



NOTE CONCEPTUELLE TUBERCULOSE GABON

Investir pour obtenir un impact contre la tuberculose

Une note conceptuelle met en évidence les raisons justifiant un investissement de la part du Fonds mondial. Chaque note conceptuelle doit décrire une stratégie, appuyée par des données techniques indiquant en quoi cette démarche sera efficace. Guidée par une stratégie nationale en matière de santé et par un plan stratégique national de lutte contre la maladie, cette note établit des priorités relatives aux besoins d'un pays dans un contexte élargi. En outre, elle décrit comment la mise en œuvre de la subvention obtenue peut maximiser l'impact de l'investissement, en atteignant un maximum de personnes et avec le plus fort impact possible sur leur santé.

Une note conceptuelle est composée des sections suivantes :

Section 1 : Description de la situation épidémiologique du pays, notamment des systèmes de santé et des obstacles à l'accès aux soins, ainsi que de la riposte nationale.

Section 2 : Informations concernant le paysage global des financements nationaux et leur viabilité.

Section 3 : Demande de financement adressée au Fonds mondial, comprenant une analyse des lacunes programmatiques, une justification et une description, ainsi qu'un document-type modulaire.

Section 4 : Modalités de mise en œuvre et évaluation des risques.

REMARQUE IMPORTANTE : *Ce modèle et ses tableaux clés sont susceptibles d'être légèrement modifiés suite aux nouvelles décisions attendues début 2014.*

Les candidats doivent se référer aux instructions relatives à la note conceptuelle standard afin de compléter ce modèle.

RÉSUMÉ

Informations sur le candidat

Pays	GABON	Composante	TB
Date de début de la demande de financement	1^{er} janvier 2016	Date de fin de la demande de financement	31 décembre 2018
Bénéficiaire principal	Ministère de la Santé et de la Prévoyance Sociale		
			

➤ RESUME

Le Gabon, pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et à développement humain contrasté, n'a encore jamais bénéficié de financement du FM en matière de lutte contre la TB. Au plan épidémiologique, il se caractérise par une forte charge de morbidité TB, avec une incidence et une prévalence estimées respectivement à 423 cas et 578 cas pour 100 000 habitants, une épidémie généralisée à VIH et l'émergence des cas de TB-MR.

La lutte contre la TB est confrontée à de nombreux défis superposables à ceux des piliers du système national de santé: leadership et gouvernance peu affirmés, insuffisance du financement et des ressources humaines, faiblesse du système d'information sanitaire et des technologies, prestations des services sous optimales en qualité et en quantité, auxquels s'ajoute une absence d'implication des communautés. Tout ceci explique les faibles performances du PNLT par rapport aux cibles mondiales.

Bien que la lutte contre la TB au Gabon soit financée à plus de 90% par l'Etat, cette dotation, représentant en moyenne 0.2% du budget alloué à la santé, ne couvre pas les besoins réels du PNLT. Ceci justifie la recherche de financements additionnels, notamment auprès du FM, qui, pour la première fois, alloue une enveloppe au Gabon pour la composante TB, pour un montant de 3 732 270,91 Euros.

La présente demande de financement concerne six modules prioritaires qui sont : (i) prise en charge et prévention, (ii) TB/VIH, (iii) TB-MR, (iv) renforcement des systèmes de santé incluant le suivi & évaluation et la gestion des approvisionnements et stocks, (v) renforcement des systèmes communautaires, ainsi que (vi) gestion du programme.

La mise en œuvre des activités retenues se focalisera en priorité sur les populations vulnérables identifiées à savoir : les enfants de moins de 5 ans, les co-infectés TB/VIH, la population carcérale et les populations vivant dans les zones mal desservies. Les résultats escomptés avec la contribution financière du FM sont : l'augmentation des taux de notification et de succès thérapeutique, l'amélioration de l'accès au dépistage et aux soins pour les patients co-infectés TB-VIH, l'augmentation des cas de TB-MR dépistés et mis sous traitement, la réduction du taux de perdus de vue, l'amélioration des taux de promptitude, de complétude et de la qualité des données, etc.

La gouvernance du projet reposera sur un cadre institutionnel et réglementaire conforme aux directives du FM et aligné au cycle budgétaire du pays. Le mode de sélection du BP et des SB repose sur un processus participatif et transparent. Le BP, le Ministère de la Santé et de la Prévoyance Sociale, dispose d'un organe de coordination, le PNLT qui sera renforcé en ressources humaines, pour garantir la mise en œuvre du projet. Un gestionnaire comptable indépendant sera recruté pour assurer une gestion efficiente des fonds. La mise en œuvre du projet sera mesurée au moyen d'un cadre de performance réaliste et adapté au contexte.

SECTION 1 : CONTEXTE DU PAYS

Cette section recueille des informations relatives au contexte national, notamment l'épidémiologie de la maladie, les systèmes de santé et systèmes communautaires et la situation au regard des droits de l'homme. Cette description est essentielle pour justifier le choix d'interventions appropriées.

1.1 Contexte des systèmes de santé, des systèmes communautaires et de la maladie dans le pays

En faisant référence aux toutes dernières informations épidémiologiques disponibles, associées à l'analyse de portefeuille fournie par le Fonds mondial, mettez en évidence :

- l'épidémiologie actuelle et à venir de la ou des maladies et toute disparité géographique significative relative au risque de maladie ou à sa prévalence ;
- les populations-clés pouvant rencontrer des difficultés majeures d'accès aux services de prévention et de traitement (et pour le VIH et la tuberculose, la disponibilité des services de soins et de prise en charge) ainsi que les facteurs contribuant à cette inégalité ;
- les principales atteintes aux droits de l'homme et les inégalités entre les genres susceptibles d'entraver l'accès aux services de santé ;
- le contexte des systèmes de santé et des systèmes communautaires dans le pays, ainsi que toute contrainte associée.

