé comporte le secteur non-lucratif principalement confessionnel et le secteur lucratif. Le secteur privé non-lucratif est constitué principalement de l'hôpital Schweitzer de Lambaréné et de l'hôpital Evangélique de Bongolo.

²⁰ Missions en 1998 et mars 2002 : rapport Evin de mars 1998.

²¹ voir présentation du projet en annexe.

Le secteur privé lucratif regroupe 11 cliniques privées à Libreville et 2 à Port-Gentil. 85% des cabinets médicaux se trouvent à Libreville. Certaines entreprises (pétrole et bois) ont mis en place leurs propres structures de soins pour leur personnel telle la clinique Elf à Port-Gentil. Le secteur privé lucratif est développé, attractif pour les professionnels, cher et hors de portée de la population à faibles moyens. Il n'a pas été possible d'obtenir auprès du MSP de précisions quantifiées sur ce secteur.

Si les limites entre les secteurs public et privé sont claires, les pratiques quant à elles, sont d'une façon générale de nature "privée" sans régulation aucune et de façon croissante ces dernières années aux dires des responsables rencontrés.

Commentaires

L'élaboration d'une carte sanitaire est "en cours", mais elle l'est depuis 10 ans et se limite pour le moment au recensement des infrastructures et équipements des établissements hospitaliers. Le concept d'outil de planification n'est pas compris et les différents secteurs coexistent de manière cloisonnée, sans que les tentatives de complémentarité aient pu aboutir.

Il est à noter que le système de santé du Gabon, marqué de l'empreinte coloniale et post coloniale française, repose principalement sur les hôpitaux et les soins curatifs. Le concept de soins de santé primaire n'est pas forcément bien perçu ou compris et reste peu développé malgré certaines déclarations officielles et un effort récent dans ce sens. Ainsi, le Gabon se retrouve avec un retard de plus de dix ans par rapport à la politique de santé publique prônée par les institutions internationales et par rapport à certains pays voisins.

1.2.3. Les ressources humaines

a. La situation du personnel

Le recensement des personnels de santé, effectué en 1997, fait état de 3 700 agents fonctionnaires et contractuels comportant près de 3 000 soignants dont 400 médecins²². Soit : un médecin pour 2 758 habitants, un pharmacien pour environ 25 000 habitants et près d'un infirmier d'Etat (IDE) pour 1 900 habitants. Les pharmaciens en exercice, parmi lesquels quelques expatriés, sont au nombre de 70, tous formés à l'étranger. Une trentaine d'entre eux ont un poste dans le secteur public, et sont, pour la plupart, "bi-appartenant" du fait également, d'une activité privée. A ce personnel, viennent s'ajouter près de 2000 agents non permanents, rémunérés par le ministère de la Santé.

Un des problèmes majeurs réside dans le déséquilibre de répartition du personnel. Le PNAS fait mention d'une pénurie de personnel de santé ne permettant pas la mise en œuvre des paquets minimums d'activités (PMA) en zone rurale : dans les structures sanitaires provinciales certaines spécialités ne sont pas représentées d'où le recours fréquent à des évacuations sanitaires vers la capitale²³. Le personnel est par contre pléthorique à Libreville, dans les établissements hospitaliers comme dans les dispensaires (à titre d'exemple, 40 agents dans un centre de santé visité à Libreville pour une moyenne de 40 consultants !).

Les cadres en santé publique font cruellement défaut. Actuellement, les compétences médicales spécialisées reconnues sont attirées vers le secteur privé, alors que les compétences en santé publique manquent notablement (ainsi que la reconnaissance de son utilité). Les formations des trois écoles existantes au Gabon sont davantage ciblées sur l'administration que sur la formation aux fonctions de gestion, planification et évaluation des programmes et projets de santé (management de la santé).

²² En 2002, en l'absence de données officielles, l'estimation porte sur environ 5000 agents fonctionnaires et contractuels...

²³ Il existe d'ailleurs une direction spéciale chargée des évacuations sanitaires au sein du ministère de la Santé.

Mais, dans la mesure où il n'existe pas encore de politique de ressources humaines en santé ; il n'existe pas non plus de politique de formation.

b. La gestion des ressources humaines

La gestion des RH (GRH) du secteur concerne avant tout l'administration du personnel à l'échelon central, intermédiaire et périphérique du système de santé. Elle est reconnue comme ayant un rôle des plus importants dans le fonctionnement du système de santé mais en même temps son implication dynamique n'est pas très bien comprise.

Néanmoins, les ministres de la Santé de la région ont adopté une stratégie régionale pour le développement des ressources humaines en santé considéré comme une priorité nationale (1998, Harare)²⁴. L'analyse de situation fait apparaître ainsi la nécessité de planification, de répartition géographique des personnels dont les spécialistes. La motivation du personnel à quitter la ville reste cependant la préoccupation majeure. Elle devrait se traduire à court terme par l'octroi de postes budgétaires réservés aux personnels affectés à l'intérieur du pays ainsi que par l'adoption d'un nouveau statut des personnels de santé.

La nouvelle conception de la fonction RH – qui implique un changement de comportement des agents du MSP – a été initiée depuis janvier 2001 à la Direction générale des ressources humaines en santé avec le concours des autres partenaires au développement. Ainsi des groupes de réflexions “juniors” (chargés d'études / responsables de formation) et “seniors” (compétences internes et externes) ont été créés avec pour axes de travail la formation/communication et le management du personnel de santé. La formation a été considérée comme un outil de changement de comportement quotidien des acteurs, changement nécessaire attendu dans une perspective d'élaboration d'une politique sectorielle de santé.

1.2.4. Le secteur pharmaceutique

a. Le cadre institutionnel

L'évolution du secteur depuis 1990 est marquée par une structuration du cadre institutionnel et par la révision du dispositif législatif et réglementaire. Une autorité de réglementation et de contrôle a été mise en place avec la création d'une Direction du Médicament et de la Pharmacie (DMP) au sein du MSP²⁵ et l'instauration d'une division Pharmacie au sein de l'Inspection générale de la santé. Si les activités de la DMP se sont développées depuis sa constitution (délivrance des autorisations de mise sur le marché de médicaments, homologation des matériels, application des conventions et traités internationaux, autorisations d'exercice et d'ouvertures d'établissements pharmaceutiques, préparation de textes réglementaires, etc.), l'inspection pharmaceutique reste par contre encore peu opérationnelle, faute de personnel et de moyens.

La législation et la réglementation pharmaceutiques ont fait l'objet d'une actualisation avec l'adoption de plusieurs textes sur les médicaments et la révision de la loi pharmaceutique de 1961 devenue caduque. Toutefois, le projet de nouvelle loi datant de 2000 n'est pas encore adopté à ce jour.

Enfin en 1999, un document de politique pharmaceutique et un plan directeur pharmaceutique ont été élaborés par les professionnels.

²⁴ Par ailleurs, l'OMS/AFRO a élaboré un projet de développement de ressources humaines en santé pour l'Angola, la Guinée Bissau, Cap Vert, le Mozambique et Sao Tome (2000, Ouagadougou).

²⁵ Création DMP dans l'organigramme du MSP en 1997, nomination du Directeur en 1998, mise en place DMP 1999.

b. Le marché pharmaceutique

Le marché pharmaceutique est caractérisé par son importance relativement à la population du Gabon. Il est de 2 à 5 fois supérieur à celui de certains états africains au pouvoir d'achat plus réduit mais 3 à 8 fois plus peuplés.

Tableau 4 : Exportations pharmaceutiques française en Afrique francophone

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Gabon	155.724	160.326	157.609	95.429 ²⁶	135.070	148.440	170.189	182.231

Source : poste d'expansion économique - Gabon / milliers de francs FF.

La **vente des produits pharmaceutiques**²⁷ dégagerait un chiffre d'affaires de 22,17 milliards²⁸ de F CFA (31,7 M US \$) en 2002 après avoir été de 24 milliards (34,3 M US \$) en 1997 et 28 milliards (40 M US \$) en 1999. Il serait de 23 milliards de F CFA (32,8 M US \$) en 2003. Ce qui représente une dépense annuelle en médicaments de l'ordre de 50 US \$ par habitant (dont 40 US \$ pour le secteur privé et 10 US \$ pour les secteurs publics et parapublic), alors qu'il est seulement de 2 US \$ au Bénin.

c. L'approvisionnement et la distribution

Le secteur pharmaceutique se partage les trois secteurs public, parapublic et privé, qui fonctionnent de manière cloisonnée.

Le secteur public : L'approvisionnement des formations sanitaires de ce secteur est assuré par une structure centrale d'importation et de distribution. A l'ancienne Pharmacie nationale d'approvisionnement (Pharmapro), totalement défaillante en 1994, a succédé l'Office pharmaceutique national (créé en 95). Elle ne jouit cependant pas d'une réelle autonomie de gestion financière, ce qui limite incontestablement ses résultats. Une amélioration sensible des pratiques d'achat et de gestion ainsi que de l'organisation du stockage et de la distribution ont néanmoins rendu l'OPN beaucoup plus performant que l'ancienne Pharmapro. Il en résulte une plus grande offre de médicaments génériques à des prix acceptables. Cependant la disponibilité des médicaments dans ce secteur reste très problématique. Les principaux obstacles rencontrés sont : (1) la faible exécution budgétaire qui ne permet pas de couvrir les besoins, (2) les retards de paiement des fournisseurs (plusieurs mois voire des années) qui pénalisent gravement les approvisionnements, (3) la grande faiblesse de gestion dans les formations sanitaires, (4) les pratiques (systématiques, parfois massives) de détournement dans toute la chaîne d'approvisionnement.

L'OPN importe une grande partie de ses approvisionnements (achats groupés OPN/CHL par appel d'offres à partir de la liste de médicaments essentiels) et achète localement auprès d'un grossiste privé. Les budgets inscrits sont de l'ordre de 1,4 milliards F CFA (2 M \$) pour l'OPN (plus de 400 millions en achats locaux) et 1 milliard pour le CHL (plus de 300 millions en achats locaux), les taux d'exécution sont très aléatoires et les délais de paiement s'échelonnent sur plusieurs années d'où la nature très théorique de ces budgets.

Le secteur parapublic et le secteur privé à but non lucratif : La CNSS s'approvisionne auprès des grossistes de la place et dessert son réseau d'hôpitaux et de centres médicaux. Le budget pharmaceutique est de 1,2 milliards de F CFA (1,7 M \$), dont 50% en médicaments (essentiellement spécialités).

²⁶ effet de la dévaluation.

²⁷ Il n'existe pas de données précises sur le chiffre d'affaire du secteur privé à but lucratif.

²⁸ F CFA = exprimé selon la parité actuelle.

Le secteur privé à but non lucratif comprend des formations confessionnelles ou associatives telles que l'hôpital Schweitzer et l'hôpital de Bongolo, qui disposent de leurs fonds propres et s'approvisionnent de manière autonome. L'hôpital Schweitzer importe directement des médicaments génériques en DCI, en vrac chez IDA ; budget médicaments de 115 millions F CFA (164 000 \$).

Le secteur à but lucratif : Ce secteur reste prédominant dans l'approvisionnement du pays, avec près de 60% des importations. Il comprend 2 grossistes privés, Pharmagabon et Copharga, une quarantaine de pharmacies essentiellement implantées en milieu urbain (principalement à Libreville) et une quarantaine de dépôts pharmaceutiques.

Tableau 5 : Nombre d'établissements pharmaceutiques privés

	1996	1998	2002
Pharmacies	32	35	42
Dépôts²⁹	29	30	44
Total	61	65	86
Nb grossistes	1	2	2
Nb industries	0	0	1

La dévaluation a entraîné une forte augmentation (62%) des prix de vente des médicaments (spécialités pharmaceutiques), d'où une diminution sensible du chiffre des ventes de ce secteur. La situation s'est rétablie par la suite, et ce secteur continue à connaître une croissance régulière malgré les prix élevés des médicaments.

Une part non négligeable des médicaments est distribuée par des sociétés privées (Elf, Shell, Comuf, sociétés forestières) pour leurs structures de soins et leurs employés.

d. La production locale

Une société sino-gabonaise est née de la coopération bilatérale avec la Chine. La fabrication concerne une liste de 7 produits de grande consommation (génériques de marque), qui sont mis sur le marché national à des prix pour l'instant peu compétitifs.

1.2.5. Le programme de lutte contre le VIH/SIDA

Au Gabon, l'infection du VIH/SIDA a pris en une décennie une ampleur inquiétante : le taux de prévalence du VIH/SIDA est de 7,7% à Libreville et de 9,2% à Port-Gentil (enquête IRD, décembre 2000) alors qu'il n'était que de 2,8% en 1991³⁰. La prise de conscience réelle de la mesure du danger et de ses conséquences est très récente. Dans son rapport de 1998, l'ONUSIDA estimait à 23 000 le nombre de sujets vivant avec le VIH, dont la moitié à Libreville. Cette progression se traduit par une augmentation de la charge hospitalière des patients infectés ou développant la maladie : de 2,3% en 1991 (Perret, 1991) à 23% en 1997 (Okome, 1997). Le Président de la République a récemment créé un fonds spécial SIDA doté de 1 milliard de FCFA consacré à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

Vu son importance le Programme national de lutte contre le sida et les maladies sexuellement transmissibles (PNLS/MST) occupe aujourd'hui une place privilégiée, bien qu'il soit rattaché à la DGS comme les autres programmes. Trois directeurs de programme s'y sont succédés ces dernières années.

²⁹ Nombre exact de dépôts pharmaceutiques opérationnels non disponible, chiffres fluctuant selon les sources.

³⁰ Enquête en milieu urbain sur la population de 15-49 ans à Libreville.

Un certain nombre de faiblesses ont été évoquées lors de missions spécifiques³¹ :

- L'absence de plan d'action stratégique avec des objectifs clairs ;
- Le PNLs joue un rôle d'opérateur et non de coordonnateur ;
- Les programmes MST et IEC sont actuellement au point mort après l'interruption de financement par l'UE et du projet FAC SIDA et, corollairement, en l'absence de programme de marketing social d'envergure, la disponibilité et l'accessibilité au préservatif sont notablement insuffisantes ;
- Au sein du PNLs, il y a pas ou peu d'échanges entre les départements. Les relations du PNLs avec les partenaires extérieurs (CNTS, Institut d'Epidémiologie et de Lutte contre les Endémies (IELE), Programme d'information-éducation-communication (IEC) multi-sectoriel, Laboratoire de référence) sont insuffisantes ou inexistantes ;
- Les actions de terrain n'ont pas suffisamment d'ampleur surtout dans les provinces ;
- La sécurité transfusionnelle est souvent défailante par les ruptures de tests de dépistage.

1.2.6. Le financement de la santé

La dépense totale de santé au Gabon est estimée à 200 USD par personne et par an, répartis entre les secteurs public et parapublic qui absorbent 85 USD, et le secteur privé libéral qui absorbe 115 USD.

95% des dépenses sont consacrées aux soins curatifs contre 5% pour la prévention. En 2001, 27% du budget d'investissement a été alloué aux structures de premier contact contre 41% aux hôpitaux régionaux et aux centres médicaux.

Tableau 6 : Financement des structures du service public

Secteur Public			CNSS		PNL	Entreprises	Total
Adm	Hôp	CM Disp	Hôp	CMS			
4,553	11,247	6,317	17,143	5,434	1,244	3,500	49,438

MSP, 2001 / En millions FCFA

Les ressources pour le financement du secteur santé sont constituées de trois grandes masses :

- 1) *les ressources inscrites au budget de l'état*, provenant de la fiscalité et de l'aide des partenaires au développement,
- 2) *les ressources des entreprises et des organismes de protection sociale*, provenant de cotisations sociales,
- 3) *les paiements directs des usagers*.

En 1997, les ressources pour la santé inscrites au budget de l'Etat sont estimées à plus de 34 milliards de FCFA sur un budget total de 532 milliards de FCFA³², soit 6,6 %. En 2001 et 2002, le budget du MSP s'élève à 24 milliards de FCFA³³, et représente un peu plus de 4% du budget national. A ce financement national, il convient d'ajouter les aides bilatérales dont la plus large part est assurée par la France (71% en 1996, 67% en 1997 : 5 millions de USD par an³³) et multilatérales.

D'une façon générale :

La préparation budgétaire annuelle reste un exercice formel, consistant à reconduire les lignes de l'année précédente, sans que les priorités du secteur soient réellement prises en compte.

Des modifications du budget peuvent apparaître en cours d'exécution. Peu de données sur l'exécution réelle des budgets ont été communiquées aux évaluateurs.

³¹ Rapport de mission G. de la Ruche (Nov.2001), Rapport J.M.Milleliri/C.T.Benissan (2000).

³² Il serait du même ordre dans le projet de loi de finances 2003.

³³ Voir tableau des APD en annexe.

L'exécution du budget diffère notablement du budget inscrit dans la Loi de finances notamment en matière d'investissement³⁴. Ainsi, le PNAS (1998-2000) prévoyait 117 milliards de francs CFA d'investissement sur trois ans et n'a été réalisé qu'à hauteur de 12%, soit 13,6 milliards.

En matière de couverture des prestations de santé, trois systèmes distincts ciblent trois catégories de population. 675 466 personnes, soit la moitié de la population, bénéficient d'un régime de couverture des prestations de santé :

- les fonctionnaires, les militaires et leur famille, soit 133.300 ayants droit, bénéficient de la gratuité dans les structures publiques de soins.
- les salariés des secteurs privés et des entreprises parapubliques, soit 208.374 ayants droit, bénéficient de la gratuité dans les structures de soins de la CNSS (Caisse Nationale de Sécurité Sociale).
- les indigents, les travailleurs indépendants gabonais et les contractuels de l'Etat, soit 333 792 ayants droit, sont pris en charge par la Caisse Nationale de Garantie Sociale (CNGS).

Tableau 7 : Tableau synthétique des modes de financement³⁵

Catégorie sociale	Prise en charge	Contribution financière de l'utilisateur
Salariés, ayants droit, pensionnés du secteur privé, des entreprises parapubliques, des gens de maison, des fonctionnaires n'ayant pas de régime particulier de protection sociale	CNSS alimentée par les cotisations des employeurs	Modulée sur le revenu pour les hospitalisations 20% des frais des services ambulatoires
Agents de l'Etat et des collectivités locales	Ministère des Finances	Modulée sur revenu
Indigents, indépendants et contractuels de l'Etat	CNGS alimentée par l'Etat	Aucune
Particuliers ayant une assurance	Assureurs	Modulée selon niveau de risque
Particuliers payant comptant	-	100 % des frais

Les collectivités sont représentées par les assemblées départementales participant au financement du secteur santé à hauteur de 10% de leur budget, en assurant entre autres, les salaires de personnels auxiliaires.

Il est prévu que les populations participent au financement de la santé à travers le système de recouvrement des coûts (cf. Loi de 95), mais les modalités de mise en application ne sont pas définies dans le PNAS.

Commentaires

Le désengagement de l'Etat du secteur santé se manifeste à travers la réduction de la part du budget alloué à ce secteur : de 6,6% en 1997 à 4% en 2001.

Le défi pour le MSP est de réduire l'écart entre les ressources mises en œuvre et des résultats encore décevants. Il s'agit notamment d'améliorer la qualité des soins de santé primaires, l'accessibilité des plus démunis aux soins, la lutte contre le VIH/SIDA et la gestion du système de santé.

La poursuite de la réduction de la dépense publique pour la santé et la montée en puissance d'autres mécanismes de financement semble inéluctable. Dans ces conditions la mise en place d'un système rigoureux de gestion du recouvrement des coûts s'impose pour garantir à tous l'accessibilité aux soins.

³⁴ Voir tableau d'exécution du budget d'investissement 1997-2000 en annexe.

³⁵ Source BIT/G.Souchy, dec 2001.

1.3. Les partenaires internationaux au développement

Les principaux partenaires internationaux au développement participent à la mise en œuvre du PNAS par leurs appuis techniques et financiers : la Banque Africaine de Développement (BAD), la Banque Islamique de Développement (BID), l'Union Européenne (UE), la Coopération Française, les Nations Unies (NU) et la Banque Mondiale (BM). Il est cependant difficile d'avoir une vision groupée de l'ensemble de ces interventions que ce soit au SCAC, à l'OMS ou même au MSP où ces informations ne sont pas fournies (ni recherchées).

1.3.1. La Coopération multilatérale

La **Banque Africaine de Développement (BAD)** finance sur prêt un projet d'infrastructures sanitaires dans 3 provinces à l'intérieur du pays (Moyen Ogooué, Ogooué Lolo et Ogooué-Ivindo) pour un montant de 16,8 milliards de F CFA (24 M \$) en cofinancement avec le Gouvernement gabonais (2,7 milliards FCFA soit 3,8 M \$). Ce projet prévoit essentiellement la construction de 30 dispensaires, 15 centres de SMI/PF, de laboratoires de services du génie sanitaire, la fourniture de l'équipement et des médicaments essentiels³⁶.

Ce projet signé en 1994 pour une période de 4 ans, n'a réellement démarré qu'en janvier 1996 puis son exécution a été interrompue d'août 1998 à mars 2001 pour cause de sanction pour accumulation d'arriérés du gouvernement gabonais. A l'heure actuelle, 14% du budget a été décaissé, les procédures et montant des marchés sont en cours d'actualisation et le projet a été prolongé jusqu'en 2003.

Par ailleurs, un don initialement prévu en situation d'urgence pour la lutte contre Ebola a été, compte tenu du délai pris pour en exprimer la requête, réorienté vers la surveillance post-épidémiologique.

La BID : interviendrait sur les dispensaires, mais les informations à ce sujet n'ont pas pu être fournies.

L'Union Européenne : a financé, dans le cadre du 7^e FED, pour la période 1990-1995 puis prolongée jusqu'en 2001, un important projet de réhabilitation hospitalière de 4 hôpitaux régionaux et de 50 formations sanitaires périphériques d'un montant de 10 millions Euros ainsi que le renforcement de la formation (5 millions Euros + 2 millions Euros pour 1999-2000).

Ce projet d'appui à la réhabilitation du système national de santé avait pour objectif général de contribuer à la rationalisation de l'organisation du système de santé et à l'amélioration des soins et pour objectifs spécifiques de : 1) améliorer l'organisation et le fonctionnement du système sanitaire provincial de l'Estuaire, de l'Ogooué-Ivindo de l'Ogooué-lolo et de la Nyanga en particulier à travers des volets infrastructures, équipement, formation et assistance technique ; 2) soutenir la mise en œuvre d'une véritable politique des médicaments essentiels pour augmenter la disponibilité des produits et leur accessibilité. Une évaluation intermédiaire a été effectuée en juillet 1998.

Les problèmes rencontrés ont été principalement un *turnover* important du personnel, la construction d'un nouvel hôpital à côté d'un hôpital en cours de réhabilitation par l'UE, ainsi que le non respect des engagements du gouvernement, en particulier le faible taux de décaissement : de 20 à 30 %.

³⁶ Il est à noter que dans ce cadre est également prévue une étude sur " la fonction de complémentarité des hôpitaux des secteurs publics et parapublic des villes de Lambaréné et Port Gentil. "

Le secteur santé n'a pas été inscrit dans les programmes des 8^e et 9^e FED, car, d'une part, les fonds du 7^e FED n'ont pas été consommés, d'autre part, l'Etat gabonais n'avaient pas rempli certaines obligations, enfin et surtout, parce que, conformément aux accords de Cotonou précisant que seul peut être retenu les secteurs pour lesquels il existe une politique sectorielle, l'UE a considéré que ce n'était pas le cas pour le secteur santé et a donc décidé son retrait de ce secteur³⁷.

Le FNUAP met l'accent sur l'intégration des activités dans les soins de santé publique : IEC, soin prénatal, accouchement sans risque, soin post-natal, prévention de l'avortement et des MST. Il a contribué à l'élaboration d'un programme national de santé de la reproduction qui est actuellement mis en œuvre dans 3 régions : l'Estuaire, le Moyen Ogooué et le Haut Ogooué, en continuité avec le précédent programme du FNUAP. L'action porte principalement sur la réhabilitation, l'équipement de formations sanitaires ainsi que sur la formation du personnel. Par ailleurs le FNUAP a financé le recensement général de la population et de l'habitat en 1993 et participé à l'enquête démographique et de santé 2000. Il travaille en partenariat avec l'université de Columbia (USA) sur les données des services obstétricaux d'urgence.

Le souci exprimé est d'apporter plus de cohérence dans la prise en compte au niveau des formations sanitaires de programmes verticaux qui visent pourtant bien souvent la même cible : la femme et l'enfant.

L'OMS apporte son concours à de nombreux programmes "prioritaires" SSP, SMI, MST/SIDA... dont principalement l'organisation des services de santé (séminaires, supervision des agents formés, évolution des outils du SNIS...), la prévention, l'éradication et la lutte contre les maladies transmissibles, la promotion de la santé (IEC, atelier/gestion des RH) et la santé et l'environnement (cf. : ville-santé) « en relation directe avec le MSP ». Elle participe à la définition des politiques et à la formation du personnel ainsi qu'à l'expertise pour le fonctionnement des Directions provinciales. Par ailleurs, l'OMS a fait appel à un consultant pour travailler sur la mise en place du système de santé (mais sans avoir été mis en relation avec l'assistance technique française).

Le PNUD achève un programme de 5 ans consacré particulièrement à la lutte contre le VIH/SIDA. Un nouveau programme est en cours de formalisation avec 3 volets : gouvernance, environnement et VIH/SIDA.

L'UNICEF a depuis 1996 deux programmes de coopération :

- 1997-2001: « appui aux réformes des secteurs sociaux » comprenant 3 projets :
 - la planification sociale,
 - le plaidoyer et la mobilisation,
 - le renforcement des services de base.
- 2002-2006 comportant :
 - le programme intégré d'intervention en milieu urbain pour la survie, le développement et la protection de l'enfant,
 - le programme plaidoyer et le développement des politiques sociales.

D'autre part l'UNICEF a organisé, en juillet 2000, un atelier de validation de l'étude et d'élaboration du plan de suivi de l'initiative 20/20 au Gabon. Cette initiative (Copenhague 1995) propose qu'en moyenne, 20% des dépenses budgétaires et 20% de l'aide extérieure soient consacrées au financement des Services Sociaux de Base (SSB). Il apparaît que sur la période 1990-1997, elles ont été, au Gabon, respectivement de 10,2% et 8,4 % pour les SSB d'éducation et de santé. Il apparaît également que les dépenses sociales ont représenté en moyenne sur la période, 17% des

37 L'UE a par contre identifié celui des transports et celui des infrastructures qui ont bénéficié d'une aide budgétaire non affectée.

dépenses de l'Etat bien en deçà de la part des dépenses sociales recommandées par les institutions internationales, soit 40% des dépenses publiques.

Commentaires

Dans l'ensemble les financements externes les plus importants privilégient davantage les travaux de réhabilitation et de construction de formations sanitaires que le développement des compétences des ressources humaines.

1.3.2. La Coopération bilatérale

Certains financements sont établis sur base d'accord direct avec la présidence, ils concernent des prêts octroyés par l'Autriche, le Canada et l'Espagne.

L'Autriche avec un prêt de 28 milliards de FCFA (40 M \$) a financé la construction et l'équipement de deux hôpitaux pour Koulamoutou et Port-Gentil. Elle est sollicitée pour prendre en charge la gestion des hôpitaux de Port-Gentil ainsi que le nouvel établissement de Franceville.

La Belgique n'est intervenue qu'en 1994-1995 dans le domaine de la formation pour un montant de 36 000 US\$.

Le Canada, bien que le Gabon ne soit pas un pays programme, a financé la construction d'un hôpital neuf à Franceville pour 8 milliards de FCFA (11,4 M \$) et a financé la construction des hôpitaux provinciaux d'Oyem dans le Woleu-Ntem et Mouila dans la Ngounié³⁸. Ces derniers établissements achevés depuis 3 ans sont toujours vides faute de personnel.

Une enveloppe supplémentaire de 5 M US\$ devrait permettre d'ouvrir celui d'Oyem avec l'aide de 4 AT canadiens (direction, maintenance, encadrement médical et infirmier). **L'USAID** a été sollicitée pour prendre en charge la gestion de celui de Mouila.

Par ailleurs, **le Canada**, avec le Fonds canadien d'initiative locale (équivalent FSD), apporte son appui à différents projets : réfection ou équipement de dispensaires, de centres sociaux...

La Chine a construit l'hôpital pédiatrique de Libreville et apporte son assistance technique par la mise à disposition de personnels. Cet hôpital a encore pour le moment une faible fréquentation.

L'Espagne a financé pour 17 milliards F CFA (24,3 M \$) du matériel médical et de radiologie, fourni par la société espagnole Equatro, en particulier dans la région de Lambaréné.

Les Etats-Unis aident l'Hôpital évangélique de Bongolo à Lebamba depuis plusieurs années. Le Fonds humanitaire d'assistance du gouvernement des USA a ainsi débloqué 150 000 US\$. En 2001, un nouveau pavillon pédiatrique a été construit (25 000 US\$) et un entrepôt médical qui desservira l'hôpital a été installé dans la commune d'Owendo.

L'Italie, enfin et pour mémoire, a financé dernièrement des séances de formation à la télé-médecine (383 000 US\$).

38 L'hôpital de Mouila, de type pavillonnaire comporte 19 bâtiments sur une superficie de 1760 m² a une capacité de 162 lits. Son coût de 6,74 milliards de francs CFA a été réparti entre l'Etat gabonais et le Canada. L'hôpital d'Oyem comporte 18 bâtiments et s'étend sur une superficie globale de 900 m² a une capacité d'accueil de 62 lits. Il a coûté 7,6 milliards de francs CFA. Les deux structures comprennent des services de soins de santé primaire, de pédiatrie, de gynécologie obstétrique et de chirurgie.

Tableau 8 : APD (hors prêt) des bailleurs de fonds sur les 10 dernières années³⁹ en milliers de \$

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Belgium					20	16						36
European Communities			78	12 885								12 963
France	275		378	2 984			586	2 684	3 459	773	1 578	12 717
Italy										762		762
Norway									14			14
Spain									129			129
Total	275		456	15 869	20	16	586	2 684	3 602	1 535	1 578	26 621

Source OCDE

1. 3.3. La concertation entre les acteurs

Les relations entre organismes n'apparaissent pas organisées, malgré l'existence de bonne collaboration entre les personnes.

Des initiatives et des travaux ont été menées collectivement par les uns et les autres : la France, l'UE pour l'élaboration du PNAS, la BAD et la BM pour une étude sur la privatisation des entreprises parapubliques...Cependant malgré l'initiative menée par l'OMS ces dernières années, malgré une réunion début 2002 entre bailleurs sur le FSD et les micro-crédits, il n'y a, à l'heure actuelle, aucune concertation organisée ni entre les partenaires du développement ni collectivement avec le MSP. Le Gabon est considéré comme un terrain de prospection commerciale. A sa demande, les constructions et équipements de structures sanitaires se font au détriment de toute logique de santé publique. La définition et la mise en œuvre de programmes sont traitées avec le MSP sans tenir compte le plus souvent des autres interventions en cours et sans cohérence sur le fond et sur la démarche, sans complémentarité des actions ni synergie des moyens. Enfin certaines initiatives se recoupent, telle celle de l'étude sur le système de santé menée par un consultant extérieur et appuyée par l'OMS sans que ni l'AT auprès du DRS de Libreville ni l'AT auprès du MSP n'en soient avisés.

Commentaires

L'absence, *de facto* ou voulue⁴⁰, de points d'échange entre bailleurs d'une part et avec le MSP, d'autre part, ne peut être que préjudiciable à une action plus efficace en matière de santé. Les personnes de ces organismes interviewées lors des entretiens avec les évaluateurs ont manifesté le souhait de rencontres à ce sujet. Ce rôle échoit traditionnellement au MSP et à l'OMS mais en cas de défaillance de leur part des réunions techniques sectorielles n'en sont pas moins nécessaires. Enfin, en ce qui concerne la France, la consigne de mener des actions conjointes exprimée de façon très volontariste par le DG de la DGCID, ne semble pas trouver beaucoup d'écho sur le terrain.

Dans ce cadre, pourrait être ajustée une position, si ce n'est commune du moins "en cohérence", entre l'UE et ses États membres et en particulier avec la France contributrice pour 25% au FED.

En ce qui concerne les interventions dans le cadre bilatéral, elles sont pour la plupart décidées "au plus haut niveau", mettant ainsi, bien souvent, le MSP devant le fait accompli. Ces projets répondent *de facto* à une autre logique tant de la part de l'Etat gabonais qui "fait ses courses" tout en contribuant à l'accroissement de la dette quand ils sont financés sur prêt, que des pays intéressés

³⁹ Voir précisions en annexe

⁴⁰ Il a même été rapporté que chaque directeur du MSP avait "son" bailleur.

du point de vue commercial. Les réalisations résultantes peuvent apparaître alors, sans correspondance ni avec les besoins réels de la population, ni avec les capacités en personnels, en savoir-faire ou en maintenance et donc sans prise en compte des effets induits et des budgets de fonctionnements nécessaires.

DEUXIÈME PARTIE - ÉVALUATION DES ACTIONS DE LA COOPÉRATION FRANÇAISE DANS LE SECTEUR SANTÉ

La coopération française dans le secteur santé se traduit principalement par les projets financés par le FAC ; elle comporte également des actions qui font appel à d’autres financements ou à d’autres modalités de d’intervention.

2.1. Les actions entreprises dans le cadre des projets FAC

Jusqu’à la fin des années 90, la France axe principalement ses interventions dans le secteur hospitalier et dans la lutte contre les grandes endémies, champ traditionnel de la coopération française. Elle est alors essentiellement engagée dans une action de substitution avec un effectif important d’une cinquantaine d’assistants techniques répartis dans les établissements de soins et postes administratifs du secteur ainsi qu’à la faculté de médecine. Majoritairement médecins (internistes, épidémiologistes et chirurgiens), ces assistants techniques sont impliqués dans le maintien d’une activité curative, dans la lutte contre les principales endémies et la vaccination, ainsi que dans l’enseignement médical (9 médecins). Ainsi, « la création d’une université médicale à Libreville et une politique gouvernementale suivie en matière de bourses de spécialisation ont abouti à la constitution d’un corps médical gabonais suffisant pour les besoins du pays⁴¹».

La période 85-90 est plus particulièrement marquée par les programmes de lutte contre la tuberculose, le Sida, le PEV ainsi que par la réhabilitation du plateau technique du Centre Hospitalier de Libreville financé par les crédits déconcentrés d’intervention (CDI)⁴².

Le début des années 90 marque un changement de fond du mode d’intervention française se traduisant par une diminution globale de l’aide, une forte déflation de l’assistance technique, et par l’adoption d’une démarche projet. La coopération française privilégie désormais le développement des capacités d’expertise, de conseil et de transfert de compétences à la position de substitution occupée jusqu’alors par l’assistance technique. Cette nouvelle stratégie est confirmée lors de la commission mixte franco-gabonaise de juillet 1991. Mais dans les faits, les résistances au changement des 2 parties ne facilitent pas, l’arrivée de nouveaux profils et l’instauration de nouvelles pratiques.

Le concours de la France s’oriente sur une aide à la réforme du secteur de la santé engagée par le gouvernement gabonais, plutôt que sur le programme d’investissement et de réhabilitation pour l’ensemble des hôpitaux initialement envisagé. La commission mixte de 1998 entérine ces orientations.

Au cours de la décennie (1992-2002), la Coopération française développe ainsi ses projets selon deux axes principaux :

1) l’appui à la mise en œuvre de la politique nationale avec successivement le Projet d’« appui à l’harmonisation des systèmes de santé au Gabon » et le Projet d’« appui au Plan National d’Action Sanitaire (PNAS) ».

2) l’appui à la lutte contre le sida avec successivement un Projet d’« information, éducation, communication » (IEC), puis le Projet d’« appui à l’information et la communication pour la prévention du sida en République du Gabon », suivi de l’actuel Projet de « Prévention et surveillance épidémiologique du VIH SIDA ».

⁴¹ Evaluation de l’aide française au Gabon, 1979-1989.

⁴² Voir tableau des crédits affectés en annexe.

Les principaux événements de la période sont résumés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 9 : Chronologie des faits marquants sur la période

1991	juillet	Commission mixte franco gabonaise
	décembre	Création du Comité Interministériel de Coordination de la réforme du secteur Santé (CICS)°
1992	avril	Etats généraux de la santé débouchant sur le Projet d'Harmonisation des systèmes de santé du Gabon (projet de réforme)
	juin	Mission d'identification de l'action de la France (Demazière/Delorme/Josseran)
	décembre	Description Projet d'appui à l'harmonisation des systèmes de santé/FAC
1993	mars	Entrée au CA du CIRMF
	avril	Convention FAC 92 Appui à l'harmonisation des systèmes de santé
1995	janvier	Ordonnance du 14 janvier 1995 : Loi d'orientation de la politique de santé
	décembre	Mission de suivi du Projet FAC 92 (Bouscharain/Bruno)
1996	avril	Convention avec Min. Coop/ CIRMF
	juin	Convention FAC 96 SIDA
1997		P.N.A.S
		Mission OMS/Coop évaluation du PNAS
		Réorganisation du MSPPP
	février	Mission d'identification de l'action française au Gabon
	mai	Jumelage avec CHU Nîmes
1998		Convention Fac 98 : Appui à la mise en place du PNAS
		Commission mixte franco-gabonaise
2000	avril	Actualisation PNAS 2000-2002
2001	novembre	Evaluation projet Sida 1
		Comité de pilotage du Projet FAC 98
2002		Convention Fac/Sida 2
		FAC/Mise en place d'un Samu

2.1.1. L'appui à la mise en œuvre de la politique nationale

a. Le projet FAC 92 : Appui à l'harmonisation des systèmes de santé au Gabon

La France ayant été sollicitée pour apporter son soutien au processus de réforme du secteur santé, une mission d'identification⁴³ a eu lieu en juin 1992. Elle préconisait cinq axes majeurs d'intervention :

- 1) la réorganisation du service public de la santé,
- 2) la définition du financement des prestations (réforme des régimes sociaux),
- 3) le redressement de la gestion pharmaceutique,
- 4) la remise à niveau du secteur hospitalier (harmonisation),
- 5) le développement de la médecine préventive, de la médecine rurale et de la médecine sociale).

Cette mission définissait également les moyens à mettre en œuvre : assistance technique, jumelage, missions d'appui...

La description détaillée du projet Fac 92, de son déroulement et de son exécution financière ainsi que la liste des actions réalisées sont décrits dans 3 tableaux en annexe.

• *Identification*

S'inspirant des conclusions de la mission, mais sans en reprendre toutefois toutes les orientations, le projet FAC 92 a été défini avec 4 composantes :

- un appui institutionnel au MSP en vue de la mise en place d'un système performant d'information, de planification et d'analyse sanitaire et de l'élaboration de textes définissant le fonctionnement et le financement du service public ;
- un appui institutionnel à la Pharmacie nationale d'approvisionnement en vue d'une rationalisation de l'utilisation des ressources de l'Etat destinées à l'approvisionnement en produits pharmaceutiques des formations sanitaires ;
- un appui à l'Ecole Nationale de Santé et d'Action Sociale (ENSAS), en vue de l'amélioration de la gestion des RH dans le secteur médical, paramédical et social, la planification de la formation des médecins ainsi que la réorganisation et la redynamisation de l'ENSAS ;
- une mise à niveau de l'offre de soins CHL à travers une amélioration technique des services hospitaliers, la réhabilitation de la gestion et l'adoption de nouveaux statuts, ainsi que la création de nouveaux services.

Le suivi et l'évaluation du Projet étaient prévus en continu par le conseiller santé et le conseiller multi-mission, ainsi que par des missions d'experts du département et de l'APHP. Il n'était pas envisagé d'évaluation finale externe.

• *Coût et financement du projet*

Le montant du projet FAC est de 14 M.FF. Le coût de l'assistance technique liée à ce projet est estimé à 6,3 M.FF (titre IV). Le détail de la répartition des coûts par composante et par rubrique, et de l'exécution financière du Projet est présenté en annexe. Ces montants ne représentent que 8% du montant global estimé à 245 M.FF, assumés à hauteur de 44% par les ressources nationales et 46% par d'autres ressources étrangères comme l'indique le tableau ci-après.

⁴³ Mission effectuée par JF Demazières, (sous Directeur de la Santé et du Développement social du Ministère de la Coopération, R Jossieran, conseiller multi-mission et Ph Delorme (APHP).

Tableau 10 : Projet harmonisation des systèmes de santé. Estimation des financements 1992

Moyens financiers	Montant (milliers FF)
<i>Sources françaises</i>	25 348
Ministère de la Coopération	
- FAC	14 000
- Titre IV	6 348
Autres sources françaises	
- Elf Gabon	5 000
<i>Sources étrangères⁴⁴</i>	111 900
- CEE	75 900
- Canada	36 000
<i>Sources Nationales</i>	107 516
- Contribution AT	8 716
- Infrastructures	98 800
TOTAL	244 764

Si le financement français a été exécuté à plus de 90%, il n'y a pas d'information sur la contribution effective des financements nationaux.

• **Mise en œuvre du projet.**

La mise en route du projet, entre l'identification du Projet, sa présentation au Comité d'examen en juillet 92, son approbation en février 93, la signature de la convention en avril 93 et la mise en place des crédits en mai 93 a pris un peu plus d'un an. Il a démarré en fait avec l'arrivée décalée des AT dont la gestion demeure indépendante de celle du projet ; de plus, le chef de projet n'a été désigné qu'en janvier 94. D'une durée initiale de 3 ans, le projet a été prolongé jusqu'à fin 97 mais n'a été finalement clôturé qu'en juin 99.

Il est à noter que le contexte de départ n'était pas très propice à des prises de décision : dévaluation du FCFA en janvier 94⁴⁵, élection présidentielle en mars 94, changements de gouvernement, réforme constitutionnelle, nouvelle loi de finances... C'est aussi à cette période que, pour le secteur santé, se tenaient les réunions d'Abidjan (mars 94) et d'Evian (avril 94).

Ces retards ont été accentués par le non respect des préalables incombant à la partie gabonaise en particulier la réhabilitation de la Pharmapro et les travaux de l'ENSAS. La première année a été donc consacrée à la révision et à la re-programmation des composantes impliquant Pharmapro, l'ENSAS et le CHL⁴⁶.

Dès leur arrivée, les assistants techniques ont commencé leur appui institutionnel à la Direction générale du MSP⁴⁷ en s'insérant dans les différentes structures de réflexion mises en place qu'ils ont animé avec les homologues gabonais et partenaires nationaux et internationaux. La cellule de réflexion et d'aide à la décision de la Direction générale de la santé n'a fonctionné que 8 mois, par contre le comité technique de la "commission intersectorielle de coordination de santé", chargé de mener à bien la réforme dans ce secteur, s'est réuni régulièrement. Cependant, les ministères de tutelle ne se sont pas suffisamment impliqués dans ce processus, la commission intersectorielle s'est rarement réunie (bien que conditionnalité du projet) et n'a pas approuvé les propositions soumises par le comité technique.

44 Financement Elf Gabon (5 000 000 FF) = construction d'un hôpital et d'un centre régional des grandes endémies à Port-Gentil ; intervention du Canada (36 000 000 FF) = participation à la construction des hôpitaux régionaux de Oyem et Moula ; Contribution de la CEE au processus de réforme et d'harmonisation des SS (75 900 000) = à préciser.

45 Préjudiciable en particulier pour le secteur pharmaceutique, d'où la nécessité de redéfinir cette composante du Projet.

46 Répartition des AT : Composante 1 : un médecin SP et un économiste de la santé, Composante 2 : un pharmacien à la Pharmapro (au lieu de 2 prévus), Composante 3 : un médecin SP et un cadre infirmier à l'Ensas et au MSP, Composante 4 : trois gestionnaires du Service des Armées.

47 Ministère de la Santé Publique

Le dispositif de missions d'appuis et de jumelage avec les hôpitaux de Paris qui devait compléter l'action des assistants techniques ne s'est pas déroulé comme initialement prévu et a été rapidement remis en cause. Les missions d'appui attendues dès le début du projet ont été plusieurs fois redéfinies et programmées. Deux missions conjointes sur la réforme hospitalière ont finalement eu lieu fin 94 (réforme hospitalière). Trois autres missions coordonnées par l'IGAS se sont déroulées en mars 96. Elles n'ont pas eu les effets escomptés dans la mesure où aucune suite n'a été donnée.