➤ **Bref aperçu sur le Gabon**



Figure 1 : Carte administrative du Gabon

Le Gabon a une superficie de 267 667 km² dont plus de 85% est couverte de forêt. Il est limité au Nord-Ouest par la Guinée Equatoriale, au Nord par le Cameroun, à l'Est et au Sud par le Congo-Brazzaville et à l'Ouest par l'Océan Atlantique. Estimée à 1 671 711 habitants en 2013 (Rapport du PNUD sur la population, 2014), la population gabonaise est à prédominance féminine (52%). L'espérance de vie est de 64 ans pour les femmes et 62 ans pour les hommes (Rapport Statistiques Sanitaires Mondiales 2014). La capitale politique est Libreville et Port-Gentil est la capitale économique. Administrativement, le Gabon compte 9 provinces, 52 Départements, 27 districts, 152 cantons, 50 communes et 3304 villages et regroupements de villages. Près de 84% de la population vit en zone urbaine, soit 50% à Libreville et Port Gentil, le reste étant réparti le long des axes routiers et fluviaux. Le réseau routier présente de grandes faiblesses, tandis que

le réseau fluvial n'est que partiellement navigable (PSN TB 2014-2018, pages 10 & 11). En 2014, le PNUD classe le Gabon au 112^{ème} rang sur 187 pays avec un IDH de 0,674 et un PNB de 16 977 \$ US par habitant (Source : Rapport PNUD sur la population 2014). Ainsi, il est situé parmi les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et à développement humain moyen. Cependant près de 33% de la population vit en dessous du seuil national de pauvreté et 60% en dessous du seuil de pauvreté relative (PSN TB 2014-2018, page 11).

a) Epidémiologie de la tuberculose au Gabon

Poids de la tuberculose au Gabon : Les données relatives à la situation de la TB au Gabon selon le rapport mondial 2014 de l’OMS pour l’année 2013 sont résumées dans le tableau ci-après. La prévalence estimée de la TB était de 578 cas (294–954) pour 100 000 habitants, tandis que la mortalité estimée due à la TB était de 55 [32-78] cas pour 100 000 habitants.

Tableau I : Estimation du poids de la TB au Gabon en 2013.

Estimations de la charge de TB * 2013	Nombre (en milliers)	Taux (pour 100 000 habitants)
Mortalité (excluant VIH+TB)	0.91 (0.54–1.3)	55 (32–78)
Mortalité (VIH+TB uniquement)	0.18 (0.14–0.23)	11 (8.3–14)
Prévalence (y compris VIH+TB)	9.7 (4.9–16)	578 (294–954)
Incidence (y compris VIH+TB)	7.1 (6.3–8)	423 (378–476)
Incidence (VIH+TB uniquement)	0.79 (0.7–0.89)	47 (42–53)
Détection des cas, toutes formes confondues (%)	73 (65–82)	

Estimations de la charge de TB-MR * 2013	Nouveaux	Déjà traités
% des cas de TB avec TB-MR	2.6 (0.01–5.5)	13 (0.2–28)
Cas de TB-MR parmi les cas de TB pulmonaire notifiés	100 (0–220)	110 (2–240)

Source : WHO Report 2014, Global Tuberculosis Control

Evolution:

Selon le Profil épidémiologique de la TB au Gabon 2003-2013 retraçant l’évolution de la maladie au cours des 11 dernières années (page 30), on relève que le nombre de cas TTF est sans cesse croissant passant de 2174 cas en 2003 à 5179 cas en 2013. De même, le nombre de nouveaux cas TPM+ est passé de 1342 en 2003 à 2399 en 2013 (Tableau II).

Tableau II : Evolution de l’incidence des cas TTF et TPM+ de 2003 à 2013.

Années	Populations	Nombre de cas TTF	Nombre de cas TPM+	Taux d’incidence TTF pour 100.000 habitants	Taux d’incidence TPM+ pour 100.000 habitants
2003	1315820	2174	1342	165	102
2004	1 347 125	2588	1439	192	107
2005	1 379 465	2512	1200	182	87
2006	1 412 907	3051	1260	216	89
2007	1 447 388	3714	1627	257	112
2008	1 482 843	4385	1660	296	112
2009	1 519 155	3073	1413	202	93
2010	1 556 222	3473	1728	223	111
2011	1 594 034	4404	2061	276	129
2012	1 632 572	4687	1920	287	118
2013	1 671 711	5179	2399	310	144

L’évolution des taux de notification des cas bactériologiquement confirmés et des cas cliniquement diagnostiqués est irrégulière, indiquant un non-respect des directives nationales de dépistage. Sept régions sanitaires, représentant 83% de la population du Gabon, affichent des taux de notification supérieurs à 250 cas/100 000 habitants (Figure 2).

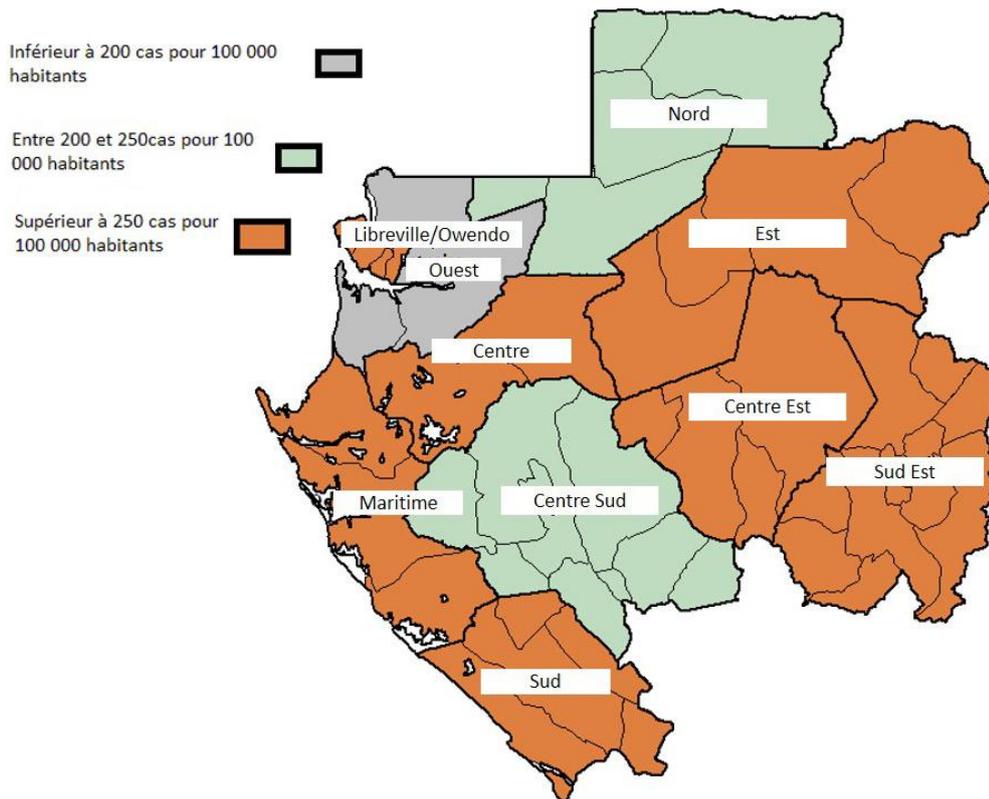


Figure 2 : Répartition des maxima de taux de notification des cas de TTF de 2003 à 2013 par Région Sanitaire