Une mission de supervision a été effectuée par le sous-directeur DEV/S en décembre 95, recensant les réalisations. Elle a fait plusieurs recommandations en vue d'améliorer la coordination des équipes entre elles, avec la partie gabonaise et avec les partenaires de l'UE, de relancer le système de jumelage avec un hôpital de taille moyenne (en remplacement du jumelage avec l'APHP non effectif), et de recentrer l'intervention en épidémiologie sur des activités de santé publique.

Il n'y a pas eu d'évaluation finale du projet, ni de document de suivi permettant d'attester la mise en œuvre de ces recommandations pendant les 2 années restantes du projet.

• *Résultats*

Les résultats de ce projet sont relativement modestes comparés aux objectifs ambitieux de départ et aux moyens financiers et en hommes alloués. La réforme du secteur et l'harmonisation des systèmes n'ont pas été réalisés, et si la réflexion sur plusieurs grands "chantiers" a progressé, elle n'a pas permis leur aboutissement en raison d'un manque d'adhésion et de soutien politique ainsi que du changement de mentalité qu'impliquent ces réformes. C'est le cas notamment de la création d'un service public, de l'autonomie de gestion des établissements hospitaliers ou de la participation des populations au recouvrement des coûts. En effet, bien que ces principes aient été inclus dans la loi d'orientation de 95, aucun texte n'en a permis la mise en application.

Les nombreuses actions entreprises dans chacun des volets, même si elles ont permis de notables réalisations, se traduisent par un bilan global mitigé.

- L'appui institutionnel au ministère de la Santé a contribué à 1) définir la nouvelle politique de santé adoptée en 1995, réorganiser le ministère (en 1997) et préparer le premier plan d'actions sanitaires (PNAS 97/98), 2) ébaucher des outils d'aide à la planification et élaborer une carte des formations sanitaires existantes (outils inachevés).
- L'appui à la Pharmapro a abouti à 1) assainir la situation de la Pharmapro suite à la dévaluation du FCFA, 2) améliorer les infrastructures, 3) élaborer des textes visant à mettre en place l'encadrement institutionnel du secteur, réviser la réglementation pharmaceutique et assurer la transformation de la Pharmapro en office Pharmaceutique autonome. Toutefois l'autonomie du nouvel OPN n'a pas été acquise (texte à réviser), et la mise en place du cadre institutionnel avec la création d'une Direction du Médicament et de la Pharmacie n'a pu se concrétiser qu'en fin de projet. Enfin, les orientations préconisées après la dévaluation du FCFA par les bailleurs de fonds et la France visant à mettre en place une politique de médicaments essentiels génériques n'ont pas été suivies. Dans ce domaine un retard important a été pris, contrastant avec les progrès obtenus dans les autres pays de la zone FCFA pendant cette période.
- L'appui à l'ENSAS n'a pas été concluant, malgré un appui technique conséquent et un apport en équipement. La proposition de réforme des programmes n'a pas connu de suite. Par contre les conditions pour une gestion plus efficace des ressources humaines ont été remplies avec la mise en place d'une Direction des RH et la réalisation d'outils de gestion (non utilisés par la suite).

Enfin, la mise à niveau de l'offre de soins du CHL s'est améliorée sur un plan technique avec, en particulier, la réhabilitation des plateaux techniques, mais les aspects qualitatifs et de gestion ont été laissés pour compte. L'instauration d'un recouvrement des coûts, non reconnu par des textes, s'est développé sans cadre, conduisant à des dérives non maîtrisées. La rationalisation des procédures en vue d'une autonomie de gestion, n'a pas eu de résultats probants et l'autonomie de gestion n'a pas été accordée à l'établissement.

• *Commentaires*

Le projet FAC 92 était novateur à plusieurs titres, à la fois dans le fond en proposant de nouveaux axes pour une harmonisation des systèmes, dans l'approche multisectorielle puisque concernant les deux ministères de la santé et des affaires sociales, et dans la forme en prévoyant une intervention organisée selon la démarche de projet. Au cours des différentes étapes de son exécution, le projet a progressivement évolué en perdant de vue ses caractéristiques initiales. Plusieurs facteurs expliquent cette dérive :

Ciblage du Projet : Le rapport de la mission d'identification constitue le document de référence pour les réformes à mener et la définition de l'intervention française. Il a été largement approuvé par les bénéficiaires. La rédaction du projet FAC a été réalisée par une équipe différente et n'est pas restée fidèle aux orientations proposées : l'approche impliquant les ministères de la santé et des affaires sociales, tous deux signataires de la convention, n'est pas respectée dans le descriptif des composantes ; les objectifs et les résultats attendus se traduisent par une liste d'activités à mener de type catalogue et n'incluent aucun indicateur de suivi ou d'évaluation. *De facto*, par son large champ d'intervention, compte tenu des enjeux et des réformes visées, ce projet trop ambitieux apparaît comme peu réaliste compte tenu de l'existant et a aussi, probablement sous estimé les résistances au changement françaises et gabonaises.

La prise en charge du projet par la France : une adhésion réticente, voire restrictive, à la philosophie du projet, apparemment mal comprise, les tergiversations et lenteurs de décisions ont été source de divergences entre le poste et le département préjudiciables à la conduite du projet (non application du dispositif de missions d'appui par exemple) et à l'image de la Coopération française.

Les éléments de réforme initiés dans le cadre du projet n'ont pas été suffisamment soutenus ni défendus auprès des autorités gabonaises ni par la France ni par les autres partenaires ; l'approche multisectorielle et la perspective "d'harmonisation" ont été perdues de vue et les modifications apportées en cours de projet ont finalement privilégié la réalisation de la composante hospitalière traditionnelle (CHL), au détriment des autres volets.

Dispersement de l'assistance technique : Malgré la forte implication des AT, l'absence d'un travail d'équipe et un *leadership* apparemment contesté, ont entraîné la perte de vue de la ligne force du projet et un éparpillement des actions. En l'absence d'un dispositif de suivi et de supervision, sans que les responsabilités d'exécution n'aient été suffisamment bien délimitées, il n'a pas été possible d'arbitrer ni de corriger les écarts constatés.

b. Le projet FAC 98 : Appui au Plan National d'Action Sanitaire

• *Identification*

Ce projet vient en appui de la réforme du système de santé gabonais et de la mise en place du Plan National d'Action Sanitaire (PNAS) adopté par le Conseil des Ministres en mai 1998. Il comporte 2 composantes (voir tableaux détaillés en annexe) :

- un appui institutionnel au Ministère de la Santé en continuation de l'action menée précédemment (sous-composantes SNIS, pharmacie et RH) ;
- le renforcement du système de soins de Libreville compte tenu de l'importance du milieu urbain au Gabon et plus particulièrement de la capitale (40% de la population gabonaise), à la fois à travers la Direction Régionale de la Santé de Libreville (DRSL) et par la continuation de l'appui au centre hospitalier de Libreville (CHL) "dans la mesure où il joue un rôle majeur dans la couverture sanitaire de la capitale et du pays".

Le projet intéresse donc à la fois le niveau central et périphérique.

• *Coût et financement*

Tableau 11 : Moyens financiers Projet FAC 98

Sources	Montant (millions FF)
<i>Sources françaises</i>	
Ministère de la Coopération	
- FAC	6
- Titre IV (AT sur 3 ans)	15
- autres sources Min. Coopé. (partenariat hospitalier)	0,225
<i>Autres sources françaises</i>	
- CHU de Nîmes : jumelage avec le CHL	0,175
<i>Total sources françaises (1)</i>	<i>21,4</i>
<i>Sources étrangères</i>	
- CEE (FED, BEI)	32,5
- Banque Africaine de Développement	10,7
<i>Total sources étrangères (2)</i>	<i>43,2</i>
<i>Sources nationales</i>	
- Prévisions budgétaires 1999 MSPP	28
<i>Total sources nationales (3)</i>	<i>28</i>
TOTAL	92,6

Le budget du projet, à un an de sa fin après prolongation n'était consommé qu'au tiers en octobre 2001 comme l'indique le tableau suivant :

Tableau 12 : Répartition du FAC 98 par composante

Composante 1	Budget prévisionnel (milliers FF)	Utilisation fin oct 2001*
1.1. Outils de pilotage et Système d'information	770	28 %
1.2 Planification et budget	400	1 %
1.3 Gestion ressources humaines et Formation	695	54 %
1.4 Appui a la restructuration du secteur pharmaceutique	795	110 %
Mission courte durée, suivi et évaluation	100	?
Divers et imprévus	200	?
Total Composante 1	2 960	56 %
Composante 2		
2.1 Appui a la DRS de Libreville		
2.1.1 Installation et développement de la DRS	820	27 %
2.1.2 Extension et rationalisation de l'offre de soins	750	8 %
2.2 Appui au Centre Hospitalier de Libreville	1 125	19 %
Mission, suivi et évaluation	145	?
Divers et imprévus	200	?
Total Composante 2	3 040	18 %
TOTAL PROJET	6 000	33 %

• **Mise en œuvre du Projet**

Elaboré en 1997, signé en juin 1999, il était prévu que le Projet soit suivi et piloté par 2 instances :

- une commission de suivi du projet présidée par le responsable MSP du comité ministériel de suivi et devant se réunir au minimum 3 fois par an,
- un comité de pilotage chargé en particulier d'approuver et de contrôler les plans-programmes proposés par la commission de suivi, présidé par le ministre de la santé publique et de la population, et qui doit se réunir tous les ans.

Le projet a mis beaucoup de temps à démarrer principalement pour deux raisons :

Le non recrutement du chef de projet qui devait être l'économiste de la santé responsable de la composante planification, d'après les termes de la convention. Son poste a été supprimé par le SCAC, l'utilité de sa composante étant remise en question. Il devait en particulier assurer la mise en place de la commission de suivi et du comité de pilotage.

L'échelonnement des recrutements des AT, dont certains ne sont arrivés que courant 2001. Il en est ainsi plus particulièrement du conseiller auprès de la DRSL, de l'AT SNIS et conseiller auprès du ministre, chargé notamment de la coordination du projet dans un rôle de chef de file et donc – *de facto* – de chef de projet.

Le projet a réellement commencé en septembre 99. Prévu pour 3 ans, il a été prolongé d'un an et devrait, dans les prévisions actuelles, prendre fin en 2003.

Le comité de pilotage ne s'est réuni qu'une fois, le 9 novembre 2001, soit 2 ans et demi après la signature de la convention et la commission de suivi est restée virtuelle.

La « concertation annuelle avec les autres bailleurs de fonds organisée à l'instigation du comité de pilotage » prévue également dans la convention n'a pas non plus été réalisée dans ce cadre, pas plus, d'ailleurs, que dans un autre cadre.

En fait, le démarrage du projet a connu quelques "ratés" (comme l'a commenté le ministre de la santé lors de la réunion du comité de pilotage de novembre 2001) : retard et décalages de démarrages dûs aux vacances prolongées de certains postes d'AT, manque d'appropriation nationale...

• **Résultats**⁴⁸

A l'heure actuelle et de façon complémentaire à la présentation faite au comité de pilotage de novembre 2001, les résultats suivants sont constatés :

L'appui au SNIS (sous-composante 1.1.) :

Des actions ont été réalisées : formation des personnels aux outils et recueil de données dans les 4 provinces soutenues par le FED et partielle dans la DRL ; les données de surveillance épidémiologique sont traitées mais la rétro-information est inexistante. Les outils d'aide à la décision (tableaux de bord) n'émergent pas et « les objectifs du SNIS semblent toujours lointains ». L'absence prolongée de l'AT chargé de l'appui au SNIS semble en être une des causes principales. Il apparaît cependant nécessaire d'explicitier une stratégie permettant de resituer cette action dans une vision d'ensemble, d'assurer une meilleure planification des tâches et de promouvoir une plus grande coordination multilatérale dans le cadre d'un « comité de pilotage SNIS ».

Parallèlement à la phase test de ces outils et des formations sur le terrain, menée actuellement, une démarche de mise en place d'outils d'aide à la décision est initialisée au plan central en collaboration avec le ministre et les différents directeurs :

- En première phase : la constitution d'un tableau de bord général de la santé (TBGS) basé sur des clignotants de la situation sanitaire et du système de santé (aspect technique, humain et budgétaire). Certains instruments peuvent être fonctionnels rapidement (capitalisation d'actions menées dans le cadre du PNAS) et permettre déjà un meilleur pilotage du MSP.
- En deuxième phase : la conception d'un système de planification et de suivi-évaluation qui alimentera le TBGS et autorisera les mises à jour.

En réalité, ce processus est difficile à mettre en place à partir d'un organigramme fonctionnel, en raison de l'indépendance souhaitée des acteurs concernés et des conflits potentiels liés à leurs zones d'influence. Un groupe de travail multidisciplinaire rattaché au cabinet du ministre devait être constitué lors de la première phase.

La sous-composante 1.2, intitulée planification budgétaire n'a donné lieu à aucune action. Le volet inventaire et définition de normes ayant été réalisé dans le cadre du PNAS et le volet gestion financière et comptable n'ayant pas de signification tant que la décentralisation budgétaire n'est pas publiée. Cette sous composante a été annulée.

Le développement des RH (sous-composante 1.3.) :

Cette composante initialement orientée sur la gestion et la maîtrise des effectifs ainsi que sur la formation initiale et continue, a été adaptée en fonction des nouvelles orientations de la DGRH

48 cf. en annexe, tableaux des réalisations du projet FAC 98.

visant au renforcement des capacités (formation/management) dans la perspective d'une politique sectorielle de santé. Ainsi, une politique des RH pertinente viserait à ce que les cadres nationaux s'approprient les problèmes prioritaires aux différents échelons du système de santé, que des objectifs soient fixés par ces mêmes cadres, que les agents centraux aient une vision plus managériale de la gestion des RH et intègrent la dimension santé publique afin que la formation soit un outil de changement de comportement des acteurs.

D'où :

1. la mise en place au sein de la DGRH d'une équipe d'experts chargés d'appuyer le développement des nouvelles orientations,
2. le développement d'activités pédagogiques par la mobilisation d'expertise sur « les prérequis en santé publique » ou encore la définition des normes et standards permettant une meilleure répartition du personnel santé sur le territoire dans un contexte de déconcentration.

La tenue récente d'un atelier pédagogique sur le thème « Communiquer pour mieux servir la santé » mobilisant une équipe intersectorielle (nationaux, représentants des partenaires au développement, et autres secteurs) a conduit à l'élaboration par chaque participant d'objectifs réalisables d'ici juin 2003.

L'appui à la mise en œuvre de la politique pharmaceutique et à la gestion du secteur :

L'appui au secteur pharmaceutique a permis la mise en place du cadre institutionnel défini par les textes d'organisation du MSPP (1997). La Direction du Médicament et de la Pharmacie a développé ses activités (enregistrement, information, autorisations, textes réglementaires), et la révision des textes a été faite en vue de son actualisation. Cependant le contrôle des importations n'est pas effectif, l'inspection pharmaceutique reste sans moyens et sans relation fonctionnelle avec la DMP ; aucun des principaux textes soumis n'a été adopté ou officialisé (projet de décret sur l'organisation de la DMP et de l'OPN, projet de Loi sur le médicament et l'exercice de la pharmacie remplaçant la Loi (dépassée) de 1961 ou encore le document de politique pharmaceutique nationale). Dans les conditions actuelles, tant le dispositif législatif et réglementaire que le cadre administratif et de contrôle ne peuvent jouer pleinement leur rôle. Une forte résistance au changement dans ce secteur et le manque de volonté politique malgré une forte implication de nombreux professionnels des différents secteurs en apparaissent les principales raisons.

L'appui à l'OPN a permis de redresser et développer son activité en mettant en place des procédures et un savoir-faire en matière d'achat et de distribution. Là encore sans le cadre juridique d'autonomie de gestion, sans la maîtrise des flux financiers (disponibilité des budgets et délais de paiements), sans la gestion de son personnel et des moyens de son développement, la structure ne peut devenir réellement performante. Enfin l'instauration d'un système durable de financement des médicaments (avec des systèmes de recouvrement des coûts), s'il a été étudié et testé est toujours bloqué faute de décision politique.

Les perspectives d'amélioration tangible de la situation du médicament sont actuellement suspendues à ces décisions en attente.

L'appui à l'installation et au développement de la DRS de Libreville :

La part principale de la mission des 2 AT qui se sont succédés a évolué de l'assistance à la mise en place de la nouvelle DRSL, avec sa partie "matérielle" visible, à l'appui visant à rendre la DRSL

fonctionnelle et à améliorer le développement de la couverture sanitaire de la région. La mission actuelle implique donc un travail consacré beaucoup plus à la concertation, l'animation et la formation des personnels de la DRS et des relais de terrain... qu'à une tâche opérationnelle.

L'équipement des bureaux est pratiquement réalisé et une base de données est en cours d'actualisation. La formation du personnel des CS et des formateurs de l'équipe cadre RSL ainsi que les supervisions sont bien initiées. Il reste encore à évaluer l'adéquation au PMA des soins prodigués par formation sanitaire qui restent encore beaucoup "à la carte", à assurer la prise en charge des programmes nationaux au niveau des CS ainsi qu'à déterminer les besoins en personnel et moyens matériels et financiers.

En ce qui concerne la rationalisation de l'offre de soins de premier niveau, bien que la réhabilitation des CS ne soit pas encore réalisée, le fonctionnement de la plupart d'entre eux a été amélioré ; le recouvrement des coûts de consultation reste faible mais le problème récurrent semble être l'organisation et la motivation du personnel.

L'appui au centre hospitalier de Libreville :

La description de la composante se limite succinctement à la mise en place de l'informatisation et du projet d'établissement ⁴⁹.

Le projet d'informatisation avec l'appui du CHRU de Nîmes dans le cadre du jumelage a du mal à démarrer. Un schéma directeur du système d'information a été élaboré en mai 1998 puis réactivé en 2000 avec l'arrivée d'un AT et la mission au Bénin pour étudier le SIH du CHU de Cotonou et l'adapter au CHL. Mais le transfert n'étant pas possible pour des raisons principalement de brevet, le CHL se tourne maintenant vers l'hôpital général de Douala pour en étudier la possibilité d'adaptation au CHL. Quatre ans après son initialisation et 3 AT directeurs d'hôpital, le projet est encore en phase d'élaboration. Un AT informaticien doit arriver en septembre (transformation du poste d'anesthésiste réanimateur précédent).

Le projet d'établissement a été initié à la suite des 5^{es} journées hospitalières internationales sur le Projet d'Etablissement tenues à Libreville en novembre 2000. Le CHU de Nîmes a participé à la sensibilisation et à l'initialisation du projet médical. Une équipe projet faisant preuve de dynamisme et d'enthousiasme est en place.

L'assistance technique au CHL est composée d'un directeur d'hôpital, conseiller du Directeur, de 2 cadres infirmiers et d'un ingénieur de maintenance.

L'AT, directeur d'hôpital a plus particulièrement centré son action sur le développement des activités prévues dans le projet FAC et à la tenue réussie des journées de Libreville sur les projets d'établissement. Les AT infirmières en appui, l'une, à l'encadrement et à l'hygiène des blocs, l'autre, à l'encadrement du service des urgences et à la mise en place du SAMU ont prolongé leur action par du conseil auprès de l'infirmière générale et par la contribution à la création d'une cellule de promotion de l'hygiène au sein de l'hôpital. L'ingénieur de maintenance, faute d'homologue, assure pleinement la maintenance de l'hôpital. Il intervient ponctuellement au ministère mais sans trouver beaucoup de répondant compte tenu des cloisonnements entre les services et du faible potentiel de la direction de l'équipement ; une politique de maintenance n'est pas non plus à l'ordre du jour, ce qui est éminemment regrettable ne serait-ce que pour l'équipement installé récemment en particulier dans les nouveaux hôpitaux.

49 une des raisons évoquée étant la non publication de textes octroyant l'autonomie de gestion complète au CHL .

• *Commentaires*

En terme d'appui aux ressources humaines, l'approche choisie doit être considérée comme appropriée et adaptée à la situation. La complexité de ce contexte relativement à la gestion des RH – caractérisée par le népotisme, des attitudes “fonctionnaires”, une répartition géographique difficile du personnel, la dichotomie entre le privé, le public et le parapublic, etc... – ne permet pas d'espérer des résultats immédiats. Une approche “systémique” prenant en considération tout le système doit être menée. Dans ce sens, en ciblant les usagers – à savoir, les patients –, la gestion des ressources humaines deviendrait la cheville ouvrière du système.

Le SNIS, initié comme banque de données par la Direction des RH, peut servir de bonne étude de cas : depuis 4 ans le SNIS stagne. Dans une culture de personnalisation des informations, il ne suffit pas d'introduire techniquement un instrument de saisie et de traitement de données. Pour qu'il devienne un instrument efficace et fonctionnel, une meilleure communication, une bonne appropriation par les utilisateurs et une approche d'accompagnement sont indispensables. Quant à la formation, les plans de formation existant se basent sur une projection des besoins en termes quantitatifs. Il manque une vraie analyse portant à la fois sur les domaines de compétence et sur les capacités attendues en poste. Le MSP devrait jouer son rôle de régulateur dans ce domaine, par exemple, en s'attachant à harmoniser et/ou compléter les programmes de formation à l'attention du personnel paramédical dans le sens d'une meilleure réponse aux besoins.

Dans le secteur pharmaceutique, l'assistante technique pharmacienne (arrivée en juillet 97) a participé à la fin du Projet précédent, puis à la préparation du Projet FAC 98 dont elle a assuré l'exécution dans sa totalité, avec la collaboration d'un CSN pendant 3 années (avant que le poste ne soit supprimé). La stabilité et la compétence de l'assistance technique ont permis de développer significativement cette composante en assurant une continuité et une cohérence bénéfique entre les 2 projets. La position de l'AT en tant que conseiller du Ministre se justifie pour une intervention au niveau de la politique du médicament et dans les 2 structures DMP et OPN qui sont directement rattachées au cabinet ministériel. Cette position devrait également faciliter la coordination des différentes actions des bailleurs dans ce domaine (ce qui a été le cas avec les Projets UNICEF et FED) et éviter une trop grande immersion dans la gestion du quotidien de l'une ou l'autre structure (risque évident pour ce type de poste). Dans la mesure où le renouvellement de l'assistance technique est à l'ordre du jour, il est important de maintenir dans un secteur aussi sensible cette position stratégique pour ce poste.

Les DRS, structures récentes puisque créées en 1995, sont un échelon clé du système de santé et la réussite de leur rodage, – à nos yeux, encore en cours –, est un enjeu majeur pour la réussite du fonctionnement en réseau des formations sanitaires et l'amélioration de la prise en charge de la population. Il est cependant regrettable qu'il n'y ait pas de structure d'animation de l'ensemble des DRS⁵⁰. Un effort important doit être porté sur la formation et la dynamisation de l'équipe-cadre, en particulier dans son rôle de supervision. En ce qui concerne le projet d'appui à la DRSL, l'AT doit réussir la délicate mission d'induire une conscience « santé publique et développement » et insuffler un comportement d'animation d'équipe ; il doit également faire initier des actions dont la pertinence et la viabilité ne s'avèreront fondées que si elles sont générées et appropriées par les acteurs gabonais.

Au CHL, bénéficiaire de la majeure partie de l'aide hospitalière française sous forme de modernisation de la structure et d'assistance technique, les avancées en termes de qualité de soins, d'information ou de gestion sont modestes : « ce qui a été mis en place avant est retombé ». D'où

⁵⁰ Le déroulement de l'atelier pédagogique “mieux communiquer pour servir la santé” a permis de réunir les représentants de 3 DRS. Des promesses d'objectifs ont été formulées ; le suivi de ces objectifs est à l'origine de la création d'une cellule de monitoring qui devrait induire l'animation de ces équipes.

la question rémanente de la viabilité de l'action des AT, indépendamment de la compétence et l'investissement dont ils font preuve. L'informatisation et le projet d'établissement, même porté par l'intérêt actuel, vont nécessiter énormément d'énergie et de suivi pour les faire accepter dans leur phase opérationnelle, compte tenu du terrain d'application. Leur portage relève-t-il pour autant d'un soutien en continu de la coopération française ? En ce qui concerne l'informatisation, les difficultés rencontrées posent la question de son dimensionnement et de son caractère prioritaire face aux faiblesses recensées en matière de gestion et de prise en charge des patients.

2.1.2. La lutte contre le VIH/SIDA

Les actions menées dans ce domaine par la France depuis 1990 viennent en appui au Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA au Gabon : actions d'information, éducation, communication (IEC) ; dépistage du VIH et renforcement des capacités de sécurité transfusionnelle; prévention et surveillance épidémiologique du VIH/SIDA...

Les autres bailleurs qui interviennent dans ce domaine ; sont principalement : l'OMS par des appuis ponctuels à l'IEC, l'ONUSIDA et l'UE en appui au Programme infection sexuellement transmissible (IST). Le Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) de Libreville construit au sein du CHL l'a été sur financement gabonais avec l'aide de la Croix Rouge française et du SCAC pour le fonctionnement et l'équipement.

a. Le projet FAC Sida

De 1992 à 2002, trois projets FAC ont été mis en place :

- Le projet FAC N° 92.0146.00 (2 millions FF) : Appui à l'information et à la communication pour la prévention du SIDA au Gabon s'inscrit dans le programme à moyen terme (1990-1995) élaboré par le CNLS. Il repose sur deux types d'actions : 1) une action de mobilisation nationale organisée sur le modèle d'une campagne publicitaire, 2) une action de mobilisation provinciale ou départementale destinée à apporter un soutien aux associations d'intérêt local et aux comités de lutte.
- Le projet FAC SIDA 96-0098 (3 millions FF) "Prévention et surveillance épidémiologique du VIH/SIDA" a pour objet d'appuyer 2 volets du PNLS : la poursuite des campagnes d'IEC et la recherche d'une meilleure connaissance des dynamiques épidémiques de l'infection à VIH. L'assistant technique, en poste pour une durée initiale de 3 ans, a été reconduit deux fois jusqu'au 31/12/2001.

Un nouveau projet FAC/FSP 02-04 (400 000 Euros) : "Appui à la lutte contre le VIH/SIDA au Gabon" vise à "promouvoir le dépistage VIH", pour la période 2002-2005. Un programme de solidarité thérapeutique hospitalière en réseau (STHR/Esther) est également initié ; il est centré principalement sur un deuxième centre de référence pour le dépistage du SIDA au sein du nouvel hôpital provincial de Port-Gentil.

Les descriptifs budgétaires respectifs de ces projets se trouvent en annexe.

b. Les résultats

En termes d'activités, le FAC SIDA 92 a été réalisé pratiquement à 100% et le FAC SIDA 96 à environ 60% (voir le tableau récapitulatif des activités en annexe).

Certaines réalisations sont reprises ici au regard de l'évaluation (G.L.Ruche)⁵¹ menée en novembre 2001.

⁵¹ Les évaluateurs partagent dans l'ensemble, les constats et recommandations faites par GLRuche (11/2001).

• **L'équipement de centres de documentation**

Trois centres à Libreville (au PNLS), à Port-Gentil (DRS) et à Lambaréné (hôpital Schweitzer) ont été complètement équipés.

Ces centres sont fréquentés essentiellement par des élèves et des étudiants, peu par le personnel soignant. Au PNLS, le centre dispose d'une documentaliste formée. La documentation est étoffée, mais demanderait à être actualisée. Le centre de Port-Gentil continue de fonctionner grâce à de bonnes volontés ; il a été livré « clefs en main », sans travail préalable pour en assurer un fonctionnement pérenne. Le centre de Lambaréné n'est plus ouvert depuis plusieurs mois, faute de moyens.

• **La réalisation d'actions IEC et de manifestations publiques**

- Le projet a contribué à la tenue en octobre 1998 du Téléthon au profit d'une association de personnes vivant avec le VIH ("Sida Zéro"). Cette émission a permis les premiers témoignages de personnes atteintes à visage découvert. Les fonds recueillis étaient destinés à la construction ambitieuse, et non encore effective, d'un centre d'information et de prise en charge géré par l'association. Le projet FAC a également contribué à une journée de sensibilisation à Port-Gentil en juin 2000, "Toute la ville en parle", à l'occasion de l'ouverture du centre de documentation.

- Cependant malgré des efforts du PNLS d'étendre son champ d'activité, il n'y a toujours pas de visibilité des actions menées. A Libreville très peu de panneaux d'affichage sont visibles dans les lieux publics. La télévision et la radio comme média de diffusion traitent de temps en temps le sujet mais ne sont pas encore suffisamment exploitées. Les actions menées hors de Libreville ont été trop peu nombreuses semble-t-il.

• **L'appui aux projets d'associations.** Une quarantaine d'associations ont répondu à cet appel, onze ont été sélectionnées, et quatre ont finalement été financées (mais la mission n'a pas eu d'information sur leurs actions).

• **L'appui à la surveillance épidémiologique :** le réseau laboratoires pour la collecte de données de séroprévalence, avec 17 laboratoires inscrits en 2001, a été mis en place et fonctionne depuis 5 ans. Plus de 30 000 résultats de test VIH ont été collectés par le PNLS. En 1997 le CIRMF a mis en place une consultation spécialisée au Centre Médical de l'Université des Sciences et Techniques de Masuku (USTTM) à Franceville visant surtout la population jeune.

Commentaires et recommandations

L'évaluation du Projet FAC 96 de novembre 2001 a conclu : « au total, le projet FAC a été riche en actions, menées grâce au dynamisme de l'AT qui a assuré une fonction substitutive. L'émergence d'associations œuvrant dans le domaine du Sida et la constitution d'un réseau de laboratoires pour la surveillance épidémiologique sont les deux actions saillantes qui doivent être valorisées ».

De façon plus spécifique, certaines remarques peuvent être apportées.

• Concernant la **surveillance épidémiologique**, la qualité des résultats et la validité des données sont à remettre en question. Les critères de diagnostic ne sont pas standardisés, des doublons ne peuvent pas être exclus, la problématique des motifs de diagnostic n'est pas résolu. Il s'avère impératif d'instaurer une supervision et un suivi rigoureux de qualité. Tout en reconnaissant l'importance de la composante "surveillance épidémiologique", le PNLS doit veiller à ne pas trop rester dans le descriptif de l'épidémie et à mettre l'accent sur la sensibilisation et sur la prise en charge de la population.

- Le **PNLS** n'a pas été suffisamment impliqué dans l'élaboration des outils, ce qui rend difficile leur appropriation. Faute d'un personnel réellement motivé et compétent, et faute de moyens de fonctionnement, le département IEC n'a pas profité du projet pour élaborer un programme cohérent. Il est souhaitable qu'une étroite collaboration se mette en place entre ce département et le Programme national d'IEC multisectoriel. L'appui aux associations est une indéniable réussite et correspond à une démarche innovante.
- Comme la France est pratiquement le seul partenaire bilatéral du PNLs, son rôle et ses responsabilités vis-à-vis du PNLs en terme de contenu et stratégie sont déterminants. Pour concevoir et établir un **programme d'IEC** efficace basé sur une connaissance profonde des aspects culturels et comportementaux de la population, une enquête CAP (connaissances, attitudes, pratique) s'avère indispensable. Une approche multisectorielle devrait être développée rapidement.
- **Marketing des condoms** : la disponibilité et l'accessibilité des condoms sont bien trop insatisfaisantes. Les procédures d'approvisionnement ne sont pas claires. Un aperçu rapide (*rapid assessment*) a confirmé l'impression que l'accès à l'achat des condoms à Libreville n'est pas toujours aisé. Ainsi, il n'est pas facile de trouver des préservatifs dans les grands hôtels ou dans les kiosques malgré le système de distribution PMU du Gabon qui se met progressivement en place. Il conviendrait d'étudier dans quelle mesure une distribution à base communautaire, voire un marketing social, pourrait être introduit.
- **Articulation avec le projet FAC « Appui au PNAS »** : il existe apparemment une bonne collaboration entre le conseiller au PNLs et la conseillère chargée du médicament. Néanmoins, une coopération plus étroite entre les volets DRS-Libreville et Ressources humaines devrait apporter une valeur ajoutée. Il serait intéressant d'étudier la possibilité de combiner l'enquête de ménage, programmée par la DRSL, avec une enquête CAP relative au VIH/SIDA. En matière d'approche multisectorielle une collaboration avec le Département RH au MSP pourrait ouvrir de nouvelles pistes et de nouveaux partenaires. Reste à étudier, si une approche contractuelle peut assurer une meilleure amplification des actions et une meilleure couverture.
- **Centre Transfusionnel** : Le Centre national de transfusion sanguine (situé à l'entrée du CHL) a toujours des difficultés à assurer ses objectifs de 10 000 poches sécurisées par an, en raison notamment des coûts. En province, la sécurité transfusionnelle devrait être assurée dans les hôpitaux provinciaux mais ils manquent souvent de tests de dépistage. De plus, la limitation des indications transfusionnelles n'est pas suffisamment appliquée, compte tenu du risque de se contaminer avec le VIH malgré le test. La sélection des donneurs – la non-exclusion des personnes à risque – constitue un autre facteur de risque. Le coût élevé (40 000 FCFA au CHL) du test constitue une barrière financière très souvent insurmontable pour la population. Dans le cadre de la réflexion sur l'accessibilité et la viabilité financière des services de santé, la prise en charge des urgences et de la transfusion sanguine notamment méritent une attention particulière.
- **Centre de Traitement Ambulatoire (CTA)** : un CTA pour la prise en charge ambulatoire des patients infectés, a été créé au sein du CHL par le MSP. Il a ouvert en mars 2001 avec la contribution importante de l'AT français (qu'il estime à 60% de son temps). Les examens nécessaires sont en partie pris en charge par le PNLs : comptage des lymphocytes CD4, sérologie VIH. Depuis 2001 le gouvernement alloue un fonds national de solidarité thérapeutique de 1 milliard de FCFA destiné à l'accès aux antirétroviraux. Le CTA collabore étroitement avec le service de médecine A pour les hospitalisations. Un deuxième CTA a été créé à l'hôpital Jeanne Ebori. Celui-ci est par contre intégré dans le service d'infectiologie. Un comité local de mise sous traitement anti-rétroviral se réunit une fois par semaine. Les cliniciens du CHL se plaignent que le CTA ne soit pas intégré dans le service de médecine. En plus, l'hôpital Jeanne Ebori a signalé des ruptures fréquentes des anti-rétroviraux.

• **Centre de dépistage** : le projet a aidé à mettre sur pieds des centres de dépistage volontaire et de conseil (*voluntary test and counselling* : VTC). Jusqu'à présent le nouveau projet FAC a aidé à démarrer le "counselling" dans 3 centres de dépistage. Cette activité pertinente exige un suivi très rigoureux en matière de qualité, de fiabilité et d'accès.

• **Conceptualisation et mise en œuvre du projet** : la lutte contre le VIH/SIDA inscrite comme priorité de la Coopération française paraît tout à fait justifiée et la collaboration avec les associations est apparue comme très positive. Une attention particulière devrait être portée par l'équipe du PNLS à la nécessité de passer du rôle d'opérateur à celui de coordonnateur de programme. L'AT devrait jouer le rôle de catalyseur, s'abstenir de combler les lacunes existantes et d'intervenir de façon aussi opérationnelle. D'autre part, le VIH/SIDA n'est pas encore suffisamment compris comme sujet transversal en terme de coopération multi-sectorielle. La planification n'est pas très concise en ce qui concerne les objectifs, les résultats à atteindre et les indicateurs. Une planification participative par objectif (cadre logique) s'avère indispensable pour mieux cibler et harmoniser les actions et pour une meilleure appropriation de la démarche par les partenaires.

2.2. Les autres interventions de la France

Parallèlement aux projets FAC, la France intervient principalement en appui au secteur hospitalier – hors CHL – et l'hôpital Schweitzer y a une place particulière, en soutien au CIRMF, sur la mise en place du SAMU, via la coopération décentralisée ainsi que, pour mémoire, par des interventions ponctuelles lors des flambées épidémiques du virus Ebola.

2.2.1. L'appui au secteur hospitalier

Il consiste principalement en financement de réfection d'infrastructures, de fourniture d'équipement et d'assistance technique, par l'affectation de coopérants – le plus souvent médecins – ou de CSN à différents établissements hospitaliers. Ces interventions, encore existantes jusqu'en 1999, s'inscrivent en fait en prolongation de la coopération des années 80 basée sur la mise en poste opérationnelle d'AT et des prestations "à la carte".

La France a ainsi apporté son aide aux établissements suivants :

- Le centre hospitalier régional de Franceville (180 lits) avec des travaux de rénovation des bâtiments (FSD 09/CD/94-10 : 949 494 FF) et, sur demande présidentielle, la mise à disposition, comme directeur de l'établissement, en 1995, d'un administrateur militaire puis de 1996 à 1999, d'un AT directeur d'hôpital.
- L'hôpital provincial de Lambaréné avec la réhabilitation du plateau technique (FSD 09/CD/94-081 : 50 000 FF). Par ailleurs, la coopération espagnole y est intervenue récemment avec une importante dotation en équipement.
- L'hôpital Schweitzer à Lambaréné (180 lits, 187 agents)⁵² par la participation à l'édification du pavillon de médecine générale (2 millions FF) et la mise à disposition d'un directeur d'hôpital depuis 1997.
- Le centre hospitalier régional de Port-Gentil (150 lits, 260 agents) par la mise à disposition de 4 AT (médecin-chef, chirurgien, anesthésiste-réanimateur, radiologue) et 2 CSN (chirurgien et biologiste) jusqu'au début des années 90 puis le maintien d'un chirurgien jusqu'en 98. Le nouvel hôpital (150 lits) construit en périphérie sur emprunts autrichiens fait appel à la coopération autrichienne pour son ouverture et son fonctionnement.
- L'hôpital Jeanne Ebori de la CNSS à Libreville par la mise à disposition d'AT jusqu'en 1996⁵³.

⁵² Voir fiche descriptive en annexe

⁵³ la mission n'a pas pu avoir de précisions à ce sujet

- L'hôpital militaire de Melen à Libreville dans le cadre de la coopération militaire avec le Gabon avec un AT pour assurer le suivi des travaux de rénovation prévus sur 2 ans (2002-2003) sur emprunt autrichien (84 000 € / an). Par ailleurs, l'AT médecin militaire assure les consultations au dispensaire pour anciens combattants, créé par la France.

Commentaires

Même si ces actions répondent à un besoin et sont utiles à court terme, quand bien même certaines répondent à des "obligations politiques" (CH Franceville, hôpital militaire) ou à une fidélité romantique (Lambaréné), elles relèvent d'une autre époque, celle du saupoudrage et de la substitution. Elles ne sont pas cohérentes avec les projets FAC et le départ des AT s'est traduit dans bien des cas par une dégradation de fonctionnement. De plus, les articulations entre les secteurs privé et public ainsi qu'entre l'hôpital et les CS et dispensaires ne se sont pas vraiment concrétisées.

Ainsi à Lambaréné, l'hôpital ne travaille pas encore suffisamment avec la région sanitaire. Apparemment, le MSP n'appuie pas la collaboration entre la région sanitaire, l'Hôpital Régional de Lambaréné et l'Hôpital Schweitzer, malgré la proximité et les opportunités de se compléter. Même pour les évacuations sanitaires vers l'Hôpital Schweitzer, il n'y a pas encore un système fonctionnel organisé. L'intégration de l'hôpital Schweitzer- sans remettre en question sa particularité et sa place éminente - dans le système sanitaire passe obligatoirement par une concertation avec le MSP, la Direction Régionale de la Santé et l'hôpital provincial. La réflexion menée sur leurs rôles respectifs et leur complémentarité doit également intégrer une analyse financière permettant la viabilité des 2 structures.

Dans le domaine de la recherche en particulier sur le neuro-paludisme, la collaboration avec la Faculté de médecine et avec le CIRMF pourrait être renforcée. La nature des recherches effectuées pourrait également intéresser la Direction régionale de santé.

2.2.2. la mise en place d'un SAMU à Libreville

La prise en charge des malades et des blessés dans l'agglomération de la capitale fait actuellement défaut : ainsi sur 14 400 patients traités dans le service d'urgence du CHL (en moyenne 40 par jour), 30% sont des traumatisés lourds. Pour remédier à cette situation, un service SAMU a été créé avec le soutien de la France et est appuyé par deux AT : le capitaine pompier, chef de projet FSD, et l'infirmière anesthésiste.

Sur la base des chiffres ci-dessus, il est prévu de pouvoir assurer 12 sorties par jour. Depuis le début de l'opération, correspondant à 8 mois de fonctionnement (incluant une phase test), le service a fait 226 sorties, dont 81 évacuations sanitaires, 101 transferts secondaires, 25 transports primaires, 8 sorties sans transport, 11 interventions lors de couvertures médicales⁵⁴.

A l'heure actuelle, le service est ouvert de 8h à 16h, week-end et jours fériés inclus. Il est prévu cependant de pouvoir assurer un service 24h/24 grâce à des équipes en qualité et en nombre suffisant : 33 personnes mobilisées⁵⁵. Des nouveaux locaux ont été aménagés à l'entrée du CHL et un véhicule "Mercedes" a été donnée par la Croix Rouge française.

Le budget d'origine mixte implique différents ministères, des collectivités et des associations. Pour la partie sapeurs-pompiers des postes supplémentaires sont envisagés; il est prévu, à moyen terme, de créer un budget autonome SAMU

54 Du point de vue des pathologies : 40% traumatisés, 60% cas médicaux.

55 4 médecins régulateurs, 7 médecins et internes des services des urgences et de réanimation, 6 infirmiers, 6 élèves infirmiers-anesthésistes, 4 surveillants infirmiers, 6 ambulanciers.

Commentaires

Ce service répond effectivement à un besoin et se met en place dans de bonnes conditions, semble-t-il. C'est également une opération de prestige, élogieuse à la fois pour le Gabon et pour la coopération française.

Il paraît cependant indispensable de le situer dans le contexte global de santé au Gabon où la situation actuelle en terme de couverture, d'accessibilité et de qualité des services, notamment le bilan catastrophique des soins de santé primaires (SSP), requiert d'autres priorités. Une réflexion plus large sur la prise en charge des malades à Libreville en relation avec l'ensemble des structures de soins, publiques et privées, et les aspects coûts- efficacité des services offerts s'impose, à nos yeux, d'urgence.

2.2.3. L'appui au Centre International de Recherche Médicale de Franceville (CIRMF)

Le Centre International de Recherches Médicales de Franceville (CIRMF) est un institut de recherche créé en 1976 dont la vocation est l'étude des problèmes de santé humaine en milieu équatorial forestier. Par ailleurs, ce centre implanté au cœur de la forêt gabonaise, porte un intérêt particulier aux modèles simiens (450 primates).

Association à but non lucratif, le CIRMF est sous la tutelle du Ministère de Recherche, du MSP, de Elf-Gabon et de la Présidence. Il est financé par Elf Gabon (Provisions pour Investissements Diversifiés, PID, de 2,5 Md FCFA pour l'exercice 2001), par l'Etat gabonais (600 millions FCFA), par la Coopération française (413 millions FCFA) et par divers partenaires. Actuellement de 4 milliards FCFA⁵⁶, le budget a été réduit de moitié depuis 5 ans.

Avec un effectif de 141 personnes dont 74 travaillent dans la recherche, 43 dans l'administration et 24 dans des services techniques, le CIRMF comprend quatre services : le service de rétrovirologie, le service des maladies émergentes, le service de parasitologie, le Centre de primatologie. La Coopération française met à disposition huit AT (dont le directeur général et le DAF) et deux CSN soit une aide indirecte équivalente à 10 % du budget annuel, ce qui permet statutairement au MAE d'occuper un siège au Conseil d'Administration. Le conseil scientifique comprend 12 personnes dont un représentant du MAE.

Les grands sujets de recherche sont la virologie (rétrovirologie humaine et simienne, fièvres hémorragiques), la parasitologie (paludisme, filariose à Loa Loa) et la primatologie au sens large, comprenant l'éthologie des grands singes anthropoïdes. De par leurs relations interindividuelles, les chercheurs sont en relations avec les principaux grands centres scientifiques internationaux (CNRS, INSERM, Institut Pasteur, Universités de Tulane, CDC d'Atlanta...)

La dimension de formation à la recherche a été introduite avec la mise en place récente (1996) de l'Ecole Doctorale Régionale de Franceville (EDRF) avec le soutien de l'Agence universitaire de la francophonie. Avec une seule promotion et en l'absence de respect des engagements des partenaires, en particulier de l'Etat gabonais, cette école est en semi-paralyse.