(Source : Profil épidémiologique de la TB au Gabon, 2003-2013)

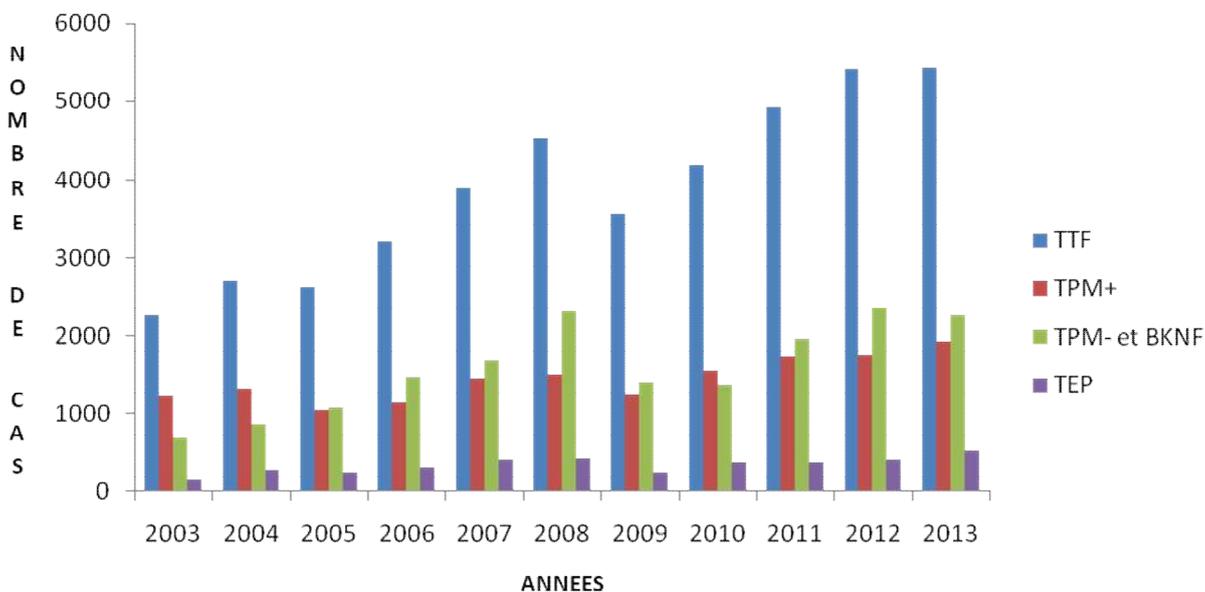


Figure 3 : Evolution des différentes formes de TB dépistées de 2003 à 2013

Toutes les tranches d'âges sont touchées par la TB au Gabon, avec une prédominance dans la population jeune et active, à savoir les 25-34 ans, suivis des 15-24 ans et des 35-44 ans. Les deux sexes sont touchés par la maladie avec une prédominance masculine (ratio homme/femme : 1.4 à 1.7, Profil épidémiologique de la TB au Gabon, 2003-2013 page 32). En 2012, le taux de succès thérapeutique est faible, situé à 57% chez les nouveaux cas TPM+ (Profil épidémiologique, page 33). La même année, le

taux de perdus de vue est élevé, situé à 35% (Profil épidémiologique, page 33). Les échecs thérapeutiques et la mortalité liée à la TB varient de 0 à 5 %, de 2003 à 2013 et sont probablement sous-estimés au vu de la qualité des données disponibles (Profil épidémiologique, page 33). Ces faibles performances peuvent s'expliquer en partie par l'insuffisance des structures de PEC, par une accessibilité géographique souvent difficile, une faible mise en œuvre de la thérapie directement observée (DOTS) et enfin par un système de PEC communautaire pratiquement inexistant. A cela s'ajoute la faible collaboration entre les programmes TB et VIH, des difficultés d'approvisionnement en médicaments et intrants de laboratoire et la survenue des cas de TB multi-résistante (TB-MR).

Co infection TB/VIH :

Le Gabon est un pays à forte prévalence du VIH estimée à 4,1 % dans la population générale (15-49 ans cf : Enquête Démographique de Santé du Gabon, EDSGII, 2012). La proportion des patients tuberculeux testés pour le VIH a augmenté régulièrement, passant de 7% en 2005 à 46% en 2011 (Profil épidémiologique, page 34). La proportion des patients co-infectés TB/VIH était de 26% en 2011 (Profil épidémiologique, page 35) et est estimée à 11% en 2013 (Rapport OMS 2014). De 2008 à 2010, les patients co-infectés mis sous cotrimoxazole étaient également mis sous ARV et leur proportion variait de 49% à 52% (Profil épidémiologique, page 34-35). En 2013, la proportion de patients co-infectés TB/VIH sous cotrimoxazole est estimée à 73% (Rapport OMS 2014). Malgré ces chiffres émanant du PNLT, il n'existe ni cadre formel, ni plan conjoint d'activités collaboratives entre les deux programmes et les données relatives à l'infection TB chez les PVVIH sont peu renseignées. A titre d'exemple, l'absence de données sur le succès thérapeutique de la TB chez les PVVIH en 2012 (Rapport OMS 2014).

Tuberculose multi-résistante :

A ce jour, le Gabon n'a encore élaboré ni une politique, ni des directives de PEC de la TB-MR. Le PNLT avec l'appui de l'OMS, du CERMEL et de la Fondation Damien, est actuellement engagé dans un processus d'élaboration des documents de référence pour mettre en place une stratégie de lutte contre la TB-MR. A cet effet, un atelier d'élaboration de ces documents est prévu en mai 2015 à Lambaréné dans la Région Sanitaire Centre. La proportion des cas de retraitement représente 27% des cas TPM+ et le nombre de cas de TB-MR attendus chez ces derniers est de 110 cas par an selon les estimations de l'OMS (Rapport OMS 2014). Les données disponibles lors de la dernière mise à jour fin 2014 reposent principalement sur les études de quelques structures publiques (HIAOBO et LNSP) et les institutions de recherche privées (CERMEL et CIRMF). Le nombre total de cas de TB-MR notifiés s'élève à 69 (HIAOBO : 16, LNSP : 12, CERMEL : 22, CIRMF: 19). Le devenir de ces malades en attente de traitement est peu connu, en raison de la non-disponibilité des médicaments de seconde ligne, de l'absence de structure de PEC et de personnel formé. Ces éléments constituent des obstacles à la lutte contre la TB-MR au Gabon avec un risque accru de dissémination de la maladie au sein de la population. La recherche opérationnelle, menée avec l'appui du CIRMF et du CERMEL permettra d'établir le profil des résistances au Gabon.

b) Populations pouvant rencontrer des difficultés d'accès aux services de prévention et de traitement et les facteurs contribuant à cette inégalité

Populations vulnérables et Critères de choix :

Parmi les populations qui peuvent rencontrer des difficultés d'accès aux services de prévention et de traitement de la TB au Gabon, les plus vulnérables sont : les enfants de moins de 5 ans, les co-infectés TB-VIH, la population carcérale et les habitants des zones mal desservies (PSN TB 2014-2018, page 27-30).

Enfants de moins de 5 ans : Le dépistage et la PEC de la TB chez l'enfant de moins de 5 ans sont difficiles au Gabon. Ceux qui vivent autour des cas index ne sont pas systématiquement présentés dans les services de santé et ne font pas l'objet d'un dépistage actif. Une fois mis sous traitement, l'issue thérapeutique n'est pas toujours favorable. Enfin, la notification des cas dans cette tranche d'âge est

épidémiologique, page 36). Le diagnostic de la TB repose principalement sur la base des critères cliniques et paracliniques tels que recommandés dans le guide technique national (Algorithme de Keith Edwards, page 20-23). Toutefois, en dehors d'un simple interrogatoire du cas index, la recherche des enfants symptomatiques parmi les contacts des malades atteints de TB n'est pas systématique et la prévention par l'INH n'est pas effective.

Co-infectés TB-VIH : Le rapport 2014 de l'ONUSIDA estime qu'il y avait 41 000 (36 000 – 48 000) PVVIH de 15 ans et plus au Gabon en 2013. De 2008 à 2010, la proportion de patients co-infectés TB/VIH sous CTX et ARV varie de 49 à 52% (Profil épidémiologique, page 35) et en 2013, elle est estimée à 73% (WHO Report 2014, Global TB Control). Le malade tuberculeux qui est dépisté VIH+ est orienté vers la structure de PEC du VIH la plus proche pour traitement ARV et prévention des infections opportunistes par le CTX (PSN, page 34). Les prestataires des CDT n'offrent pas le counseling pré et post test VIH, ni le traitement antirétroviral car n'étant pas formés. De même, le dépistage du VIH chez tout suspect de TB n'est pas systématique en dépit de la recommandation du PNLT (Guide national technique de PEC de la TB, page 25). Les PVVIH doivent être dépistées systématiquement pour la TB et ceux n'ayant aucun signe évoquant une TB active doivent bénéficier d'un TPI (Guide de PEC des PVVIH, page 49). Cependant, cette pratique est encore débutante et l'approvisionnement par le PNLT non assuré. Quant au malade VIH+ dépisté tuberculeux, il est orienté du centre de PEC du VIH vers le CDT le plus proche pour le traitement antituberculeux et le CTX. Cependant la collaboration entre les deux programmes est insuffisante. Ainsi, un CDT et un centre de PEC du VIH se trouvent côte à côte dans trois Régions Sanitaires sur dix seulement (Libreville/Owendo, Centre, Maritime) et dans trois structures sanitaires, le même médecin est à la fois le point focal TB et VIH (HIAOBO, HAS et HEB). Ceci complique la PEC du malade co-infecté avec un risque accru de perdus de vue (PSN TB 2014-2018, page 29-30).

Population carcérale : Près de 4200 prisonniers sont répartis dans les 9 prisons civiles que compte le Gabon en 2014 (PSN TB 2014-2018, page 27-28). La seule structure de PEC de la TB en milieu carcéral est le CT de la Prison centrale de Libreville appuyé par le CICR et la Croix rouge gabonaise. Les prisonniers suspects de TB sont escortés jusqu'au CDT de Nkembo pour le diagnostic, puis ramenés à la prison pour mise sous traitement et suivi. La pratique du DOTS y est systématique. En 2013, 180 cas de TB y ont été dépistés dont 96 cas TPM+ et 28 cas co-infectés TB/VIH (Profil épidémiologique, page 37). En 2012, le taux de succès thérapeutique est de 79%, avec un taux de décès de 4% et un taux d'abandon de 10%. Le devenir des personnes libérées avant la fin de leur traitement antituberculeux n'est pas connu (Profil épidémiologique, page 37). L'implication des relais communautaires sera déterminante pour assurer le continuum des soins après leur libération. Il reste à organiser la PEC des prisonniers atteints de TB dans les 8 autres maisons carcérales. Actuellement, celle-ci est assurée, avec beaucoup de difficultés de collaboration, dans les CDT des Régions sanitaires concernées. Compte tenu de la promiscuité en milieu carcéral, le risque de contamination très élevé justifie la mise en œuvre d'un dépistage actif de la TB autour des cas index en milieu carcéral.