Le CIRMF fournit par ailleurs des prestations d'analyses biomédicales (payantes) à la population de Franceville et se substitue largement dans ce domaine au laboratoire d'analyses médicales de l'hôpital de cette petite ville.

Il y a 10 ans, la Direction du CIRMF a élaboré un plan d'Action CIRMF 2000 pour dynamiser la recherche médicale au Gabon. Il préconisait :

⁵⁶ Soit 20 fois le budget du Centre Muraz au Burkina Faso.

- la participation à l'amélioration de santé publique,
- la formation de cadres de santé gabonais,
- la recherche sur quelques endémies tropicales,
- la recherche en primatologie.

Ces objectifs sont bien inégalement atteints (voir le résumé des activités du CIRMF en annexe).

Commentaires

La situation géographique du CIRMF, au cœur de la forêt équatoriale – lieu de biodiversité et donc potentiellement site de nouveaux agents pathogènes –, l'existence d'un centre de primatologie exceptionnel (grands singes anthropoïdes, aujourd'hui protégés par la convention de Washington et donc *quasi* inexportables), de bonnes conditions de travail pour les chercheurs, font de ce centre un institut stratégique pour la recherche en médecine tropicale.

Cependant les résultats ne sont pas toujours à la hauteur du potentiel que représente ce centre en particulier en matière de travail d'équipe, de publication, de fonctionnement en réseau et d'ouverture sur le Gabon et la région.

La masse critique minimum en nombre et en séniorité des chercheurs est rarement atteinte et l'évaluation, prévue annuellement par le SCAC n'a lieu qu'en fin de contrat.

Apparemment, le recrutement de chercheurs qualifiés s'avère difficile. L'inégalité des salaires – les chercheurs CIRMF gagnant pratiquement 10 fois plus que leurs collègues de l'Université – ne facilite pas un échange mutuel entre le CIRMF et l'Université. Certes, le site est enclavé, mais le problème principal est lié à l'absence de structuration d'un réseau scientifique international et à la faible reconnaissance du CIRMF par le monde scientifique. La vacance prolongée du poste du Directeur Général et une période de seulement 2 ans pour l'actuel Directeur en poste y a certainement contribué.

2.2.4. La Coopération décentralisée entre la Seine Saint-Denis et l'Ogooue Maritime

Un protocole d'accord de coopération a été signé entre les communes de la province de l'Ogooué-maritime (100 000 habitants) et le département de Seine-Saint-Denis (1,5 millions d'habitants), le 4 février 1998, afin de « permettre le développement des capacités humaines » en particulier dans les domaines de la santé, l'éducation, la formation ou la culture. Ainsi, un projet d'« échanges dans le cadre de leurs formations respectives entre élèves infirmiers de Seine Saint-Denis et les auxiliaires de santé de l'Ogooué-maritime » a été mis en œuvre pour la période 2000-2002.

L'échange a lieu en mai-juin : les élèves infirmiers de 2^e et 3^e années de l'Institut de Formation des Soins Infirmiers (IFSI) séjournent dans les structures gabonaises les 15 premiers jours, puis accueillent les majors et AS de l'Ogooué- Maritime dans leurs IFSI et sur leur lieu de stage pratique en Seine-Saint-Denis les 10 derniers jours. La formation des majors et de personnes relais permet d'assurer un suivi tout au long de l'année.

Sont ainsi concernés chaque année : 25 élèves et 5 formateurs français, d'une part, et 25 AS et 5 majors encadrant gabonais, d'autre part.

Le financement est assuré par le Conseil Général de Seine-Saint-Denis et l'IFSI, la province de l'Ogooué-Maritime ainsi que par le MAE pour une contribution de l'ordre de 30 % (FSD)⁵⁷.

⁵⁷ Voir répartition des financements en annexe.

Il est envisagé par la suite la construction d'une école de formation en soins infirmiers sur la commune de Port-Gentil. Alors qu'il existe déjà 3 structures publiques dans le pays, son utilité serait principalement de proximité géographique et de réduction de coûts pour les élèves. La question de la qualité de l'enseignement reste cependant posée, au vu de la situation actuelle dans les établissements publics ou privés de même type et en tenant compte de la politique nationale dans ce domaine.

Commentaires :

Une logique de moyens induite par une coopération décentralisée a permis le jumelage de deux régions (Nord/Sud) ciblée sur le développement des capacités du secteur santé. Des échanges et des stages d'immersion se sont déroulés entre les deux partenaires et les premières constatations sont « globalement positives » : les gabonais de part et d'autre ressortent enrichis de cet échange et des changements de comportements ont été notés tant au plan de la cellule épidémiologique qu'au sein de l'hôpital.

Le succès de cette opération repose principalement sur :

- des relations vraiment partenariales et l'implication effective des deux partenaires ;
- une rigueur technique se traduisant par 1) la définition d'objectifs de stage pertinents ; 2) l'élaboration d'un niveau acceptable de performance (NAP) permettant d'apprécier le degré d'atteinte de ces objectifs ;
- la mise en place d'une personne "porteur" de renfort et de suivi ainsi que, pour mémoire, des relations rapidement plus inter-individuelles qu'institutionnelles, venant renforcer ces conditions de succès.

2.3. Les moyens et modalités de la coopération française

La coopération intervient au travers de différents moyens qu'elle met en œuvre de façon spécifique : financements, assistants techniques, bourses ou à travers d'autres acteurs tels les opérateurs dans le cadre de la coopération décentralisée ou de jumelage par exemple.

2.3.1. Les financements

Les principaux financements relèvent du titre IV ou du titre VI :

- Titre IV : assistance technique, moyens d'accompagnement des projets, missions d'experts, bourses d'études, crédits d'ajustement structurel ou sectoriel ; 650 000 FF ont ainsi été dépensés en appui logistique pour "achats de biens et services"⁵⁸ ;
- Titre VI : Fonds d'Aide et de Coopération (FAC) devenu Fonds de Solidarité Prioritaire (FSP), Crédits Déconcentrés d'Intervention (CDI), Fonds Social de Développement (FSD) dont des conventions de subvention avec les ONG, la coopération décentralisée...
De 1992 à 1999 ont ainsi été dépensés 25 M FF en projets FAC État⁵⁹ et 8,25 M FF en actions CDI/FSD.

La France a investi près de 60 M FF, hors AT, sur la période dont pratiquement 80 % sur les 5 premières années.

Il est à noter en ce qui concerne les CDI que :

⁵⁸ Voir détail en annexe.

⁵⁹ Voir récapitulatif détaillé en annexe N° 22.

L'association fréquente du secteur social et du secteur santé lors des synthèses sur les utilisations des financements paraît significative d'une perception de leur complémentarité même si les projets restent indépendants les uns des autres.

Ces secteurs représentent 16 % du financement global pour respectivement 36 % et 45 % à la culture-éducation-communication des FSD en 1994 et 1995 et 0% en 1998.

Le secteur confessionnel catholique doit certainement jouer un rôle prépondérant dans la société puisque 50 % des organismes aidés par les FSD I et II (projet N° 96014600), tous secteurs confondus, sont d'obédience catholique. La mission d'évaluation n'a cependant pas eu l'opportunité d'apprécier les retombées d'une telle aide.

Les priorités des choix de financement et leur cohérence entre eux comme vis-à-vis des logiques de coopération dans chaque secteur restent parfois énigmatiques : à quelle priorité répond la réfection de 3 courts de tennis (décision 98.0131.04) même si un public scolaire est amené à les utiliser ?

2.3.2. L'assistance technique

Jusqu'aux années 90, l'assistance technique française était "imposante" et le recours aux volontaires du service national important dans le secteur santé (30 % de l'AT). Dix ans après, elle était divisée par cinq comme l'indique la répartition suivante.

Tableau 13 : Répartition des AT

Intitulé	1989			2000		
	AT	VSN	Total	AT	CSN	Total
Hôpitaux de Libreville	16	2	18	5	0	5
Hôpitaux de province	16	10	26	1	0	1
Santé-Administration / MSP	4	0	4	3	1	4
Direction régionale				1	0	1
Grandes Endémies	7	1	8	1	0	1
Total			56	11	1	12

En 1989, l'assistance technique dans le secteur santé représente 33% d'un total de 172 AT auquel il convient d'ajouter 10 enseignants au Centre Universitaire des Sciences de la Santé (CUSS).

Déjà réduite de 50 % depuis 1980, l'assistance technique a poursuivi la déflation de ses effectifs, – 80 % sur 10 ans – passant de 56 AT en 1990 à 12⁶⁰ en 2000, la réduction portant essentiellement sur des postes de substitution.

Elle s'est recentrée sur l'appui institutionnel au niveau central : (Système d'information sanitaire, politique du médicament, Gestion des ressources humaines), et sur l'amélioration de l'offre de soins dans la région de Libreville (appui au Centre hospitalier de Libreville et à la Direction régionale).

60 Hors postes au CIRMF

Tableau 14 : Comparaison de situation des postes d'AT 1991/92 et 2001/02 (source : programmation)

	1991	1992	2001	2002
Coût	23 650 KF	19 398 KF	6 076 KF	6 942 KF
Nbre postes	48 postes enregistrés	34 postes maintenus (9 supprimés, 4 créations)	11 postes	11 postes
	45 postes occupés dont 18 au CHL soit 40%	34 postes occupés dont 18 au CHL soit 53%		
	5 postes VSN	dont 13 du service des armées et 3 VSN		
Coût	Nd	Nd	1 067 KF	1 067 KF
Nbre postes	3 postes	1 poste CNSS	6 postes	6 postes
		4 postes Faculté médecine	dont 1 militaire	dont 1 militaire
		+ 5 postes (LBV+Franceville)	(CIRMF)	(CIRMF)

Au vu du tableau ci-dessus et de celui, chronologique (et non exhaustif), situé en annexe, nous pouvons remarquer :

- le nombre pléthorique d'AT des années 90, spécificité française de la tenue de poste mais en décalage par rapport à l'assistance technique des autres bailleurs de fonds centrée sur le transfert de compétences ;
- le coût élevé de cette assistance : 6 à 7 M FF par an pour 11 AT doublant ainsi le coût du projet ;
- le décalage notable dans le temps des prises de postes des AT du FAC 98.

Il a été noté par ailleurs :

- un progrès de conception des lettres de mission, plus précises sur le cadre d'intervention et le contenu des tâches. Elles sont encore perfectibles en terme de résultats attendus et pêchent malgré tout par l'ambiguïté de leur perception entre une description de poste et un cahier des charges (qui devrait être contractuel).
- l'absence, à de rares exceptions près, de lettres de mission pour les CSN (à l'image probablement de la considération – administrative – qui leur était portée),
- la non rédaction systématique et périodique de rapports d'activité de la part des assistants techniques. Ils n'ont pas de formats définis, et s'ils sont réclamés par le SCAC, ils ne semblent être ni exploités ni archivés. Ils n'ont pu être présentés en totalité à l'équipe d'évaluation.

Enfin, ces nouvelles orientations d'assistance technique et leurs modalités officiellement validées par les nationaux ne sont pas toujours intégrées ou même acceptées, par bon nombre de cadres de santé, voire des politiques. La demande gabonaise au quotidien est en décalage complet avec l'offre de prestation proposée par le partenaire.

2.3.3. Le dispositif projet

Le dispositif projet est maintenant partie intégrante des outils du département et du SCAC, la démarche projet étant positionnée comme un type d'intervention particulier dans la palette des prestations du SCAC.

Le tableau commenté des étapes d'un projet présenté en annexe décrit les phases habituelles du processus Projet, les attendus les concernant et les *hiatus* constatés. Bien que la gestion des AT soit distincte de celle des projets, l'affectation des AT chargés de la mise en œuvre du projet y est prise en compte.

En fait, le MAE n'a pas encore réellement intégré la culture projet. Il n'y a pas eu, semble-t-il, de formation effective et systématique des différents acteurs au sein du Département comme du SCAC sur ce qu'implique le projet comme mode de fonctionnement, comme nouveau comportement, comme nouveaux outils, comme nouveaux profils, etc. Malgré certaines améliorations au fil du temps (introduction d'une description de projet de type cadre logique, des lettres de mission mieux définies et actualisées⁶¹, la structuration des rapports), il reste encore des points faibles notamment en ce qui concerne : la conception et la programmation (engageant les 2 parties), l'exécution (les AT fonctionnent de manière indépendante et passent une partie non négligeable de leur temps en procédures administratives sans soutien du SCAC), le suivi (en cours de structuration mais encore, bien souvent, insuffisamment formalisé, notamment avec le comité de pilotage), l'évaluation (démarche non comprise de questionnement et de réflexion sur l'intérêt et l'impact des interventions).

Cette méconnaissance reste d'actualité et se traduit par une faiblesse méthodologique, en "savoir-travailler" en transversal et surtout par une lacune notable en management d'équipe, élément clé et ciment d'une démarche projet. Aussi clair soit l'objectif du projet, aussi travaillé soit le document descriptif, le projet est appelé à de graves dysfonctionnements si les règles de base de la conduite projet ne sont pas respectées.

Ceci amène forcément la question des profils à recruter et en premier lieu du chef de projet, appelé par extension chef de file qui doit être un "manager d'équipe" (à profil santé publique) avant même que d'être un bon praticien⁶² ou un bon conseiller.

2.3.4. Les bourses

Les bourses financent soit des études de spécialisation, soit des stages et sont gérées pour la plupart par EGIDE⁶³.

Les données sur la période proviennent d'une part, du SCAC pour les bourses financées par le FSP, d'autre part, de EGIDE pour les stagiaires qu'il a gérés. Elles ne se superposent pas tout à fait, nominativement, en raison des types de financement des projets (jumelage par ex.) et des contenus de classification du secteur (prise en compte du génie sanitaire, à EGIDE, par ex) ; d'autre part, les montants indiqués correspondent pour les premiers aux frais de scolarité et pour EGIDE au montant global des dépenses.

Ainsi entre 1992 et 2001, 1 M FF a permis à environ 120 personnes de bénéficier d'une bourse⁶⁴. ce qui représente 2 à 3 bourses par an dans le secteur santé, à l'intention principalement de médecins, les paramédicaux n'en bénéficiant que dans le cadre du jumelage avec le CHU de Nîmes. Il est à noter l'effort important ciblé sur la santé publique à partir de 2001.

Les évaluateurs n'ont pas eu la possibilité de savoir ce que sont devenus les bénéficiaires de ces bourses.

2.3.5. Les opérateurs et la coopération décentralisée

Le partenariat du département de Seine-Saint-Denis avec l'Ogooué Maritime cité plus haut, constitue l'unique coopération décentralisée française à l'heure actuelle⁶⁵. Quelques ONG ont été présentes « dans le temps » telles les Volontaires du Progrès, intervenant à l'intérieur depuis

⁶¹ Même si parfois le texte de contrat n'est pas tout à fait en cohérence.

⁶² D'où la nécessité, également, de stipuler dans la lettre de mission ce qu'implique la démarche projet (dont l'existence et le rôle du chef de file).

⁶³ Centre français pour l'accueil et les échanges internationaux, précédemment Centre International des Etudiants et des Stagiaires, CIES. Le CNOUS (Centre National des Œuvres Universitaires et Scolaires) n'a pas eu à gérer d'étudiants gabonais en médecine bénéficiaire de bourse.

⁶⁴ Voir liste détaillée des bourses en annexe.

⁶⁵ Sources SCAC et Cités Unies France.

1964 jusqu'au début des années 90 (PMI, à Lastourville, Lebamba, Mayumba, Moabi ; PEV à Franceville ; maternité sans risque à Mouila) ou de façon très spécifique, l'Ordre de Malte avec les lépreux, mais il n'y en a plus actuellement, du moins financées par le MAE (source DGCID/CNG). Alors que ces acteurs font en général preuve d'efficacité sur le terrain et constituent de précieux relais des actions de la France, il semblerait que leur départ soit lié au découragement de ne pas avoir trouvé ou su trouver « le terreau fertile ».

2.3.6. Le jumelage interhospitalier

Une convention de jumelage a été signée entre le CHRU de Nîmes en novembre 1997 : elle couvre l'ensemble des activités d'échange et de solidarité pouvant être mises en œuvre entre les 2 établissements, notamment : 1) l'organisation des services cliniques, médico-cliniques, administratifs, techniques et logistiques, 2) la gestion hospitalière, 3) la formation des personnels médicaux et non médicaux.

Etaient prévus, suite à une mission en France en février 2001 :

- le renforcement dans les domaines médical, de la formation, de la maintenance et du management,
- l'appui à la mise en œuvre du projet médical et à la structuration du SIM du CHL dans le cadre du Projet d'Etablissement,
- l'appui à la formation de médecins urgentistes,
- l'envoi en stage au CHL d'internes en fin de *cursus* de chirurgie orthopédique du CHRU de Nîmes,
- le renforcement de l'appui à la maintenance et la poursuite de dons d'équipements biomédicaux,

ainsi que l'initialisation du projet d'informatisation (SIH) du CHL dans le cadre du projet FAC 98.

Ce jumelage s'est avéré très actif et s'est traduit par des missions dans les 2 sens : vers le Gabon pour l'étude du projet d'informatisation et pour la mise en place du projet d'établissement, au CHU de Nîmes, pour des stages à l'attention du directeur du CHL, de médecins et de personnels infirmiers. Malheureusement, pour les raisons évoquées plus haut, ces premières années n'ont pas eu l'impact espéré.

2.4. L'analyse selon les critères d'évaluation

L'analyse rétrospective de 10 ans de coopération porte sur les interventions de la France dans le secteur complétée des commentaires présentés précédemment. Elle s'attache plus particulièrement aux projets FAC, dans la mesure où l'assistance technique dite "de substitution" encore active au début des années 90, appartient à une période désormais révolue. Cependant le recours aux critères utilisés habituellement dans ce type d'évaluation est limité par l'imprécision de définition des objectifs visés, par l'absence de mention des résultats attendus et des indicateurs définis, objectivement vérifiables, des résultats ou de l'impact ; la rédaction des lettres de mission d'alors ne clarifiait pas beaucoup, non plus, ce qui était attendu de l'AT. Dans ces conditions, il ne peut être effectué une véritable évaluation, mais seulement une appréciation plus globale et qualitative. Les opinions d'un certain nombre d'interlocuteurs viennent compléter cette analyse.

2.4.1. Pertinence des objectifs visés

Il s'agit de considérer les objectifs de la Coopération française au regard d'une part des besoins exprimés du pays et des attentes réelles des acteurs, d'autre part, des moyens mis en œuvre.

De par leur intitulé : « appui à l'harmonisation du système de santé », « appui à la mise en œuvre du PNAS », « prévention et surveillance épidémiologique du VIH Sida », les projets FAC peuvent être considérés comme pertinents dans la mesure où ils expriment déjà une réponse au discours officiel du Gabon, visant à structurer son dispositif de santé, à concrétiser les orientations définies et à mener des actions de lutte contre le Sida. Dans ce sens, ces projets apparaissent comme un appui à la mise en œuvre d'une politique nationale.

L'analyse des composantes est plus nuancée dans la mesure où elles ne traduisent pas toujours les options de départ. Ce fut flagrant dans le premier projet où d'emblée la notion d'harmonisation et de complémentarité des secteurs de santé n'a pas été une ligne conductrice du projet et a été rapidement abandonnée au profit de la démarche traditionnelle. Dans le projet suivant, s'il s'inscrit bien dans le cadre, très large, du PNAS, il n'est pas évident qu'il se soit attaché aux principales priorités.

Il peut être cependant considéré qu'au plan institutionnel, la constitution d'un cadre juridique et d'un système d'information sanitaire, l'amélioration du système d'approvisionnement pharmaceutique, la rationalisation des RH sont autant d'éléments permettant d'améliorer l'efficacité du système.

Au plan des structures de soins, la rénovation du plateau technique du CHL complétée ultérieurement par celle des centres de santé de Libreville, avait pour but d'améliorer les conditions de travail et la productivité de ces structures. La dimension de soins de santé primaires et le concept de système de santé pyramidal ont été intégrés dans le projet FAC 98.

Enfin, les secteurs clés que sont la planification et la budgétisation ou encore la formation du personnel paramédical, avec une composante d'appui à l'ENAS (précédemment ENSAS), répondaient également à des besoins prioritaires. L'absence de collaboration de cette institution de formation a eu pour conséquence la suspension de ces interventions.

2. 4.2. Cohérence vis-a-vis des politiques et des actions entre elles

Il s'agit de regarder si les objectifs et les actions préconisées sont logiques avec la politique sanitaire du pays, la politique ou les orientations de la Coopération française dans le secteur santé, les actions menées par les partenaires et les actions entre elles. Il n'en demeure pas moins l'ambiguïté résultante du décalage entre la politique annoncée par le Gabon et celle qui est effectivement pratiquée, d'une part, ou du décalage avec celle émanant de l'appréciation d'une ligne directrice chez les acteurs multilatéraux, d'autre part.

Par rapport à la politique sanitaire du pays, les projets, sur l'ensemble de la période considérée, apparaissent "en phase" dans la mesure où, dans leurs domaines respectifs, ils s'articulent en appui aux programmes nationaux et qu'ils s'inscrivent dans des orientations affirmées par des textes que la France a contribué à élaborer. Il n'existe cependant pas, à ce jour, de politique sectorielle de santé.

Les approches franco-gabonaises ont pris en compte des changements de cap lors de la commission mixte de 1998. La réforme du MSP créant une DRH ou une DMP répond tout-à-fait à l'option actuelle.

Par rapport aux orientations de la France, d'une façon plus générale, les objectifs et les modalités de mise en œuvre des projets correspondent à la phase de transition de la coopération à cette

période, passant de la substitution au transfert de compétences, entre le poste opérationnel en structure et/ou institutionnel au niveau central. Enfin, les projets 96/98 s'inscrivent déjà dans les axes de « la politique de la Coopération française dans le domaine de la santé » formalisées en 2001 en ce qui concerne la lutte contre les maladies transmissibles et contre le Sida et partiellement dans l'approche intégrée pour le renforcement des systèmes de santé.

En relation avec les autres bailleurs de fonds, il y a peu de concertation et de cohérence en particulier en terme d'approche et de méthode, indépendamment des bonnes relations individuelles et de la participation au groupe thématique santé. Une certaine collaboration qui existait précédemment avec l'OMS, relève actuellement de la vacuité, la Délégation Européenne n'a plus de programme santé et les autres bailleurs bilatéraux ont des logiques commerciales de construction d'infrastructures en contradiction avec les orientations affichées du MSP et de la coopération française. Cette situation regrettable illustrant le manque de coordination entre bailleurs a été soulignée plus haut. Face à cette situation, et bien que la France occupe une position prépondérante en terme de coopération, le poste diplomatique est aujourd'hui peu enclin à mener des actions en synergie et a fortiori conjointes malgré les directives émanant de la DGCID.

Par rapport aux actions entre elles, la cohérence est moins évidente :

Au plan des projets, la cohérence dans le temps correspond à l'évolution de la réflexion internationale sur les systèmes sanitaires et sur les orientations de la coopération. La cohérence entre le volet Sida et l'appui au PNAS devrait se traduire par une concertation plus grande, en premier lieu, au niveau du ministère, de façon à mieux intégrer ce programme au même titre que les autres programmes verticaux dans le système de santé notamment aux CS qui y ont un rôle à jouer. Il semble que ce soit en voie de réalisation malgré les tendances "d'autonomie" des financeurs et des porteurs de programmes.

Entre les composantes et au sein de ces composantes, l'impression résultante est celle d'un catalogue d'activités à la carte sans que l'on perçoive réellement leurs articulations et la stratégie globale dans laquelle elles s'inscrivent.

Enfin, concernant la première période, la coexistence de postes opérationnels dans différentes structures sanitaires avec les postes d'appuis institutionnels correspondant à la nouvelle logique projet d'appui au transfert de compétence privilégiant la fonction conseil, prête à confusion et n'est pas toujours bien comprise par les nationaux. La frustration de l'exercice au quotidien de leurs activités, pour certains d'entre eux, les conduit à exercer une fonction de chef de projet au détriment de la fonction d'accompagnement définie au départ. C'est un constat dans cette phase de transition et de cohabitation des deux systèmes.

2.4.3. Efficacité et efficience des actions engagées

Il s'agit, en termes d'efficacité, de regarder quels résultats ont été obtenus et dans quel délai et s'ils correspondent à l'objectif visé. En terme d'efficience, Il faut considérer les moyens mis en œuvre pour les atteindre et s'ils ont été bien utilisés.

Les réalisations et résultats des différents projets ont été présentés au chapitre précédent ; des tableaux récapitulatifs d'ensemble se trouvent en annexe.

L'atteinte des objectifs :

Le résultat est “bigarré”, le “matériel” (“*hard*” : infrastructure, équipement) rencontrant plus de succès que la “prestation de service” (“*soft*” : formation, organisation...) comme le montre le tableau récapitulatif des réalisations des composantes des différents projets.

A été également prise en compte l'effectivité de la mise en œuvre des actions dans la mesure où l'atteinte de l'objectif cité ne signifie pas forcément le rendre opérationnel et obtenir le “résultat utile souhaité”. A titre d'exemple le fait d'avoir rédigé les formulaires du SNIS et d'en avoir défini le mode opératoire (objectif visé) ne veut pas dire qu'ils sont utilisés ou qu'ils vont l'être (finalité visée).

Tableau 15 : Résultats obtenus⁶⁶

Objectifs relatifs aux composantes et sous-composantes des projets FAC	Résultats	Efficiences	Utilisation/action
FAC 92 Appui à l'harmonisation des systèmes de santé			
1- Appui institutionnel au MSP			
Législation et réglementation	rédaction	oui	partiel
Rationalisation de l'offre de santé	étude	non	non
2- Appui institutionnel à la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement	contribution	faible	non
3- Appui à la gestion des ressources humaines			
Rationalisation de la gestion des ressources humaines	partiel	faible	non
Réhabilitation du fonctionnement de l'Ecole Nationale de Santé et d'Action Sociale	non	-	-
4- Mise à niveau de l'offre de soins CHL			
Amélioration des plateaux techniques	réalisé	oui	oui
Adaptation des statuts	non	non	
Suivi maternel (introduction d'un système assurance grossesse)	supprimé		
Création d'un Samu	non		
FAC 98 Appui à la mise en œuvre du PNAS			
1. Appui institutionnel au Ministère de la Santé			
Mise en place des outils de pilotage et du système d'information	réalisé	travail AT	phase test
Planification et budgétisation	abandonné		
Gestion des ressources humaines	transformé	oui	non
Restructuration du secteur pharmaceutique	oui	oui	attente
2. Renforcement du système de soins de Libreville			
Appui à la Direction Régionale de la Santé de Libreville (DRSL)	oui	non	en cours
Appui à l'extension et à la rationalisation de l'offre de soins de premier contact	partiel	oui	en cours
Appui au Centre Hospitalier de Libreville (CHL)	initié	non	non
FAC 92 Appui à l'information et la communication pour la prévention du SIDA			
Mobilisation nationale / campagne publicitaire	oui	oui	ponctuel
Mobilisation provinciale / associations	oui	oui	Pas de suite
FAC 96 Prévention et surveillance épidémiologique du VIH/SIDA			
Poursuite des campagnes IEC	oui	oui	oui
Formation et mise en place de relais	initialisé	non	-
Mise en place d'un système de surveillance épidémiologique	oui	oui	oui

66 A partir des formulations telles qu'écrites dans les conventions FAC.

Il apparaît cependant que l'objectif réel assigné à l'AT n'est pas toujours clair (y compris pour le rédacteur) ni – *a fortiori* – expressément explicite. A titre d'exemple, sous l'intitulé : appui à la production d'une fiche, l'AT aura tendance à rédiger la fiche, le résultat attendu et sa conviction d'avoir bien travaillé étant pour lui la réalisation de la fiche alors qu'en termes de coopération, le résultat visé est : « le partenaire local est capable de... »

L'appréciation de l'efficacité de ces projets au regard des ressources mobilisées (coût, AT, temps, méthode...) sera essentiellement qualitative :

Les coûts des actions, sont bien souvent difficiles à individualiser, car le cadre comptable du FAC les regroupe par rubrique thématique : la rubrique formation, par exemple, capitalise le total des sommes engagées par chaque composante pour les formations. Par contre la gestion décentralisée sur les responsables de composante du projet FAC 98 permet d'en suivre les consommations par nature. Nous pouvons cependant relever que : 1) en terme de choix : l'extension de l'offre de soins de Libreville pourrait être prioritaire à l'installation de la DRS (mais tout dépend de l'affectation des contenus) et qu'un budget informatisation du CHL représentant 20 % de l'ensemble du Projet et 40 % du « renforcement du système de soins de Libreville » paraît disproportionné⁶⁷ 2) en utilisation : la mise en œuvre d'actions de formation, de dynamisation, voire de production d'outils est plus difficile à réaliser, le faible taux d'avancement dans ce domaine en est, en partie, l'illustration.

Les moyens humains investis correspondent principalement à l'assistance technique. La responsabilité de chaque composante par un AT paraît fonctionnelle si ce n'est que la propension à faire au lieu de faire-faire relève de l'efficacité ponctuelle mais pas de l'efficacité à moyen ou long terme. L'adéquation des AT à la mission demandée n'apparaît pas aisée au regard de la difficulté à pourvoir les postes et du renouvellement des profils. La satisfaction du besoin de personnes qui soient à la fois concepteur, pédagogue et monteur d'ingénierie relève le plus souvent de la gageure.

Le temps investi pour mettre en œuvre telle ou telle action est aussi à prendre en considération. Il peut être apprécié, d'une part, par rapport au délai de mise en route du projet, d'autre part, par rapport au temps de réalisation des actions prévues et ce dans un fonctionnement à plusieurs. Avec ce regard, l'efficacité/temps du projet FAC 98 marqué par les arrivées tardives et échelonnées des AT tient de la contre-performance.

La méthode et la rigueur au sein de la Coopération française ne sont pas toujours réunies malgré l'introduction récente d'une approche de type cadre logique et une rédaction du projet FAC 98 incluant certains indicateurs de réalisation. Ainsi d'une façon générale :

- les objectifs ne sont pas clairement définis et ne se traduisent pas en termes de résultats attendus quantifiables, de délais, d'indicateurs d'appréciation,
- le chronogramme d'avancement des activités des composantes n'est pas formalisé (ou exceptionnellement),
- les outils de suivi de projet sont inexistantes ou inadaptés : il n'existe pas de tableau de suivi d'avancement des actions même si (ou d'autant plus que) dans le cadre du projet FAC 98, chaque responsable de composante est responsable de son exécution,
- le travail d'équipe ne fait pas partie des procédures obligatoires de conduite de projet alors qu'il est indispensable à la fois pour « mobiliser et créer une cohésion de l'équipe » et pour apporter synergie et créativité au projet.

2.4.4. Viabilité ou pérennité des projets

Afin de juger de la capacité à continuer de fonctionner sans appui extérieur, il s'agit de voir si les bénéficiaires ont été associés aux projets et comment le transfert s'est opéré car « le développement, c'est une affaire qui se fait à deux. »

Le tableau précédent donne une photo d'inégales réussites de réalisations, d'utilisation de ce qui a été élaboré ou de capacité à faire à l'issue des actions qui ont été menées. S'il est rapporté qu'après le départ des AT en substitution, « ça ne marche plus comme avant », il est notable aussi qu'il n'y a pas eu, au cours de cette période, suffisamment de formation en accompagnement ou externe permettant de prendre le relais. Certaines actions initiées continuent cependant dans la mesure où l'Etat gabonais ou un autre bailleur lui en donne les moyens. Au vu de ce qui a été fait dans la composante médicament ou encore dans le cadre de la coopération décentralisée de Seine-Saint-Denis⁶⁸, il apparaît nécessaire de rappeler certaines conditions de réussite :

- 1) impliquer le partenaire,
- 2) faire appliquer en situation,
- 3) assurer le suivi avec en préalable le partage d'un même objectif (ce qui reste le plus souvent une source de malentendu).

De la part des nationaux, la forte résistance au changement et l'incapacité à assurer les conditions de viabilité de certaines actions (en terme de financement ou d'autonomie) sont indéniablement à mettre en cause dans la trop grande fragilité des acquis.

Après 10 ans de coopération étoffée et voulue structurante, les évaluateurs n'ont pas perçu de "signes" rassurant sur la pérennité des actions réalisées.

2.4.5. Impact des actions menées

Il s'agit, habituellement, sous ce terme, de mesurer les retombées à plus ou moins longue échéance en particulier sur la santé de la population, sur la capacité institutionnelle du pays et sur l'organisation du secteur.

Du point de vue institutionnel et de l'organisation du secteur, les travaux menés pour l'harmonisation du système de santé, la promulgation de la loi de 95, la production du PNAS ont été des éléments qui ont amené les personnels de santé à avoir une vision un peu plus large et à agir par rapport à ces repères. Les évaluateurs ont rencontré plusieurs responsables décrivant avec beaucoup d'acuité et de lucidité la situation et précisant ce qu'il convenait de faire. Le problème reste le passage à l'acte et le dépassement de l'immobilisme issu de la difficulté de prise de décisions qui relève de strates supérieures de l'Etat.

En matière sanitaire, les indicateurs – même s'ils doivent être considérés avec précaution du fait de leur fiabilité relative et dans la mesure où les résultats visés sont le fruit de plusieurs facteurs et de différents acteurs – n'ont pas vraiment progressé (cf. Chapitre I).

Aucun élément n'indique que la qualité des soins est améliorée même si des structures sont mieux équipées et les médicaments plus disponibles. L'équité relève encore du vœux pieux dans la mesure où l'accès aux soins reste liée à la capacité financière de chacun et que le recouvrement des coûts – officiel- est bien inégalement appliqué.

⁶⁸ A la réserve près que la DGRH aurait dû être sollicitée sur ce projet.

2.5. La perception des bénéficiaires

Les points de vue recueillis ici, sont ceux exprimés par la plupart des partenaires lorsqu'en fin d'entretien nous leur posons la question : « quels sont, à vos yeux, les points forts et les points faibles de la Coopération française ? ». Nous leur avons également demandé quels éléments du partenariat gabonais faciliteraient ou freineraient une coopération « qui marche ».

Sur la Coopération française

Le tableau ci-dessous regroupe leurs avis par type d'interlocuteurs. Ce recueil est à considérer uniquement à titre qualitatif, comme « traces » des actions menées. C'est aussi un certain reflet de la visibilité de la coopération.

Tableau 16 : Perception de la coopération française

Interlocuteur	Points forts	Points faibles
Bénéficiaires directs	<ul style="list-style-type: none"> Les nombreux AT en poste de substitution L'apport d'AT actuels L'apport de moyens L'accent mis sur la formation 	<ul style="list-style-type: none"> - Mais tributaires du partenaire français - Interrogation sur leur efficacité - La caution de la médecine "instrumentale" européenne via les stages en France - L'arrêt brutal des AT en substitution sans transition par la formation de la relève = un énorme gâchis - Le don de matériel que finalement on n'utilise pas - Faux partenariat / décision d'engagement - Difficulté à concrétiser les projets
Institutionnels gabonais	<ul style="list-style-type: none"> - Réfection des bâtiments et plateaux techniques - CTA avec appui Croix Rouge Française - Volonté de changement d'approche - Volonté de coopération permettant qu'on s'approprie le système de santé - Implication dans le suivi du PNAS - L'action prioritaire sur le SIDA - L'action sur le secteur pharmaceutique : structurante avec une meilleure coordination internationale 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'apport en santé publique et en gestion des districts sanitaires - Pas assez présente sur la protection sociale - Totalement absente à l'intérieur du pays - Interlocuteur quasi monopolistique - Difficulté à travailler avec autres coopérations et absence de coordination entre elles - Equilibre institutionnel/terrain - Manque de courage pour "taper du poing" et imposer un vrai dispositif de santé - Absence de mécanisme de suivi - Mieux répondre aux attentes de la population - Décalage entre formalisation du projet et la ligne de force d'origine - Pas de préparation commune des projets - Projet = catalogue d'activité, pas une stratégie - Oubli d'un projet global sur Libreville - « la coop ne sait pas mener un projet » - trop hospitalo-centriste - l'accessibilité financière reste en suspend
Organismes bi et multi-latéraux	<ul style="list-style-type: none"> Bonne connaissance du pays 	<ul style="list-style-type: none"> Efficacité de l'appui institutionnel Pas de pérennité des actions (les AT veulent encore se rendre indispensables)

En résumé : les “critiques” portent principalement sur :

- la concertation et surtout la collaboration avec les partenaires gabonais,
- la méthodologie, l’apport technique et le suivi,
- la perception d’une coopération plus “catalogue” que s’intégrant dans et participant à un système sanitaire (approche systémique).

La Coopération française est perçue comme une offre répondant plus aux demandes des prestataires et de certaines catégories d’agents du secteur santé (voire du milieu médical) qu’aux attentes de la population.

Sur le partenariat gabonais :

Tableau 17 : Perception de la contribution gabonaise / mise en œuvre du PNAS
Institutions gabonaises / mise en œuvre de la coopération

Eléments favorables	Eléments défavorables
Demande de travail partenarial dès l’amont Participation aux ateliers et formations	Décision opportuniste prise “au-dessus” du MSP Poids du politique dans les choix techniques Turn-over des responsables Lobby pharmaceutique Hospitalo-centrisme et médico-centrisme Non prise en compte du secteur privé dans l’offre de santé Absence de carte sanitaire Vision élitiste de la santé et infrastructures ostentatoires Cloisonnement des directions ministérielles et des programmes verticaux Non regroupement et non coordination des capacités des bailleurs Faiblesse de capacité managériale Faiblesse de culture santé publique Refus d’aller à l’intérieur du pays Pratiques parallèles Non transparence des comptes Réticence à rédiger et publier des textes d’application

TROISIÈME PARTIE - RECOMMANDATIONS

La coopération française dans le secteur santé se traduit principalement par les projets financés par le FAC ; elle comporte également des actions qui font appel à d'autres financements ou à d'autres modalités de d'intervention.

Face aux résultats mitigés et décevants compte tenu du potentiel du Gabon et des moyens déployés par la France, face à l'absence de volonté de l'Etat gabonais de mettre en application son discours, la question de la poursuite de la coopération dans le secteur santé se pose.

Aussi, nous préconisons une "pause" à la reconduction systématique des actions de coopération telle qu'elle se pratique habituellement, et une remise en question de l'intervention française. L'année en cours, dernière année prévue du projet FAC 98, devrait être mise à profit pour remettre à plat les finalités et les modes opératoires de la coopération sanitaire dans le cadre de l'ensemble de la coopération française qui – à nos yeux – constitue un tout et non pas un jeu de prestations "à la carte". Cette année devrait permettre également de mesurer la détermination de l'Etat gabonais à se doter d'une politique sectorielle santé et à en concrétiser la mise en œuvre par un certain nombre de "passages à l'acte".

La France devra alors à se positionner sur l'une des options suivantes :

- 1) **le retrait** pur et simple du secteur santé, le Gabon n'ayant pas besoin de la France pour poursuivre sa pratique actuelle ;
- 2) **la refonte** de la coopération (objet et modalités) dans le secteur santé issue d'une réflexion de fond ;
- 3) **le recadrage** sur des actions prioritaires répondant à des enjeux majeurs ;
- 4) **la poursuite** de la coopération franco-gabonaise traditionnelle.

Le tableau ci-après résume quelques éléments d'analyse pris en considération pour chaque alternative.

Tableau 18 : Options stratégiques

<i>Justification</i>	<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>	<i>Commentaires</i>
1. Retrait du secteur santé			
Pas d'impact des actions Non efficacité de la coopération Pas de volonté gabonaise concrétisée	On est logique et on tire les conséquences du constat On "marque le coup" Economie On lève l'ambiguïté de l'assistance technique	Incompréhension des 2 côtés (SCAC et Gabon) Retentissement "diplomatique" Conséquences à terme sur la population Contradiction avec une ligne directrice de la coopération française	Logique mais brutal Cohérent avec la suspension de l'appui de l'UE au secteur santé
2. Refonte de la coopération			
Idem option 1 Nécessité de porter l'effort sur un secteur critique Nécessité d'une nouvelle approche en rupture avec la précédente	Remise en question des pratiques = nouvelles pertinences Cohérence d'une action sur un secteur prioritaire Meilleure appréhension des enjeux de la santé publique Apport de rigueur et méthode Optimisation de la coopération (approche + dispositif) Prise en compte de la lutte contre la pauvreté	Remise en question des pratiques = dérangement + résistances au changement Perturbations des interventions en cours + contraignant	Nécessité : - d'une réflexion sur les problèmes identifiés - d'une autre vision (santé publique et pluri-sectorielle) - d'une autre pratique (en partenariat contractuel) - d'une implication gabonaise - de l'expression d'une volonté de l'Etat

<i>Justification</i>	<i>Avantages</i>	<i>Inconvénients</i>	<i>Commentaires</i>
3-Recadrage et recentrage sur les priorités			
Idem option 1 Nécessité de rester sur un secteur critique Souci de se concentrer sur les priorités	Meilleures réponses aux besoins de la population Allègement du dispositif Plus grande efficacité Valorisation des atouts + facile à mettre en place	Abandon d'une certaine vocation traditionnelle de présence Risque de tomber dans les mêmes pièges	Exigence d'une analyse préalable Exigence de se donner les moyens de sa politique Nécessité de l'implication du partenaire gabonais sur les choix et la mise en œuvre
4-Poursuite de la coopération actuelle			
"Pas de vague" Maintien dans le secteur santé "En position d'observation en attendant une situation + favorable"	Facilité Pas de résistance au changement Pas de situation de conflit Visibilité importante	Même problèmes constatés Même frustrations Même "gâchis" Mêmes critiques des partenaires gabonais et multilatéraux	Sans commentaire

Persuadés de la nécessité de mettre un terme à une certaine forme de "gabongie", tout en étant lucide sur les limites de l'exercice, les évaluateurs privilégient d'abord l'option 2 qui, plus exigeante permettrait de repartir sur des bases plus claires et plus saines, puis l'option 3. L'option 1 ne sera probablement pas "conforme aux choix diplomatiques de la France au Gabon" quand bien même d'autres bailleurs la pratiquent ; l'option 4 est inacceptable compte tenu du constat.

Les options préférentielles 2 et 3 méritent d'être un peu plus développées.

A. Option 2 : refonte de la coopération dans le secteur santé

Ce choix implique de mener une réflexion conjointe de type "réflexion stratégique" en commençant par redéfinir la finalité de la coopération au Gabon dans le secteur santé, en identifier les enjeux pour la France, les éléments favorables et ceux qui sont préjudiciables, les atouts et les faiblesses de la coopération française et du partenaire en coopération, les objectifs potentiellement partagés avec les autres bailleurs et les capacités de travailler en programmes multilatéraux, etc. Cette analyse comportant des phases franco-françaises mais surtout franco-gabonaises, à l'image des travaux sur le PNAS menés en ateliers, correspond à une démarche de fond et nécessite le recours à une méthodologie de réflexion et de travail, la détermination d'étapes avec un calendrier, des phases de *team building*⁶⁹... Il sera nécessaire de se déterminer à certaines phases du processus et donc de définir des critères de choix... jusqu'à aboutir à un consensus partagé sur des objectifs de coopération au Gabon (avec les partenaires gabonais) et d'amélioration du dispositif et global et sur place (avec les interlocuteurs concernés). Enfin, les instruments rigoureux de planification (cadre logique), de pilotage, de suivi et d'évaluation des différents plans d'actions doivent aussi être définis et construits dans cette réflexion.

Une telle démarche remettant à plat et l'objet de la coopération franco-gabonaise – ici, le secteur santé – et ses modalités d'intervention, nécessite l'établissement d'un cahier des charges, une architecture planifiée (ingénierie) de mise en œuvre et la contribution de professionnels qui ne soient ni juges, ni parties.

Il n'entre pas dans le cadre de cette évaluation d'avancer ce que sera le résultat d'un tel travail de maïeutique, ni de faire une étude -prématurée- d'identification ou de faisabilité de projet. Il revient au MAE de décider s'il veut remettre en question la pratique actuelle et réfléchir sur le fond et, si oui, de se doter des moyens pour le faire.

B. Option 3 : recadrage et recentrage sur certaines priorités

Cette option implique également une réflexion partagée et un travail de concert avec le partenaire gabonais sur des domaines plus particulièrement "ciblés".

Néanmoins, et en première approche, compte tenu des éléments à leur disposition, les évaluateurs pensent utile d'apporter leur contribution à cette réflexion. Définissant d'abord une logique d'intervention, ils préconisent plusieurs axes prioritaires, des appuis en dynamique constructive, et une valorisation spécifique.