Populations des zones mal desservies : La priorité est accordée au suivi des patients en ambulatoire. L'hospitalisation est indiquée pour les patients avec un mauvais état général, une complication ou résidant très loin de la structure de santé (PSN TB 2014-2018, page 18). Si, pendant la phase initiale du traitement les malades sont obligés de venir au chef-lieu, la phase d'entretien comporte beaucoup de risques d'irrégularité à cause de l'accessibilité géographique difficile et des coûts de déplacement. Les populations vivant très loin des CDT sont contraintes de payer en moyenne entre 4000 et 5000 FCFA de transport, sans compter leur prise en charge sur place (hébergement, restauration, etc..), alors que le malade vivant en milieu urbain paie en moyenne 1000 FCFA. Aussi, est-il indispensable d'étendre et d'intégrer les services de dépistage et de traitement de la TB à proximité des communautés, à savoir, dans les départements sanitaires mal desservis (cf : Figure 4).

c) Principales atteintes aux droits de l'homme et les inégalités entre les genres

La Constitution de la République Gabonaise dans son article 1^{er} reconnaît et garantit le droit de tous à la santé comme un droit fondamental de la personne humaine, conformément à la Déclaration universelle des Droits de l'Homme. La volonté du Gabon d'améliorer la santé des populations à travers l'accès

universel aux soins, s'est traduite notamment par la création et la mise en place du Fonds de solidarité thérapeutique en faveur des malades du SIDA en 2001, la gratuité du traitement antituberculeux et la mise en place d'une assurance maladie obligatoire gérée par la CNAMGS depuis 2007, ainsi que la création du Fonds National d'Aide Sociale (FNAS) pour les activités génératrices de revenus en 2012 (PSN TB 2014-2018, page 33-35). Les services offerts par le PNLТ sont standardisés pour tous les patients quels que soient leur lieu de résidence, leur nationalité, leur religion, leur genre ou leur préférence sexuelle. De même, il n'y a pas de discrimination dans l'accès aux soins au Gabon. Par contre, au plan social, la TB fait l'objet d'un rejet par les populations, étant considérée comme une maladie honteuse et fait objet de stigmatisation de sa part et de la part de son entourage. Du fait de l'absence d'intégration de la lutte contre la TB dans le système de santé, on relève ainsi, chez certains personnels de santé insuffisamment formés, une réticence à prendre en charge les malades tuberculeux qui sont systématiquement orientés vers les CDT. Les populations vulnérables : enfants de moins de 5 ans, prisonniers, PVVIH et populations mal desservies ne sont pas suffisamment investiguées et prises en compte dans la stratégie en cours.

L'Enquête Nationale sur l'Emploi et le Chômage (2010) a révélé un taux de chômage de 20%, prédominant chez les femmes. L'EDSGII révèle une situation d'atteinte aux droits humains basée sur le genre, avec 46% des femmes déclarant avoir subi des actes de violence physique de la part de leur mari/partenaire actuel ou le plus récent, 35 % de la violence émotionnelle, 17 % des actes de violence sexuelle. La forte féminisation du VIH, avec une séroprévalence chez les jeunes filles âgées de 15 à 24 ans de 3 à 6 fois plus élevée que chez les jeunes garçons de la même tranche d'âge (2,4% et 0,4%), est aussi rapportée dans cette même enquête. Or, dans le contexte du Gabon, ces jeunes filles exposées aux rapports sexuels transgénérationnels n'ont ni pouvoir décisionnel, ni pouvoir économique. Ces situations qui sont des entraves à l'indépendance et à l'autonomie, augmentent la vulnérabilité économique des femmes, des jeunes filles et de leurs enfants, les exposant potentiellement à une accessibilité réduite aux soins de santé incluant la TB. Une sensibilisation sera faite pour encourager l'enrôlement de ces personnes à la CNAMGS et solliciter les opportunités offertes par le FNAS.

d) Contexte du système de santé et du système communautaire, contraintes associées

Contexte du système de santé et lacunes/contraintes :

Le système de santé gabonais, tel que décrit dans le PSN TB 2014-2018 (page 11-16), repose sur trois secteurs, à savoir : les secteurs public (civil et militaire) ; parapublic (CNSS) et privé (lucratif, non lucratif et traditionnel). Le secteur public civil est calqué sur l'organisation de l'administration générale de type pyramidale à trois niveaux : périphérique, intermédiaire et central (Figure 5). L'organisation sanitaire comprend 10 Régions sanitaires, subdivisées en 52 Départements sanitaires assimilés à des districts sanitaires. L'ambition du PNLТ est d'assurer une meilleure accessibilité des communautés aux activités de lutte contre la TB dans chaque Département Sanitaire qui constitue le niveau opérationnel du système de santé.

Le niveau périphérique ou niveau opérationnel, représenté par le Département Sanitaire, est coordonné par un Médecin-Chef. Il est composé des hôpitaux départementaux, des centres de santé ruraux ou urbains, des dispensaires, infirmeries et cases de santé. L'Hôpital Départemental, implanté au niveau du chef-lieu du Département, sert de structure de référence.