• **La logique d'intervention** répond à 4 préoccupations :

1. Rappeler et contribuer à répondre de façon appropriée aux objectifs de santé publique repris dans le PNAS, à savoir :
 - améliorer la qualité et l'accessibilité aux soins pour l'ensemble de la population,
 - améliorer la productivité et réduire les coûts des prestations servies, tout en assurant l'équilibre financier des structures sanitaires.
2. Accompagner les réformes en cours, en particulier :
 - la mise en place de la couverture maladie au Gabon (CMG) impliquant à la fois de nouvelles modalités de financement et de participation de la population et un nouveau paysage des formations sanitaires dont il faudra définir les règles de jeu,
 - l'autonomie de gestion des hôpitaux dont il convient de préparer les modalités de fonctionnement et les outils communs.
3. Privilégier l'approche système qui implique de considérer chaque domaine d'intervention comme partie d'un système plus large dont il est fondamental d'assurer l'articulation et la synergie interne au lieu de travailler de façon compartimentée. Cette "vision" ne signifie pas intervenir dans chacun des "sous-systèmes" mais de considérer comme partie d'un tout celui dans lequel l'assistance technique intervient. Une logique de gestion participative prendrait alors le pas sur la logique de moyens (consommation FAC/FSP) actuelle.
4. Travailler en partenariat effectif, ce qui implique probablement de redéfinir le dispositif de coopération tant au plan du choix des priorités, de la conception des projets et de la prise de décision que sur le processus d'utilisation du financement. Une curiosité plus volontariste sur les politiques internationales de santé publique et une étude comparative des dispositifs mis en place par les différents bailleurs ou acteurs de coopération pourrait alimenter également la réflexion à ce sujet. Une plus grande association avec certains bailleurs et organismes multilatéraux doit être systématisée.

• **Les axes prioritaires identifiés**, dans cette logique, sont ceux qui apparaissent comme les plus porteurs de changement et comme vecteurs d'une meilleure fonctionnalité du système :

1. La professionnalisation des ressources humaines

Une des finalités de la coopération est, rappelons le, de faire en sorte que les Gabonais puissent prendre en charge le développement de leur système de santé.

Justification :

La formation du personnel de santé paraît prioritaire face, d'une part, au manque de qualification à tous les niveaux, d'autre part, à la difficulté à travailler en équipe et de façon transversale entre

services et entre directions. Il convient de mettre en œuvre la nouvelle conception de la fonction RH – qui implique un changement de comportement des agents du MSP – initiée depuis janvier 2001 à la Direction générale des ressources humaines en santé avec le concours des autres partenaires au développement.

Cette approche prend en compte, notamment, la problématique de l'appropriation des actions menées par la coopération française et de la pérennité des actions de l'assistance technique.

Objectifs :

- Faire s'approprier de façon collective les problèmes de santé par les cadres nationaux aux différents échelons du système de santé.
- Intégrer la dimension santé publique dans les réunions de travail.
- Faire acquérir par les agents centraux une vision plus dynamique et porteuse de changement de la gestion des RH.
- Donner une dimension managériale aux responsables à différents niveaux.

Modalités :

Les activités et le processus entamés avec la Direction des RH-MG, avec son approche systémique et multisectorielle en élargissant le spectre des personnes impliquées, semblent porteurs et pourrait inspirer toute l'équipe des AT. Le programme de formation devrait faire partie d'un concept général de développement des ressources humaines avec un système de suivi et d'évaluation.

Ce processus devrait impliquer l'ensemble du MSP, les établissements de formation et les AT des différents organismes de développement.

L'AT en poste et son homologue devraient poursuivre, consolider et élargir l'action initiée. Pour ce faire, une étroite collaboration doit être établie avec les autres acteurs de développement et l'appel à des expertises de courte durée ou à des opérateurs en moyenne durée doit être envisagé en particulier pour toutes les actions de formation ou d'appui aux formateurs.

2- L'amélioration du financement de la santé

Justification :

La facilitation financière de l'accès aux soins parallèlement à la mise en place de la protection sociale laissée plutôt à l'écart dans le cadre des projets FAC, s'avère à nouveau d'actualité avec la relance de la réforme de la CNSS/CNGS et le projet de mettre en place une couverture maladie.

A travers cette réforme, l'ensemble du système est touché dans la mesure, entre autres, où il doit y avoir articulation entre les secteurs public et parapublic. De même elle implique un travail en synergie du MSP et du MSAS.

Objectifs :

- Actualiser les tenants et aboutissants du financement de la santé et en particulier mieux appréhender le coût de la santé, mener une réflexion sur le développement du recouvrement des coûts et de la participation financière des ménages, ainsi que sur l'accessibilité financière des soins.
- Contribuer à définir les modalités d'harmonisation du secteur public et du secteur para public et leur articulation réciproque ainsi que leurs relations avec le privé lucratif.
- Préparer les institutionnels et les établissements à l'autonomie de gestion.

Modalités :

Un travail en étroite collaboration avec le MSP et le MSAS ainsi qu'avec le BIT et les autres organismes ayant participé à la réforme apparaît indispensable. A partir de l'état des lieux, de l'avancement du projet, des problèmes en suspend, un cahier des charges pourra être élaboré. Un (ou des) atelier(s) devront être montés pour préciser les modalités de mise en autonomie des établissements et surtout de fonctionnement du dispositif à travers des outils de gestion communs.

L'implication des organisations multilatérales et l'appel à des missions d'expertises à court et moyen termes apparaissent indispensables.

3- La mise en fonctionnement intégré de la DRS et l'urbanisation de Libreville

Justification :

La démarche d'intégrer les différentes formations sanitaires dans une vision "*district*" est nouvelle au Gabon est méritée d'être confortée. Pour dépasser son aspect "*patchwork*", elle nécessite la réalisation de la carte sanitaire de la ville et un fonctionnement en réseau prenant en compte le privé. Le développement d'une approche intégrée dans l'esprit PPTTE permettrait d'impliquer de façon complémentaire et plus largement d'autres acteurs institutionnels ou de la société civile œuvrant dans le domaine socio-sanitaire.

Objectifs :

- Porter l'effort sur l'amélioration de la prise en charge des individus –dans un premier temps sur Libreville- s'appuyant sur le dispositif de santé mais impliquant d'autres facettes.
- Prendre en considération l'ensemble du système en s'inspirant d'une démarche de type "ville-santé". Le programme résultant doit être conçu en harmonisation avec le partenaire gabonais et les autres intervenants – dans une démarche d'approche sectorielle / SWAP⁷⁰ – au lieu de mener des actions éparpillées.

Modalités :

La composante "appui à la DRSL" du projet FAC 98 en serait un des piliers dans la mesure où elle dépasse l'aspect matériel nécessaire au préalable pour travailler sur les objectifs "fonctionnels" et donner au ministère de la Santé en collaboration avec celui des Affaires sociales (où se situerait un deuxième pilier à définir), une dimension "management de santé urbaine". Cette démarche participerait par ailleurs à la lutte contre la pauvreté. Une concertation étroite avec les autres composantes- dans le cadre du projet FAC 98- devrait devenir une condition *sine qua non* pour en faire un véritable programme dans le sens système.

Les municipalités, les écoles et les associations locales peuvent ainsi être mises à contribution dans une démarche, par exemple, de promotion de l'hygiène et des précautions sanitaires. Un programme global, si son principe est accepté, peut être conçu et décliné après étude de faisabilité et détermination du pilotage. Il est clair que le ministère de la Solidarité et de l'action sociale doit être impliqué et que l'expérience de la coopération décentralisée et de certaines ONG seront précieuses.

Dans ce cadre, il s'avère indispensable de faire une révision de fond de l'approche hospitalière à l'image de la réflexion menée au plan international sur la santé publique donc sur cette "dimension". L'analyse devra porter principalement sur les aspects suivants : recouvrement de coûts, accessibilité pour la population, pertinence et pérennité du SAMU, articulation avec les autres niveaux de la pyramide sanitaire et formation sur le tas de l'encadrement.

⁷⁰ Swap = sector wide approach. Des expériences ont été menées avec succès au Ghana et en Tanzanie, où les bailleurs de fonds se sont concertés pour appuyer et financer ensemble des stratégies et programmes du ministère de la Santé. Une variation du Swap est le "basquet funding" où les bailleurs verse le budget alloué dans un "pot commun".

- **Les appuis en dynamique constructive**, par ailleurs, viennent renforcer certains pôles d'activité spécifiquement significatifs.

Ils concernent des domaines où la Coopération française s'est investie de façon prioritaire, où des résultats sont probants et une dynamique a été amorcée. La poursuite de l'appui doit en permettre la consolidation.

1-La rationalisation du secteur pharmaceutique⁷¹

Les efforts développés dans ce domaine doivent être poursuivis, à certaines conditions. Le nouveau défi à mener sera le développement des médicaments génériques en vue de rationaliser la consommation pharmaceutique et d'améliorer l'accès au plus grand nombre, et ce, dans tous les secteurs y compris le secteur privé. Le point clé consistera en la capacité de l'Etat à convaincre l'ensemble des acteurs et à entraîner dans ce processus le puissant lobby pharmaceutique.

2-Le rayonnement de la lutte contre le VIH/SIDA :

L'appui au PNLIS est tout-à-fait justifié par sa pertinence et dans son ampleur. Pourtant le VIH/SIDA doit être compris comme sujet transversal, particulièrement si l'on pense aux services à base communautaires (SBC), à l'approche multisectorielle, à l'approche contractuelle notamment pour les activités en IEC (voir l'approche RH).

- **La valorisation d'un instrument, le CIRMF**

Le CIRMF occupe une place à part. Sa situation géographique particulière et la présence concomitante d'un centre de primatologie exceptionnel fait de ce centre de recherches biomédicales un institut stratégique pour la recherche en médecine tropicale. Des voies de "progrès" et de recadrage apparaissent cependant nécessaires :

- Une réflexion sur le statut et la vocation nationale et internationale du CIRMF ; l'accent doit être porté sur les pôles de recherche d'excellence et sur leur pertinence pour le Gabon. La notion de centre de référence doit être clairement définie.
- L'élaboration d'un plan stratégique axé sur le futur valorisant ses atouts et incluant à la fois le développement des ressources humaines (chercheurs nationaux et internationaux, direction) et les aspects financiers.
- Une réflexion sur les opportunités de la recherche en santé publique en collaboration avec les services de santé et en équipe multidisciplinaire.
- La concrétisation et la formalisation d'échanges dans les domaines de la recherche et de la formation entre le CIRMF et l'Université de Libreville et d'autres institutions de recherche ; le statut et le fonctionnement de l'EDRF sont à réviser. L'accueil des stagiaires doctorants doit être encouragé de façon à mener des activités de terrain.
- Le lancement d'une campagne de promotion et d'information sur le CIRMF et le renforcement du travail en réseau Nord-Sud ou Sud-Sud.
- La formulation, dans le cadre d'une planification par objectif, d'indicateurs objectivement vérifiables pour mesurer la performance, voire la production scientifique, du CIRMF et de ses chercheurs. Sur cette base, une évaluation régulière des chercheurs et des coopérants devrait être institutionnalisée.

71 Cf. annexe sur la coopération française dans le secteur pharmaceutique du Gabon, et les perspectives.

Par ailleurs, la vision santé publique et l'approche PPTTE impliquant une réflexion, une concertation et une coordination, voire une animation, intersectorielle, le MAE doit porter plus particulièrement l'effort et renforcer les démarches amorcées dans ce sens. A savoir :

- Décloisonner les domaines et les secteurs d'activités et donc les bureaux et les services.
- Capitaliser les expériences, faire un bilan et tirer les conséquences des différentes "évaluations".
- Intégrer la gestion des AT dans la gestion du projet de façon à clarifier les affectations et éviter les décalages par rapport à la vie du projet.
- Apporter des capacités d'ingénierie, des outils et des méthodes, des informations sur ce qui se pratique "ailleurs", c'est-à-dire par d'autres organismes ou hors ZSP... Cette fonction pourrait s'articuler entre la Direction de la stratégie et les secteurs.
- Mieux travailler ensemble, dans un souci d'apport mutuel, de vision commune et de cohésion d'où la nécessité de mettre en place un management d'équipe.

Les évaluateurs se permettent ces recommandations au Département, car ils pensent qu'au-delà d'une plus grande satisfaction de fonctionnement de la structure, les mesures prises se répercuteront sur le terrain et participeront à une coopération française plus pertinente, plus efficace et donc plus appréciée.

ANNEXES

I. Contexte général

1.1. Situation du secteur de la santé au Gabon

L'état de santé de la population gabonaise reste, en 1998⁷², comparable à celui des pays les moins avancés d'Afrique malgré un revenu annuel par habitant parmi les plus élevés d'Afrique (3 800 \$/habitant/an). Selon l'UNICEF, le taux de mortalité infanto-juvénile (avant 5 ans) était de 148 pour 1 000 en 1995, chiffre supérieur à ceux du Togo, du Sénégal ou du Cameroun. Or, aucun de ces pays ne parvenait alors à 700 US \$/habitant/an.

Le système de santé gabonais repose sur plusieurs secteurs : public, parapublic, privé non lucratif et lucratif. Depuis 1986 et la crise financière, on observe une dégradation de l'accès aux soins et de la qualité des prestations curatives et préventives tant dans le milieu rural qu'en ville. Jusqu'à récemment, les causes de maladies étaient surtout de nature infectieuse (paludisme etc.). Le Gabon a vu apparaître des pathologies nouvelles : les traumatismes (accidents de la route et du travail), les maladies sexuellement transmissibles (dont le SIDA), les maladies liées à l'abus d'alcool et de tabac et, depuis 1994, des épidémies de fièvre à virus EBOLA.

Face aux résultats médiocres du système sanitaire, trois initiatives ont été prises au cours de la décennie :

- une réflexion initiée en 1989 sur la réforme de l'organisation et du financement des systèmes de santé, appuyé par la France à partir de 1992 dans le cadre d'un projet FAC ;
- la définition, dans une ordonnance, en 1995, des grandes orientations de la politique de santé du gouvernement ;
- la concrétisation de cette politique en 1998 dans le Plan national d'Action Sanitaire (PNAS), qui sert de cadre de référence à l'intervention de l'ensemble des partenaires.

II. Descriptif et champ couvert

2.1 Les acteurs de la coopération sanitaire française au Gabon

On retiendra, dans une première approche (cette liste n'est pas exhaustive) :

Côté français :

- le ministère de la coopération puis, le ministère des Affaires étrangères ;
- le ministère chargé de la santé ;
- l'Agence française de Développement (AFD) ;
- les acteurs professionnels et associatifs : organisations non gouvernementales, entreprises (dont ELF Gabon), hôpitaux, universités.

Côté gabonais :

- le ministère de la Santé et de la population ;
- le ministère des Affaires sociales ;
- le ministère de la Recherche et de l'Education ;
- le ministère des Finances ;
- le ministère du Plan ;
- le ministère de la Fonction publique ;
- les organismes de protection sociale : la Caisse nationale de sécurité sociale et la Caisse nationale de garantie sociale.

⁷² "Propositions d'orientations pour l'intervention de la Coopération française au Gabon en matière de santé publique", Docteur Hubert Balique, Docteur Philippe BARAIZE, Docteur Thierry BARBE, 5-14 février 1998, Secrétariat d'Etat à la Coopération.

- les hôpitaux (dont le centre hospitalier de Franceville, l'hôpital Schweitzer, l'hôpital civil de Lambaréné, le centre médical d'Etimboue, le centre de soins de la congrégation Sainte-Marie), les organismes de santé (dont le Centre international de recherche médicale de Franceville (CIRMF)).

Les autres acteurs seront identifiés et pris en compte durant l'exercice d'évaluation.

2.2 Outils de la coopération française dans ce secteur

Les outils mobilisés par le ministère de la coopération française puis par le ministère des affaires étrangères dans ce secteur sont :

- Titre IV : assistance technique, moyens d'accompagnement des projets, missions d'experts, bourses d'études, crédits d'ajustement structurel ou sectoriel ;
- Titre VI : FAC et FSP Etat⁷³ (dont conventions de subventions avec les ONG, coopération décentralisée, crédits déconcentrés du Fonds social de développement (FSD)).

III. Finalités et problématique de l'évaluation

3.1 Objectifs de l'évaluation

A partir de l'analyse des réalisations, l'évaluation devra mettre en évidence les résultats obtenus, les forces et les faiblesses du dispositif, l'adéquation de celui-ci à la réalité gabonaise, la cohérence de l'action par rapport aux choix politiques gabonais, l'intégration de cette action dans le Plan National d'Action Sanitaire (PNAS) et son articulation avec les actions menées par les autres bailleurs de fonds. L'évaluation permettra ainsi de tirer des enseignements pour l'avenir et de disposer d'éléments de choix stratégiques.

3.2 Présenter un tableau complet de la coopération française en matière de santé au Gabon depuis 1990

Dans un premier temps, l'évaluation s'attachera à mettre en évidence les objectifs poursuivis par la coopération franco-gabonaise en matière de santé, tels qu'ils ressortent des textes fondateurs⁷⁴.

L'évaluation s'attachera à produire un inventaire exhaustif de toutes les actions de coopération et des instruments de la coopération française mis en oeuvre dans le secteur de la santé au Gabon depuis 1990. Cette évaluation conduira à une analyse croisant les thèmes d'intervention et les instruments. Elle décrira :

- la politique gabonaise dans le secteur de la santé ;
- l'évolution du contexte d'intervention durant la période étudiée ;
- les principaux acteurs de cette coopération ;
- les différentes actions de coopération française dans ce secteur (nature des actions, objectifs, évolutions, articulation de ces actions entre elles et avec celles des autres bailleurs de fonds).

3.3 Donner une appréciation sur l'action de la France dans le domaine de la santé au Gabon

Cette analyse sera effectuée selon les critères communément retenus dans le domaine de l'évaluation des politiques publiques. Ainsi, elle devra porter :

- **sur la pertinence** de cette politique et des programmes afférents en appréciant les objectifs de la coopération française dans ce domaine au regard :

73 On recense projet FAC/FSP Etat au Gabon sur la période 1990-2001 :
 1992, "Projet d'harmonisation des systèmes de santé", FAC n° 92013500
 1992, "Appui à l'information et la communication pour la prévention du sida en République du Gabon", FAC n° 92014600
 1996, "Prévention et surveillance épidémiologique du VIH/SIDA au Gabon" FAC n° 96009800
 1998, "Appui au plan national d'action sanitaire", FAC n° 98009700
 On recense également :
 Crédits CDI n° 920146 "information, éducation, communication (SIDA).
 FSD 96014600 "crédits déconcentrés de développement au Gabon",

74 Par textes fondateurs, on entend ici les accords de coopération, les conventions de financement, les Orientations à Moyen Terme (OMT), les rapports de présentation des projets, les visites ministérielles, les comptes-rendus de commissions mixtes, les rapports, lettres de mission, publications du SCAC, les documents ou notes de la Sous-Direction de la santé...

- des orientations de la coopération française en matière de santé au Gabon ;
- des besoins exprimés du pays partenaire et des attentes réelles des acteurs. Les objectifs généraux de la coopération française dans le secteur sanitaire et les choix stratégiques réalisés durant ces dix dernières années sont-ils pertinents par rapport aux enjeux de la période et à la politique de développement sanitaire du pays ?
- des moyens, de la stratégie et des programmes d'action pour tous les outils de la coopération sanitaire française au Gabon (dispositifs de coopération en France et sur le terrain, assistance technique, recherche, formation, projets du ministère de la coopération et du ministère des affaires étrangères). S'agissant des projets et des actions dans leur phase de conception, ce critère interroge l'adéquation de leurs objectifs à ceux de la politique de développement sanitaire du pays ;
- des autres offres de coopération bilatérales et multilatérales au Gabon.
- **sur la cohérence** de cette coopération en vérifiant notamment :
 - l'articulation entre les différentes actions financées par la coopération française en matière de santé. Sera également étudiée l'articulation entre les actions menées dans un cadre bilatéral et celles conduites au niveau régional ;
 - l'articulation des activités de coopération française en matière de santé avec les actions menées par les différents partenaires français (publics ou privés) ou étrangers (bilatéraux ou multilatéraux) ;
 - les évaluateurs examineront notamment la place de l'effort français en matière de santé dans l'aide publique au développement accordée globalement au Gabon.
- **sur l'efficacité** de cette coopération en examinant dans quelle mesure les actions de coopération en matière de santé au Gabon ont produit les effets attendus. L'efficacité de cette politique sera étudiée au regard de ses objectifs généraux et des objectifs spécifiques à chaque projet ;
- **sur l'efficience** de cette coopération en étudiant la relation entre ses coûts et ses avantages. Les évaluateurs se demanderont si les ressources ont bien été mobilisées, en temps voulu et au moindre coût et si les résultats ont été à la mesure des sommes dépensées. Ils s'interrogeront aussi sur les méthodes et outils employés.
- **sur l'impact** de cette coopération en analysant ses retombées à plus ou moins long terme en partant des résultats obtenus. Les évaluateurs porteront leur attention sur les effets que la coopération et les actions qui la composent ont pu avoir sur la santé des gabonais et l'organisation du secteur de la santé. Ils examineront les effets que cette coopération a pu produire sur l'environnement technique, institutionnel (harmonisation des différents systèmes de santé), juridique et économique et sur les populations. Les évaluateurs tenteront d'apprécier l'avantage comparatif des savoir-faire soutenus par l'aide publique française. Ils apprécieront également l'articulation entre les différents secteurs (assainissement-hygiène, éducation, développement social...).
- **sur la viabilité** de la politique et des actions mises en place dans le cadre de la coopération sanitaire au Gabon. Les bénéficiaires ont-ils été associés à la réflexion sur la coopération sanitaire et, en particulier, sur l'élaboration des programmes ? Y-a-t-il eu responsabilisation et appropriation par les bénéficiaires ?

3.4 Autres thèmes à examiner

Les évaluateurs seront attentifs, dans leur analyse, à certaines questions spécifiques :

- **lutte contre la pauvreté et les inégalités** : des mesures spécifiques ont-elles été prises pour prendre en compte les populations les plus vulnérables ? Il s'agit aujourd'hui d'un thème majeur de l'aide publique au développement. Le thème de l'équité dans l'accès aux soins et aux médicaments fera l'objet d'une attention particulière de la part des évaluateurs.
- **présence française dans le secteur** : la politique de coopération française dans le secteur de la santé est-elle identifiable, perceptible et reconnaissable au Gabon ?

3.5 Faire des recommandations au ministère des Affaires étrangères

Sur la base des constats de l'évaluation et de l'analyse des évolutions les plus récentes en matière de coopération sanitaire, les experts formuleront des recommandations au ministère des affaires étrangères.

Ces recommandations alimenteront le débat interne du ministère en matière de stratégie dans le domaine de la coopération sanitaire au Gabon. Ces recommandations porteront sur la nature des programmes et projets mis en oeuvre au sein de la politique évaluée ainsi que sur le positionnement de la France dans ce pays.

IV. Dispositif de l'évaluation : le comité de pilotage

Un comité de pilotage de l'évaluation est constitué au sein du ministère des Affaires étrangères. Présidé par André Parant (ministère des Affaires étrangères, sous-directeur à la Direction d'Afrique et de l'Océan Indien), il comprend des personnes appartenant aux administrations et aux organismes suivants :

- ministère des Affaires étrangères :
 - sous-direction du développement social,
 - bureau de la santé (DCT/HSA),
 - sous-direction de la recherche (SUR/R),
 - bureau de l'évaluation (SME/SCE 4),
 - coordination géographique, Département d'Afrique et de l'Océan Indien (CG/AI),
- ministère chargé de la santé, service international (DAEI)
- Agence Française de Développement (AFD)
- un représentant du CERMES
- un représentant du Haut Conseil pour la Coopération internationale

De façon générale, les membres du comité de pilotage y participent *intuitu personae* et s'y expriment en fonction de leurs compétences.

Garant du bon déroulement des différentes étapes de l'exercice, le comité de pilotage :

- élabore et adopte les présents termes de référence (cahier des charges) des évaluateurs ;
- donne son avis sur l'identification et la sélection d'experts extérieurs et indépendants sur la base d'un appel à concurrence ;
- engage un dialogue avec les experts en réagissant à leurs choix de méthode ou de questionnaires. Le comité de pilotage examine notamment la proposition des experts concernant la mission au Gabon ;
- aide les évaluateurs dans leurs recherches documentaires et leurs contacts ;
- réagit aux analyses livrées par les experts et valide leurs travaux à chacune des trois étapes décrites au point VI ;
- veille à la diffusion du rapport final et des recommandations des évaluateurs.

V. Choix des évaluateurs

Les évaluateurs utiliseront dans leurs propositions aussi bien les méthodes de l'analyse qualitative que les outils de l'approche quantitative. Ils pourront avoir recours à des comparaisons internationales afin d'apprécier, par confrontation avec la situation d'autres coopérations sanitaires bilatérales et multilatérales, les effets de cette coopération.

L'équipe d'évaluateurs devra rassembler les compétences suivantes :

- connaissance et pratique des méthodes et outils de l'évaluation ;
- expertise en matière de politique sanitaire, expertise dans le domaine pharmaceutique ;
- expertise en matière de recherche dans le domaine de la santé ;
- connaissance des problématiques, objectifs et instruments de la coopération internationale française dans le domaine de la santé.

L'équipe d'évaluateurs devra regrouper les compétences citées ci-dessus. Aucun des experts ne devra avoir été ou être actuellement partie prenante de la politique à évaluer.

VI . Démarche de l'évaluation

Les jours/expert sont mentionnés à titre indicatif. Les évaluateurs sont libres de proposer une autre répartition de la durée totale de l'expertise qui s'élève ici à 50 jours/expert. A l'instar des évaluations habituellement réalisées sous l'égide du ministère des affaires étrangères, la présente évaluation comportera trois étapes :

1) Collecte d'information en France : étude de dossiers, entretiens, présentation du rapport d'étape au comité de pilotage et du plan de mission au Gabon.

Durée : environ 10 jours/experts.

2) Mission au Gabon. Durée : environ 30 jours/experts.

3) Rédaction du rapport provisoire puis du rapport définitif. Durée : 10 jours / experts.

VII. Rapports

Les experts soumettront au comité de pilotage :

1) Un rapport d'étape, rassemblant l'analyse de la documentation, la synthèse des appréciations des institutions concernées par l'évaluation, les observations recueillies en France, et proposant un plan de mission au Gabon. Ce rapport d'étape sera fourni au comité de pilotage un mois et demi après la notification de la lettre de commande. Son approbation est nécessaire à la réalisation de la mission.

2) Un rapport provisoire, qui fournira les résultats complets des travaux réalisés en France et à l'étranger, les conclusions et les principales recommandations. Ce rapport sera envoyé au comité de pilotage pour validation deux mois et demi après l'approbation du rapport d'étape. Il devra être fourni en 20 exemplaires sur papier et en version électronique (en Word 6 et Excel 5). Après deux semaines consacrées à l'examen de ce rapport provisoire, le comité de pilotage fera part aux évaluateurs de ses observations.

3) Un rapport définitif, ce rapport sera remis à la DGCID, commanditaire de l'évaluation, en 5 exemplaires sur papier et en version électronique (en Word 6 et Excel 5), un mois après approbation du rapport provisoire. Il devra inclure une synthèse (une dizaine de pages environ) ainsi qu'une "fiche-résumé" selon le modèle qui figurera en annexe du contrat.

Le rapport définitif comportera la mention suivante :

« Ce rapport est un document interne établi à la demande du MAE. Les analyses et commentaires développés n'engagent que leurs auteurs et ne constituent pas une position officielle. La diffusion de ce rapport a un caractère limité et son usage est strictement limité au cadre officiel ».

VIII. Restitution, mise en œuvre et suivi des recommandations

Les évaluateurs sont responsables des conclusions et recommandations issues de leur analyse. La sous-direction de la stratégie, de la communication et de l'évaluation est responsable de la diffusion du rapport final. Les experts pourront être mobilisés pour une présentation des résultats de l'évaluation à la demande du ministère des affaires étrangères.

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES OU INTERVIEWÉES (au téléphone)

ANNEXE 2

Personne	Organisme	Fonction
En FRANCE		
Maïté DUCHESNE	MAE/DCT	Attaché Documentation DCT
Jacques MAURY	MAE	Chargé de mission géographique
Philippe BOUSCHARAIN	MAE/DCT	Chargé de mission DCT Gabon + Pharmacie
Frédéric GOYET	MAE/DCT	Chargé de mission DCT Sida
Service du Préfet ANDRIEU	MAE	Chargé de l'action extérieure des collectivités locales
Salvatore PAPPALARDO	MAE	Chargé de mission CNG
Jean LAGLACE	MAE	DGA/DRH/Sous direction des personnels culturels et de coopération
Frédéric BERTEAU	MAE	Chargé de mission Recherche
Prof. Michel LE BRAS	HCCI	Professeur à la Faculté de Bordeaux, membre du HCCI
Bernard LEVRAEY		
Claude MILLET	EGIDE	Responsable du service de gestion des bourses
M. CICCARONE	CNOUS	Chef du Dpt Afrique du CNOUS
Pierre SOETARD	Cités Unies	Directeur France
Gérard FOULON	CERMES	Ingénieur de recherche
Jean-Louis BÖPPE	Ministère de la santé	Chargé de mission au Service international
Louis BONIFASSI	CHNU Nîmes	Directeur des Affaires Internationales
Philippe de LORME	APHP	Chargé de mission
En ALLEMAGNE		
	GTZ	
Au GABON		
• Coopération française		
	Amb France	Ambassadeur de France au Gabon
Hervé CRONEL	SCAC	Conseiller de Coopération et d'Action Culturelle
Jacques Biau	SCAC	Attaché de coopération
L'ensemble des AT	AT	
• Représentants des institutions et structures nationales		
M. BOUKOUBI	MSPP	Ministre de la Santé
Pr. Pierre André KOMBILA	MSPP	Directeur Général de la Santé (DGS)
M. CAMARA		Conseiller Ministère Santé Publique et Population,
Dr A. INOUA	MSPP	Directeur Général adjoint- Chargé de la Qualité (DGA)
Mme Bernadette BIDONA	MSPP	Conseiller du Ministre de la santé
M. Pierre F. NGUEMA OUDA	MSPP	Directeur Général des Ressources Humaines
Dr. St-Yves OBAME-EDOU	MSPP	DGA-Chargé des Programmes et Services Nationaux
M André MBA OBAME	MSNAS	Ministre de la Solidarité Nationale, des Affaires Sociales et du Bien-Etre

Jean Christian NKOGHE ENY	MSNAS	Conseiller au Cabinet
Dr. J.B. NDONG NGUEMA	IGS	Inspecteur Général de la Santé (IGS)
M Bonjan ALLOGO OSSA	IGS	Pharmacien à l'Inspection générale
Marie Catherine LATE	DRSL	Directrice
Mme MINKALE CHARLIE	DRSL	Chef du Personnel à la DRSL
M.LASSENI-DUBOZE	CHL	Directeur Général
Dr. LEMOUKOU	CHL	DGA
Dr. Marie-Josée NGOMO-KLUTSH	CHL	Chef du service de cancerologie. Directrice du Projet d'établissement et de la qualité des soins
Dr. Ludmila EDZANG	CHL	ORL, responsable du Projet médical
Dr. Jean-René GUIKOUMI	CHL	Médecin-chef du SIM
Dr Antoine MAPALI	CHL	Pharmacien chef, CHL
Dr MALONGA	PNLS	Directeur
Mme Paulette MOUNGUENGUI	OPN	Directrice de l'OPN
Dr Adolphe MABONGO	DMP	Directeur du Médicament et de la Pharmacie
M. Joseph Ngadi,	CNSS	Directeur au CNSS Libreville
Dr D GAHOUMA	CNSS	Inspecteur général de la CNSS
Prof NGOU- MILAMA	Université	Chef de Service de Biochimie
Dr Cécile PEDRO	CS GLASS	Chef du Centre
Dr Madeleine OKOME -NKOUMOU	Fondation Jeanne Ebori	Chef de Service d'infectiologie
M. J.M. KARMAN	Polyclinique El Rapha	Directeur de la polyclinique
Dr DREVET	CIRMF	Directeur Général
M et Mme Roland LAHEUGUEURE-LOUSTALET	CIRMF	Directeur Administratif du CIRMF
Dr LANZOUUD-SOUKATE	CIRMF	Directeur Général délégué
Dr Eric LEROY	CIRMF	AT, Chef du département d'immunologie-recherche Ebola
Dr Sylvie BIZIERE	CIRMF	AT, Chef du département de parasitologie
Dr Pierre ROQUE	CIRMF	AT, Chef du département de virologie-recherche rétrovirale
Dr Olivier BOURRY	CIRMF	Vétérinaire au Centre de primatologie
Dr. Marie-Louise SEFFU	DRS Port-Gentil	Directrice régionale de la santé
Dr. Diallo SOULEYMANE	DRS Port-Gentil	Médecin-chef de la base d'épidémiologie
M. Yves IVORA	DRS Port-Gentil	Infirmier
Dr IGAMBOUTCHINA	CH Port-Gentil	Directeur de l'hôpital provincial
Dr. RAWOUMBE	CNSS Port-Gentil	Directeur de l'hôpital Paul Igamba
Dr SOSSA	DRS du Moyen Ougoué	Directeur Régional de la Santé
Dr. BRISSIAUD	Clinique ELF	Médecin-chef de la clinique Elf à Port Gentil
Mme Maryvonne LYAZID	Fondation A. Schweitzer	Présidente de la Fondation Albert Schweitzer

M. Jean DAUDENS	Hopital A. Schweitzer	AT, DG de l'Hôpital Albert Schweitzer
Dr DIALLO	Hopital A. Schweitzer	Responsable du Projet approche communautaire

• Représentants des organismes internationaux et coopérations bilatérales

Marcello MORI	UE	Conseiller génie civil, premier secrétaire
Michel PIRE	UE	Conseiller économique
Dr C.A.BRUN	OMS	Représentant de l'OMS
M. Ali EYEGHE	BAD	Socio-économiste de la BAD
M. Louis POISSON	Ambassade du Canada	Ambassadeur
Mme Thérèse U. POIRIER	Ambassade du Canada	Coordinatrice principale du Programme de Coopération
Mr Kristian LAUBJERG	UNICEF	Représentant résident
Dr Christine BOUROBON	UNICEF	Attaché de programme
M. B.H. VOUBOU	PNUD	Assistant au représentant résident du PNUD
Mme C. MABERT	PNUD	Chargée du volet santé/femmes
Dr R. ENOMBO	FNUAP	Chargée de programmes

par thème et par ordre chronologique

Cat	Année	Intitulé	Localisation
• AHSS : Projet d'Appui à l'Harmonisation des Systèmes de Santé au Gabon			
AHSS	1992	Harmonisation des systèmes de santé au Gabon – rapport de mission Desmazières/Josseran/Delorme - juin 1992	MAE/DCT
AHSS	1992	Projet FAC 92013500 - Rapport de présentation - Fiche de Prise en Considération - Convention de financement n° 92/0135/00/CD/93/DEV/239	MAE/DCT
AHSS	1993	Harmonisation de système de santé, Commission interministérielle de coordination, 1993	
AHSS	1993 1993 1994 1995 1995	Rapports des assistants techniques - Projet "A.H.S.S.G", évolution de la situation (avril 92-sept 93), perspectives Dr Louboutin croc - Volet "Réhabilitation du fonctionnement de l'Ecole Nationale de Santé et d'Action Sociale" situation-perspectives - Dr Sennellart / F Marion - Appui institutionnel à la Pharmappro – AT Ch Lavigne - Composante 1 " appui institutionnel au MSPP " - Dr Louboutin-Croc - Rapport d'activité – AT G Foulon	Remed MAE/DCT
AHSS	1993 1995	Rapports du conseiller multi-mission : - Rapport de mission juin 93 – Dr Josseran - Mission d'évaluation à mi-parcours du Projet d'Appui à l'Harmonisation du Système de Santé (MM. Bruno / Bouscharain 25/11/95 - 03/12/95)	MAE/DCT
AHSS	1993	Synthèse des travaux du comité technique : - période de décembre 92 à juin 93	MAE/DCT
AHSS	1994	Rapport des missions n° 3 et 4 (DEV/APHP/hop St Antoine ; organisation médicale des soins, procédures budgétaires, environnement institutionnel)	MAE/DCT
AHSS	1994 1995	Synthèse des travaux des commissions mises en place à la suite des missions d'appui conjointes n°3 et 4 - période du 21/10 au 28/11 1994 - période du 28/11 au 8/01 1995	MAE/DCT MAE/DCT
AHSS	1995	Travaux des commissions : - organisation des soins (profils de fonctions et de postes) - comptabilité matière (nomenclature des actes, évaluation des coûts de revient des examens de labo) - suivi administratif des patients - procédures budgétaires (mise en place d'un réseau d'informations, plan de comptabilité des hôpitaux)	MAE/DCT
AHSS	1996	Rapports des missions d'experts - IGAS (n°3,5,6) - n°3 : Mise en œuvre de la réforme de la couverture des prestations de santé (Duraffourg/Bastianelli) - n°5 : Révision de la nomenclature des actes professionnels et évaluation du coût de revient des prestations - (Dr Roche-lapaire) - n°6 : Définition des mécanismes de régulation de santé (Gambotti)	MAE/DCT
AHSS	1999	Gestion de Projet – tableaux financiers : situation des engagements	
• Centre International de recherche : CIRMF			
CIRMF	1998	CIRMF : Compte rendu CA janv 98	MAE/DCT
CIRMF	1998	CIRMF : Projet convention Coop-MS 98	MAE/DCT
CIRMF	2002	CIRMF : Fiche av 02	MAE/DCT

CNSS	?	Protocole d'accord entre Caisse nationale de SS et Caisse nationale de garantie sociale	MAE/DCT
CNSS	1990	Audit diagnostique de la CNGS (Sedes 1990)	SCAC
CNSS	1996	Situation financière de la CNGS	SCAC
CNSS	1998	Plan de restructuration de la CNSS (Rapport de mission M Evin (mars 98))	SCAC
CNSS	2001	Appui à la réhabilitation de la CNSS - Rapport de mission M Soucy (dec 2001)	SCAC
CNSS	2002	CNSS/CNGS - Conclusion de la consultation effectuées par M C Evin (mars 2002)	SCAC

• **Coopération française**

Coop	1989	L'aide française au Gabon 1979-1989	MAE
Coop	1992 1994 1996 1997	- Orientation Moyens termes de la Coopération française - Orientations MT 1992 - Orientations MT 94-96 - Programmation 2001, SCAC orientations MT 97-99	MAE/CGAI
Coop	1998	PV Commission mixte franco-gabonaise, fev 98	MAE/CGAI
Coop	2000	Note d'orientation stratégique Coop, 2000	MAE/CGAI
Coop	2000	Coopération décentralisée : échange d'élèves infirmiers et AS entre le Dpt et la Seine St Denis et la Province de l'Ogooué Maritime	SCAC
Coop	1999 2000 2001	Programmation indicative pour 89-91 Programmation 2000, SCAC Programmation 2001, SCAC	MAE/CGAI
Coop	2001	Fiche résumée moyens /projets coop 2001	MAE/DCT
Coop	2001	Politique de la coopération française dans le domaine de la santé	
Coop	2002	Lettres de mission des AT (16)	SCAC

• **Divers**

Div	1991	AFVP / Rapport de mission au Gabon - avril 91	Remed
Div	1999	Mission d'appui à la politique de maintenance des structures sanitaires, rapport de Sandro Dionisi	SCAC
Div	1999	Evaluation de l'aide française dans le secteur hospitalier de 1987 à 1996, Etude multipays, CreDES 99	MAE
Div	2000	Evaluation de la formation des personnels de santé de 1987 à 1998. Etude multipays, ACODESS, oct 2000	MAE
Div	2002	Liste bourses 2002	MAE/DCT

• **Général**

Géné	?	Situation sanitaire au Gabon, MS	MAE
Géné	1991	Revue des investissements publics : extraits du rapport Banque Mondiale concernant le MSP (juillet 91)	SCAC
Géné	1992	Santé au Gabon – données essentielles MSPP - mars 1992	MAE/CT
Géné	1992	Assises Bilan perspectives sur la Santé Publique – avril 1992 *Rapport Général	MAE/CT
Géné	1992	Carte sanitaire 92 (tableaux)	GF
Géné	1995	Dossier Santé Gabon - SCAC	Remed
Géné	1996	Budget santé 96 : hôpitaux et CS	MAE/DCT
Géné	1996	Etude sur la pauvreté, août 96	MAE/CGAI
Géné	1999	Systèmes de Santé en Afrique centrale Ex du Gabon, mission Le Vigouroux, mars 99	SCAC
Géné	2000	La Santé Publique au Gabon / JM Milleliri, Carol Tevi-Benissan	Remed
Géné	2001	Commentaire sur budget santé 2001 (doc Patrick GRIZEAU)	MAE/DCT
Géné	2001	Enquête Démographique et de Santé – Gabon 2000 MPPDAT, FNUAP, ORC Macro - juin 2001	SCAC

• **Hôpital**

Hôp	?	Hôpital Lambaréré : projet convention COOP-Fondation A. SCHWEITZER	MAE/DCT
Hôp		Hôpital A. Schweitzer : poste de directeur (Statut de la Fondation, activités, communication)	
Hôp	?	Rapport technique CH Libreville – S Remesy	MAE/DCT

Hôp	1993	Rapport activité anesthésiste réanimation (Dr Boquentin) hop Melun	MAE/DCT
Hôp	1995	Rapport d'activité – comp. Mise à niveau de l'offre de soins du CHL	MAE/DCT
Hôp	1997	Audit des laboratoires du CH Libreville – (JB Paux)	MAE/DCT
Hôp	1998	Mission d'expertise au CHR de Franceville, Véronique Paviot, janv 1998	
Hôp	1998	Rapport de Mission CHU de Nîmes relatif au projet de soutien à l'informatisation du Centre Hospitalier de Libreville (mars 1998).	SCAC
Hôp	1999	Note sur l'autonomie de gestion, Jean-Marie Karman, juin 1999	
Hôp	2000	Organigramme CHL	SCAC
Hôp	2001	Rapport technique d'activité 2000-2001	SCAC
Hôp		Projets de textes / autonomie	SCAC
Hôp	2000	Rapport activité – Samu Dr Jouisseuse	SCAC
Hôp	2001	Rapport de mission au CHU de Cotonou (Projet informatisation)	SCAC
Hôp	2001	Rapport de mission du CHRU de Nîmes (jumelage)	SCAC
Hôp	2000 2001	Rapports activité : - (1999 – 2000) J Quintaux - (2000 – 2001) Ph Lainé	SCAC
Hôp	2001	Projet Pilote SAMU de Libreville	

• **International**

Intern.	1993	BAD – Projet de développement des services de santé – rapport d'évaluation	MAE/DCT
Intern.	1997 2002	Unicef – Programme de coopération UNICEF/GABON 1997-2001 Unicef – Programme de coopération UNICEF/GABON 2002-2006	SCAC
Intern.	1998	UE – Evaluation intermédiaire du programme d'appui à la réhabilitation du système national de santé (7ème FED ACP GA 7002-1998) – juillet 1998	SCAC
Intern.	2000	Unicef – Rapport atelier de validation de l'initiative 20/20 (juillet 2000)	SCAC

• **Ministère de la santé**

MSPP	1995	Projet de textes législatifs et de Loi d'orientation de la politique de santé	MAE/DCT
MSPP	1995	Ordonnance n° 01/95 du 14 janvier 1995 portant orientations de la politique de la santé en République du Gabon	SCAC
MSPP	1997	Décret n° 1158/PR/MSPP du 4 septembre 1997 fixant les attributions et l'organisation du MSPP	SCAC
MSPP	1997	Organigramme du 23 avril 1997 (MSPP)	SCAC
MSPP	2000	Décret N° 1026 PR/MSPP du 30 oct 2000 portant création, attribution, organisation et fonctionnement du Comité Consultatif SIDA	
MSPP	2000	Décret N° 1027 PR/MSPP du 30 oct 2000 portant création, attribution, organisation et fonctionnement de la Commission interministérielle de lutte contre le SIDA	
MSPP	2000	Projet de loi pharmaceutique – expert (Pr Locher)	Remed
MSPP	2000	Textes (ordonnance, décrets, arrêtes) concernant la pharmacie et le médicament	SCAC