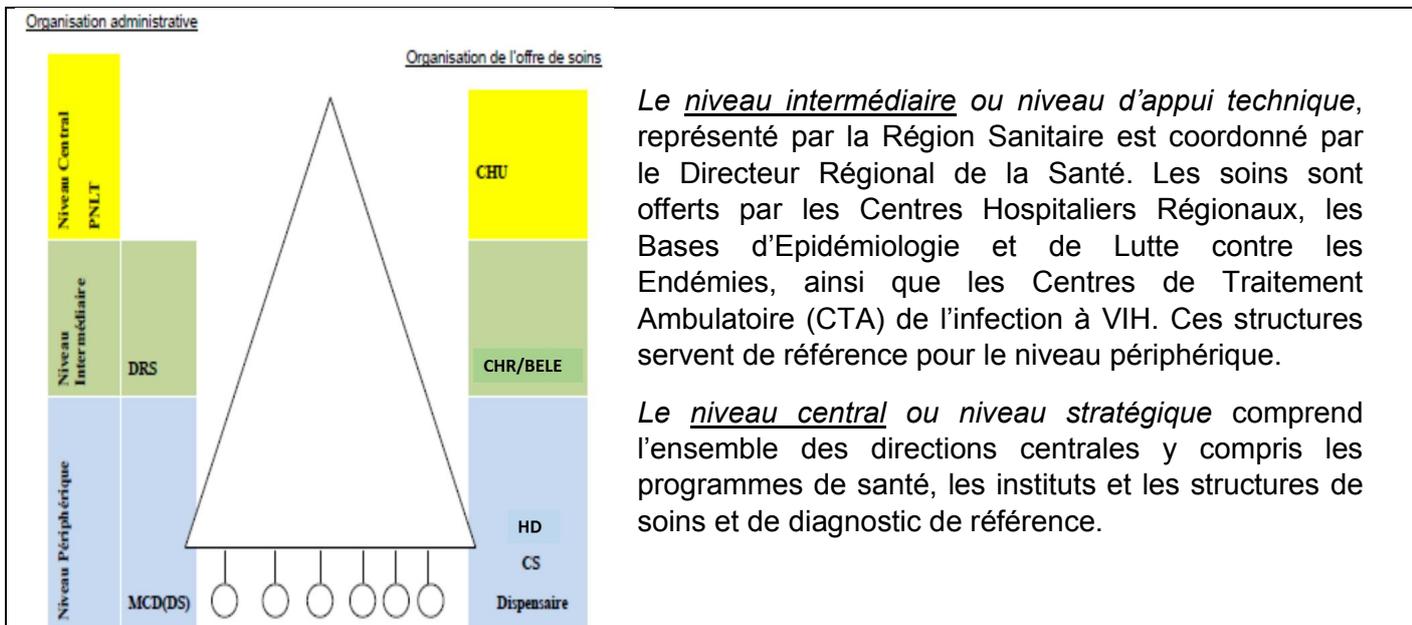


Figure 5: Représentation du système national de santé

Organisation de la lutte contre la TB au Gabon

En 1997, le Ministère de la Santé a mis en place le PNLT pour faire face au défi que représente la TB dans le pays. Le PNLT est régi par le décret 1158/PR/MSPP du 4 septembre 1997 qui le place sous la tutelle de la Direction Générale de la Santé (DGS). Il est dirigé par un directeur nommé en conseil des ministres et dont les collaborateurs sont affectés par les arrêtés ministériels. Le PNLT est représenté aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. Au niveau central, la Coordination Nationale définit les politiques et stratégies de lutte contre la TB. La Coordination Régionale est représentée par les Bases d'Epidémiologie et de Lutte contre les Endémies sous l'autorité du Directeur Régional de la Santé. Les structures de PEC, CDT et les CT sont représentées aux niveaux régional et périphérique du système de santé. Dix-sept CDT assurent le diagnostic et le traitement et sont situés dans les chefs-lieux de province. Trois CT se trouvent à Libreville. Deux structures privées à but non lucratif sont des partenaires traditionnels du PNLT, à savoir, l'HAS de Lambaréné dans la province du Moyen Ogooué et l'HEB à Lémbamba dans la Province de la Ngounié (PSN TB 2014-2018, page 14). Les structures privées à but lucratif interviennent dans le repérage des cas de TB et leur orientation systématique vers les CDT. Certains malades suspects de TB qui consultent dans les formations sanitaires publiques et privées sont ensuite orientés vers les CDT pour confirmation du diagnostic et PEC. D'autres malades consultent directement dans les CDT. Les examens bactériologiques, radiologiques, ainsi que les visites de contrôle sont encore payants. L'accès aux services de diagnostic est donc limité pour les populations non assurées par la CNAMGS qui doivent par exemple supporter les coûts de la radiographie (15 000 FCFA), alors qu'un patient assuré ne payera que 3000 FCFA. Il n'y a pas de structure formelle de référence nationale pour la prise en charge de la TB. Toutefois, les cas compliqués sont orientés vers les services spécialisés des hôpitaux de référence.

Tableau III : Situation des CDT et CT au Gabon

Types de structures	Opérationnelles (2013)	Planifiées	Total attendu (fin 2018)
CDT	17	16	33
CT	3	16	19
Total	20	32	52

Il existe au niveau de la coordination nationale du PNLT un service de suivi et évaluation qui a pour missions de centraliser, analyser et diffuser les informations relatives à la TB (Tableau IV et Figure 6). Grâce à l'appui de l'OMS, le PNLT dispose actuellement d'une base de données Excel et d'un Profil

épidémiologique national sur 11 ans qui devraient permettre de renseigner tous les indicateurs liés à la TB, indispensables à la prise de décision.

Tableau IV : Organisation du SNIS dans le cadre de la lutte contre la TB

Niveau	Structures	Acteurs	Outils	Activités
OPERATIONNEL	CT	Médecin, infirmier, travailleur social	Cahier de traitement, formulaire de commande trimestrielle des médicaments, rapport trimestriel sur l'enregistrement des cas de TB.	Enregistrement des cas, production des rapports au CDT
	CDT	Médecin, infirmier, travailleur social Technicien de Laboratoire,	Demande d'examen de frottis d'expectoration, registre de la TB au labo, registre de la TB au CDT, fiche de traitement, carte d'identité du patient, rapport trimestriel sur l'enregistrement des cas de TB, rapport sur les résultats de traitement et les activités TB/VIH, formulaire de commande trimestrielle des médicaments, formulaire de commande trimestrielle des fournitures de laboratoire, fiche d'orientation ou transfert du malade, fiche de liaison du malade TB/VIH, rapport trimestriel des activités de labo, fiche du tuteur médical, registre de consultation générale.	Compilation, analyse, validation et transmission des données à la DRS et au PNLT et rétro-information au CT, supervision des CT et auto supervision
	DRS	Médecin, Administrateur de santé, Gestionnaire de données	Rapport trimestriel sur l'enregistrement des cas de TB, rapport sur les résultats de traitement et les activités TB/VIH	Compilation, analyse, validation et transmission eu PNLT et au SNIS, supervision des CDT/CT
INTERMEDIAIRE	BELE	Médecin de santé publique, technicien supérieur de Santé Publique/épidémiologie, IDE, gestionnaire de données, technicien de laboratoire	Cf: CDT Cf: DRS	Compilation, analyse, validation et transmission des données à la DRS et au PNLT et rétro-information au CT et CDT, supervision des CT/CDT des départements et auto supervision
	SNIS: • DIS • COSP • IELE • SCS	Médecin, administrateur de santé, Informaticien, Statisticien, Gestionnaire de données, ingénieur	INFOSANI web (COSP), annuaire statistique (DIS), carte sanitaire nationale (SCS), bulletins épidémiologique (IELE)	Compilation, analyse, validation et transmission des données et rétro information au PNLT
CENTRAL	PNLT: surveillance et suivi et évaluation	Médecin, Technicienne supérieure de Santé Publique, cadre de santé publique	Cf: CDT Rapport annuel, contribution au rapport annuel de l'OMS	Compilation, analyse, validation et transmission des données à la DRS, au SNIS et aux partenaires; rétro-information au CDT, approvisionnement de tous les CDT/CTA en outils de gestion, supervision des bases, des CDT et auto supervision