• **Pharmacie**

Pharm	1991	Le système de distribution des médicaments au Gabon en 1991 mémoire universitaire.	Remed
Pharm	1993	Les systèmes de santé et le marché pharmaceutique au Gabon (note CFCE)	Remed
Pharm	1995	Note de présentation : DMP / Inspection / AMMG	Remed
Pharm	1998	Système Pharmaceutique gabonais, 98	MAE/DCT
Pharm	1998	Audit du système d'information de l'OPN	SCAC
Pharm	1998	Plan d'Actions Prioritaires Pharmaceutique	SCAC
Pharm	1998	Dossier Recouvrement des coûts du médicament	SCAC
Pharm	1998	Le secteur public pharmaceutique – politique opérationnelle - 1998 - 2001	SCAC
Pharm	1998	Rapport de l'assistance technique secteur public pharmaceut. gabonais : propositions de politique opérationnelle 1998-2000, Dr H. Degui, janvier 98, document de travail	MAE/DCT
Pharm	1998	Module de formation des personnels de santé : médicaments essentiels(MSPP/Unicef/FAC)	Remed
Pharm	1998	La prescription des médicaments au Gabon - enquête 1998 (univ Laval)	Remed
Pharm	1999	Projet P Fabre : création d'une unité de production pharmaceutique au Gabon, mars 99	MAE/DCT

Pharm	1999	Dossier sous-traitance	SCAC
Pharm	1999	Dossier approvisionnement en médicaments	SCAC
Pharm	1999	Politique Pharmaceutique Nationale / MSPP	Remed
Pharm	1997	Liste Nationale des médicaments Essentiels - version 1997 - version 2000	SCAC
Pharm	2000	Révision de la législation pharmaceutique au Gabon – Rapport Locher	Remed
Pharm	2000	Enquête prescription et dispensation des MEG au Gabon	SCAC
Pharm	1998 2000 2001	OPN Audit du système d'information de l'OPN Rapport sur les activités de l'OPN – 2000 Rapport d'Activités commerciales de l'OPN - 2001	SCAC

• **PNAS**

PNAS	1998	Mission d'identification des interventions de la coopération et rapport de MM. BALIQUE, BARAIZE et BARBE (5-14 février 1998) ;	SCAC
PNAS	1998	Projet FAC 98009700 “appui au PNAS” : - Rapport de présentation - Fiche de Prise en Considération - Convention de financement - Fiche de synthèse du projet	SCAC MAE/DCT
PNAS	1998	PNAS 1998 – 2000 PNAS 97-2000, Tome 1, juillet 97 PNAS, Tome 2 : Objectifs et stratégie 98 PNAS révisé 2000-2002	SCAC SCAC
PNAS	1998	PNAS : Réhabilitation Centre Nat Transfusion, 97	MAE/DCT
PNAS	1998	Document préparatoire du PNAS 2 et rapport final (PNAS bilan 1998, procédures et outils de suivi, PNAS 1997-2000 tome 1)	SCAC
PNAS	1999	Projet Appui au PNAS – sous composante pharmacie (note de présentation – H Degui)	SCAC
PNAS	2000	Rapports d'activité sur l'action à la dir de la rég san de Libreville, (1998-2000) Dr H. Demaille	SCAC
PNAS	2000	Rapport de mission au Moyen Ogooué, 4-6 sept 2000, Le Vigouroux, F. Kammacher	SCAC
PNAS	2001	Nouvelles orientations DGRH, le Vigouroux, mars 2001	SCAC
PNAS		Mémo DGRH : la gestion du changement en santé, 2001	SCAC
PNAS	2001	Rapport de mission à Port-Gentil, 20-24 fév 2001	SCAC
PNAS	2001	Rapport de mission Harare, 8-15 juill 2001, Nguema Ondo, C. Rainguez, A. Le Vigouroux	SCAC
PNAS	2001	Rapport de mission France, C. Rainguez, mai 2001	SCAC
PNAS	2001	Atelier pédagogique destiné aux cadres MSPP, 3-5 juill 2001	SCAC
PNAS	2001	Compte rendu du comité de pilotage du 9/11/2001	SCAC
PNAS	2001	Rapport d'activité composante pharmacie – H Degui	SCAC
PNAS	2001	Rapport de mission X Garde, 20-24 mars 2001	MAE/DCT
DRSL	2002	Suggestion et proposition à la DRSL, Dr T. Coffinet, 2002	SCAC
PNAS	2002	PNAS : réhabilitation radio CNL, av 02	
PNAS	2002	Document situation des engagements du Projet PNAS/tableaux financiers	MAE/DCT
PNAS	2002	Audit des formations sanitaires publiques de Libreville, Dr Coffinet mars 2002	SCAC
PNAS	2002	PNAS composante 2-1 – rapport d'activité - H Demaille	SCAC

• **Système National d'information Sanitaire**

SNIS	1997	Mission OMS 25/29 novembre 1997 relative à l'élaboration d'un Système National d'Information Sanitaire	
SNIS	1998	Développement du SNIS, A Akpamoli, - OMS sept 1998	
SNIS	1999 2000	Rapport d'activité (98-99) F Steunou Rapport activités - A Todesco	
SNIS	2002	Mise en œuvre d'un tableau de bord général de la santé et d'un système de planification et de suivi-évaluation, Dr Grizeau, avril 2002	

• **VIH**

VIH	1996	Convention de financement “prévention et surveillance épidémiologique du VIH/SIDA au Gabon” – oct 1996	SCAC
VIH	2000	Rapport fin de mission “Projet d’appui à la lutte contre le Sida au Gabon” - juil 2000	SCAC
VIH	2001	Fiche prise en considération “lutte contre VIH-Sida” sept 2001	MAE/DCT
VIH	2001	Rapport d’évaluation du Projet prévention et surveillance épidémiologique -nov 2001	SCAC
VIH	2001	Rapport de mission du Pr A Kadio OMS – dec 2001	SCAC
VIH	2001	Rapport ONUSIDA “accélérer l’accès à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Gabon” – janv 2001	SCAC
VIH	2002	Gestion projet – situation des mandats composante 1 et 2 (1999- 2001)	SCAC
VIH	2002	Rapport de présentation projet 2002-11, lutte VIH-Sida, mars 2002	MAE/DCT
VIH	2002	Rapport de mission préparatoire solidarité thérapeutique hospitalière en réseau - janv 2002	SCAC
VIH	2002	Rapport de mission Port Gentil (Th Gateau)	SCAC
VIH	2002	Rapport de mission Esther à Port Gentil- janv 2002, Institut Jean Verdier	SCAC
VIH	2002	Rapport de mission Esther auprès du CHL, CHU Nice et APH Marseille	SCAC

PROGRAMME DE LA MISSION DES ÉVALUATEURS AU GABON

ANNEXE 4

Dimanche 9 juin

Arrivée des consultants au Gabon

Lundi 10 juin

- 8h Accueil et séance de travail avec Jacques Biau , attaché de coopération au SCAC : organisation et programmation de la mission
- 15h Entretien avec M Hervé Cronel, Conseiller de Coopération et d'action culturelle : Présentation de la mission et discussion
- 18h Entretien avec Dr Gateau, AT PNLs Sida

Mardi 11 juin

- 8h30 Réunion au SCAC des Assistants Techniques Santé (AT) : Présentation de la mission (objectifs, organisation de l'évaluation)
- 9h30 Réunion au ministère de la Santé avec monsieur Boukoubi, ministre de la Santé et ses collaborateurs : présentation de la mission d'évaluation
- 11h Réunion avec la Délégation de la commission européenne : M. Marcello Mori, conseiller génie civil, premier secrétaire et Michel Pire, conseiller économique : interventions de l'UE dans le secteur santé et coordination internationale
- 15h Réunion de travail avec les AT du Centre hospitalier de Libreville : missions et réalisations des AT et situation du CHL
- 16h30 Réunion avec le Dr J.B. Ndong Nguema, Inspecteur Général de la Santé (IGS) et le Dr A. Inoua, Directeur général adjoint chargé de la Qualité (DGA) : personnes ressources du Ministère, discussion sur les objectifs de la mission
- 18h Entretien avec Th. Coffinet, AT à la Direction Régionale de la Santé (DRS)
- 19h Entretien avec Dr P. Grizeau, AT au MSPP et chef de file du Projet PNAS

Mercredi 12 juin

- 9h30 Entretien avec M. Joseph Ngadi, CNSS
- 11h Entretien avec Mme Marie Catherine Late, DRS- Libreville
- 15h30 Entretien avec M. Ali Eyeghe, Banque africaine de développement
- 17h Réunion au CHL avec M. Lasseni-Dubozé, Directeur général, l'équipe de direction et M. Serge Remesy, AT conseiller . Projet d'établissement de l'hôpital

Jeudi 13 juin

- 8h30 Réunion au PNLs avec Dr Malonga, Dr Th. Gateau, H. Degui : Programme de lutte contre le sida et programme Access
- 9h30 Réunion à l'Ambassade du Canada : M. Louis Poisson, ambassadeur et Mme Thérèse U. Poirier, coordinatrice principale du Programme de coopération
- 10h Entretien avec Mme Paulette MOUNGUENGUI, Directrice de l'OPN : situation de l'OPN, visite du site
- 12h Entretien avec Dr Adolphe Mabongo, Directeur du Médicament et de la Pharmacie : organisation et activités de la DMP
- 13h Entretien avec le Dr Grizeau
- 15h Entretien avec Dr Hélène Degui, AT pharmacien
- 17h30 Entretien avec Dr Drevet, Directeur général du CIRMF
- 20h Rencontre avec M. et Mme Roland Laheugueure-Loustalet, Directeur administratif du CIRMF et Dr Eric Leroy, chercheur-CIRMF

Vendredi 14 juin :

Mission à Franceville de M Marx :

- 8h00 Entretien avec Dr Drevet, DG /AT du CIRMF
- 9 h-15h Entretiens et visite du CIRMF :
- 9h RV : Dr Lanzoud-Soukate, Directeur général délégué
- 10h RV : Dr Sylvie Bizière, AT, Chef du département de parasitologie
- 11h30 RV : Dr Pierre Roque, AT, Chef du département de virologie-recherche rétrovirale
- 12h30 RV : Dr Olivier Bourry, vétérinaire au Centre de primatologie
- 14h RV : Dr Eric Leroy, Chef du département d'immunologie-recherche Ebola

Mission à Port-Gentil de G de Pas :

- 8h30 Entretien avec le Dr Brissiaud, médecin-chef de la clinique Elf et visite de la clinique
- 10h Entretien avec le Dr Diallo Souleymane, médecin-chef de la base d'épidémiologie, DRS
- 11h Entretien avec M. Yves Ivora, infirmier, DRS
- 11h30 Entretien avec Dr Rawoumbe, directeur de l'hôpital Paul Igamba de la CNSS
- 14h30 Entretien avec Dr. Marie-Louise Seffu, Directrice régionale de la santé;
- 15h30 Entretien avec Dr Igamboutchina, Directeur de l'hôpital provincial et visite de l'hôpital

Samedi 15 juin

- 8h30/12h30 Réunion de travail avec les personnes ressources du MSPP (IGS et DGA)

Lundi 17 juin

- 9h Entretien avec Dr Th. Coffinet, AT
- 10h/13h Visite de l'hôpital CHL
- 11h Entretien avec Dr Antoine Mapali, pharmacien chef , CHL
- 15h Entretien avec M Bonjan Allogo Ossa, Pharmacien à l'Inspection générale
- 15h Entretien avec Dr Saint-Yves Obame-Edou, DGA-chargé des Programmes et services nationaux
- 16h Entretien avec le Pr. Pierre André Kombila, Directeur général de la santé
- 18h Entretien avec Dr Madeleine Okome -Nkoumou , Fondation Jeanne Ebori
- 18h Entretien avec Alain Le Vigouroux (MM)

Mardi 18 juin

Mission à Lambaréné avec l'AT Chef de file, le Dr Grizeau

- 11h Rencontre avec le Dr Sossa, Directeur de la DRS du Moyen Ougoué et visite de l'hôpital régional
- 14h/18h Entretien avec M. Jean Daudens l'AT DG de l'Hôpital Albert Schweitzer et visite de l'hôpital : visite de la pharmacie et entretien avec la responsable ; visite du centre de recherche et entretien. Entretien avec Dr Diallo, responsable du Projet approche communautaire
- 19h Entretien avec Mme Maryvonne Lyazid, présidente de la fondation Albert Schweitzer

Mercredi 19 juin

- 14h Entretien avec Mme Bernadette Bidona, conseiller du Ministre de la santé, ex-directrice de l'OPN
- 15h Entretien avec M. Kristian Laubjerg, représentant résident UNICEF, et Dr Christine Bourobon N, attachée de programme
- 15h Séance de travail avec le Dr Grizeau
- 16h Entretien avec M. Pierre F. Nguema Ouda, Directeur général des ressources humaines
- 18h Entretien avec M. J.M. Karman, directeur de la polyclinique El-Rapha

Jeudi 20 juin

- 8h Entretien avec Mme Corinne Rainquez, AT
- 9h Visite du Centre de Santé Glass. Entretien avec Mme Minkalé Charlie, maîtresse sage femme, Chef du personnel à la Direction régionale de la santé Libreville, et Dr Cécile Pedro, Chef du centre
- 11h Université de Libreville, Faculté Médecine : entretien avec Prof Ngou- Milama, Chef de Sce Biochimie
- 11h Entretien avec M. B.H. Voubou, assistant au représentant résident du PNUD, Mme C. Mabert, chargée du volet santé/femmes au PNUD, Dr R. Enombo, chargée de programmes FNUAP
- 12h Entretien avec Mme MOUNGUENGUI (OPN)
- 15h30 Entretien avec Dr D. Gahouma, inspecteur général de la CNSS
- 16h30 Ambassade de France : restitution des résultats

Vendredi 21 juin

- 8h30 Hôpital Jeanne Ebori : Visite de l'hôpital, entretien avec Dr Madeleine Okome-Nkougou, Chef de Service d'infectiologie, et les chefs de services de laboratoire, transfusion sanguine
- 10h Entretien avec Dr C.A.Brun, représentant de l'OMS
- 11h Audience de M André Mba Obame, ministre Solidarité nationale, Affaires sociales et bien-être
- 15h Réunion au SCAC avec les AT, le conseiller et l'attaché du SCAC : conclusions de la mission
- 16h30 Restitution des conclusions de la mission au ministre de la Santé

Départ des consultants

Les 10 principales causes de morbidité au Gabon en 1996 (tous âges confondus)

Pathologies	Pourcentage
Paludisme	16,28 %
Fièvre (sans autres indications)	6,12 %
Diarrhées aiguës gastro-entérite	5,68 %
Infections respiratoires aiguës (IRA)	5,52 %
Contusions, Plaies (sans fractures)	4,98 %
Autres Helminthiases intestinales	4,79 %
Autres maladies de la peau	3,52 %
Rhinites, Rhino-pharyngites Angines	3,25 %
Grippe	3,23 %
Diarrhée chronique	2,90 %

Source : Service des Statistiques Sanitaires (MSPP)

Les formations sanitaires au Gabon (1999)

Secteur	Public	CNSS	Privé lucratif	Total	Privé non lucratif
Hopitaux - Généraux	12	2		14	2 (hôpital Schweitzer, hôpital évangélique de Bongoko)
- Spécialisés (bases incluses)	12	1		13	
Cliniques			19	19	
Poplycliniques		1	1	2	
Centres médicaux	41	9		50	
Centres de santé	6			6	
SMI	51			51	
Dispensaires	413			413	4 dispensaires de missions catholiques et protestantes
Cases de santé	157			157	
Infirmeries	37			37	
Cabinets			79	79	
Laboratoires d'analyses			4	4	
Pharmacies			33	33	
Total	729	13	136	878	6

Sources : ministère de la Santé publique et de la Population, et annuaires statistiques

DONNÉES SUR LES RESSOURCES HUMAINES

ANNEXE 6

(Source PNAS 1998)

Au 31 juillet 1997, le ministère de la Santé comptait 3700 agents fonctionnaires et contractuels, dont 70 contractuels expatriés / assistants techniques.

Personnel soignant : 2 994 agents

- 368 médecins, dont 229 médecins généralistes et 139 médecins spécialistes;
- 41 pharmaciens;
- 8 chirurgiens dentistes;
- 385 sages-femmes;
- 322 techniciens supérieurs de santé;
- 316 adjoints techniques de santé;
- 1554 infirmiers, dont 544 infirmiers diplômés d'état, 827 infirmiers assistants et 183 infirmiers élémentaires / aides soignants

Personnel Administratif : 408 agents

- 78 agents de catégorie A1 ;
- 48 agents de catégorie A2 ;
- 103 agents de catégorie B1 ;
- 179 agents de catégorie B2.

Nombre d'habitants par agent

QUALIFICATION	Nombre
Médecin	2 758
Pharmacien	24 755
Chirurgiens dentiste	126 872
Technicien Supérieur de Santé	2 751
Sages-femme	2 692
Infirmier diplômé d'état	1 911
Adjoint technique	2 650
Autres infirmiers	997

N. B : autres infirmiers = infirmier assistant, infirmier élémentaire, infirmier auxiliaire.

Source : Direction de la gestion des personnels.

Pour connaître le nombre réel d'habitants par agent pour chacune de ces catégories de personnels, il faudrait inclure à cette étude les agents des autres secteurs de santé.

S'ajoutent à ce personnel :

- 1 980 agents de la main d'œuvre non permanente (MONP) et agents de santé villageois pris en charge par le MSPP;
- 285 agents de la main d'œuvre non permanente rémunérés par les départements ou les municipalités.

Il faut préciser que le nombre des agents de la MONP est imprécis car variable.

ACTIVITÉ 2000 DU CENTRE HOSPITALIER
DE LIBREVILLE

ANNEXE 7

Service	Année 2000					
	Lits	Consultat	Entrées	Journées	Tx occup	D M S
Médecine A	35	8 658	799	8 379	66	10
Chir. viscérale A-B-C	72	6 630	735	14 866	57	20
Chir. orthopédique	84	2 704	1 168	15 158	49	13
Oxylogie	11	25 556	2 709	2 750	68	
Stomato-maxillo-f.	10	33 631	95	1 265	35	13
Neurologie	22	10 261	262	5 102	64	19
Cardiologie	40		612	10 880	75	18
Ophthalmologie	23	14 545	254	3 223	38	13
ORL	13	25 958	244	2 593	55	11
Réanimation	15		358	1 878	34	5
Pédiatrie	63	38 624	3 252	25 349	110	8
Néonatalogie	7	317	115	1 303	51	11
Endocrinologie	38	2 489	455	8 803	63	19
Gastro-entérologie	27		380	4 269	43	11
Dermatologie		1 590				
Urgence(porte)		32 342				
Gynéco-obstétrique	42	5 947	1 082	14 095	92	13
Maternité	127		8 324	22 015	47	3
Cancérologie		1 564				
Réed Fonctionnelle						
TOTAL	629	210 816	20 844	141 928	62	7

ÉVOLUTION COMPARATIVE D'INDICATEURS SUR PLUSIEURS PAYS

ANNEXE 8

	Cameroun			Rep Congo			Gabon			Guinée équatoriale			RCA					
	1990	1995	1999	Tx 90-99	1990	1995	1999	Tx 90-99	1990	1995	1999	Tx 90-99	1990	1995	1999	Tx 90-99		
Population (millions)	11,47	13,18	14,69	28%	2,22	2,56	2,86	29%	0,96	1,1	1,2	25%	0,35	0,4	0,44	26%		
PNB per capita (USD)	970	660	600	-38%	980	510	550	-44%	4 750	3 850	3 300	-30%	350	350	1 170	234%		
Espérance de vie à la naissance (année) ⁰	54,18	53,63	50,86	-6%	49,49	48,65	48,22	-2,6%	51,88	52,39	52,62	+1,4%	47,16	49,1	50,58	+7,2%		
Mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	141	154	154	9,2%			144		164		133	-18,9%	206		170	-17,4%		
Vaccination DTCocq	38	46	48	33%	77	47	29	-62%	78	56	31	-60%		64		61	45	
Nb de médecins pour 1000 hab	0,08		0,06		0,28		0,21			0,19			0,28	0,21	0,22		0,04	0,03
Dépenses publiques de santé (% PIB)	1,7	3,9							2,9	3,1	6,3	117%	4,4	6,3	4,4	0%		2,7

Source : world development indicators 2001 (Banque Mondiale)

I. Objectifs du PNAS

Le PNAS vise deux objectifs :

- 1) **un objectif de couverture sanitaire** pour améliorer la qualité et l'accessibilité aux soins pour l'ensemble de la population ;
- 2) **un objectif de gestion** pour améliorer la productivité et réduire les coûts des prestations servies, tout en assurant l'équilibre financier des structures sanitaires.

II. Stratégies du PNAS

En conséquence, le plan prévoit les actions prioritaires et les mesures d'accompagnement suivantes :

Actions prioritaires :

1. **Rendre disponible le médicament** (besoins quantitatif et qualitatif par structure, en fonction de l'activité).
2. **Rendre effective la couverture sanitaire** (schéma directeur d'implantation des structures par département).
3. **Instaurer et développer la médecine itinérante** pour faciliter aux populations de l'intérieur l'accès aux soins spécialisés.
4. **Remettre à niveau les prestations techniques** préventives et curatives (personnel qualifié à chaque niveau, équipement adapté et fonctionnel).
5. **Renforcer les capacités de réponses aux épidémies.**

Mesures d'accompagnement :

Améliorer la gestion des établissements sanitaires

1. Préparer l'autonomie de gestion des hôpitaux régionaux et du CHL par la mise en place de comités de pilotage et de contrôle au sein des établissements,
2. Mettre en place les procédures comptables et budgétaires au niveau des établissements de soins,
3. Mettre en place les outils de gestion et de contrôle (ressources humaines, matériel, activités),
4. Rétablir les procédures destinées à la prise en charge des patients,
5. Mettre en place une tarification adaptée et la facturation aux tiers payants.

Recentrer le niveau central du MSPP sur ses véritables missions :

Planification.

1. Elaborer et appliquer un plan évolutif d'action sanitaire (investissement, formation, entretien et maintenance),
2. Renforcer les directions régionales de la santé et décentraliser réellement le pouvoir de décision.
3. Mettre en oeuvre une politique consensuelle (à long terme) de santé.
4. Mettre en place et doter de moyens la commission nationale chargée de la carte sanitaire.

Contrôle.

1. Faire respecter les obligations de service public (continuité de service, libre accès aux urgences, participation au système national d'information sanitaire, participation aux programmes de prévention, de formation et de recherche financés par l'Etat),
2. Faire respecter les règles de gestion.
3. Faire appliquer la réglementation régissant le secteur privé

Information.

1. Réhabiliter le système d'information sanitaire,
2. Mettre en place un système de surveillance épidémiologique,

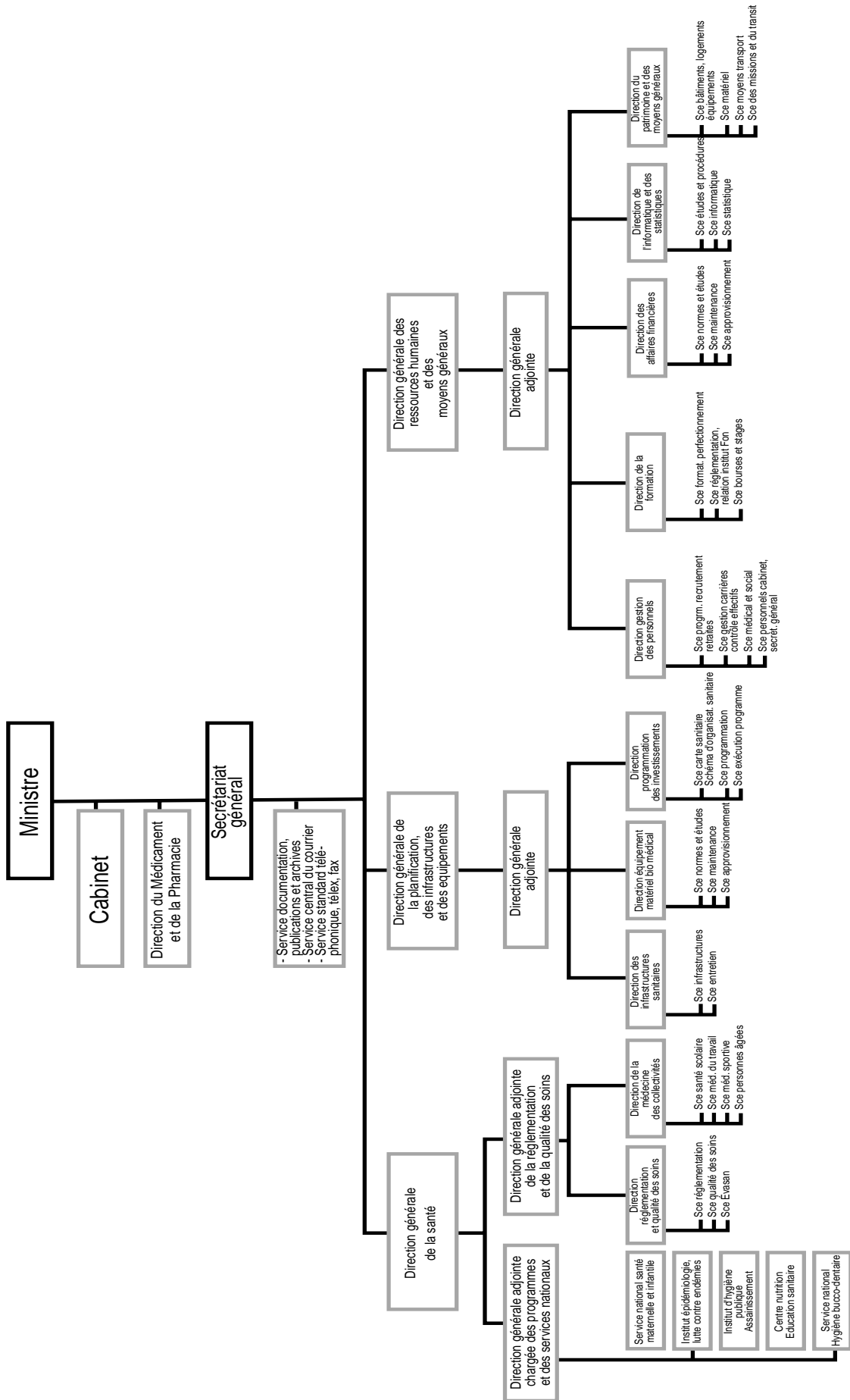
3. Mettre en place un système d'enregistrement des causes de décès,
4. Etablir des relations de coopération avec l'extérieur (échanges d'information, participation à des études multicentriques, ...).

III. Préconisations

1. Les services de santé doivent être désormais considérés comme des services "économiques" (résultant d'une activité de production) et gérés en conséquence.
2. Les établissements de soins (qui les produisent) doivent être organisés selon les principes propres aux entreprises avec la mise en place d'outils de gestion appropriés.
3. Le système de soins ne doit plus être considéré comme une succession de niveaux hiérarchiques structurés de façon pyramidale, mais comme un réseau d'établissements, évoluant sous l'action régulatrice de l'Etat, organisé par des relations de type référence-contre référence.
4. Dans cette conception nouvelle du système de soins, l'Etat doit jouer un rôle majeur, et en assurer le pilotage. Il doit pour cela disposer d'un système d'informations performant et donc mettre en place les outils nécessaires à son fonctionnement.
5. Une des fonctions essentielles de l'Etat est de veiller à la rénovation du service public de santé, avec pour " mission d'assurer des prestations médicales et sanitaires à l'ensemble de la population ”.
6. Le suivi et l'évaluation constitueront le complément indispensable de cette rénovation.
7. La qualité des soins doit être une préoccupation aussi importante que celle de leur accessibilité.
8. La gestion des ressources humaines constituera une des préoccupations essentielles du ministère de la Santé.

ORGANIGRAMME DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ANNEXE 10



Projet de mise en place d'un système de couverture maladie au Gabon (C.M.G.)

Le système gabonais de protection sociale, qui fut naguère un véritable fleuron dans toute l'Afrique au sud du Sahara, se trouve confronté à d'énormes difficultés expliquant son inefficacité actuelle.

Ainsi, alors que selon les textes en vigueur, la protection sociale au Gabon concerne plus de 52 % de la population totale, dans la réalité, du fait d'un financement à la fois inadapté et largement en dessous des besoins, la protection sociale permet de couvrir à peine 29 % de cette population. 71 % de la population gabonaise se retrouveraient par conséquent aujourd'hui sans la moindre couverture sociale (voir tableaux n°1 et 2).

Parmi les risques pris en compte par le système gabonais de protection sociale, tous régimes confondus, le risque maladie est celui qui, du point de vue général, est le moins bien couvert et le moins performant.

A titre d'illustration, la couverture du risque maladie des agents publics et des indigents ne bénéficie d'aucune organisation et d'aucun financement appropriés. S'agissant des salariés du secteur privé, la seule contribution instituée, la contribution patronale, permet à peine de couvrir leurs prestations de santé. Cette situation n'est pas sans conséquences aussi bien sur l'accessibilité que sur la qualité de l'offre des soins.

Au regard de cet état des lieux qui interpelle la puissance publique et conformément à la fois aux orientations du « Pacte national de solidarité et de développement » et aux dispositions de l'ordonnance N° 001/95 du 14 janvier 1995 portant orientation de la politique de santé au Gabon, il paraît impérieux et impératif que dans le cadre d'une réforme ambitieuse de modernisation et de démocratisation du système gabonais de protection sociale, la première étape stratégique à aborder soit celle de la mise en place d'un système efficace et efficient de couverture maladie.

Un tel système qui devrait constituer une réponse concrète et novatrice aux grands défis de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, aurait pour objectifs de :

- garantir les meilleures conditions d'accès de l'ensemble de la population gabonaise aux soins de qualité, dans le respect du principe d'égalité de tous devant les charges publiques ;
- réaliser une meilleure solidarité nationale, notamment en faveur des plus démunis.

Sa mise en place nécessiterait :

- L'instauration d'une cotisation patronale et salariale consacrée à la maladie ;
- L'institution d'une taxe d'assise sur les produits et activités présentant un risque avéré pour la santé ;
- La réhabilitation de la qualité de l'offre des soins ;
- La dotation des hôpitaux d'une véritable autonomie de gestion ;
- L'organisation d'une gestion paritaire des organismes tiers-payants de protection sociale (CNSS et CNGS), rendue essentielle par le fait que l'adhésion des partenaires sociaux est indispensable pour sa réussite.

C'est dans la perspective de la mise en place de ce système de Couverture Maladie au Gabon (C.M.G) qu'il est soumis à votre très haute attention, le dossier ci-joint, qui comprend :

- un projet de protocole d'accord sur la mise en place du système de couverture maladie au Gabon ;
- un projet d'Avenant au protocole d'accord sur la mise en place du système de couverture maladie au Gabon ;
- un document de présentation de l'organisation et du fonctionnement du système de couverture maladie au Gabon ;
- un document de présentation du financement du système de couverture maladie ;
- un projet de protocole d'accord sur l'organisation et le fonctionnement de la CNSS et de la CNGS, dans le cadre du système de couverture maladie au Gabon.

Projet

I. Le projet de protocole d'accord sur la mise en place du système de couverture maladie au Gabon

Ce protocole d'accord, à signer entre les pouvoirs publics et les partenaires sociaux, pose le principe de la création du système de couverture maladie au Gabon, en faveur aussi bien de la population gabonaise, que de tous les travailleurs étrangers en situation régulière.

Il définit les prestations couvertes et l'architecture organique du système qui comprend :

- un Conseil National, organe politique d'orientation ;
- un Conseil d'Administration, organe de régulation, de décision et de contrôle ;
- un Secrétariat Exécutif, organe d'exécution de politique et de gestion du système, assurant le secrétariat du Conseil d'Administration ;
- la CNSS et la CNGS, organes de gestion des assurés sociaux que sont :
 - les travailleurs salariés du secteur privé, du secteur parapublic, des collectivités locales et la main d'œuvre non permanente de l'Etat, pour la CNSS;
 - les agents publics de l'Etat et des collectivités locales, les travailleurs indépendants, les étudiants et les citoyens en situation économiquement faible, pour la CNGS.
- les prestataires de soins de santé.

II. Le projet d'Avenant au protocole d'accord sur la mise en place du système de couverture maladie au Gabon

Ce projet d'avenant, qui met en présence les populations, les partenaires sociaux et les pouvoirs publics, porte sur la réalisation des conditions devant garantir le climat de confiance et de sérénité indispensable à la mise en œuvre du système de couverture maladie au Gabon.

III. Le document sur le financement du système de couverture maladie au Gabon

Conformément à ce document, les sources de financement du système de couverture maladie au Gabon sont réparties selon la nature statutaire des bénéficiaires.

Les prestations de santé des bénéficiaires autres que les citoyens en situation économiquement faible, sont ainsi financées par :

- Les cotisations salariales ;
- Les cotisations patronales ;
- Les subventions de l'Etat et des autres organismes ou collectivités ;
- Le ticket modérateur.

Les prestations de santé des citoyens en situation économiquement faible sont par contre financées par la solidarité nationale, au travers d'une dotation budgétaire de l'Etat d'une part, et des recettes générées par la taxation de certains produits et activités présentant une nocivité avérée sur la santé.

IV. Le document sur l'organisation et Le fonctionnement du système de couverture maladie au Gabon

Compte tenu de la complexité des opérations de mise en œuvre du système de couverture maladie, ce document qui trace les grandes lignes de son organisation prévoit que les organismes de protection sociale se feront techniquement assister, dans un premier temps, par une structure appropriée, dont l'expertise dans la gestion de l'assurance maladie est avérée.

V. Le projet de protocole d'accord sur l'organisation et le fonctionnement de la CNSS et de la CNGS, dans le cadre du système de couverture maladie au Gabon

Dans la mesure où la réforme va avoir un impact sur l'organisation et le fonctionnement des institutions de protection sociale, en particulier la CNSS, notamment en ce qui concerne l'implication des partenaires sociaux dans leur gestion, ce projet de protocole d'accord porte sur les questions relatives à la composition du Conseil d'administration et à la nomination de son Président, la nomination du Directeur général et celle d'un Directeur financier et comptable, ainsi que les questions se rapportant à l'organisation financière de la CNSS et de la CNGS.

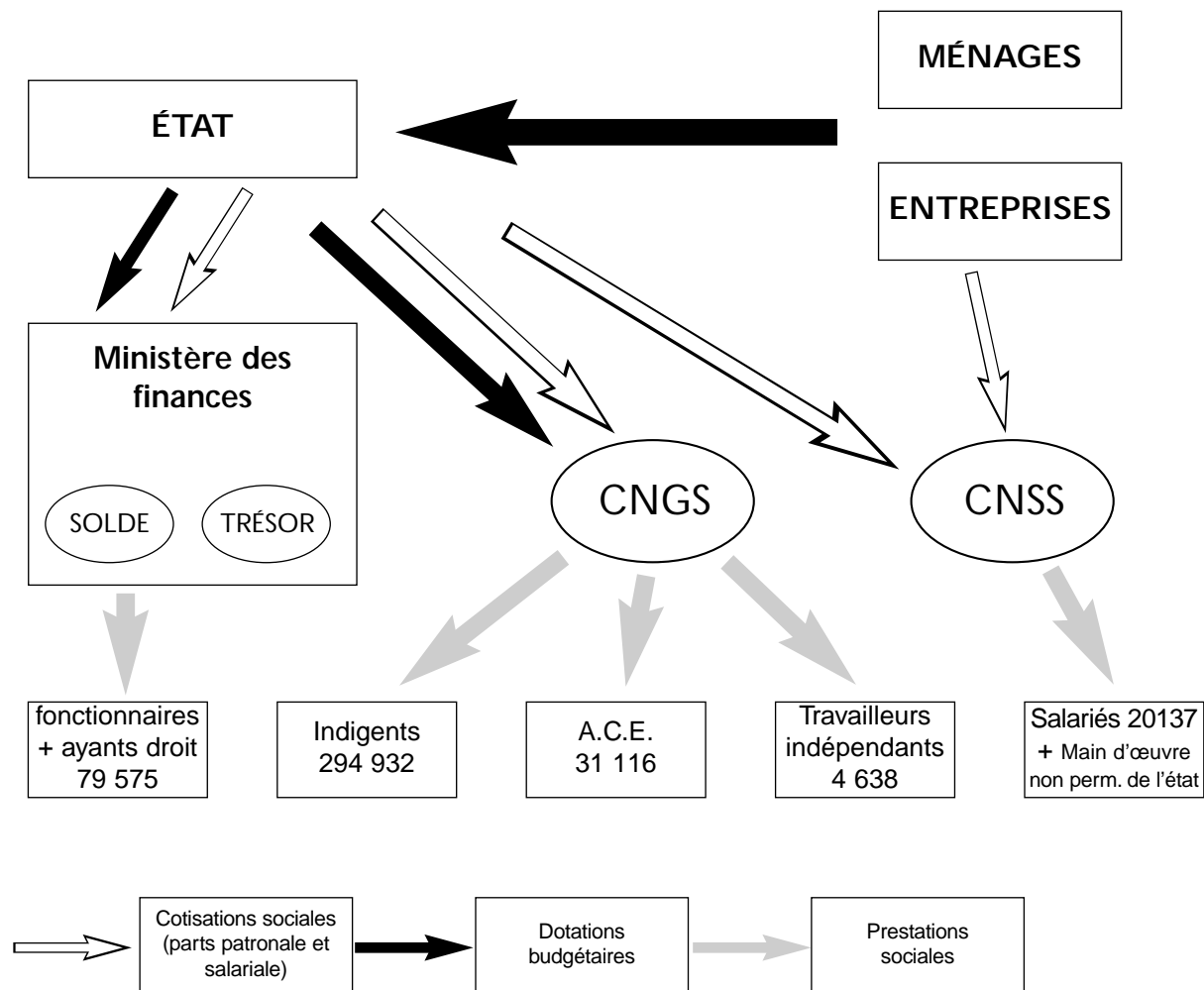
Il convient de préciser que l'ensemble de ces protocoles d'accords et documents feront l'objet, en tant que de besoin, de textes législatifs et réglementaires.

Le ministre de la Solidarité nationale, des affaires sociales et du bien-être ;
André MBA OBAMÉ

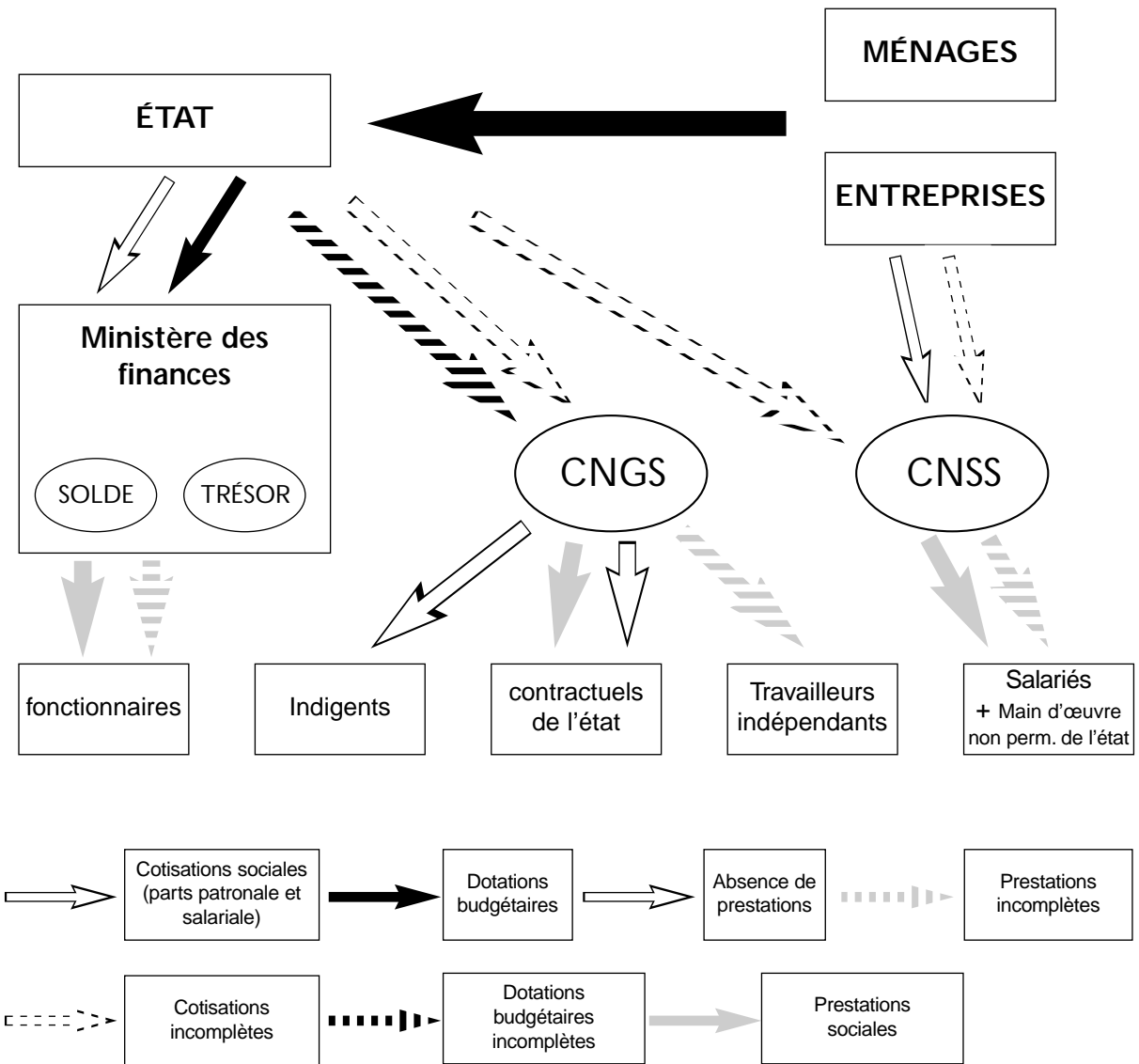
DISPOSITIONS LÉGALES DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

PROTECTION SOCIALE : MODES et FLUX de FINANCEMENT (dispositions légales)

Total population couverte au 31/12/00 : 578878, soit 52,92%



LES RÉALITÉS DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE



Le schéma institutionnel du financement des différents volets de la protection sociale connaît malheureusement dans la pratique de sérieux dysfonctionnements qui obèrent son efficacité, à tel point qu'aujourd'hui, la couverture sociale est hétérogène, inéquitable, aléatoire, voire absente.