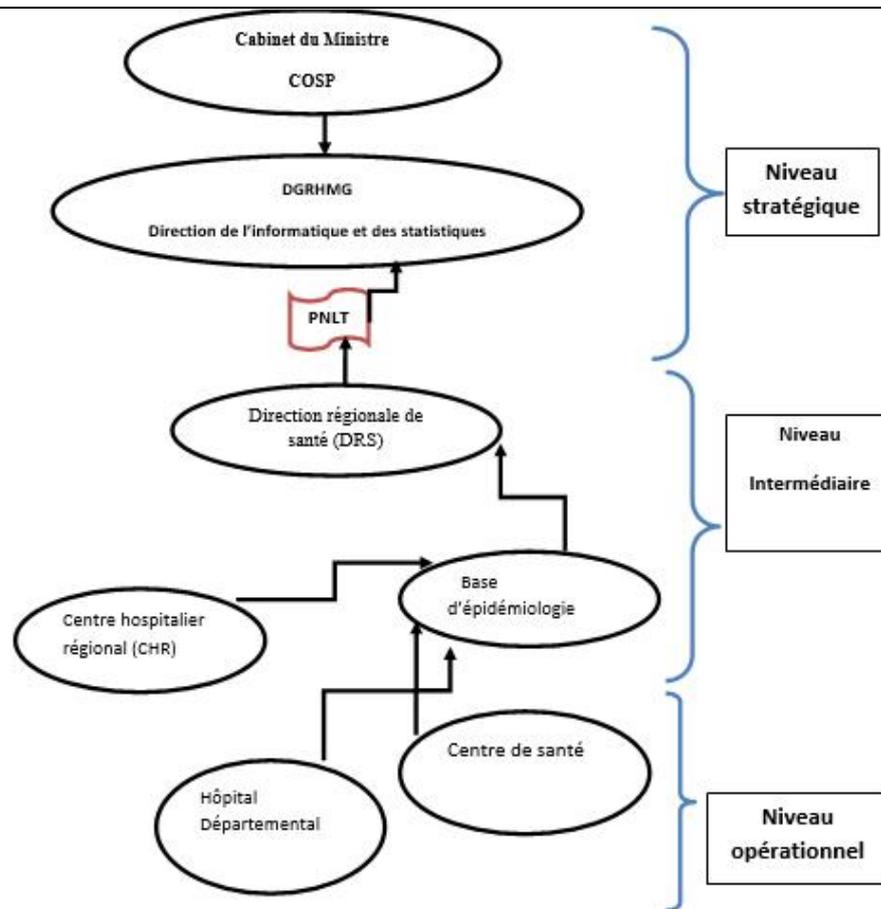


Figure 6 : Circuit de l'information sanitaire au Gabon.

Les faiblesses actuelles du système de santé au Gabon identifiées dans le document de Politique Nationale de Santé élaborée en 2010 se résument comme suit :

La gouvernance et le leadership : La TB figure parmi les problèmes de santé prioritaires identifiés dans le Politique Nationale de Santé 2010-2020 adoptée en 2010 et le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015 adopté en 2011 (PNDS, page 26-27). Une revue à mi-parcours dudit PNDS a été réalisée en 2014. Si au niveau national, ces documents existent, il n'y a pas de plans opérationnels au niveau des départements et régions sanitaires. Malgré l'adoption d'un nouveau décret réorganisant le MSPS, celui-ci n'est pas encore opérationnel. De même les régions sanitaires et les programmes de santé ne disposent pas de textes spécifiques définissant leur organisation et leur mode de fonctionnement. Sur le plan de la coordination intersectorielle et du leadership, plusieurs actions ont été menées avec la mise en place d'un groupe thématique santé présidé par le Ministre de la Santé et rattaché à la Primature. De même l'existence du CCM pour la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la TB, le Comité de Coordination Inter-Agences (CCIA) pour la vaccination démontre une volonté manifeste de coordination. Mais la faible fréquence des réunions de ces comités affaiblissent le rôle de coordination du MSPS.

Les ressources humaines en santé : En termes de ratio, il y a environ dans le secteur public 4 médecins, 50 infirmiers et 4 sages-femmes pour 10 000 habitants (PSN TB 2014-2018, page 15). La gestion des ressources humaines reste caractérisée par la non maîtrise des effectifs, la mauvaise répartition du personnel par rapport aux besoins et la démotivation du personnel de santé du fait de l'absence de plan de carrière, des mauvaises conditions de vie et de travail. Enfin, le recrutement et la gestion des agents sont fortement dépendants du Ministère en charge de la Fonction Publique et celui en charge du Budget, constituant ainsi de véritables goulots d'étranglements pour le MSPS en ce qui concerne la satisfaction des besoins en ressources humaines. La coordination du PNLT pour son fonctionnement comprend 8 services : la direction du programme avec 2 médecins (1 directeur du programme et le second responsable de la PEC); une unité administrative et financière (1 attaché d'administration sanitaire, un adjoint d'administration sanitaire, 1 secrétaire de santé); une unité

surveillance, suivi et évaluation (1 cadre de santé publique, 1 technicienne supérieure d'épidémiologie), une unité de laboratoire (2 techniciens supérieurs de biologie médicale); une unité GAS (2 infirmières diplômées d'état), une unité TB/VIH (2 cadres de santé publique); une unité IEC (1 assistant médical et 1 technicienne de communication), de même qu'un personnel de soutien (3 chauffeurs et 4 techniciennes de surface). Ce personnel est insuffisant en qualité et en quantité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, avec pour conséquence la faible qualité de la PEC et une performance insuffisante du programme. L'appui du FM contribuera à la matérialisation de la politique et du plan de développement des ressources humaines en santé élaboré en 2014 par le MSPS avec l'appui de l'OMS. Le gouvernement se chargera de compléter les effectifs nécessaires à la performance du PNLT.