Montants d'APD engagés au Gabon dans le secteur de la santé entre 1990 et 2000
(en milliers de \$)

Year	Donor	Agency	Trans. No.	Purpose Name	Project title	Amount
1990	France	FAC	909957	INFECTIOUS DISEASE CONTROL	Vaccination programme	275
1992	France	FAC	929947	STD CONTROL INCLUDING HIV/AIDS	Aids prevention/control	378
1992	EC	EDF	920055	HEALTH POLICY & ADMIN. MANAGEMENT	Etude identification et faisabilité	78
1993	France	FAC	939959	MEDICAL RESEARCH	Medical research	512
1993	France	FAC	939961	HEALTH POLICY & ADMIN. MANAGEMENT	Gabon health systems development	2 472
1993	EC	EDF	930128	HEALTH POLICY & ADMIN. MANAGEMENT	Appui a la réhabilitation du système	12 885
1994	Belgium	AGCD	940941	MEDICAL SERVICES	Transfusion sanguine / stages	9
1994	Belgium	AGCD	941685	HEALTH POLICY & ADMIN. MANAGEMENT	Frais sociaux personnel	11
1995	Belgium	AGCD	951150	HEALTH, GENERAL	HEALTH, GENERAL : Frais sociaux de personnel	16
1996	France	FAC	969034	STD CONTROL INCLUDING HIV/AIDS	PREVENTION/SURVEILLANCE VIH/SID	586
1997	France	Min Coop	977105	HEALTH - GENERAL	Min. Coop. Tc : health	2 684
1998	France	Min Coop	987097	HEALTH - GENERAL	Min. Coop. Tc : health	2 442
1998	France	FAC	989043	HEALTH POLICY & ADMIN. MANAGEMENT	Action sanitaire	1 017
1998	Norway	MFA	980268	BASIC NUTRITION	Experts : nutrition	14
1998	Spain	MFA	982424	MEDICAL SERVICES	Medical services : equipamiento salesianas. Promocion mujer y laboratorio	45
1998	Spain	ECON	983075	BASIC HEALTH INFRASTRUCTURE	Evaluacion del proyecto de salud y de rehabilitacion Y extension de hospitales provinciales	84
1999	France	MAE	995029	MEDICAL RESEARCH	Recherche médicale	773
1999	Italy	CA	991008	MEDICAL EDUCATION/TRAINING	Telemedicine - training of health personnel	381
1999	Italy	CA	991009	MEDICAL EDUCATION/TRAINING	Telemedicine - training of health personnel	381
2000	Franc	MAE	4438	HEALTH POLICY & ADMIN. MANAGEMENT	Health policy & admin. Management	1 566
2000	France	MAE	4439	MEDICAL SERVICES	Medical services	12
				Total		26 621
				Total France		12 717
				Part France /APD recensée		48 %

Source : OCDE

Évolution du Budget santé par rapport au budget de l'Etat de 1993 à 1997 (en millions F CFA)

	1993	1995	1997
Salaires fonctionnaires	11 250	18 000	13 966
Budget de fonctionnement	6 119	9 213	12 523
Budget investissement	4 849	3 996	8 245
Total budget secteur santé	22 218	31 209	34 734
Population	1 017 976	1 066 359	1 120 344
Dépenses / habitant	21 890	29 627	31 003
Budget général de l'Etat	312 700	452 000	523 200
% Budget santé/budget général	7,1	6,9	6,6

Exécution du budget d'investissement 1997-2001 (F CFA)

Exercice	1997	1998	1999	2000
Dotation Loi de Finances (LF)	11 332 000 000	14 880 000 000	10 191 818 300	6 906 000 000
Total engagé (TE)	6 607 950 472	5 961 542 520	5 646 081 441	5 365 058 986
% LF	58	40	55	78
Total payé	3 930 063 338	2 654 408 501	1 982 539 288	545 128 944
% TE	59	44	35	10
Montant mis en règlement	2 389 088 106	3 083 179 725	3 202 403 041	340 994 249
% TE	36	52	57	6
Engagement annulé	288 799 028	223 854 294	460 864 115	4 341 238 517
% TE	5	4	8	81

CRÉDITS DÉCONCENTRÉS D'INTERVENTION 1988-1990

ANNEXE 14

en milliers de FF

1988	Enquête sanitaire	53
1989	Aide sanitaire au département d'Étimbwe	408
1990	Participation au Programme de lutte contre le Sida	1000
1991	Participation au Programme de lutte contre la tuberculose	380
275/CD/89	Participation à la modernisation du plateau technique du CHL	16 000
095/CD/90	PEV – 2 ^e tranche	1500

Tableau 1 : Description du Projet

Convention	Convention de financement n° 92/0135/00/CD/DEV/239 du 15/04/1993
Durée prévue	3 ans
Coût prévu	FAC : 14 000 000 FF et Titre IV (AT) : 6 348 000 FF
Objectifs	<p>Les objectifs généraux énoncés sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer et harmoniser l'offre de santé avec une gestion plus rigoureuse des moyens et une diminution des coûts, - Organiser la Santé Publique grâce à une loi cadre et un code définissant la notion de service public, le rôle et les compétences des différents acteurs, le pluralisme, l'harmonisation et la complémentarité entre les différents systèmes, - Réexaminer les modalités de financement des systèmes de santé (notion de tiers payant, de ticket modérateur, nomenclature officielle), - Accroître le niveau de compétence des agents et instaurer un système efficace de gestion du personnel, - Développer des échanges dans le cadre d'un jumelage (prévu avec l'APHP).
Résultats généraux attendus	<p>Les perspectives envisagées sont l'amorçage de la rationalisation du système de santé dans ses aspects financiers et techniques, l'introduction de la notion de planification, et le test de nouveaux concepts en matière de gestion de la santé. Il est attendu une réduction des charges de l'Etat, du parapublic et du privé affectés au financement de la santé.</p>
Composante n°1	<p>Appui institutionnel au MSPP : en vue de la mise en place d'un système performant d'information, de planification et d'analyse sanitaire et de l'élaboration des textes définissant le fonctionnement et le financement du service public.</p> <p>Il s'agit de l'animation d'une cellule de réflexion dont la mission est triple :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) en matière législative et réglementaire : élaboration de la loi cadre du code de la santé et des textes d'application, élaboration du cadre juridique et technique des établissements hospitaliers ; 2) en matière de rationalisation de l'offre de santé : mise en place d'un système de recueil et d'analyse des données, d'étude des données financières et des coûts des prestations de santé, d'introduction de planification en fonction des priorités ; 3) en matière de rationalisation des ressources humaines : définition des besoins, évaluation des performances, adaptation de la formation, gestion des personnels. <p>Moyens prévus : 3 assistants techniques affectés à la cellule de réflexion (économiste planificateur de la santé, médecin de santé publique et informaticien), ainsi que des missions d'expertises dans le cadre du jumelage avec l'APHP.</p>
Composante n°2	<p>Appui institutionnel à la pharmacie nationale d'approvisionnement : en vue d'une rationalisation de l'utilisation des ressources de l'Etat destinées à l'approvisionnement en produits pharmaceutiques des formations sanitaires.</p> <p>Il s'agit de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) définir une politique cohérente du médicament (qualité, disponibilité, accessibilité), 2) réformer le statut et le fonctionnement de la pharmapro (autonomie de fonctionnement, circuits opérationnels d'importation et de distribution, mécanismes financiers adaptés à la prise en compte de la participation financière des populations), concertation avec la CNSS). <p>Moyens prévus : 2 pharmaciens (expérience d'achats et distribution pharmaceutique) et missions d'appui de l'APHP.</p>

Composante n°3	<p>Appui à l'école Nationale de Santé et d'Action Sociale (ENSAS), en vue missions d'expertises dans le cadre du jumelage la gestion des RH dans le secteur médical, para médical et social et à la planification de la formation des médecins, de la réorganisation et de la redynamisation de l'ENSAS.</p> <p>Il s'agit de renforcer la Direction de l'école pour :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) favoriser la concertation avec les structures pour une meilleure adéquation avec les besoins (formation/emploi), 2) réorganiser les structures de formation et les procédures de recrutement, 3) réviser les programmes des filières et les méthodes d'évaluation, 4) mettre en place un programme de formation continue/recyclage, 5) former les enseignants et formateurs aux méthodes et programmes adaptés <p>Moyens prévus : 2 Assistants Techniques (médecin SP et infirmier général spécialisés en formation), et missions ponctuelles (jumelage)</p>
Composante n°4	<p>Mise à niveau de l'offre de soins CHL pour une amélioration technique des services hospitaliers, la réhabilitation de la gestion et l'adoption de nouveaux statuts, ainsi que la création de nouveaux services. Il s'agit de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) contribution au jumelage, à la gestion des RH dans le secteur médical, para médical et social et à la planification: restructuration et rénovation et équipements de blocs opératoires (chirurgie viscérale, ophtalmologie et stomatologie, orthopédie et traumatologie), 2) application d'un système de gestion du CHL : transformation en établissement à autonomie financière et de gestion, application de nouvelles procédures et mode de gestion approprié, 3) création d'un service de suivi maternel et d'un Samu urbain. <p>Moyens opérationnels prévus : 1) 2 assistants techniques au CHL (1 chef du bloc opératoire, 1 administrateur des services hospitaliers ; 2) des missions de jumelage (APHP, Pharmapro, CHL), 3) 2 AT médecins VSN pour le SAMU (1 généraliste pour la coordination et la formation, 1 urgentiste chirurgien) et des équipements.</p>
Préalables et conditionnalités	<p>Les préalables posés à la mise en oeuvre sont de plusieurs ordres :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) mise en place par le MSPP des locaux et équipements pour l'AT, 2) affectation du personnel nécessaire (pour le démarrage des opérations et pour la relève des AT), 3) inscription des budgets de fonctionnement des structures mises en place et affectation des budgets de réhabilitation à titre de contrepartie (Pharmapro : 140 000 000 Fcfa, ENSAS 250 000 000 Fcfa, autres : 450 000 000 Fcfa). <p>Les conditions spécifiées pour le déblocage des crédits concernent :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) le fonctionnement régulier du Comité Interministériel de Coordination du système de santé, 2) l'engagement de la transformation du CHL et de la Pharmapro en Etablissement Public Administratif, 3) l'Inscription au budget de l'Etat des contreparties gabonaises.
Suivi et évaluation	<p>Ils sont prévus en continu par le conseiller santé et le conseiller multi-mission, ainsi que des missions d'experts du département et de l'APHP. (il n'est pas prévu d'évaluation finale externe).</p>

Tableau 2 : Déroulement du Projet

<p>Mise en œuvre</p> <p>Chronologie du Projet</p>	<p><i>Juin 92</i> : Mission identification de la sous direction DEV (Desmazière/Josseran/Delorme). <i>1992</i> : Mise en place de l'assistance technique. <i>Juillet-décembre 92</i> : Rédaction du Projet d'appui à l'harmonisation des systèmes de santé <i>Février 93</i> : approbation du Projet par le comité directeur. <i>Avril 93</i> : Signature de la convention entre le ministère de la Coopération et le ministère de la Santé et celui des affaires sociales. <i>Mai 93</i> : mise en place des fonds. <i>Janvier 94</i> : confirmation du Chef de Projet. <i>Octobre 1994</i> : missions d'appui de la CNAMTS/APHP (renforcement institutionnel). <i>Mai 1995</i> : mission de " suivi/évaluation " à mi-parcours par le conseiller multi-mission. <i>Déc 1995</i> : mission de suivi/évaluation de " fin " de Projet par la sous direction DEV. <i>Mars 1996</i> : missions d'appui de l'IGAS (renforcement institutionnel). <i>Février 1998</i> : commission mixte franco-gabonaise. <i>Avril 1998</i> : mission exploratoire pour un nouveau Projet FAC (Baraize/Balique). <i>Juin 1999</i> : clôture du Projet.</p>																																																
<p>Exécution financière</p>	<p>Budget exécuté à 95% (suivi de gestion de Projet).</p> <p>Répartition par rubriques de coûts : 66 % en investissements et installations techniques, 10 % en fournitures et consommable, 8 % en formation et 10 % en divers et "autres". Cf tableau ci-dessous :</p> <p>Exécution du Projet FAC : appui à l'harmonisation des systèmes de santé du Gabon</p> <table border="1" data-bbox="391 1283 1439 1848"> <thead> <tr> <th>Rubriques</th> <th>Total projet (KFF)</th> <th>Total paiements (KFF)</th> <th>Répartition par rubrique</th> </tr> <tr> <td></td> <th>montant prévu</th> <th>engagé/payé</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Investissements immobiliers</td> <td>1 941</td> <td>1 930</td> <td>15 %</td> </tr> <tr> <td>Installations techniques</td> <td>6 019</td> <td>5 949</td> <td>46 %</td> </tr> <tr> <td>Autres investissements</td> <td>665</td> <td>631</td> <td>5 %</td> </tr> <tr> <td>Fournitures et consommables</td> <td>1 367</td> <td>1 280</td> <td>10 %</td> </tr> <tr> <td>Formation</td> <td>1 182</td> <td>1 021</td> <td>8 %</td> </tr> <tr> <td>Autres services extérieurs</td> <td>195</td> <td>150</td> <td>1 %</td> </tr> <tr> <td>Missions courte durées</td> <td>886</td> <td>656</td> <td>5 %</td> </tr> <tr> <td>Autres</td> <td>700</td> <td>698</td> <td>5 %</td> </tr> <tr> <td>Divers et imprévus</td> <td>570</td> <td>534</td> <td>4 %</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>13 525</td> <td>12 870</td> <td>100 %</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">Taux d'exécution de 95 %</p>	Rubriques	Total projet (KFF)	Total paiements (KFF)	Répartition par rubrique		montant prévu	engagé/payé	%	Investissements immobiliers	1 941	1 930	15 %	Installations techniques	6 019	5 949	46 %	Autres investissements	665	631	5 %	Fournitures et consommables	1 367	1 280	10 %	Formation	1 182	1 021	8 %	Autres services extérieurs	195	150	1 %	Missions courte durées	886	656	5 %	Autres	700	698	5 %	Divers et imprévus	570	534	4 %	TOTAL	13 525	12 870	100 %
Rubriques	Total projet (KFF)	Total paiements (KFF)	Répartition par rubrique																																														
	montant prévu	engagé/payé	%																																														
Investissements immobiliers	1 941	1 930	15 %																																														
Installations techniques	6 019	5 949	46 %																																														
Autres investissements	665	631	5 %																																														
Fournitures et consommables	1 367	1 280	10 %																																														
Formation	1 182	1 021	8 %																																														
Autres services extérieurs	195	150	1 %																																														
Missions courte durées	886	656	5 %																																														
Autres	700	698	5 %																																														
Divers et imprévus	570	534	4 %																																														
TOTAL	13 525	12 870	100 %																																														

Tableau 2 (suite) : Exécution financière

Par composante

60% du budget a été consacré à la composante 4 (appui au CHL) avec une partie importante en investissement et en équipement.

Les importants travaux de réhabilitation effectués dans la composante 2 ont été financés sur un fonds spécial supplémentaire.

Rubrique	Composante 01	Composante 02	Composante 03	Composante 04	Total payé
Investissements immobiliers			25	1 905	1 930
Installations techniques	580	388	1 197	3 785	5 949
Autres investissements	167	160	162	162	651
Fournitures et consommables	353	249	448	231	1 280
Formation	292	130	404	194	1 021
Autres services extérieurs	48	12	41	49	150
Missions courte durée	166	102	125	263	656
Autres	-	-	-	698	698
Divers et imprévus	46	19	16	453	534
Total KFF	1 650	1 061	2 418	7 740	12 870
	13%	8%	19%	60%	100%

Moyens mis en Œuvre	Composante 01	Composante 02	Composante 03	Composante 04
	1 AT médecin de SP (conseiller du ministre) (92-96) puis (fin 97-98) 1 AT économiste de la santé (92-96), poste non poursuivi remplacé par un planificateur 1 AT planificateur (96-98) 1 poste CSN informatique	1 AT pharmacien (au lieu de 2 prévus initialement) (92-96) puis (97-99) + 1 poste de CSN (sur une partie du Projet)	1 AT médecin SP (à l'Amas puis au MSPP) (92-96) 1 cadre infirmier (92-96)	Informations sur nombre exact d'AT, durée et période : non disponibles 1 AT chef du bloc, 1 AT pédiatrie, 1 AT administrateur/gestion, des CSN + cadre(s) infirmier(s) Présence d'autres AT (service des armées) en poste au CHL

Tableau 3 : Activités réalisées - Projet d'appui à l'harmonisation des systèmes de santé

<i>Activités prévues</i>	<i>Réalisations</i>	<i>Commentaires</i>
1- Appui institutionnel au MSPP		
1.1 – Législation et réglementation		
<ul style="list-style-type: none"> - Animation d'une cellule de réflexion en matière législative et réglementaire, de planification, et d'économie de la santé en vue d'éclairer le processus décisionnel. - Contribution à l'élaboration de la loi cadre du code de santé publique et de textes d'application. - Contribution à l'élaboration du cadre juridique et technique des formations hospitalières. 	<p>Cellule de réflexion (auprès de la DG du MSPP) opérationnelle pendant 8 mois.</p> <p>Animation continue du comité technique de la commission interministérielle. Nombreux travaux et études sur les différents aspects de la réforme. Élaboration document "propositions d'orientations de la politique de santé au Gabon" (92/ révisé en 94).</p> <p>Contribution à l'élaboration de l'ordonnance de janvier 95 ratifié par le parlement en mai 95 (Loi d'orientation sur la politique de santé).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Décret portant organisation et fonctionnement des régions et départements sanitaires (fév 95). - Préparation de textes sur la réforme de la gestion de personnel, la direction des ressources humaines, l'ENSAS, les statuts des fonctionnaires, la pharmacie. <p>Contribution à la rédaction du Plan National d'Action Sanitaire PNAS (97-98).</p> <p>Contribution à la réorganisation du MSPP (organigramme 97).</p> <p>Mise en place de commissions mixtes (CHL/CNSS) suite aux missions d'appui de l'APHP pour proposition de réorganisation financière et administrative en vue d'une autonomie totale de gestion. Préparation de textes.</p>	<p>Résultats non exploités du fait de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rares réunions de la Commission interministérielle (CICS) et non approbation des propositions du comité technique, - Complexité de la réforme et manque de "persévérance" des partenaires, - Rivalité entre les ministères des affaires sociale et de la santé, et recentrage avec une nouvelle Commission Nationale créée auprès du MSPP, - Contexte politique moins favorable en 94 et 96 (périodes électorales), - Missions d'appui non fructueuses, - Non adoption des textes d'applications. <p>Absence de mise en application des propositions.</p> <p>Textes sur l'autonomie des établissements hospitaliers non adoptés.</p>
1.2 – Rationalisation de l'offre de santé		
<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'un système de recueil, d'analyse et d'exploitation des données sanitaires. - Évaluation des moyens existants. - Définition des besoins sanitaires tenant compte des problèmes identifiés et des orientations données. - Réflexion sur les attributions techniques des différents systèmes de santé. - Étude des coûts pour une nomenclature réalistes des actes médicaux. - Étude des modalités de financement des coûts des prestations par les différents opérateurs. - Formation d'homologues gabonais à la planification et à la gestion du système de santé - Formation des personnels du MSP et des régions au recueil et à l'interprétation des données sanitaires, démographiques et économiques 	<p>Elaboration d'un plan en plusieurs phases pour l'amélioration du système de planification :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inventaire des ressources sanitaires, - Définition de normes pour les établissements de soins du niveau central, - Confection de document (" cartes ")avec données existantes inventoriées, processus d'informatisation des données engagé, - Relance du SIS en juin 93 : révision et distribution des fiches de recueil, mise au point d'un outil informatique, - Proposition dans document "harmonisation de l'offre de soins" comité technique / CICS 92/93, - Missions d'appui (IGAS) sur la couverture des prestations de santé et mécanisme de régulation des systèmes de santé (IGAS 1996), - Mission d'appui pour révision de la nomenclature des actes de soins, - Etude réalisée sur le mode de financement dans les différents secteurs (déc 93, 95). - Réunions de sensibilisation des médecins provinciaux sur l'inventaire des ressources et l'information sanitaire 	<p>Résultats décevants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Missions d'appui non fructueuses, - Mauvaise compréhension de la notion de carte sanitaire, - SIS non adapté, non compris, non suivi (faible retour, taux de complétude très bas), - Manque d'appropriation, pas de formation d'équipe relais, <p>Faible participation des partenaires.</p> <p>Outil informatique non adapté.</p> <p>- Programme de formation non réalisé.</p>

<i>Activités prévues</i>	<i>Réalisations</i>	<i>Commentaires</i>
2- Appui institutionnel à la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement		
<ul style="list-style-type: none"> - Définition et mise en œuvre d'une politique cohérente du médicament (qualité/disponibilité/accessibilité). - Création d'une structure de supervision opérationnelle. - Réforme du statut et du fonctionnement de la Pharmapro conformément aux orientations de la loi cadre et code santé publique. - Modalités de recours à la concurrence (paiement). - Mise en place de circuits opérationnels d'importation. - Analyse des besoins réels (études) des FS. - Adaptation des besoins à la politique des ME. - Formation à la gestion des pharmaciens et cadres des pharmacies provinciales. - Création d'un système de gestion efficace. - Organisation de circuits de distribution opérationnels. - Mise en œuvre de mécanismes financiers permettant de prendre en compte la participation des bénéficiaires au financement des soins. - Processus de concertation entre les inspections MSPP et CNSS pour ajustement des réformes des systèmes. 	<ul style="list-style-type: none"> Réflexion sur la Politique du médicament, contribution à l'élaboration de textes relatifs à la pharmacie : décrets portant sur <ul style="list-style-type: none"> - 1 : la création de l'Office pharmaceutique national (remplaçant la Pharmapro), - 2 : l'importation des produits pharmaceutiques, et : <ul style="list-style-type: none"> - 3 créant une direction du médicament et de la pharmacie, - 4 : renforçant le contrôle par l'inspection de la pharmacie. Contribution à la formulation d'une politique pharmaceutique nationale avec l'appui de l'OMS à la fin du projet (1999). Non réalisé. Cf. texte sur création OPN (à réviser). Non réalisé. Procédures inchangées (jusqu'en 98/99). Non réalisé. Révision du catalogue de la Pharmapro. Participation à l'élaboration de la Liste Nationale de Médicament Essentiel (avec l'OMS) en 98. Non réalisé. Informatisation. Non réalisé. Non réalisé. Non réalisé. 	<ul style="list-style-type: none"> Décret à réviser (revoir l'organisation et le fonctionnement). Cadre institutionnel non mis en place (nomination du DMP fin 98) et textes sur l'organisation et le fonctionnement de la DMP à faire. Autonomie non effective. Non respect de la contrepartie gabonaise (réhabilitation des locaux de la Pharmapro). Travaux réalisés sur fonds spécial FSD et équipement sur FAC IG 94. Impact de la dévaluation du Fcfa : apurement des dettes de la Pharmapro sur fonds spécial. Retard dans la mise en application de la politique de généralisation des génériques décidée par la France et les bailleurs de fonds suite à la dévaluation. Système informatique jugé non adéquat par un audit en 98. Principe acquis en 95 dans la loi d'orientation, mais textes d'application non adoptés. Absence d'approche sur la complémentarité des systèmes parapublic et public.
3- Appui à la gestion des ressources humaines		
3-1 Rationalisation de la gestion des ressources humaines		
<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation des besoins sanitaires et sociaux. - Définition des postes et des profils professionnels - Plan prévisionnel d'emploi pour chaque structure tenant compte adéquation besoins/ressources et mesures d'accompagnement (formation, charges récurrentes). - Conception et application d'une politique de salaire. - Conception d'un système d'évaluation des performances. - Définition des besoins et mise en œuvre d'un plan de formation. - Formation d'une équipe nationale qui prendra la relève de l'assistance technique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Proposition d'un plan pour l'amélioration du système de planification des RH, - Création d'un fichier du personnel (après inventaire), - Réalisation d'un logiciel de gestion des dossiers de personnel et équipement informatique de la Direction du personnel, - Texte sur l'organisation et le fonctionnement d'une Direction des Ressources Humaines. Projet de statut des personnels de santé. Non réalisé – lié à l'établissement de la carte sanitaire et au SIS. Non réalisé – lié à la mise en place de la Direction des Ressources Humaines. Non réalisé. Formation partielle d'un homologue. 	<ul style="list-style-type: none"> Réalisations freinées par l'adoption tardive du texte d'orientation, la non réalisation d'une carte sanitaire, le mauvais fonctionnement de la Direction du Personnel et des Affaires Administratives (DPAA), l'attente de la mise en place d'une Direction des Ressources Humaines opérationnelle. Non appropriation du système informatique de gestion du personnel. Absence de consensus sur le statut des personnels.

<i>Activités prévues</i>	<i>Réalisations</i>	<i>Commentaires</i>
3-2 Réhabilitation du fonctionnement de l'École Nationale de Santé et d'Action Sociale		
<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la création de mécanismes de concertation entre le MSPP, le MSAFSN, les centres de formation et les utilisateurs pour une meilleure adéquation formation/emploi, - Proposer un nouveau schéma d'organisation des structures de formation et des modalités de recrutement, - Identifier les besoins en formation quantitativement et par filière, - Définir et harmoniser le contenu des programmes de chaque filière et les méthodes pédagogiques, - Planifier un système d'évaluation formative et de certification. - Former les enseignants aux méthodes psychopédagogiques adaptés aux programmes de formation et aux techniques d'évaluation, - Élaborer des programmes de formation continue des personnels, - Planifier et mettre en œuvre le programme de formation continue, - Valoriser statut des enseignants et promotion des personnels en formation continue, <p>résultat : conception et mise en œuvre des programmes de formation initiale et continue correspondant à la politique sanitaire du pays.</p>	<p>Texte portant organisation et fonctionnement de la DRH (Cf. Projet de Texte sur organisation et fonctionnement de l'ENSAS et projet de statut des fonctionnaires du secteur santé).</p> <p>Non réalisé (lié à la carte sanitaire et au SIS).</p> <p>Analyse, orientations et méthodologie ont été proposées.</p> <p>Proposition de fiche d'évaluation et de mise en place d'un système d'évaluation.</p> <p>Organisation de séminaires (élaboration de programme, formation psychopédagogique, méthodologie de la recherche...)</p> <p>Non réalisé.</p> <p>Non réalisé.</p> <p>Proposition dans textes sur statuts des personnels de santé (lié à la mise en place d'une DRH).</p> <p>Résultats non atteints.</p>	<p>Non respect de la contrepartie gabonaise (travaux de réhabilitation des bâtiments de l'ENSAS).</p> <p>Manque de participation des partenaires et enseignants.</p> <p>Volet non abouti, recentrage des activités de l'assistance technique au niveau du MSPP.</p>

4- Mise à niveau de l'offre de soins CHL

4-1 Amélioration des plateaux techniques

<ul style="list-style-type: none"> - Restructuration et rénovation du bloc opératoire de chirurgie viscérale (équipement de 2 salles d'intervention, 2 bureaux, 1 salle d'intervention ORL, aménagement d'un bloc de petite chirurgie), - Équipement partiel de 2 salles d'intervention et 1 salle de réveil au bloc de chirurgie orthopédique et de traumatologie, - Création de 2 salles d'opération ophtalmologie et stomatologie, - Aménagement d'aire de circulation entre les blocs. 	<p>Travaux réalisés avril 94.</p> <p>Travaux réalisés mai 94.</p> <p>Réalisé.</p> <p>Travaux réalisés juillet 94.</p>	
--	--	--

4-2 Adaptation des statuts

<ul style="list-style-type: none"> - Révision des statuts de l'hôpital (en EPA avec autonomie de gestion), - Réorganisation de la gestion, (outils et procédures) en vue d'une autonomie. - Formation des cadres par des experts de l'APHP et octroi de bourses de stages de perfectionnement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mission d'appui sur réformhospitalière réalisée nov 94. Propositions non appliquées. - Mission d'appui et travail des commissions mixtes sur remise à niveau des procédures administratives et de gestion. - Tentative de mise en place d'un système d'encaissement (dans les services réhabilités), de caisse unique, de bureau des entrées, d'informatisation. - Formation non réalisée. 	<p>Mission non fructueuse.</p> <p>Autonomie non effective.</p> <p>Travail non abouti.</p> <p>Essais non concluants.</p> <p>Prévue dans le cadre d'un autre jumelage (avec l'hôpital de Nîmes).</p>
---	---	--

<i>Activités prévues</i>	<i>Réalisations</i>	<i>Commentaires</i>
4-3 Suivi maternel (introduction d'un système assurance grossesse)		
<ul style="list-style-type: none"> - Campagne de sensibilisation (avec OMS/UNICEF), - Amélioration des techniques de prévention (standardisation des procédures, - Dotation des PMI en matériel approprié, - Complément d'investissement pour le bloc gynéco-obstétrique. 	<ul style="list-style-type: none"> Non réalisé. Non réalisé. Non réalisé. Réalisé en mai 94. 	<p>Abandon de ce volet en raison de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la non cohérence du système avec le principe de gratuité des soins préventifs préconisé dans la loi d'orientation, - la dérive des pratiques de paiement mises en place dans ce service depuis 92.
4-4 SAMU		
Création d'un SAMU urbain (CHL/sapeurs pompiers / hôpitaux de la CNSS).	Non réalisé.	<p>Abandon de ce volet.</p> <p>Absence de structures d'urgence fiables dans les formations hospitalières.</p>

Tableau 1 : Description du Projet

Convention	Convention de financement n° 92/0135/00/CD/DEV/239 du 06/06/1999
Durée prévue	3 ans
Coût prévu	FAC : 6 000 000 FF et Titre IV (AT) : 11 AT ; 2 CSN
Objectifs	<p>Objectif global :</p> <p>“Le projet appuiera la poursuite d’actions ciblées, programmées dans le PNAS, et la préparation du plan décennal avec comme objectif principal, l’édification et la pérennisation d’un système de santé performant.”</p> <p>Les actions envisagées seront essentiellement structurantes. Le projet devra en effet aider à la réorganisation en profondeur du ministère de la Santé, afin qu’il soit non seulement en mesure d’appliquer les orientations définies dans le cadre de l’Ordonnance 1/95, mais aussi de faire preuve d’innovation dans la définition et la mise en place du futur système de santé.</p> <p>Ainsi l’action de la Coopération française au cours des trois années est ciblée sur trois objectifs majeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le renforcement des capacités institutionnelles du ministère de la Santé et de ses directions centrales ; - le renforcement des capacités gestionnaires de la direction régionale de la santé à Libreville visant à l’amélioration de l’offre de soins de premier niveau dans la capitale ; - l’appui à la réforme du CHL.

<i>Composante</i>	<i>Activité</i>	<i>Indicateurs</i>
Composante 1	Appui institutionnel au Ministère de la Santé.	
1.1 : mise en place des outils de pilotage et du système d’information	<ul style="list-style-type: none"> - soutien à la gestion et à l’organisation: personnels, comptabilité, carte sanitaire, médicament. - soutien épidémiologique et socio-économique relatif aux données sur les pathologies et aux rapports d’activité des formations sanitaires; - soutien technologique par sa participation au sein du Comité ministériel sur le SNIS; - soutien méthodologique et formatif dans le cadre de la collecte, la saisie et le traitement des données. <p>Soutien aux actions du PNAS dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l’élaboration du Plan directeur informatique; - l’identification des données pertinentes aux différents niveaux du système; - l’élaboration des outils de collecte des données et les procédures de transfert; - l’analyse et le traitement des données; - l’élaboration des tableaux de bords centraux; - l’élaboration d’un bulletin de rétro-information; - la mise en place d’un registre national des causes de mortalité; <p>Soutien à la poursuite de la mise en oeuvre du système : équipement, développement des logiciels, formation et aide à la production des résultats</p> <p>Moyens : 1 AT auprès du MSSP (S200) 1 CSN</p>	<ul style="list-style-type: none"> - validation des données pertinentes à recueillir au niveau des différents sous-systèmes du système national d’information sanitaire ; - diffusion des outils de recueil et d’analyse des données. - validation du schéma et du plan directeur informatique du MSPP ; - mise en place des outils informatiques au niveau central ; - formation des personnels centraux et régionaux ; - traitement des données de la surveillance épidémiologique et rétro-information sur les indicateurs de santé ; - mise en place d’un registre national des causes de mortalité ; - validation des tableaux de bord centraux du MSPP ; - participation aux séminaires sur les systèmes d’information sanitaire en Afrique.

<i>Composante</i>	<i>Activité</i>	<i>Indicateurs</i>
1.2 : planification et budgétisation	<p>1) Concernant la planification :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'inventaire des bâtiments et des équipements existants ; - l'adoption de normes d'implantation et d'équipement ; - l'élaboration d'une carte sanitaire et d'un schéma d'organisation sanitaire à plusieurs niveaux ; - la programmation des activités de maintenance ; - l'intégration des charges récurrentes dans la présentation des nouveaux projets ; - la recherche de financement et la programmation des dépenses. <p>2) Concernant la gestion financière et comptable ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mise à la disposition des chefs de service ou d'établissement de tableaux de présentation de leurs besoins de financement et de consommation de leurs crédits ; - la mise en œuvre d'une double tarification des soins pour les tiers payants et les usagers ; - l'élaboration de budgets régionaux axés sur la réalisation des objectifs du PNAS ; - la préparation des conférences budgétaires à partir d'une synthèse des données et justifications transmises par les services au niveau central. <p>Concernant le suivi du PNAS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'organisation des réunions du Comité de suivi ; - l'évaluation des résultats par rapport aux objectifs. <p>Moyens : 1 AT (S206).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de régions où les bâtiments et les équipements sont inventoriés ; - adoption d'une classification des établissements et de normes d'implantation et d'équipement ; - nombre de régions disposant d'une carte sanitaire et d'un schéma régional d'organisation sanitaire ; - validation d'un programme d'activités de maintenance ; - nombre de sessions de formation à l'utilisation des outils informatiques de planification et de gestion financière et comptable ; - nombre de régions utilisant ces outils pour transmettre leurs demandes de crédits budgétaires et/ou pour suivre la consommation des crédits attribués ; - nombre d'établissements pratiquant le recouvrement des coûts auprès des usagers et/ou des tiers payants ; - nombre de réunions du Comité de suivi du PNAS.
1.3 : gestion des ressources humaines	<p>1) Concernant la maîtrise des effectifs et la gestion du personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - élaboration de cadres organiques pour chaque type d'établissement ; - diffusion d'un guide d'évaluation et de gestion du personnel au niveau local - révision de la répartition des postes budgétaires et redéploiement du personnel ; - planification du recrutement des nouveaux agents ; - organisation des tâches et motivation du personnel. <p>2) Concernant la formation initiale et continue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - évaluation des besoins et des capacités de formation ; - concertation avec les institutions concernées, publiques ou privées (Faculté de médecine, Ecole Nationale d'Administration, centres de formation au Gabon et à l'étranger) ; - adaptation des modalités d'intervention du ministère (Ecole Nationale d'Action Sanitaire et Sociale, bourses et stages, réglementation des organismes privés gabonais) ; - planification et supervision des activités de formation. <p>Moyens : 1 AT (S216)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nombre de régions où les bâtiments et les équipements sont inventoriés ; - adoption d'une classification des établissements et de normes d'implantation et d'équipement ; - nombre de régions disposant d'une carte sanitaire et d'un schéma régional d'organisation sanitaire ; - validation d'un programme d'activités de maintenance ; - nombre de sessions de formation à l'utilisation des outils informatiques de planification et de gestion financière et comptable ; - nombre de régions utilisant ces outils pour transmettre leurs demandes de crédits budgétaires et/ou pour suivre la consommation des crédits attribués ; - nombre d'établissements pratiquant le recouvrement des coûts auprès des usagers et/ou des tiers payants ; - nombre de réunions du Comité de suivi du PNAS

Composante	Activité	Indicateurs
1.4 : restructuration du secteur pharmaceutique	<p>1. Appui à la DPM</p> <ul style="list-style-type: none"> - mise en place de textes législatifs et réglementaires, de procédures administratives de gestion et de contrôle, et constitution d'un système d'information sur les médicaments ; - organisation de son système d'information qui sera capable de traiter les bases de données des différentes références pharmaceutiques proposées ; - mise en place, en relation avec le Programme OMS/DAP, d'indicateurs sur le suivi de la politique pharmaceutique ; - définition de la politique nationale sur les laboratoires d'analyse médicale et sur les établissements de fabrication ; - développement du processus de décentralisation avec un soutien aux Directions régionales pour l'amélioration du système de distribution des médicaments essentiels dans les structures sanitaires. <p>2. Appui technique à l'OPN pour la mise en œuvre d'un système de recouvrement des coûts et le financement des produits pharmaceutiques, il s'agira d'aider à l'application du cadre juridique et réglementaire de l'OPN.</p> <p>3. Appui au recouvrement : formations des agents de santé des structures sanitaires à l'utilisation des outils de gestion pharmaceutiques.</p> <p>Moyens : 1 AT (S207). 1 CSN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - adoption des textes portant sur la régulation du marché pharmaceutique ; - mise en place d'un système d'information sur les médicaments ; - définition d'une politique nationale concernant les analyses médicales et la fabrication locale de médicaments ; - application du cadre juridique et réglementaire de l'OPN ; - disponibilité des médicaments dans les structures sanitaires ; - recouvrement des coûts de médicaments ; - évolution du résultat d'exploitation de l'OPN ; - mise en œuvre d'un programme de rationalisation des prescriptions ; - formation des agents de santé à l'utilisation des schémas thérapeutiques standardisés.
Composante 2	Renforcement du système de soins de Libreville.	
2.1. Appui à la Direction Régionale de la Santé de Libreville (DRSL)	<p>a) réhabilitation et aménagement des locaux de la DRSL, ainsi qu'à son équipement bureautique, informatique et mobilier.</p> <p>b) appui à la Direction Régionale de la Santé dans ses principales fonctions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la planification sanitaire de la ville, y compris l'élaboration Schéma d'Organisation Sanitaire Régional de Libreville (SROS) ; - de veiller à la qualité et à l'accessibilité des soins ; - d'identifier, de planifier et concevoir les actions de santé prioritaires à mener ; - de participer à la formation continue du personnel ; - de superviser les activités sanitaires des établissements ; - de recueillir et d'exploiter les informations sanitaires. <p>c) appui particulier à l'intégration, au niveau de la région, des grands programmes de santé publique, conformément au Paquet Minimum d'Activité défini par le PNAS.</p> <p>Moyens : 1 AT (S021/S237).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - réhabilitation et aménagement des locaux de la DRSL ; - équipement bureautique de la DRSL ; - élaboration de la carte sanitaire et du schéma régional d'organisation sanitaire ; - sessions de formation continue du personnel ; - supervision des activités sanitaires ; - recueil et exploitation des données sanitaires ; - liste des programmes nationaux opérationnels à Libreville.
2.1.1 Appui à la Direction Régionale de la Santé de Libreville (DRSL)		
2.1.2 Appui à l'extension et à la rationalisation de l'offre de soins de premier contact	<ul style="list-style-type: none"> - Appui à la réorganisation des centres de santé publics : amélioration de leur organisation, de leur gestion et de la qualité des soins qui y sont dispensés ; mise en place d'un système de recouvrement des coûts ; - appui au monitoring de ces centres de santé par la mise en œuvre de projet d'établissement pilote. 	<ul style="list-style-type: none"> - nombres de centres de santé réhabilités ; - nombre de centres de santé dont le fonctionnement a été amélioré ; - projets d'établissement pilotes mis en œuvre ; - part du recouvrement des coûts dans le financement des centres de santé ; - évolution des taux de fréquentation.

<i>Composante</i>	<i>Activité</i>	<i>Indicateurs</i>
2.2. Appui au Centre Hospitalier de Libreville (CHL)	<ul style="list-style-type: none"> - mise en oeuvre de son système d'information et informatisation ; - élaboration d'un projet d'établissement ; - formation à destination des cadres administratifs soignants du CHL pour d'une part la mise en oeuvre de l'autonomie de gestion de l'établissement et d'autre part l'amélioration de l'offre de soins. <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 AT directeur d'hôpital / DG. (S 282) 1 AT infirmier /blocs (S232) 1 AT infirmier /urgences (S210) 2 AT médecins spécialistes : orthopédiste (S218) + anesthésiste (S223) 1 AT maintenance (S220). 	<ul style="list-style-type: none"> - analyse fonctionnelle du système de gestion du CHL ; - formation des gestionnaires à l'utilisation des outils informatiques ; - informatisation des procédures d'accueil et de suivi des malades ; - mise en place des sous- systèmes d'information sur les activités sanitaires, le personnel, les équipements et la gestion financière ; - facturation et recouvrement des coûts auprès des usagers et des tiers payants ; - analyse des coûts et rationalisation des procédures ; - mise en oeuvre d'un programme d'assurance de la qualité des soins ; - formation professionnelle continue des personnels soignants.
Préalables et conditionnalités	<p>Préconditionnalités remplies : la rédaction du PNAS par le Gouvernement a été réalisée en décembre 1997 et son approbation s'est effectuée en février 1998 par le Conseil des Ministres.</p> <p>Certains préalables étaient cependant demandés pour la signature de la convention de financement du projet FAC : "le gouvernement devra s'engager à poursuivre la mise en oeuvre du PNAS conformément aux actions prévues pour 1999 et 2000. D'autre part la commission de suivi du PNAS doit fournir un document cadre précisant le degré de réalisation des actions menées en 1998, les difficultés rencontrées et les solutions envisagées. Enfin, le MSPP devra s'engager à poursuivre les travaux de la commission des décrets notamment pour faire aboutir rapidement les textes relatifs à l'organisation du CHL, des régions sanitaires, de l'OPN et sur le recouvrement des coûts".</p> <p>Des conditions formelles étaient posées pour le déblocage des fonds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en place de la commission de suivi et du comité de pilotage ; - Désignation des cadres homologues gabonais chargés de la mise en oeuvre de chaque composante ainsi que des conditions suspensives en cours du projet ; - Réunion de la "Commission de Suivi" ; - Réunion annuelle avec l'ensemble des bailleurs de fonds ; - Elaboration et validation d'un plan de formation et d'affectation des personnels dans le cadre du projet. 	
Suivi et évaluation	<p>Il est prévu que le projet soit évalué à mi-parcours et en fin de projet. "L'évaluation externe finale du Projet sera réalisée par un expert désigné par la partie française et un expert désigné par la partie gabonaise".</p>	

Tableau 2 : Déroulement du Projet

Mise en œuvre Chronologie du Projet	<p><i>Juin 92</i> : Mission identification de la sous direction DEV (Desmazière/Josseran/Delorme)</p> <p><i>1992</i> : Mise en place de l'assistance technique</p> <p><i>juillet – décembre 92</i> : Rédaction du Projet d'appui à l'harmonisation des systèmes de santé</p> <p><i>février 93</i> : approbation du Projet par le comité directeur</p> <p><i>avril 93</i> : Signature de la convention entre le Ministère de la coopération et le Ministère de la santé et celui des affaires sociales</p> <p><i>mai 93</i> : mise en place des fonds</p> <p><i>janvier 94</i> : confirmation du Chef de Projet</p> <p><i>octobre 1994</i> : missions d'appui de la CNAMTS/APHP (renforcement institutionnel)</p> <p><i>mai 1995</i> : mission de " suivi/évaluation " à mi-parcours par le conseiller multi-mission</p> <p><i>déc 1995</i> : mission de suivi/évaluation de " fin " de Projet par la sous direction DEV</p> <p><i>mars 1996</i> : missions d'appui de l'IGAS (renforcement institutionnel)</p> <p><i>février 1998</i> : commission mixte franco-gabonaise</p> <p><i>avril 1998</i> : mission exploratoire pour un nouveau Projet FAC (Baraize/Balique)</p> <p><i>juin 1999</i> : clôture du Projet</p>
Exécution financière	<p>Budget exécuté à 95% (suivi de gestion de Projet)</p> <p>Répartition par rubriques de coûts : 66% en investissements et installations techniques, 10% en fournitures et consommable, 8% en formation et 10% en divers et "autres". Cf tableau ci-dessous</p>

Exécution du projet FAC "Appui à l'harmonisation des systèmes de santé du Gabon"

Rubriques	Total Projet (K FF) <i>Montant prévu</i>	Total Paiements (K FF) <i>engagé/payé</i>	Répartition par rubrique %
Investissements immobiliers	1 941	1 930	15 %
Installations techniques	6 019	5 949	46 %
Autres investissements	665	651	5 %
Fournitures et consommables	1 367	1 280	10 %
Formation	1 182	1 021	8 %
Autres services extérieurs	195	150	1 %
Missions courte durée	886	656	5 %
Autres	700	698	5 %
Divers et imprévus	570	534	4 %
TOTAL	13 525	12 870	100 %

Tableau 3 : Réalisations du projet

<i>Activités prévues</i>	<i>Réalisations</i>	<i>Commentaires</i>
<p>1. Appui institutionnel au ministère de la Santé</p> <p>1.1. Mise en place des outils de pilotage et du système d'information</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposer d'informations fiables et régulières qui couvrent à la fois l'offre de soins et la demande des usagers. • Permettre au ministère de disposer des informations indispensables pour le suivi et l'évaluation de ses actions et programmes. • Élaborer à partir de ces données les outils d'aide à la décision que sont les tableaux de bord de la santé. 		<p>La mise en place est laborieuse ; l'absence d'un AT n'a pas permis de suivre l'impulsion donnée au départ.</p> <p>Et la reprise de la concertation technique avec les différents bailleurs n'en est pas facilitée.</p> <p>En fait, la direction des statistiques devrait répondre aux demandes d'informations des directeurs ce qui n'est pas encore le cas.</p>
Validation des données pertinentes à recueillir au niveau des différents sous-systèmes du SNIS.	Fait en 2000. En cours de test dans les 4 provinces soutenues par le FED.	Le système apparaît cependant lourd compte tenu de la teneur des rubriques. La phase test indispensable devrait permettre d'ajuster.
Formation aux outils de recueil et d'analyse des données et diffusion.	Réalisation dans les 4 provinces soutenues par le FED et partielle dans la région sanitaire de Lbv. Encore en cours.	idem.
Validation du schéma d'organisation informatique du MSP (plan directeur).	Validé mais pas encore mis en application.	
Mise en place des outils informatiques au niveau central.	Oui : ordinateurs, serveurs, logiciels.	Faible taux d'utilisation de l'outil informatique en particulier à travers le réseau intranet (Lotus).
Formation des personnels centraux et régionaux (à l'outil informatique).	Oui.	Pas de véritable programme de recyclage du personnel et de formation complémentaire.
Traitement des données de la surveillance épidémiologique et rétro-information sur les indicateurs de santé.	Oui sous Epi-info.	Saisie sous Epi info mais pas vraiment d'analyse ni de rétro information.
Mise en place d'un registre national des causes de mortalité.	Non.	
Élaboration de tableaux de bord centraux du MSP.	Non.	
Participation aux séminaires sur les systèmes d'information sanitaire en Afrique.	Non.	
1.2 Planification et budgétisation		
Inventaire des bâtiments et équipements.	Oui, indépendamment de la coopération française.	Pour le moment ces informations ne sont pas exploitées et ne donnent pas lieu à un plan d'action.
Adoption d'une classification des établissements et de normes .	Oui, dans le PNAS.	Idem.
Élaboration d'une carte sanitaire.	Cartographie ; pas de SROS.	Confusion sur ce que cela implique.
Programmation des activités de maintenance.	Non.	Il n'y a pas de politique de maintenance.
Intégration des charges récurrentes .	Non.	
Appui à la gestion financière et comptable.	Non.	Conditions non remplies.
Suivi du PNAS.	Non. Il n'y a pas eu de réunions du comité de suivi.	Absence d'animation du projet.

<i>Activités prévues</i>	<i>Réalisations</i>	<i>Commentaires</i>
1.3 Gestion des ressources humaines	Adaptation du projet initial.	
Appui pédagogique institutionnel :	Oui : - Formation professionnelle au management de la santé et à l'évaluation ; - Mise en place d'un processus d'accompagnement à l'élaboration d'une politique de réforme sectorielle et de RH en santé ; Elaboration d'un projet de réforme sectorielle pour le renforcement des capacités.	La concertation avec les partenaires bailleurs et leur participation occasionnelle doivent être soulignées.
Formation à l'élaboration des cadres organiques (appui pédagogique)	Oui.	
Formation à la communication transversale (atelier)	Oui nouveau.	Il est dommage que les directeurs du MSPP n'étaient "pas disponibles" pour y participer.
Expertise.	Oui.	
Élaboration de TdR pour diagnostic de santé aux différents échelons.	Oui.	
Concertation avec les institutions de formation.	?	
Diffusion de guides de gestion et d'évaluation.	Non.	Prématuré.
Répartition des RH selon normes standard.	Oui théoriquement.	Question autant politique que technique.
Redéploiement du personnel et planification du recrutement.	Non.	
Évaluation des besoins et capacités de formation.	Oui, partiel.	Manque l'appréciation sur la qualité de la formation.
Adaptation des modalités d'intervention du MSP.	A terme.	
1.4 Restructuration du secteur pharmaceutique		
• Appui à la DMP		
Mise en place de textes législatifs et réglementaires, de procédures administratives de gestion et de contrôle, et constitution d'un système d'information sur les médicaments.	- Élaboration de textes réglementaires (fonctionnement DPM et OPN, exonération de taxes, prise en charge malades VIH, etc..). - Développement de l'enregistrement des médicaments admis sur le marché national. - Révision de la Loi de 1961 et élaboration avec l'ensemble des professionnels d'un projet de Loi sur le Médicament et l'exercice de la Pharmacie (2000).	- Textes sur OPN et DMP non approuvés. - Exonération sur tous médicaments sans distinguer les MEG. - Absence de contrôle ou suivi des prix , des importations. - Action financée par FAC IG "appui à la politique des Etats". Projet de loi non approuvé.
- Organisation de son système d'information qui sera capable de traiter les bases de données des différentes références pharmaceutiques proposées.	- Organisation d'un système de recueil d'information (base de donnée DPM/OPN – informatique Giraph).	- Pas de système de retroinformation et de diffusion d'informations sur MEG. Absence d'un SIS national.

<i>Activités prévues</i>	<i>Réalisations</i>	<i>Commentaires</i>
- Mise en place, en relation avec le Programme OMS/DAP, d'indicateurs sur le suivi de la politique pharmaceutique.	- Contribution (avec l'appui de l'OMS) à la formulation d'une politique pharmaceutique nationale (PPN 1999) et à l'élaboration d'un Plan Prioritaire des Actions (PAP).	- Cadre politique et plan opérationnel effectifs sans officialisation par le gouvernement. - Évaluation/suivi de la PPN prévue, non effectif.
- Définition de la politique nationale sur les laboratoires d'analyse médicale et sur les établissements de fabrication.	- Non réalisé.	- Responsabilité de la DPM sur les laboratoires d'analyse non définie.
- Développement du processus de décentralisation avec un soutien aux Directions régionales pour l'amélioration du système de distribution des médicaments essentiels dans les structures sanitaires.	- Élaboration d'outils de gestion du médicament et formation à large échelle des agents. Action d'organisation des pharmacies dans 10 régions sanitaires, élaboration de guides appropriés (gestion/organisation).	- Indicateurs non pertinents : plusieurs facteurs sont responsables de la non disponibilité des médicaments (disponibilité des budgets distribution et transport, gestion et détournement, ...).
<p>• Appui technique à l'OPN</p> <p>Mise en œuvre d'un système de recouvrement des coûts et le financement des produits pharmaceutiques, aider à l'application du cadre juridique et réglementaire de l'OPN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place manuelle de procédures ; - Amélioration des performances d'achats de l'OPN (MEG par AO), baisse des prix, augmentation des volumes d'approvisionnement (en fonction des financements octroyés irrégulièrement) ; - Études complètes pour instauration du recouvrement des coûts (1998/3001) (modalités, circuits, supports de gestion prix, formation...). 	<p>Cadre limité sans réelle autonomie de gestion de l'OPN ;</p> <p>Modalités et délais de paiement des fournisseurs très pénalisant pour la fonction d'approvisionnement ;</p> <p>Absence de décision politique pour mise en application du principe de recouvrement des coûts et de participation communautaire.</p>
<p>• Appui à mise en place du recouvrement des coûts (amélioration de la gestion et prescription rationnelle)</p> <p>Formation des agents de santé des structures sanitaires à l'utilisation des outils de gestion pharmaceutiques.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participation à l'élaboration de la LNME, schémas thérapeutiques std, (1998/2000) ; - Conception et rédaction d'un Formulaire thérapeutique (2001/2002) ; - Formation des personnels de santé (300 agents en 1999/2000) à la gestion du médicament et à la prescription des MEG ; - Formation de formateurs (3 pharmaciens) ; - Réalisation d'enquêtes sur prescription/dispensation de MEG (1998/2000). 	<p>Collaboration avec Projets FED et UNICEF.</p> <p>Résultats des enquêtes montrent un taux de prescription en DCI passé de 10 à 60% et une baisse de 50% du montant des ordonnances.</p>
<p>2. Renforcement du système de soins de Libreville</p> <p>2.1. Appui à la Direction Régionale de la Santé de Libreville (DRSL)</p>		
<p>Réhabilitation, aménagement et équipement des locaux de la DRSL et aide à l'organisation fonctionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipement des bureaux de la DRSL, du service statistique et du secrétariat installées au MSPP : outil informatique, matériels et accessoires de bureautique et de conférence ; - Soutien logistique et financier de l'action de la directrice 	<ul style="list-style-type: none"> - Équipement plus que réhabilitation ; - Répartition des tâches ; - Constitution d'une base de données / bibliothèque (réglementation, arrêtés, décrets, guides...). 	<p>Apport significatif et apprécié par les bénéficiaires.</p> <p>Se pose de façon cruciale la localisation de cette direction partagée actuellement entre le MSPP et un autre site pour les superviseurs.</p>

<i>Activités prévues</i>	<i>Réalisations</i>	<i>Commentaires</i>
<p>Aide au fonctionnement de la DRSL :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Élaboration de la carte sanitaire ; - Formation continue des agents ; - Supervision des activités sanitaires ; - Recueil et exploitation des informations sanitaires. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de carte sanitaire mais mise à jour de l'inventaire de tous les acteurs de santé ; - Recueil et exploitation des informations sanitaires réalisés en ressources humaines et infrastructures, en cours pour matériels et équipements, SRIS financier et pharmaceutique ; - Formation continue, perfectionnement des agents CS (labo et PMA), de l'équipe cadre (informatique) et renforcement des compétences des formateurs RSL (supervision) ; - Supervision mensuelle des activités sanitaires et suivis particuliers (finances, labo, médicaments, ressources humaines...) ; - Surveillance épidémiologique et rapports d'activités hebdomadaires, mensuels et annuels ; - Définition et mise en œuvre des actions de santé prioritaires ; - Mise au point d'applications informatiques. 	<p>La discontinuité entre les AT oblige à actualiser ou compléter certaines informations et entre autres de faire l'évaluation des besoins en ressources humaines et moyens au niveau central de la DRSL et des bases d'Epidémiologie et d'Hygiène Publique.</p> <p>L'absence de vision santé publique des certains acteurs et une approche parfois par trop volontariste de la coopération ne facilitent pas toujours une bonne compréhension d'une action d'ensemble et des priorités.</p>
<p>Appui à l'extension et à la rationalisation de l'offre de soins de premier contact.</p>		
<p>Appui à la mise en place des Paquets Minimum d'Activités et intégration des activités des programmes nationaux de Santé Publique dans les formations sanitaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation adéquation PMA par formation sanitaire avec l'infrastructure, l'équipement et le personnel en quantité et qualité et détermination de la répartition des tâches ; - Activité vaccinale du PEV et la surveillance nutritionnelle en cours ; - Détermination des besoins en personnel et moyens logistiques et financiers pour intégration des activités des programmes ; - Liste des programmes nationaux opérationnels à Libreville ; - Programme MST / VIH-SIDA : <ul style="list-style-type: none"> . formation de prévention MST des agents de laboratoire ; . distribution officielle de préservatifs dans les centres ; . projet de faisabilité de prévention materno-fœtale (MSPP, PNLS, Glaxo Wellcome) ; . projet d'intégration des activités programme de lutte contre les MST / VIH (UE). Autres programmes : <ul style="list-style-type: none"> . contacts établis avec les responsables pour projets d'organisation et de formation décentralisés. 	<p>Il reste à tirer les conclusions de ces constats.</p>

<i>Activités prévues</i>	<i>Réalisations</i>	<i>Commentaires</i>
Réhabilitation de certains centres de santé et création éventuelle de nouveaux centres dans le cadre du PNAS.	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de centres réhabilités ; - Réhabilitation CS Lalala et Glass, et réfection du CS de London (3/8 dont 7 fonctionnels) ; - Fourniture de matériels dans 5 CS, aux SMI de London et d' Abeke-Plaine ; - Devis pour CS et SMI d'Awendje, Glass et Louis ; - Élaboration de plans des formations sanitaires ; - Création de nouveaux centres dans certains quartiers selon évaluation ; - CS dont le fonctionnement a été amélioré ; 5 CS, 2 SMI, BELE et dispensaire de Nkembo. 	Adéquation offre / besoins nécessaires
Amélioration du fonctionnement et de l'organisation des centres de santé, de la qualité des soins et de l'accessibilité aux populations défavorisées.	<ul style="list-style-type: none"> - Projets d'établissement pilotes : mise en œuvre. - Ouverture CS et SMI : 8 h à 18 h, 7 jours / 7. Comité de gestion dans chaque centre. Suivi centralisé à la DRSL. Part du recouvrement des coûts dans le financement des centres. 100% pour carnets de suivi de la mère et de l'enfant. 100% pour achats de réactifs de laboratoire. Début de participation pour les consultations. Évolution des taux de fréquentation : amélioration effective de la fréquentation (horaires, accueil..) mais non quantifiée. <u>Ressources humaines</u> quota adéquat en personnel , répartition pertinente des tâches, formation, motivation, lutte contre l'absentéisme, éviter les mutations non justifiées en particulier après formation. <u>Disponibilité en vaccins (PEV), en médicaments essentiels et génériques.</u> 	<p>Plus ou moins réalisé.</p> <p>Le problème du recouvrement des coûts et des pratiques parallèles reste posé.</p> <p>Celui des RH (sur effectif et qualité de la prise en charge) également.</p>
2.2. Appui au Centre Hospitalier de Libreville (CHL)		
- Mise en oeuvre de son système d'information et informatisation.	<p>Encore en projet avec l'appui du CHU de Nîmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mise en place du schéma directeur du système d'information en mai 1998, - activation du dossier avec l'arrivée d'un AT au CHL en 2000 ; mission à Cotonou pour étudier le SIH du CHU de Cotonou et l'adapter au CH, mission identique prévue à l'hôpital de Douala. 	<p>Après le référent Cotonou, celui de Douala dans une vision informatisation globale.</p> <p>Beaucoup d'énergie pour un système qui paraît imposant et ne pas forcément être prioritaire même si l'informatisation peut être "structurante".</p>
- Élaboration d'un projet d'établissement.	Oui, en phase d'initialisation.	
- Formation à destination des cadres administratifs soignants du CHL pour d'une part, la mise en oeuvre de l'autonomie de gestion de l'établissement et d'autre part, l'amélioration de l'offre de soins.	Non, pas encore.	<p>Paraît bien amorcé, l'enthousiasme aussi. Les difficultés restent à venir.</p> <p>A voir dans le cadre du jumelage.</p>

Budget du projet Sida FAC 92

Rubriques	montant (FF)	% dépenses
Investissements immobiliers		
Installations techniques	30 000	1,50
Autres investissements (dont véhicule)	399 000	19,95
Transferts financiers		
Fournitures et consommables	165 000	8,25
Études	68 000	3,40
Formation	60 000	3,00
Autres services extérieurs	1 068 000	53,40
Missions courte durée	100 000	5,00
Autres		
Divers et imprévus	110 000	5,50
Total	2 000 000	100,00

Source . convention FAC

Budget du projet Sida FAC 96

Rubriques	composante 1 Prévention et IEC montant exécuté (€)	composante 2 Surveillance épidémiologique montant exécuté (€)	Total (€)	% dépenses
Investissements immobiliers	-	-	-	0%
Installations techniques	38 112	-	38 112	9%
Autres investissements	30 439	60 790	91 229	21%
Transferts financiers	152 363	-	152 363	34%
Fournitures et consommables	30 490	49 203	79 693	18%
Études	7 622	15 184	22 807	5%
Formation	13 374	21 548	34 922	8%
Autres services extérieurs	-	-	-	0%
Missions courte durée	12 046	10 592	22 639	5%
Autres	-	-	-	0%
Divers et imprévus	-	-	-	0%
Total	284 447	157 317	441 764	100%

source : SCAC Gabon

Montant du Projet	457 347	
Cumul engagé	448 478	
Cumul payé	441 764	97%

Budget projet Sida FAC 2002

Rubriques (en €)	Composante 1 Dépistage	Composante 2 Conn. statut sérologique	Composante 2 Surveillance épidémio	Composante 2 Management projet	Total	%
Investissements immobiliers	24 391,8				24 391,8	5,3
Installations techniques			35 825,5		35 825,5	7,7
Autres investissements						
Transferts financiers						
Fouritures et consommables	115 617,3	35 825,5	35 246,2	28 965,3	215 654,3	46,7
Études						
Formation	37 289,0	8 628,6	7 927,3		53 844,9	11,7
Autres services extérieurs			7 622,4	16 464,4	24 086,9	5,2
Missions courte durée	35 665,4	335,3	38 722,0	10 366,4	85 089,3	18,4
Autres						
Divers et imprévus				22 867,3	22 867,3	5,0
Total	212 963,6	44 789,5	125 343,5	78 663,6	461 760,4	100,00

source : Rapport de présentation, MAE

FAC SIDA 96009800 : PRÉVENTION ET SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU VIH-SIDA

ANNEXE 18

Finalité : Contribuer à la réduction de la propagation du VIH de sa co-infection la tuberculose au Gabon dans la Population en générale, chez la femme enceinte, de la transmission de la mère à l'enfant ainsi qu'à l'amélioration de la Prise en charge des 1PVVIII par une détection précoce, systématisée, organisée dans des centres de dépistages.

Budget global = 300 000 000 CFA - convention du 9 octobre 1996

Objectifs et indicateurs

<p>Objectif principal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diminuer le nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH : Contribuer à dépister les tuberculeux séropositifs. - Améliorer la prise en charge des PVVIII en créant un environnement psycho-médico-social favorable pour un dépistage plus précoce. 	<p><i>Indicateur(s) vérifiable(s) de succès :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Baisse de l'incidence VIH. (long terme) ; - Augmentation des personnes connaissant leur statut de séropositif ; - Augmentation du nombre d'enfants protégés du VIH qui naissent d'une mère séropositive. 	<p><i>Hypothèse(s) sous-jacente(s) importante(s) pour la réussite du projet :</i></p> <p>Une mobilisation et une motivation forte des acteurs institutionnels.</p> <p>Une promotion accentuée du dépistage volontaire et anonyme (confidentialité).</p> <p>L'émergence d'un cadre associatif pour la prise en charge des PVVIII.</p>
<p>Composante 1 : Créer des centres de dépistage et de prévention VIH-Tuberculose.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) - Création de 3 centres de dépistages à Libreville ; - Création de 3 centres de dépistages en province ; - Création d'un centre intégré VIH-Tuberculose. 2) Promotion des centres de dépistage par de l'Information-Education-Communication. 3) Appui des ONG dans la Promotion des centres de dépistage. 	<ul style="list-style-type: none"> - 3 centres der dépistages créés à Libreville ; - 3 centres de dépistages créés en province ; - 1 centre intégré VIH/TB fonctionnel. - Augmentation du nombre de tests de dépistage volontaires sur le pays ; - ONG identifiées et actives. 	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil du centre dans une structure publique déjà existante ; - Affectation du personnel ; - Motivation du personnel ; - Stabilité du personnel ; - Volonté d'engagement et de pérennisation.
<p>Composante 2 : Créer les conditions d'un dépistage VIH chez les femmes enceintes pour prévenir la transmission materno-foetale (TME)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépister et prévenir le risque de transmission materno- foetale du VIH ; - Promotion du. dépistage chez les femmes enceintes ; - Prise en charge des mères séropositives et des enfants, séropositifs ; - Faire intervenir les associations dans le dépistage précoce des femmes enceintes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Amener 50 % des femmes enceintes à se faire dépister ; - Inclure 50% des femmes séropositives dans un traitement court ou long (AZT ou Névirapine) ; - Nombre d'enfants traités et prise en charge pour leur séropositivité ; - % de personnel médical formé au pré et post counselling ; - Nombre d'associations mobilisées. 	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation du personnel ; - Intéressement ; - Stabilité du personnel ; - Gestion du médicament assuré ; - Volonté des associations à pérenniser l'action (engagement).
<p>Composante 3 : Stratégie de surveillance épidémiologique.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Créer une unité de coordination IELE/PNLS pour un appui au réseau effectif. 2) Contrôler la qualité des tests effectués dans les laboratoires du réseau. 3) Faire communiquer le réseau des laboratoires par la mise en place de l'outil informatique. 	<p><i>Indicateur(s) vérifiable(s) de résultats :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 9 provinces incluses dans le réseau ; - Unité de coordination constituée ; - 1 laboratoire référent défini pour la qualité des tests ; - X contrôles effectifs des laboratoires du réseau ; - Laboratoires équipés et communicants. 	<ul style="list-style-type: none"> - Décret ministériel promulgué ; - Motivation du personnel ; - Stabilité du personnel formé ; - Participation des DRS ; - Approvisionnement en tests ; - Ministère impliqué (IELE/PNLS).

Réalisations

	<i>Actions prévues</i>	<i>Réalisations</i>	<i>% atteinte d'objectifs</i>
1	Pour assurer une information et une sensibilisation en continu des populations en matière de prévention du VIH/Sida.	Composante 1 : IEC = 188 000 000 FCFA (après modification CEP) 97,85 % des crédits ont été engagés soit 183 954 890 FCFA.	
1.1	Appuyer structurellement le département IEC du PNLS/MST.		
1.1.1	Équiper le département IEC en matériels informatiques et bureautiques pour la production de Publication Assistée par Ordinateur (PAO).	Tout le matériel a été livré en mars 1998 : ordinateur - imprimante - scanner - logiciels de mise en page et de traitement de l'image - bureau - armoire d'archivage - matériels de confection de supports éducatifs - imprimante renouvelée au bout de 2 ans.	100%
1.1.2	Former les personnels à l'utilisation de ces matériels.	Personnel non affecté mais formation informelle aux intervenants associatifs - relais par graphiste externe.	30%
1.2	Produire et diffuser des supports informatiques de prévention.		
1.2.1	Produire et diffuser mensuellement une lettre d'information et d'activités du PNLS à 1 000 exemplaires.	Lettre non produite, mais les informations sur les activités du PNLS sont passées par les médias et les revues d'entreprises.	60%
1.2.2	Produire et diffuser de nouveaux dépliants abordant des thèmes spécifiques d'information sur : les MST, la non-discrimination, la prise en charge...	Dépliants "MST" et "Je n'ai pas peur du Sida" élaborés sur matériel informatique (département épidémiologie). Attente du matériel PAO - 68 000 feuillets d'information (transmission / prévention) réalisés en juin 1998. Dépliant "Info Sida" (7 000 exp.) en oct. 98. Appui à la production de dépliants pour les associations et structures de lutte (Sida Zéro, BD Boom, Hôp. Schweitzer) - supports "Toute la ville en parle".	60%
1.2.3	Assurer la diffusion des dépliants InfoSida existants à raison de 3 000 par mois.	Plus de 250 000 supports diffusés en 3 ans.	100%
1.2.4	Remettre à jour les boîtes à images et les diffuser.	Réactualisation de la boîte à images Sida : étude préalable terminée (3 feuillets + boîtes support) - boîte à images MST : maquette finalisée en cours d'évaluation.	25%
1.2.5	Renouveler les affiches d'information et les diffuser.	Impression d'une affiche à 10 000 exemplaires réalisée dans le cadre du jeu de 60 000 affiches sur le préservatif - affiches lors de manifestations (15 000).	100%
1.2.6	Réaliser une fois par an une grande fresque murale sur un lieu de passage obligé à Libreville.	2 fresques ont été réalisées en, janvier 1997, par des artistes gabonais. Une a été détruite. Il reste celle ornant le mur d'enceinte du PNLS.	100%
1.2.7	Réaliser une fois par an un grand panneau informatif de type publicitaire avec message de prévention.	Panneau livré en 98 - lieu : carrefour Rio slogan "ouvrez-vous sur la vie - protégez- Vous du Sida" - étude d'impact à réaliser programmée 1 ^{er} semestre 99 - panneau à Port-Gentil (juin 2000).	
1.2.8	Réaliser 4 nouveaux spots publicitaires et les transmettre aux médias télévisés.	L'étude sur les anciens Spots a été réalisée - scénarios des nouveaux spots écrits -Devis de réalisation prêts - reste accord technique/ direction et assurance écrite d'un Plan de programmation et de passages TV des spots - 2 Spots réalisés.	50%
1.2.9	Réaliser un film de présentation du Sida au Gabon, des activités de prévention et de prise en charge développées par le PNLS, les associations et les partenaires du Programme.	Participation à la réalisation de 5 films : appel d'offres associations - "une journée comme les autres " (SIDA zéro) - soirée du téléthon - émission sur tv5 - film journée "toute la ville en parle".	100%

1.3	Promouvoir et valoriser les actions de sensibilisation auprès des populations.		
1.3.1	Appuyer une fois par mois la mise en œuvre d'une animation événement devant trouver un large écho médiatique, par le biais de manifestations culturelles, sportives, éducatives.	Divers appuis ont eu lieu (la nuit du Web - site Sida - festival de la bande dessinée - Le livre en fête - Coopération- Coupe du Monde - appui aux manifestations des Associations - stand BIMA - journée de l'Etudiant - fête de l'Internet.	80%
1.3.2	Mettre en place une fois par an une grande semaine d'animation et de sensibilisation incluant les provinces avec la participation des partenaires du Programme.	Quinze jours pour convaincre (1996) - Journée Mondiale (1997) - Téléthon (1998) - Pointe-Noire (1999) - Toute la ville en parle (2000).	75%
1.3.3	Assurer une présence informative par la tenue d'un stand à toutes les manifestations ayant lieu à la Foire Internationale.	5 présences sur manifestations : Foire - Cité de la Démocratie - Forum des ONG - Mairie - Bima.	50%
1.3.4	Appuyer les activités de la Journée Mondiale Sida.	Activités ayant eu lieu en 97 - annulation Journées 98 (élections présidentielles) - Pointe-Noire (1999).	100%
1.3.5	Appuyer les activités des comités provinciaux de lutte contre le Sida dans les actions de sensibilisation.	Missions à Port-Gentil, Gamba et Lambaréné (conférences médicales) - films vidéos livrés dans les Régions - mallettes documentaires livrées sur 3 régions (Ngounié - Ogooué-Maritime - Estuaire) - documentations et informations à la demande - Rétro Information.	60%
1.4	Former et appuyer les relais pour la diffusion de l'information en matière de VIH/Sida.		
1.4.1	Tenir un séminaire-atelier pour l'élaboration d'un guide d'information à l'usage des enseignants	Contacts pris avec Ministère de l'Éducation Nationale - maquette prête - documentation référente.	25%
1.4.2	Tenir un séminaire-atelier pour l'élaboration d'un guide d'information à l'usage des associations.	Associations susceptibles identifiées - documentation réunie - préprogramme établi - lancement des formations ONG dans le cadre des microprojets soutenus - sous-tendu à la validation des associations par MSPP - annuaire associations réalisé	25%
1.4.3	Tenir un séminaire-atelier pour l'élaboration d'un guide d'information pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH à l'usage des professionnels de santé.	Programme finalisé - pré contacts établis - prémaquette guide réalisée - journée de réflexion ayant eu lieu - programme CTA en cours.	25%
1.4.4	Assurer la production et la diffusion des guides élaborés durant les 3 séminaires- ateliers : - guide pour les enseignants ; - guide pour les associations ; - guide pour les professionnels de santé.	Texte réalisé - prémaquette en cours de réalisation.	30%
		Activité à mener en parallèle des formations associatives (appel d'offres) - accord MSPP pour valid. associat.	30%
		5 réunions de comité consultatif ont eu lieu (travail préparatoire) - projet finalisé avec prémaquette réalisée.	30%
1.4.5	Renforcer et appuyer le réseau des médias dans ses capacités à donner en continu informations sur le VIH/Sida, et à rendre compte des activités de lutte contre le Sida organisées au Gabon.	Médias identifiés - relais effectifs auprès de certains communicateurs formés Tors de l'atelier de mai 1996 - collaboration à formaliser - participation aux Conférences d'Abidjan (97) et de Durban (99) - annuaire média finalisé - documentation fournie.	100%
1.4.6	Identifier, former et soutenir des projets d'associations dans leurs capacités à transmettre des informations de prévention contre le Sida auprès des populations.	Appel d'offres clos en février 1998 - 11 projets soutenus - 7 conventions signées avec la MCAC le 17 juin 1998 - validation associations par MSPP 1~ seul projets aboutis BD Boom - Unesco - Sida Zéro - Schweitzer.	100%
1.4.7	Identifier, former et soutenir des groupes relais au niveau des communautés socio-professionnelles dans leurs capacités à transmettre des messages de prévention à leurs pairs.	Travail d'identification par les associations pour des relais auprès de pairs (femmes, lycéens, étudiants) - études et contacts souhaités auprès des prostituées, des taximen, Des utilisateurs de tontines de quartier - interventions en entreprises.	60%

1.5	Évaluer l'impact des actions de sensibilisations.		
1.5.1	Réaliser 2 fois par an une enquête d'impact auprès des populations-cibles des campagnes et des actions de sensibilisation.	Enquête PMUG - enquête site d'affichage - enquête lectorat BD - suivi centre e documentation - enquête Impact panneaux - enquête jeune.	100%
1.6	Créer et assurer le fonctionnement d'un centre d'information, de documentation et de conseil sur le VIH/Sida.		
1.6.1	Équiper le centre en moyens informatique et bureautique.	Rayonnage livré fin juin 98 informatique et photocopieur livré - base documentaire réalisée.	100%
1.6.2	Assurer les abonnements en continu à des revues généralistes et spécialisées sur le VIH/Sida et créer un fonds documentaire.	Abonnement sur serveur - abonnement revue par Crips et Arcat Sida - fonds documentaire livré - 2 documentalistes formées.	100%
1.6.3	Faire connaître les informations disponibles au CIDC aux des populations fréquentant le centre : public, relais communicateurs, professionnels de santé...	2 responsables formés (stage CCF accompagné par documentaliste en 98, formation Crips) - centre fonctionnel en décembre 1998 - ouverture officielle février 2000 -centre régional Port-Gentil.	100%
1.6.4	Équiper la salle de conférence du PNLs, afin de pouvoir accueillir des séminaires et des réunions.	Matériel reçu : 24 tables modulaires - 36 chaises de conférences - tableau de cours -rétroprojecteur et fable de rétroprojection - panneaux de présentation - (problème d'utilisation au compte exclusif d'activités PNLs).	100%
1.7	Faire participer un membre du département IEC à une Conférence internationale sur le VIH-Sida afin de présenter et de valoriser le travail effectué par ce département, et de recueillir à cette occasion des informations à diffuser en retour.	Prise en charge du responsable du département IEC réalisée pour la Conférence d'Abidjan - 5 communications affichées / pour mémoire un journaliste presse écrite. Prise en charge (articles en continu durant la conférence).	100%
1.8	Initier une étude pour l'organisation d'un colloque national de deux jours pour les professionnels de la santé et portant sur tous les aspects de l'infection par le VIH/Sida au Gabon.	Programme finalisé dans le cadre du séminaireatelier national sur les consensus de prise en charge - intervenants identifiés - cadre de consensus établi - laboratoires. Bailleurs intéressés - attente accord MSPP.	50%
1.9	Assurer une supervision régulière des activités des comités provinciaux de lutte contre le Sida sur la composante IEC.	7 missions : Port-Gentil (x3) - Franceville (x2) - Lambaréné (x2) - Tchibanga(1 Libreville / comités provinciaux très hétérogènes dans leurs capacités d'actions.	50%
Budget			
2.	Pour assurer une surveillance épidémiologique en continu de l'infection par le VIH/Sida au Gabon.	Composante 2 : Epidémiologie =107 000 000 FCFA 88,85 % des crédits sont engagés soit 95 066 790 FCFA.	
2.1	Appuyer structurellement le département Epidémiologie du PNLs/MST.		100%
2.1.1	Équiper le département Epidémiologie du PNLs en matériels informatique et bureautique.	Matériels informatiques perçus (Packard Bell 133 - imprimante) et consommables- matériels bureautiques livrés.	100%
2.1.2	Former les personnels à l'utilisation de ces matériels.	3 techniciens formés dans le cadre de missions de mise en place et d'appui du système (1 technicien muté hors PNLs depuis Formation).	
2.2	Mettre en place un système de surveillance épidémiologique de l'infection par le VIH/Sida à partir de la relève des tests sérologiques effectués par les laboratoires.		

2.2.1	Réaliser et valider une fiche de recueil des données portant sur les tests sérologiques effectués à Libreville.	Système fonctionnel - nécessité de validation par le ministère - décret à préparer par Direction de la réglementation (réglementation tests sérologiques, algorithmes de Dépistage - recueil de données) - 14000 fiches saisies et analysées.	100%
2.2.2	Rendre disponible en permanence cette fiche de recueil auprès des praticiens prescripteurs et des laboratoires d'analyses médicales de Libreville.	Fiches disponibles - laboratoires participant au réseau = 17 - prescripteurs non exhaustivement approvisionnés (160 prescripteurs différents en 1998).	100%
2.2.3	Assurer la relève de ces données et en assurer l'analyse.	Relève de plus de 14000 fiches - analyse de 14 000 fiches sur logiciel spécifique Episurv VIH Gabon - rapport d'analyse mensuel adressé à DGS - base de rétroinfo.	100%
2.2.4	Réaliser une rétro-Information trimestrielle des données analysées dans le cadre de ce système de surveillance épidémiologique.	Lettre n° 1, n°2 et n°3 Rétro-Informations réalisées et diffusées - tirage 1200 à 1500 exemplaires pour personnels de santé et décideurs de santé : plan de diffusion finalisé.	100%
2.2.5	Étendre cette procédure de recueil et d'analyse des données aux laboratoires provinciaux.	Extension validée sur Port-Gentil, Franceville et Lambaréné- système sous-tendu à l'existence d'un laboratoire pratiquant des tests de dépistages - mission extérieure programmée pour finalisation système (cartographie et extension).	40%
2.3	Mettre en système de surveillance épidémiologique des cas de Sida-maladie à partir de la notification des cas cliniques de Sida déclaré.		
2.3.1	Réaliser et valider une fiche de recueil de notification des cas de Sida-maladie portant sur la déclaration réalisée par les médecins praticiens de Libreville.	Activité démarrée en 2000 - nécessité de validation officielle des fiches (sérologiques et cas cliniques) - direction réglementation - pour mémoire, l'analyse des sida-maladies est réalisée sur la base sérologique (suspect clinique) - préparation items.	20%
2.3.2	Rendre disponible en permanence cette fiche de recueil auprès des praticiens prescripteurs et des laboratoires d'analyses médicales de Libreville.	Sous-tendu à <i>supra</i> .	0%
2.3.3	Assurer la relève de ces données et en assurer l'analyse.	Sous-tendu à <i>supra</i> .	30%
2.3.4	Réaliser une rétro-Information trimestrielle des données analysées dans le cadre de ce système de notification des cas cliniques.	Sous-tendu à <i>supra</i> , mais intégré dans lettre de rétroinfo en cours de finalisation (sérologie + demande sur suspicion clinique).	20%
2.3.5	Étendre cette procédure de recueil et d'analyse des cas cliniques de Sida maladies aux praticiens provinciaux.	Sous-tendu à <i>supra</i> et à l'existence d'une locale de test sérologique de dépistage.	100%
2.4	Équiper le département Epidémiologie d'un véhicule destiné à la supervision des activités de surveillance épidémiologique.	Véhicule 406 Break livré et assuré.	100%
2.5	Assurer une formation des professionnels de santé appelés à participer à cette surveillance épidémiologique.		
2.5.1	Organiser une fois par an un séminaire d'épidémiologie appliquée à la surveillance du VIH/Sida.	Cours d'épidémiologie disponible - logiciel informatique d'épidémiologie acquis (Epirop, Epiinfo, Epimap, Epinut) - formation-enquête réalisée en 99 (Gamba) - 7 5%. Formation d'un médecin à Dakar (2000).	75%

2.5.2	Faire participer le responsable du département Epidémiologie aux Conférences Internationales sur le VIH/Sida et les MST en Afrique (1997 - 1999).	Réalisée en 97 (Abidjan) - 2 communications.	100%
2.6	Réaliser 2 enquêtes épidémiologiques par an au niveau de groupes de population soumises à des risques élevés d'infection.	Enquête séroprévalente en milieu carcéral - enquête séroprévalente chez des jeunes Recrues policiers - enquête d'un jour en milieu hospitalier - poste MST Franceville (en cours).	100%
2.7	Assurer une supervision en continu des structures participant à la surveillance épidémiologique tant au niveau de Libreville qu'au niveau des provinces.	Supervision suivie sur Libreville (base de données des laboratoires) - 160 prescripteurs en 1998 - missions : 3 sur Port-Gentil - 1 sur Franceville - réception de rapports de l'hôpital Schweitzer (Lambaréné) - mise en place à Lambaréné réseau.	75%
Budget			
3.	Pour évaluer les activités du projet, et assurer le suivi des actions mises en place.	Composante 1 : Evaluation 50 KFF (mise en œuvre Paris).	
3.1	Réunir 2 fois par an le comité de pilotage constitué spécifiquement dans le cadre du projet.	1 ^{ère} réunion du comité en 2 séances - rapport finalisé lors de la Séance du 8 avril 97 - rapport transmis aux membres du comité - deuxième réunion prévue en juillet 98 -réunion du 14 janvier 1999 - réunion technique de fin de projet.	75%
3.2	Mettre en œuvre une évaluation externe du projet au bout de 18 mois, et au bout de trois ans.	Deux évaluations techniques (épidémiologie et IEC) - évaluation administrative programmée.	75%

A Lambaréné, l'hôpital actuel, à quelques centaines de mètres de l'ancien hôpital, est ouvert depuis 1981. Il a conservé le concept de " village-hôpital " de forme pavillonnaire créé par le Dr. Albert Schweitzer. Etablissement de droit privé participant de facto au service public, sa gestion est sous la responsabilité de la Fondation internationale de l'hôpital du Docteur Albert Schweitzer. Son financement est constitué d'une subvention de l'Etat gabonais (600M FCFA), de dons collectés par diverses associations de différents pays (Allemagne, France, Suisse, USA) (environ 600 M FCA) et par le recouvrement des coûts passé de 200 M FCA en 1998 à 300 M FCA en 2001.

Certaines activités particulières menées en 2000 méritent d'être mentionnées :

- Le service de santé communautaire avec une action de dynamisation dans 5 dispensaires apportant ainsi une dimension complémentaire de santé publique à l'hôpital.
- Le Centre d'information Sida pour les jeunes, créé grâce à un financement FAC d'appui au PNAS.
- Par ailleurs, des travaux sont en cours pour réhabiliter et valoriser l'ancien hôpital.

CARACTÉRISTIQUES 2000					
Services hospitalisation	Nb lits	Activité	Nombre	Personnel	Nb
Médecine	28	Consultations	35 600	Médecins	2
Chirurgie	65	Hospitalisations	7 500	Chirurgiens	2
Pédiatrie	25	Int Chirurgicales	1 900	Pédiatres	2
Maternité	24	Accouchements	765	Médec. labo de recherche	2
Psychiatrie	20	Patients / dentiste	2 200	Autres pers médical	4
Gériatrie	20	Vaccinations	4 000	Paramédicaux	96
Total	182	Patients/radio	5 300	Logistique/adm	71

La France apporte son soutien à l'hôpital Schweitzer de Lambaréné à la fois par le financement de travaux d'infrastructure et par la mise à disposition d'un AT directeur d'hôpital.

Ainsi un pavillon de médecine générale a été construit sur fonds FSD (09/CD/94) pour un montant de 1,950 millions FF. et a été inauguré en 1996. Et l'avis élogieux du directeur actuel « la conception architecturale et fonctionnelle est parfaitement réussie et mérite d'être citée en exemple » est confirmé sur le terrain.

Le directeur d'hôpital a été détaché auprès de l'hôpital à la demande de la Fondation Schweitzer. Il est en place depuis octobre 1997 pour une durée de 2 ans renouvelée pour 2 ans, avec pour missions essentielles : la responsabilité de la gestion quotidienne de l'établissement, la participation à la conception et l'expérimentation de nouvelles procédures de gestion, la préservation du site historique, l'intégration de l'hôpital à la pyramide sanitaire nationale.

L'Hôpital Schweitzer commence à intégrer son rôle comme acteur de santé publique et veut dépasser des prestations limitées aux soins et à une prévention par la vaccination et l'IEC au sein de l'hôpital. Un projet de prise en charge plus globale de la santé est à l'ordre du jour. A cette fin, un médecin en santé publique a été recruté pour mettre en œuvre ce projet.

Au sein de l'hôpital un laboratoire de recherche – appuyé par l'Université de Tübingen/Allemagne, financé par l'UE et l'OMS – travaille sur le paludisme. Il collabore avec plusieurs organismes internationaux ainsi qu'avec la Faculté de Médecine de Libreville (recherche commune, échange de chercheurs et de stagiaires). Dans le domaine de la recherche sur le neuro-paludisme, la collaboration avec le CIRMF pourrait être renforcée. La nature des recherches effectuées pourrait également intéresser la Direction régionale de santé.

FONDS	Année	Objet	Montant
Titre IV	1998	Appui logistique pour les achats de biens et services	100 000 FF
“	1999	“	200 000 FF
“	2000 ¹	“	150 000 FF
“	2001	“	200 000 FF
“	2002	“	47049 € (268 000 FF)

1. 120 000 FF délégués pour l'organisation des journées hospitalières de Libreville auxquels il convient de rajouter 100 000 FF (15 244,90 €) délégués sur FAC IG n° 950120 appui à la réforme des systèmes hospitaliers

RÉPARTITION DES FINANCEMENTS
DE LA COOPÉRATION
SEINE-ST DENIS – OGOOUE MARITIME

ANNEXE 21

Financiers (En FF)	2000	2001	2002	total	%
Conseil gal SSD	536 040	505 015	76 900	1 117 955	47,6
Province d'O-M	20 180	21 490	3 200	44 870	2,0
MAE	317 000	322 350	49 100	688 450	29,3
IFSI	191 500	193 410	29 400	414 310	17,6
Structures sanitaires gabonaises	48 000	32 235	4 900	85 135	3,6
Total	1 112 720	1 074 500	163 500	2 350 720	100

FINANCEMENTS SUR TITRE VI

ANNEXE 22

Fonds	Année	Date signature ou décision	Période couverte	N°	Objet	Extension	Montant MFF
CDI	1992			920146	Information, éducation, communication (SIDA)		1
FAC Etat	1993	15.04.93	93-96	92013500	Appui à l'harmonisation des systèmes de santé du Gabon		14
FAC Etat		Données non accessibles		92014600	Appui à l'information et la communication pour la prévention du sida en République du Gabon		2
CDI/FSD				09/CD/94-04	Aménagement pharmacie nationale d'approvisionnement		2
CDI/FSD				09/CD/94-05	PEV : vaccination contre la rougeole, la tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie, la coqueluche sur 3 provinces et 27 000 personnes		0,15
CDI/FSD				09/CD/94- 08	Programme socio-sanitaire et éducatif dans le Moyen Ogooue. Réhabilitation du plateau technique Hôpital Provincial de Lambaréné		1,047 0,15
CDI/FSD				09/CD/94-10	Réhabilitation centre hospitalier régional de Franceville		0,95
CDI/FSD				09/CD/94-19	Pavillon de médecine générale hôpital Schweitzer		1,95
CDI/FSD		24.11.94		154/CD/94-02	Rénovation de la maternité et de l'hospitalisation du Centre médical d'Etimboue		0,5
CDI/FSD				154/CD/94-03	Achat de médicaments pour les centres de soins congrégation Ste Marie		0,1
CDI/FSD	1995	21.04.95		94006216 62/CD/94/239	Appui aux dispensaires des soeurs de l'Immaculée : achat de médicaments et produits pharmaceutiques		0,057
CDI/FSD		01.06.95		94006222 62/CD/94/239	Lutte contre la bilharziose		0,051
CDI/FSD	1996	07.05.96	Juin 1996	97/CD/95-07	Campagne " 15 jours pour convaincre (SIDA : PNLS/Dr Milleliri)		0,146
CDI/FSD		13.06.96		97/CD/95-12	Réhabilitation du bloc technique centre médical de Ngomo -Moyen Ogooue "		0,150
FAC Etat		09.10.96	96-98	96009800	Prévention et surveillance épidémiologique du VIH SIDA	juin 2000 dec 2000 avril 2001 juill2001 dec 2001	3
FAC Etat	1999	08.06.99	99-2001	98009700	Appui au Plan National d'Action Sanitaire		6
Autres					Echanges entre élèves infirmiers de Seine-St-Denis et Ass de Ogooué-Maritime		

TOTAL	FAC Etat	25 M FF
	CDI/FSD	8,251 M FF

Poste	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002		
MSPP													
CT ministre, chef projet (de file)	█					█			█				
CT économiste	█					█							
CT planification, sis	█					█							
CT pharmacie	█					█							
CT Ensas, RH, planification	█					█							
CT PLNS / CAT	█					█							
CT Grandes endémies	█		█				█					poste transféré DRS	
CT formation infirmier	█					█							
CT SIS/informatique	█										█		
DRS Libreville													
CT Direction Régionale	█					█					█		
CH Libreville													
CT Direction CHU	█					█		█		█			
Médecin pédiatrie	█					█							
Médecin ORL	█			█						█			
Médecin Radiothérapie	█		█				█						
Chirurgien	█					█					█		
Médecin Urgences	█							█					fermé
Infirmière urgences	█										█		
Infirmière bloc/qualité	█			█						█			
CT Maintenance	█								█				
Informaticien	█								█				
Autres hôpitaux													
DG hôpital Lambaréné	█								█				
Chirurgien hôpital Port Gentil	█			█									
Médecin Port Gentil	█			█									
DGA hôpital Franceville	█			█					█				poste fermé
Médecin hôpital Moumana	█				█								
Projets FAC Santé													
FAC n° 92014600	Projet Sida		IEC		█								
FAC n° 92013500	Préparation Fac 92			Projet Appui à l'harmonisation des systèmes de santé						█			
FAC n° 96009800	█					Projet prévention et surveillance épidémiologie du VIH sida							
FAC n° 98009700	█							Projet Appui au PNAS					

N° poste	Intitulé	Contenu	Année
S 206	Planificateur de la santé Chef de projet HSSG (Spécialiste santé).	<i>Rôle</i> : Conseiller du DG de la santé pour la mise en œuvre du Plan d’action pour améliorer la qualité et l’offre de soins (réforme des systèmes de santé). <i>Chargé</i> : - d’assurer le fonctionnement de la Commission Interministérielle de coordination de la santé. - de suivre, coordonner et finaliser les travaux entrepris à la demande du comité technique. <i>Résultats attendus</i> : nouvelles règles d’organisation, de gestion et de financement du service public pour un bon fonctionnement des structures et un allègement de la charge de l’Etat et des entreprises.	1996-1997
S 0205	Conseiller technique après du MSPP (médecin SP).	Projet HSSG – 1993. <i>Missions (2 niveaux)</i> - Conseil en santé publique et épidémiologie : 1) supervision de l’exécution des programmes liés aux services des grandes endémies, 2) élaboration et mise en place de nouveaux programmes, 3) coordination des partenaires et relations MSPP et mission française, - Composante 1 “appui institutionnel au MSPP” : 1) mise en place-SIS, 2) formation d’homologues à la planification et gestion des SS, 3) formation des personnels au recueil et analyse des données sanitaires, démogr. et économiques. <i>Résultats attendus</i> : amélioration de la qualité et du coût des prestations servies (amélioration de l’état de santé des populations) ; meilleure connaissance des phénomènes épidémiques ; mise en place de plans d’urgence en cas d’épidémie.	
	Médecin-Chef du secteur I des grandes endémies et de la Trypanosomiase Province estuaire (médecin SP).	Projet HSSG <i>Missions</i> * Grandes endémies : PEV ; participation aux programmes nationaux et mise en place nouveaux programmes ; enquêtes épidémiologiques ; appui à lutte contre trypano. * HSSG : participation à carte sanitaire; SIS décentralisé ; appui technique à l’équipe provinciale. <i>Résultats attendus</i> : amélioration couverture vaccinale, meilleur dépistage de la trypano ; décentralisation facilitée.	
S 216	Conseiller technique auprès du DG RH (médecin SP formation).	Projet Appui au PNAS (98009700)– composante 1 “gestion des RH et formation”. <i>Missions</i> : contribution à : * la maîtrise des effectifs et gestion du personnel : élaboration cadres organiques ; guide d’évaluation et de gestion du personnel au niveau local ; redéploiement du personnel et répartition des postes budgétaires ; planification et organisation des tâches * la mise en œuvre d’une politique de formation initiale et continue : évaluation des besoins et capacités ; planification et supervision des activités de formation ; élaboration de programme pour qualité soins et accueil ; modalités d’intervention du MSPP <i>Résultats attendus</i> : meilleure gestion et planification des RH (meilleure qualité de soins), formation améliorée, articulation entre organismes de formation et établissements de soins ; critères d’évaluation et cadres organiques élaborés, synthèse annuelle valant rapport d’activités	2000

N° poste	Intitulé	Contenu	Année
S 0200	Conseiller technique auprès du MSPP (médecin SP).	<p>Projet "Appui au PNAS" (composante 1-1).</p> <p><i>Missions :</i></p> <p>-Appui PNAS : contribution à la mise en place d'un SNIS ; formation d'homologues gabonais à la planification et gestion des SS ; formation des personnels au recueil et interprétations des données sanitaires, démogr. et économiques ; définition des besoins sanitaires et répartition des ressources ; étude de coûts pour élaboration de système de tarification ; étude des modalités de financement par les différents opérateurs et organismes.</p> <p>- Missions traditionnelles : Appui à : la supervision des programmes liés aux grandes endémies ; élaboration et mise en place SSP et PCIME ; élaboration de nouveaux programmes, liaison avec différents organismes.</p> <p><i>Résultats attendus :</i></p> <p>1) amélioration des capacités d'animation et supervision du MSPP, 2) contribution à une meilleure exploitation des données épidémiologiques, 3) amélioration de la qualité et du coût des prestations services (amélioration de l'état de santé des populations ! ?).</p>	2001
S 282	Conseiller technique auprès du DG du CHU (Directeur d'hôpital).	<p>Projet Appui au PNAS (98009700) (sous composante 2-2 appui au CHL).</p> <p><i>Missions :</i> appui au GD pour : amélioration procédures de gestion ; organisation vie institutionnelle ; élaboration d'un projet d'Etablissement (textes, statut, personnel) ; maîtrise des travaux et investissement, politique générale (tarification, gestion personnel, organisation services, règlement intérieur) ; faciliter partenariat avec hop de Nîmes et Bordeaux, animation des AT.</p> <p><i>Résultats :</i> amélioration qualité des prestations du CHL, organisation cohérente et productivité améliorée, favoriser les conditions pour autonomie de gestion du CHU.</p>	
S 223	Médecin-chef du service des urgences au CHL (médecin urgentiste).	<p>Projet appui au PNAS (98009700) – composante 2 : Renforcement de l'offre de soins de Lv.</p> <p><i>Missions :</i> organisation et fonctionnement du service des urgences ; gestion personnel et matériel ; formation du personnel ; prise en charge des blessés dans l'agglomération.</p> <p><i>Résultats attendus :</i> prise en charge des patients et blessés améliorée ; aptitude des médecins face aux urgences améliorée ; meilleure qualité des soins aux urgences.</p>	
S 0218	Chef de service adjoint au Service de Chirurgie de l'appareil locomoteur au CHL (médecin chirurgien).	<p>Projet appui au PNAS (98009700) – composante 2 : Renforcement de l'offre de soins de Lv.</p> <p><i>Missions :</i> Fonctions techniques (consultations, opérations, suivi) et activités de formation théorique et pratique.</p> <p><i>Résultats attendus :</i> amélioration des compétences nationales ; service plus fiable et performant.</p>	
S 220	Responsable maintenance au CHL (ingénieur).	<p>Projet Appui au PNAS – sous composante n°2-2 / CHL.</p> <p><i>Rôle :</i> Chargé du programme de maintenance auprès du DG du CHL.</p> <p><i>Mission :</i> restructuration des services généraux, suivi des travaux de rénovation, adoption d'une politique de maintenance des équipements (inventaire des équipements, suivi des contrats de maintenance..), transfert de compétences, constitution d'une Direction technique + conseil au Service National de Maintenance su MSP.</p> <p><i>Résultats attendus :</i> fonction de maintenance du CHL optimisée, pérennisation des activités, personnels formés, contribution à la mise en place d'une politique nationale de maintenance des équipements biomédicaux.</p>	1999 (2 ans)

N°poste	Intitulé	Contenu	Année
S0236	Assistant chargé de la qualité des soins auprès de la DG du CHL (cadre infirmier).	Projet Appui au PNAS (98009700) (sous composante 2-2 appui au CHL). <i>Missions</i> : définir politique d'amélioration des soins infirmiers ; protocoles d'amélioration de l'hygiène, procédures élimination des déchets hospitaliers : estimation des besoins et plan de formation, participation à l'équipe de direction de l'hôpital. <i>Résultats attendus</i> : qualité des soins et gestes professionnels améliorés ; dynamisation des équipes soignantes, axes politique du domaine des soins.	1996
S 232	Conseiller technique de l'infirmière générale des blocs opératoire et stérilisation centrale (cadre infirmier).	Projet Appui au PNAS (sous composante 2-2 appui au CHL). <i>Missions</i> : Encadrement et formation du personnel aux techniques en salles d'opération et stérilisation ; formation des majors ; organisation des activités et gestion des matériels. <i>Résultats attendus</i> : succession aux différentes fonctions assurées ; personnel formé ; acquisition des nouvelles méthodes de travail et intégration des équipes dans les structures rénovées.	2000
S 210	Conseiller technique de l'infirmier major du service des urgences du CHL (cadre infirmier).	Projet Appui au PNAS.- composante 22 réorganisation du CHL. <i>Missions</i> : superviser le fonctionnement du service des urgences, organiser le système d'admission dans les services du CHL ; encadrement et formation des personnels des urgences ; élaboration des protocoles de soins, procédures de décontamination et d'entretien, gestion des activités et matériels. <i>Résultats attendus</i> : optimisation du service des urgences, formation du personnel, organisation de la gestion, planification et travail en équipe.	2001
S 0021	Conseiller technique du Directeur de la région sanitaire de Libreville (médecin SP).	Projet Appui au PNAS (98009700) (appui à l'installation et au développement de la DRS de Libreville). <i>Missions</i> : analyse de la demande et offre de soins et planification pour amélioration de la couverture sanitaire; appui à la mise en œuvre d'action de formation, développement d'activités de médecine curative et préventive, évaluation des activités sanitaires, recueil et exploitation des données sanitaires ; mise en place du PMA dans les FS. <i>Résultats attendus</i> : développement de la DRSL ; mise en place des PMA ; amélioration de la qualité et accessibilité des soins des centres de santé pilotes : rationalisation de la couverture sanitaire de Libreville.	
S 0237	Conseiller technique du Directeur de la région sanitaire de Libreville.	<i>Missions</i> * appui au développement de la DRSL : réhabilitation et organisation fonctionnelle de la DRSL, formation continue du personnel ; développement et supervision des activités curatives, préventives et éducation sanitaire ; mise en place PMS ; SIS, étude pour programmation d'actions prioritaires ; carte et planification sanitaire de la région ; * amélioration de la couverture sanitaire de Lv : réhabilitation de centres de santé, amélioration du fonctionnement et accessibilité financière. <i>Résultats attendus</i> : TRSL équipée et fonctionnelle, intégration des PMA ; couverture sanitaire rationalisée, qualité des soins améliorée.	1999

N°poste	Intitulé	Contenu	Année
S 0023	Conseiller médical auprès du CTA du CHL et du PNLS (médecin VIH).	<p>Lutte contre le Sida.</p> <p><i>Missions</i> : formation des personnels pour prise en charge des patients VIH ; exploitation des données épidémiologiques ; mise en place d'actions de prévention des AES ds politique d'hygiène hospitalière ; recherche clinique et enseignement.</p> <p><i>Résultats attendus</i> : non définis.</p>	
S 0207	Conseiller du MSPP chargé du médicament (pharmacien).	<p>Projet Appui au PNAS - composante appui à la restructuration du secteur pharmaceutique.</p> <p><i>Missions</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Appui au MSPP : rédaction des textes législatifs et réglementaires et harmonisation avec accords régionaux et internationaux; participation aux travaux sur le financement des médicaments et le R/C ; amélioration du système décentralisé de distribution des médicaments dans les FS ; mise en place de procédures de contrôle de gestion et pharmaceutique ; études sur la prescription et la dispensation du MEG et contribution des ménages. - Appui à la DPM : mise en place des textes et de la PPN, système d'information de la DPM, indicateurs de suivi de la PPN ; étude évaluation du marché pharmaceutique gabonais ; mise en place carte pharmaceutique, procédures de contrôle des importations. - Appui à l'OPN : Appui aux procédures : gestion des stocks et financières, achats, distribution ; formation des prescripteurs et gestionnaires à l'usage rationnel des MEG. <p><i>Résultats attendus</i> : réalisation des objectifs du PNAS concernant la gestion du secteur pharmaceutique. ; amélioration de l'accessibilité au MEG.</p>	2001
S 0283	Directeur de l'Hôpital Schweitzer (Agent de direction).	<p><i>Missions</i> : gestion du "village hôpital", mise en œuvre du projet de développement ; expérimentation de nouvelles procédures de gestion ; recherche de financements.</p>	

DESCRIPTION DES PHASES D'UN PROJET / MAE

ANNEXE 25

Phases	Acteurs	Résultats attendus	Outils/ Supports	Remarques
Conception	Partenaires bénéficiaires SCAC Département	Justification. Identification /définition : - objectifs - résultats attendus - stratégies / actions - programmation / délais - acteurs - indicateurs - budget.	Fiche de prise en considération. Rapport de présentation. Descriptif Projet. Lettre de mission (Cahier de charge) acceptation des LM et des Cv par le partenaire.	Parfois conçu seulement au MAE et en solo ou par l'AT pour prolonger son action. Ambiguïté des objectifs. Insuffisance de la programmation/ indicateurs. Ambiguïté lettre de mission : description de poste/contrat. Cloisonnement au sein du Dpt et avec SCAC.
Négociation Décision	MSPP Poste	Prérequis / contrepartie. Signature convention.	Convention.	Délai parfois important avant signature Sous estimation des délais dans la programmation.
Préparation	Département SCAC	Constitution de l'équipe. Clarification de la mission / AT. Questions d'intendance traitées. Information du partenaire.	Documentation. Réunion d'équipe.	Manque de rigueur recrutement et préparation. Pas de préparation et de réunion de l'équipe en amont. Pb d'articulation souhait/contrainte Dpt/SCAC. Manque d'information des bénéficiaires.
Conduite	Chef de projet/ chef de file	Avancement conforme du projet. Travail d'équipe. Relations transversales. Réflexion.	Planning. Tableau d'avancement. Consommation budget. Réunion coordination.	Absence de coordination organisée (tentatives timides). Grande indépendance des AT et cloisonnement des composantes. Absence d'outils.
Réalisation	Equipe AT Partenaire gabonais	Objectifs atteints de façon satisfaisante. Programmation respectée dans les délais. Partenariat en co-équipe.	Etat d'avancement /composante. Réunions d'équipe. Réunion avec partenaire. Rapport d'activité.	Absence d'outils. Lourdeur des procédures administratives. Manque de soutien des AT par l'administrat. Faiblesse de mobilisation de la structure pour assurer le succès. Rapports non exploités.
Suivi/ supervision	Conseiller multimission Comité de pilotage (part.)	Point régulier sur l'avancement du Projet. Correctif si besoin est. Point avec les partenaires.	Entretien inter-individuel. Rapport commenté. Réunion.	Fonction indispensable dépend de l'initiative du conseiller multimission (en voie de structuration). Pas de cohésion avec l'équipe. Rapports non structurés. Pas d'échanges avec expériences régionales. Réunion unique du comité de pilotage.
Evaluation	Interne (Département) Externe	Bilan des réalisations Appréciation du projet.	Entretien. Grille d'analyse. Debriefing. Rapport.	Non systématique.

BOURSES FINANÇÉES PAR LA COOPÉRATION FRANÇAISE

ANNEXE 26

Bourses

Année	Domaine	mois	coût (FF)
1992	Fac médecine : Biologie clinique	1	12 500
1993	Fac médecine : Biologie clinique	11	73 585
	Science centre hospitalier	3	32 200
1994	Fac médecine : Biologie clinique	7	77 700
	Science centre hospitalier	1	16 100
	Science centre hospitalier	2	32 200
1995	Techniques (Anvers)	2	30 400
	Cancérologie (CH)	3	40 100
	Endoscopie (CH)	1	20 700
1996	Toxicologie	3	30 600
	Agreg anatomo pathologie	3	30 700
	Techniques et sciences	3	74 600
	Cancérologie (CH)	3	23 300
	Science centre hospitalier	3	37 500
1997	Toxicologie	12	111 800
	Cancérologie (CH)	10	101 900
1998	Toxicologie	12	105 025
	Médecine tropicale (Benin)	1	19 800
1999	Médecine tropicale (Marseille)	1	17 000
	Epidémiologie (Dakar)	1	11 800
	Santé publique (CHR Nîmes)	1	16 100
	Pharmacie / Pharmacopée	1	20 200
	Pharmacie / Pharmacopée	1	20 200
2000	Santé publique (CHR Nîmes)	2	4 300
	Santé publique (Cameroun)	1	2 300
2001	Santé publique (Cameroun)	1	2 300
	Santé publique (Cesame)	11	6 010
	Santé publique (Cesame)	11	6 010
	Santé publique (CHR Nîmes)	1	3 000
	Santé publique (Cameroun)	1	2 300
2002	Autres sciences	1	3 000
	25 personnes bénéficiaires	115	985 230

Stages complémentaires gérés par EGIDE

Année	Domaine	Nb mois	Montant bourse (FF)	Dépense globale (FF)
1994	Parasitologie (Bobo Dioulasso)	6	800	19 490
1995	Epidémiologie (Inst A. Fournier)	1	5 350	25 530
1999	Epidémiologie (Inst A. Fournier)	1	5 810	26 420
1999	Génie sanitaire (Ouagadougou)	10	1 150	59 800
2000	Génie sanitaire (Ouagadougou)	10	1 200	57 520
Jumelage	CHU Nîmes			
1997	Directeur hôpital	1	5 750	15 200
1998	Infirmier	1	5 800	17 000
	Médecine générale	2	5 800	16 380
Total	8 personnes	32		237 340

Le secteur pharmaceutique des pays francophones est traditionnellement pour la France un champ de forte implication. En développant des composantes pharmaceutiques conséquentes dans les 2 projets santé consécutifs qu'elle a menés en dix ans au Gabon, l'action française s'est attachée d'une part à organiser un cadre institutionnel capable de mettre en œuvre une politique pharmaceutique cohérente et d'autre part à redresser la structure publique d'approvisionnement en médicaments. Ces objectifs affichés étaient pertinents dans la mesure où il n'existait pas de structure institutionnelle spécifique chargée de ce secteur, où l'environnement législatif et réglementaire était dépassée (calquée sur la période coloniale), et, enfin, où la Pharmapro connaissait de graves défaillances (à l'instar de la plupart des systèmes publics d'approvisionnement de ce type).

Première période (1992 à 1998)

Le développement de ces composantes s'est fait en continuité, lié aux compétences des assistants techniques qui se sont succédés à ce poste. On distingue 2 périodes : La première de 92 à 98 a été davantage une phase de conception qui s'est concrétisée par plusieurs textes : (1) réorganisant le MSPP en 1997 avec la création d'une Direction du médicament et de la pharmacie et du service d'inspection pharmaceutique, (2) d'ordre réglementaire, (3) remplaçant la Pharmapro par un Office National d'Approvisionnement. Ces textes sont restés toutefois sans application concrète pendant encore 2 années. Au cours de cette période, la situation du secteur pharmaceutique a été fortement perturbée par la dévaluation du franc CFA. Les aides ont alors été déployées pour l'apurement des impayés (auprès de fournisseurs français) et la réhabilitation des bâtiments de la Pharmapro⁷⁵ (contreparties gabonaises non effectuées). Par contre, il n'y a pas eu à cette occasion de réelles modifications des pratiques d'achats de la Pharmapro qui sont restées inchangées contrairement à la plupart des pays de la sous région qui à la suite de la dévaluation ont amorcé des campagnes d'achat de génériques. En ce sens les orientations préconisées par les bailleurs de fonds dont la France dans le cadre des rencontres des ministres de la zone Franc, n'ont été mises en œuvre que tardivement et avec réticence au Gabon.

Deuxième période : depuis 1998

Il a fallu attendre 1998 pour qu'apparaissent des réalisations dans ce domaine. Cette 2^e période, de 1998 à 2000, a connu des progrès significatifs, tant au niveau du cadre institutionnel, que du point de vue de la réglementation et de l'approvisionnement pharmaceutique, ces avancées sont largement liées aux compétences et au dynamisme de l'assistance technique. La Direction du médicament et de la pharmacie, après la nomination de son directeur, a été installée, dotée de moyens (notamment informatique), et ses activités ont été organisées et mises en route. Le dispositif législatif et réglementaire a été révisé (proposition d'une nouvelle Loi) et de nombreux textes d'application ont été préparés. Les procédures de gestion informatisées et les techniques d'achats développées à l'OPN ont permis une amélioration sensible de l'approvisionnement en médicaments génériques à prix plus compétitifs dans le secteur public. Une synergie constructive des différents partenaires intervenant dans le secteur (Union Européenne, Unicef, OMS) s'est développée avec des actions complémentaires ou communes pour la formulation de la politique pharmaceutique, l'élaboration de listes de médicaments essentiels, la formation à la gestion et à la prescription, l'élaboration d'outils d'aide à la prescription.

Résultats

Ces avancées, à mettre au crédit de l'appui institutionnel français, sont toutefois limitées dans leur portée. En effet :

L'environnement institutionnel et législatif, s'il a pu se structurer, est loin d'être totalement opérationnel et nécessite maintenant d'être avalisé (adoption de la Loi et texte d'organisation de la DMP) et doté de moyens (inspection opérationnelle) pour jouer pour remplir sa mission. (il n'y a notamment aucun régulation des prix, ni aucun contrôle des importations).

L'impact positif des actions de formation des prescripteurs et de promotion des MEG a pu être mesuré par des enquêtes sur la prescription et la dispensation du MEG effectuées en 1998 et 2000. Il en ressort un abaissement de 50 % du prix moyen de l'ordonnance dans le secteur public (effet OPN), une forte augmentation du taux de prescription en ME/DCI (passé de 10,5 % à 40,7 % dans le public), et une forte diminution du pourcentage d'actes effectués par des professionnels (médecin et pharmacien) - l'aspect qualitatif n'est pas pris en compte par ce type d'enquête. Sans un relais de ces actions avec l'implication des organismes de formations (initiale et continue) et sans un fort soutien pour promouvoir l'usage rationnel de MEG, ces effets risquent d'être ponctuels et non pérennes.

Les progrès de l'approvisionnement du secteur public, imputables à une gestion et des achats plus efficaces, ont permis un accroissement des volumes de médicaments distribués (MEG, à prix compétitifs), cependant l'approvisionnement reste fortement pénalisé par des budgets aléatoires, des délais de paiement de plusieurs mois (voire années), des circuits de distribution peu sécurisés et une faiblesse ou absence de gestion dans les formations sanitaires. De ce fait la disponibilité des médicaments reste toujours un problème crucial pour les formations sanitaires. Une étude a été menée⁷⁶ sur la problématique de l'approvisionnement pharmaceutique du secteur public en vue de privatiser tout ou partie du système. Cette étude a souligné les acquis techniques de l'OPN, avec un outil de gestion informatisé performant et des compétences d'achat comparables à celles des centrales d'achat d'autres pays africains (résultats qui pourraient encore s'améliorer en diversifiant davantage l'origine des fournisseurs -essentiellement français- et en assurant des délais de paiement normaux). De fait l'OPN est loin de bénéficier des conditions d'autonomie de fonctionnement des autres centrales d'achats africaines, mises en place dans les années 90/95, et qui toutes dépassent aujourd'hui le volume d'activité et les résultats de l'OPN. La solution préconisée de privatiser le système serait certainement une solution radicale (mais très onéreuse) de contourner le problème qui fait obstacle depuis la transformation de la Pharmapro.

Ces obstacles sont indéniablement liés à une forte résistance au changement et un manque de volonté politique, peu impliquée dans la mise en œuvre de moyens garantissant une meilleure disponibilité et accessibilité au médicament. Cette faiblesse institutionnelle et réglementaire⁷⁷ profite à l'évidence au fort lobby du secteur privé, qui préserve ainsi ses intérêts mercantiles. Peu sensible aux problèmes de santé publique, ce secteur défend un système de fixation des prix (marge ad valorem) qui n'est pas favorable à la généralisation de médicaments génériques moins rémunérateurs et qui est très inéquitable. La dépense des ménages pour les médicaments est très élevée, et les prix pratiqués en restreignent l'accès à une partie de la population. Cette situation se retrouve en partie dans le secteur sanitaire public où la disponibilité réduite des médicaments distribués en principe gratuitement, aboutit souvent à un achat dans le privé⁷⁸.

En conclusion, la coopération française a eu des résultats positifs indéniables dans les deux pôles d'intervention développés dans le domaine pharmaceutique avec d'une part une structuration du secteur et d'autre part une meilleure productivité de la dépenses pharmaceutique publique. Par contre les efforts déployés ne sont pas accompagnés des mesures et décisions attendues, et les effets sont actuellement limités par l'immobilisme manifesté par la partie gabonaise. En conséquence, et comme de manière générale dans le domaine de santé publique, le Gabon accuse un retard croissant par rapport aux autres pays de la sous région, dans la mise en œuvre d'une politique pharmaceutique adaptée.

D'autre part, l'influence de la France intervient à la fois à titre de principal partenaire commercial dans

⁷⁶ "La distribution du médicament au Gabon" - juin 2001 - SOS International.

⁷⁷ Un des seuls textes passé est celui exonérant tous les médicaments de taxes et TVA.

⁷⁸ Cas du CHL, où une pénurie "organisée" mène systématiquement à des prescription et des achats dans le privé.

le secteur (exportateur quasi exclusif de médicaments au Gabon), et comme modèle culturel et institutionnel prégnant et peu exemplaire dans le domaine de l'utilisation des génériques. Ces intérêts sont en contradiction avec les orientations prônées par la coopération française pharmaceutique, et placent la France dans une position plutôt ambiguë et peu claire⁷⁹.

Perspectives : poursuite de la coopération française

Le médicament constitue un enjeu très important, de par les intérêts économiques qu'il représente, le poids qu'il pèse dans la dépense des ménages et de par le rôle stratégique qu'il occupe dans la fonctionnalité des structures sanitaires et dans l'acte de soin. La disponibilité et l'accessibilité restent des objectifs fondamentaux non remis en cause.

Compte tenu du rôle et des investissements de la coopération française dans ce domaine et des résultats acquis, il paraît justifié qu'elle prolonge son action dans ce secteur hautement prioritaire. Plusieurs axes sont à poursuivre :

- **Cadre institutionnel** : mis en place et devenu opérationnel, il nécessite d'être consolidé pour qu'il joue pleinement son rôle de régulateur du secteur. Son action devra être renforcée dans les domaines suivants : (1) contrôle et application des textes (contrôle des importations, contrôle qualitatif, inspection pharmaceutique), (2) information sur les médicaments (sensibilisation à l'usage rationnel, données économiques, pharmacovigilance), (3) promotion de la politique de médicaments essentiels génériques (prix, sensibilisation, IEC)
- **OPN** : l'appui français a été hautement productif à ce niveau et il serait utile de préserver ces acquis en renforçant le transfert de compétences et en poursuivant un appui technique à l'équipe de direction de cette structure. Ceci étant, dans les conditions actuelles de financement et de statut octroyé par l'Etat à l'OPN, à savoir : absence d'autonomie, absence de circuits financiers, absence de maîtrise de gestion du personnel et budgets non consolidés, les progrès que l'on peut attendre de cette structure seront de portée limitée. La technicité développée jusqu'à présent en terme de modalités d'achat, de gestion et d'informatisation, ne pourra être beaucoup plus productive qu'aujourd'hui. Par contre si ces conditions évoluent, ce qui est attendu - et espéré- depuis des années, il y a de réelles perspectives de développement du système d'approvisionnement à envisager. Dans ce cas, l'appui technique français sera pleinement justifié pour accompagner l'évolution de cette structure dans une logique d'entreprise en vue de développer l'offre de génériques sur le marché national et d'améliorer perceptiblement la disponibilité du médicament dans les structures de soins en développant et sécurisant le dispositif de distribution.
- **Développement des médicaments génériques** : c'est un des défis incontournables de ces prochaines années (en France comme au Gabon) et devra devenir le nouveau cheval de bataille de la coopération française. Il n'y a plus lieu de considérer le générique comme un "sous" médicament réservé au secteur public. La (future) nouvelle donne en matière de financement et de couverture sociale nécessitera d'abandonner le système inflationniste actuel et de rationaliser les coûts de santé et inévitablement la consommation pharmaceutique. Dans cette perspective tous les secteurs devront y recourir, il sera donc nécessaire de développer au Gabon une offre de génériques qui s'adresse aussi au secteur parapublic et privé, que ce soit par le biais de l'OPN – qui a un savoir-faire dans ce domaine mais ne dispose pas de l'environnement adéquat pour évoluer- ou par d'autres opérateurs.
- **Rôle du secteur privé** : compte tenu de la part de dépense des ménages pour les médicaments dans ce secteur, il est évident qu'un abaissement des prix des médicaments aura un résultat immédiat et positif. Le développement de la part des génériques dans ce secteur d'une part, et la révision du système de fixation des prix des médicaments d'autre part sont les deux stratégies à mener qui auront un impact direct sur l'accès aux médicaments. Une forte résistance est à attendre de la part du secteur privé, compte tenu de la prédominance du lobby pharmaceutique. Ceci étant, un dialogue doit s'ouvrir avec les professionnels de ce secteur sur ces questions et sur les nouvelles orientations à prendre. Une prise de conscience de tous les professionnels (et des responsables) face aux priorités actuelles (notamment lutte contre le sida) et aux enjeux de santé publique doit être suscitée et conduire à un changement radical de mentalité.

⁷⁹ Cette situation de conflit d'intérêt est décrite dans le rapport d'étape "Evaluation de la coopération du ministère des affaires étrangères dans le secteur pharmaceutique" - juin 2002.

Pré-requis : Plusieurs signes forts sont attendus de la partie gabonaise, signant un réel engagement dans la politique pharmaceutique supportée par les partenaires au développement et la coopération française. Il s'agit principalement de l'adoption du projet de loi pharmaceutique (auquel ont adhéré les professionnels) préparé en 2000, et de la mise en place d'un environnement adéquat pour le développement de l'OPN (autonomie de gestion, statut juridique, recouvrement des coûts ...). Les solutions du type privatisation des services de l'OPN, si elles sont appliquées, conduiront vraisemblablement à de meilleures performances techniques mais ne feront qu'accroître l'inégalité du système et creuser le fossé existant. Le Gabon doit faire face à ses responsabilités, sans prises de décision ni changement de comportement, la même situation perdurera et les mêmes conditions conduiront aux mêmes effets. Le décalage avec les autres pays africains qui ont réussi à engager des actions volontaristes dans le domaine du médicament sera d'autant plus important.

LA RECHERCHE

Parasitologie

La recherche est centrée sur le paludisme : neuro-paludisme en collaboration avec l'hôpital régional de Franceville, l'interaction entre le paludisme et l'hépatite C et B, les résistances aux médicaments anti-paludéens. Les études sur la filariose (loa loa) sont plus restreintes. Ils existent des collaborations avec l'INSERM, l'Institut Pasteur Paris et l'Université de Libreville.

Le dernier Conseil scientifique s'est prononcé pour faire de la recherche sur la Trypanosomiase humaine africaine, qui est en ré-émergence sous forme épidémique dans les pays voisins du Gabon. Un projet de partenariat avec le MSPP du Gabon et celui de l'Angola est en préparation sous financement du SCAC de Luanda.

La Coopération française a affecté depuis novembre 2001 un médecin-biologiste comme chef de service.

Rétro Virologie

La recherche se concentre sur la diversité et la prévalence des virus de primates et sur les conséquences sur l'homme (infection SIV chez les mandrilles comme modèle pathogène). Ces études sont financées essentiellement par l'ARNS, le CEA, l'OMS, l'Université de Tulane (USA).

Depuis 4 ans il n'y a pas d'études sur le terrain.

Le chef de service est un coopérant français.

Maladies émergentes (Ebola, Margurg, Monkey pox)

Ce service se concentre actuellement à la recherche sur Ebola : virologie, caractérisation des souches, immunologie, réponse immunitaire, recherche sur le réservoir animal, chaîne de transmission.

Le laboratoire de haute sécurité P4 est un capital pour les analyses de l'Ebola. Il est devenu le laboratoire national de référence opérationnel pour les fièvres hémorragiques virales.

Un projet de recherche du réservoir du virus Ebola et une enquête de séro-prévalence dans la population gabonaise ont été acceptés en premier examen (FPC) par le MAEF pour un montant de 800 000 Euros. Il est prévu que la Coopération Française finance un poste de chercheur.

Compte tenu des outils spécifiques du labo P4, de son personnel spécialisé et de sa capacité d'intervention sur le terrain, ce service bénéficie d'une autonomie fonctionnelle au sein du CIRMF.

Primatologie

Le Centre de primatologie (CDP) est un des pôles d'excellence spécifique du CIRMF par ses colonies de 450 primates dont 180 mandrilles en semi-captivité et les activités scientifiques expérimentales menées avec les autres services du CIRMF. En matière de recherche propre des études éthologiques sont menées. La station d'études des gorilles et des chimpanzés fait la recherche sur les structures sociales des gorilles et des mandrilles. Cette entité de recherche collabore étroitement avec le CIRMF. L'appui financier (environ 100 m FCFA) comprend entre autres le salaire de deux chercheurs qui sont rattachés à l'Université de Cardiff. Pour mieux assurer la surveillance des animaux, un poste de vétérinaire pris en charge par la Coopération française va être ouvert.

Le Laboratoire d'analyse médicale (LAM)

Ce laboratoire permet de traiter le besoin d'analyse interne au CIRMF. Il sert également de laboratoire de référence pour les besoins de santé publique, soit au service de la population locale, soit aux services de l'Hôpital Régional). L'activité de biologie clinique a considérablement baissé durant les deux dernières années.

LA FORMATION ET L'ENSEIGNEMENT

L'Ecole Doctorale Régionale de Franceville (EDRF)

Créée en 1996 sous l'égide de l'Association Universitaire de la Francophonie (AUF), l'EDRF n'a réellement été mise en place qu'en janvier 1998. L'EDRF intéresse le Gabon, le Cameroun, le Tchad, la Centrafrique et le Congo. Elle a son siège à Franceville. Son but est de faire passer des doctorats en sciences biologiques à des étudiants africains ressortissants des 5 pays inscrits dans ce programme. Le cursus se décompose en 6 mois de cours théoriques à Franceville, 6 mois de stage dans un laboratoire de recherche médicale des états-membres et enfin un an en France ou en Belgique.

Jusqu'à présent, une seule promotion a été prise en charge : de douze initialement, les étudiants ne sont que 6 aujourd'hui dont un seul gabonais.

L'EDRF se trouve *de facto* en état de paralysie en raison des nombreux problèmes, en grande partie d'origine gabonaise : le Gabon n'a pas versé les bourses promises aux étudiants, l'hébergement des étudiants et des enseignants n'a pas été organisé, la Direction de l'EDRF n'a pas assumé ses fonctions, le rôle de l'Université de Libreville n'étant pas clair. Par contre les universités européennes restent prêtes à accueillir les étudiants.

Dans l'action CIRMF 2000, en matière de formation, les objectifs suivants sont formulés : enseignement DEA, doctoral et post-doctoral, la participation aux enseignements des centres universitaires, l'accueil de stagiaires et l'organisation de séminaires internationaux/interafricains.

Après 10 ans, le bilan en matière de formation et d'enseignement est plutôt maigre : à part la venue de quelques stagiaires européens, aucun programme de stage pour les étudiants du Gabon ou de la région, aucune collaboration avec la faculté de médecine et le centre universitaire de Libreville n'ont pu être établis.

Entre l'Université de Libreville et le CIRMF il n'y a pas de passerelle institutionnalisée, et ceci malgré le fait que le Doyen de la Faculté soit membre du Conseil scientifique du CIRMF depuis deux ans. A l'exception de la parasitologie, il n'y a pas de projet de recherche commun.

Les relations avec le monde scientifique

Le CIRMF a des collaborations avec de nombreux centres de recherche, universités et organismes internationaux. Par ex. : l'Université de Cardiff, le CNRS, l'Institut Pasteur de Paris, l'INSERM, l'Institut Pasteur de Bangui, l'INRS-Kinshasa, l'Institut Pasteur de Dakar, l'Université Tulane (USA), le NIV-Johannesburg-Afrique du Sud, le CDC-Atlanta, l'OMS.

La plupart de ces collaborations sont basées sur les contacts individuels des chercheurs, mais en fait, l'on peut déplorer un certain isolement scientifique, lié en partie à l'isolement géographique. Un vrai réseau scientifique avec des échanges au plan international fait défaut. Compte tenu des enjeux de la recherche et de la surveillance épidémiologique des maladies émergentes, le soutien de l'OMS en ce domaine est essentiel pour le CIRMF. C'est pourquoi l'obtention du statut de Centre collaborateur de l'OMS apparaît comme vital.

La communication avec le monde scientifique n'est pas suffisante pour en faire un centre d'excellence. Il y a la nécessité de mieux faire connaître les possibilités du CIRMF : compétences, plateau technique, centre de primatologie, structures d'accueil etc. Malgré les efforts des chercheurs du CIRMF qui publient régulièrement dans les journaux scientifiques, la production scientifique du CIRMF comme centre d'excellence proprement dit n'est pas suffisamment visible. Ainsi, les rapports scientifiques devraient de par leurs formats et contenus intéresser davantage les chercheurs internationaux et être diffusé à large échelle.

Même au Gabon, la vocation scientifique du CIRMF ne se répercute pas ni dans le secteur santé ni en recherche opérationnelle ou fondamentale. Le MSPP par exemple, n'a pas le réflexe de recourir au CIRMF – sauf dans le cas d'Ebola – tandis que le CIRMF pourrait être un centre de référence pour les laboratoires, l'enseignement et l'encadrement académique.

TITRES PARUS DANS LA SÉRIE "ÉVALUATIONS"

1	La coopération française et les entreprises en Afrique subsaharienne	1989
2	L'aide française au Burkina Faso	1989
3	Le programme des volontaires européens de développement - Évaluation de la phase pilote (1986-1988)	1989
4	L'aide française à l'île Maurice (1979-1989)	1990
5	Les centres culturels français en Afrique - Évaluation de l'action des CCF dans les pays du Champ	1991
6	L'école nationale supérieure des industries agro-alimentaires du Cameroun (ENSIAAC) Dix ans de coopération en matière de formation technique supérieure	1991
7	Les coopératives d'anciens combattants de Guinée-Bissau - Évaluation de l'aide publique française	1992
8	Faune sauvage africaine. Bilan 1980-1990 - Recommandations et stratégie des actions de la coopération française	1992
9	Le système douanier automatisé (SYDONIA) - Évaluation de l'aide française à la mise en place et au développement du programme SYDONIA	1992
10	Le comité interafricain d'études hydrauliques (CIEH) - Évaluation de l'aide publique française (1981-1990)	1992
11	La politique des bourses - Évaluation de l'aide publique française (1979-1988)	1993
12	La reconversion des agents de la fonction publique en Guinée - Évaluation de l'aide française (1986-1992)	1993
13	L'association française des volontaires du progrès (AFVP) - Évaluation d'actions financées sur crédits FAC entre 1980 et 1990	1993
14	L'appui dans les secteurs du plan et des statistiques - Évaluation de la politique française (1975-1990)	1993
15	L'appui aux formations dans le secteur BTP - Évaluation de la politique française (1984-1992)	1993
16	L'appui au système éducatif tchadien - Évaluation du projet (1983-1992)	1993
17	Les opérations villages-centres au Congo : Mindouli et Lékana - Évaluation de l'aide française (1982-1992)	1994
18	L'appui dans le domaine du livre et de l'écrit - Évaluation de l'aide publique française (1980-1992)	1994
19	Les administrations mauritaniennes des finances et du plan - Évaluation de l'aide française (1979-1991)	1994
20	Les réseaux de développement - Évaluation de leur utilisation par le ministère de la Coopération (1982-1992)	1994
21	La politique du ministère en faveur de la coopération décentralisée Évaluation de la coopération française (1982-1992)	1994
22	La politique des crédits déconcentrés d'intervention - Évaluation de la politique française (1988-1993)	1994
23	L'appui à la télévision en Afrique subsaharienne - Évaluation de l'aide française (1975-1991)	1994
24	L'appui au développement urbain et à la gestion locale au Bénin et à Madagascar Évaluation de l'aide française (1982-1994)	1995
25	La navigation aérienne et les activités aéroportuaires en Afrique subsaharienne et dans l'Océan indien Évaluation de l'aide française (1975-1992)	1995
26	Le volontariat français dans les pays en développement - Évaluation 1988- 1994	1995
27	Processus de privatisation en santé animale - À partir des études de cas : Burkina Faso, Guinée, Niger et République Centrafricaine	1996
28	Évaluation du projet d'appui à la décentralisation et au développement urbain au Sénégal - Évaluation 1992-1995	1996
29	Conséquences de la suspension de la coopération - Évaluation à partir des cas du Togo, du Zaïre et d'Haïti	1996
30	La dimension "environnement" dans les politiques et les projets du ministère de la Coopération - Évaluation de la politique française (1972-1995)	1996
31	Réseau d'appui documentaire agricole "AGRIDOC"	1997
32	Les projets de quartiers et formulation d'éléments de réflexion pour l'élaboration d'une stratégie	1997
33	La coopération documentaire - Évaluation rétrospective des orientations et des activités de 1985 à 1995. Études de cas : Madagascar, Mali, Niger	1997

34	Étude de synthèse d'évaluations de l'action des ONG (4 études de cas)	1997
35	Évaluation rétrospective des programmes d'appui aux administrations financières et économiques (PAAFIE) Cas du Bénin, du Cameroun et de la Côte d'Ivoire - Synthèse	1998
36	Évaluation de la mobilisation de l'expertise externe en développement du ministère de la Coopération.	1998
37	Évaluation du programme mobilisateur "Femmes et développement"	1998
H.C.	Évaluations. Résumés et suivi des recommandations	1998
38	Évaluation rétrospective des FAC d'intérêt général (91, 93, 95) consacrés à l'appui à la politique sectorielle en éducation formation - Rapport final	1998
39	L'évaluation de la politique française d'aide dans le secteur minier	1998
40	Évaluation de l'aide française dans le secteur hospitalier - Afrique subsaharienne et Madagascar (1987-1996)	1999
41	Évaluation de la politique française d'aide dans le secteur Jeunesse et Sports - Évaluation de la politique française de Coopération dans les pays de l'ancien champ (1980-1997)	1999
42	Évaluation du programme CAMPUS - Coopération avec l'Afrique et Madagascar pour la promotion universitaire et scientifique (1986-1998)	2000
43	Évaluation avec les partenaires multilatéraux - Cofinancements du ministère de la Coopération (1990-1997)	2000
44	Évaluation de la coopération française dans le secteur santé au Cambodge	2000
45	Évaluation des systèmes financiers décentralisés (SFD) - Synthèse	2000
46	Évaluation du projet ARCHES - Appui aux enseignements sur la contextualisation et l'harmonisation des enseignements secondaires	2000
47	Projet Santé Abidjan - Évaluation des formations sanitaires urbaines à base communautaire, FSU-Com (1993-1999)	2000
48	Évaluation du F3E - Fonds pour la promotion des études préalables, des études transversales et des évaluations	2001
49	Évaluation des actions de l'aide française dans le secteur agricole et l'environnement à Madagascar	2001
50	Évaluation du programme développement local et migration au Mali et au Sénégal (1990-1997)	2001
51	Évaluation des programmes de lutte contre le VIH/SIDA (1987-1997) - [2 volumes] I rapport principal - II Annexes	2001
52	Évaluation des programmes prioritaires Palestine et Viêt-nam	2001
53	Évaluation de la formation des personnels de santé en Afrique subsaharienne et à Madagascar de 1987 à 1998	2001
54	Étudier en français en Europe centrale et orientale - Évaluation des filières universitaires francophones	2001
55	Évaluation d'actions de coopération franco-marocaines pour la recherche scientifique. Programmes d'actions intégrées (PAI)	2001
56	Évaluation du pôle régional de recherche appliquée au développement des savanes d'Afrique centrale (Prasac) du Coraf (1998-2001)	2001
57	Évaluation de la coopération télévisuelle en Afrique subsaharienne (1995-2000)	2001
58	Rapprocher les jeunes du Sud et du Nord – Évaluation de "Ville.Vie.Vacances-Solidarité internationale" et de "Jeunesse-Solidarité internationale"	2002
59	Évaluation de l'aide française dans le secteur pharmaceutique - Afrique subsaharienne et Madagascar (1994-2001)	2003
60	Culture et langue française en Amérique centrale - Évaluation rétrospective de la coopération menée par la France entre 1996 et 2001, dans les domaines culturel et linguistique et éducatif avec le Costa Rica, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua, le Panama et le Salvador	2003
61	Fonds social de développement – Évaluation du dispositif de crédits déconcentrés (1996-2001)	2003
62	Festival international des francophonies en Limousin	2003
63	Évaluation de la coopération française dans le secteur santé au Gabon	2003
64	Appui à la professionnalisation des opérateurs culturels du continent africain	2003