La prestation des services : La non mise en œuvre des paquets essentiels de services de santé par niveau de structure a pour conséquence l'absence de maîtrise de l'offre des services ou son inadéquation. Le continuum de soins depuis la communauté jusqu'au niveau de référence nationale n'est pas assuré, la PEC communautaire étant défailante voire inexistante et le système de référence et de contre référence peu performant. L'appropriation et la mise en œuvre de la stratégie des Soins de Santé Primaires demeurent insuffisantes. L'offre de services du PNLT est assurée par les CDT et les CT. La couverture du territoire par les services TB est encore insuffisante et de faible qualité. A titre d'exemple, seuls 17 départements sur 52 disposent d'un CDT fonctionnel. Ceux-ci se trouvent essentiellement dans les chefs-lieux des régions sanitaires. Concernant le laboratoire, les structures équipées pour la bacilloscopie sont quasi inexistantes, notamment au niveau périphérique (Départements Sanitaires). Au niveau central, la structure identifiée comme LNR (LNSP) ne remplit pas son mandat dans le domaine de l'assurance qualité des laboratoires TB et de leur mise en réseau. Les activités de supervision qui sont actuellement menées par le PNLT sont insuffisantes. Dans ce contexte, un appui des institutions de recherches actives dans le domaine du diagnostic de la TB (CERMEL et CIRMF) est plus que nécessaire pour la création d'un réseau des laboratoires, un des maillons faibles de la lutte contre la TB au Gabon. Elles interviennent spécifiquement pour le renforcement du PNLT, le diagnostic des cas TB MR et la recherche opérationnelle. La mise à niveau pour les activités de culture du laboratoire de référence TB et de celui du CERMEL, l'achat des équipements spécialisés (Xpert MTB/RIF, culture), ainsi que la formation et la supervision du personnel sont à prévoir dans le cadre de cette demande au FM.

Les technologies en santé: Le MSPS a mis en place un PEV, qui préconise le BCG à la naissance pour la prévention des formes graves de la TB. La couverture vaccinale en BCG était de 79% en 2012 et de 74% en 2013 (PSN, page 17). Malgré l'existence d'une politique pharmaceutique nationale, d'une liste nationale de médicaments et dispositifs médicaux essentiels et de structures de gestion du secteur, tant sur le plan réglementaire qu'organisationnel, la gestion du médicament présente des déficits. Le cadre réglementaire est faible et très peu respecté. Les conditions d'approvisionnement, de distribution et de stockage des produits ne sont pas satisfaisantes. Au niveau régional particulièrement, l'absence de logistique et de financement pour le transport des médicaments et de consommables biomédicaux (incluant les réactifs de laboratoire), l'insuffisance des outils de gestion des médicaments, la non définition du circuit de distribution et une faible coordination entre les services du PNLT et de l'OPN entravent l'approvisionnement régulier des structures de PEC au niveau périphérique. C'est ainsi que les commandes élaborées par les CDT, transitent par le PNLT pour validation par le Directeur, puis sont transmises à l'OPN pour traitement. La distribution ne correspondant pas au rythme d'acheminement des autres médicaments essentiels de l'OPN, le PNLT se charge par divers moyens, du transport des antituberculeux. Un CDT peut ainsi se retrouver en rupture de stock de médicaments alors que ses colis sont en attente d'acheminement depuis plusieurs mois à l'OPN (PSN, page 25). De plus, l'OPN devenue une centrale d'achat, n'a plus pour mission la distribution des médicaments vers les structures. Il n'existe pas de laboratoire de contrôle de qualité du médicament. Le personnel chargé de gérer les stocks n'a souvent pas la formation requise.

L'information sanitaire et la surveillance en santé: Deux structures sur quatre que compte le SNIS (COSP et DIS) renseignent les données sur la TB à travers le rapport INFOSANI web (<http://cosp-gabon.info/>) et l'annuaire statistique (TTF, TP, TEP et leur distribution par âge, sexe et région sanitaire cf Annuaire statistique 2010). Toutefois il s'agit de données parcellaires par rapport aux besoins du PNLT. L'évaluation du SNIS au Gabon réalisée en février 2012 et basée sur le cadre de l'outil d'analyse de suivi : évaluation de la performance des systèmes d'information (PRISM) a permis d'évaluer le niveau central,

l'ensemble des DRS, 34 DS et 126 structures de santé relevant du public, du privé et du parapublic. L'enseignement tiré est que la performance du système d'information sanitaire est faible et que l'utilisation de l'information sanitaire dans les prises de décisions n'est pas effective. Plusieurs facteurs expliquent cette contre-performance, mais la plus importante reste l'aspect organisationnel notamment au niveau du DS. A cela s'ajoutent le manque de ressources financières et matérielles. Les activités de supervision, de contrôle de la qualité des données, de formation continue, de sensibilisation ne sont pas en général réalisées. Le secteur privé n'est pas suffisamment impliqué dans la production de l'information sanitaire. Le financement du FM aidera à améliorer la collecte et la qualité des données relatives au suivi des performances du PNLT.

Le financement de la santé : La proportion du budget de l'Etat consacrée à la santé est de l'ordre de seulement 10% du budget général du pays et les financements extérieurs de la santé ne représentent que 1,5% du total des dépenses de santé en 2010 et 2011 (Comptes nationaux de la santé, 2010-2011). Le Gouvernement et les assurances sociales restent le premier bailleur de la santé avec près de 64% des dépenses. Les dépenses des ménages représentaient 18% des dépenses totales de santé et 25% des dépenses courantes. Les soins curatifs y compris les médicaments consommaient 80% des dépenses de santé. Les soins préventifs ne représentent que 6% des dépenses de santé contre 14% pour les dépenses administratives. La mise en place, depuis 2007, de l'assurance maladie obligatoire à travers la CNAMGS qui couvre les gabonais économiquement faibles, les salariés des secteurs public et privé et leurs ayants droit constitue la principale avancée en terme de financement de la demande de soins et d'allègement des dépenses catastrophiques des ménages. En moyenne, le financement alloué par l'Etat au PNLT représente 0,2 % du budget de la santé (PSN TB 2014-2018, page 17) et est uniquement destiné au frais de fonctionnement et l'achat des antituberculeux de première ligne. Ainsi, des financements complémentaires, tels que celui du FM, sont cruciaux pour la mise en œuvre des activités de lutte contre la TB en vue de réduire la charge de morbidité et de mortalité de cette maladie au sein de la communauté et de promouvoir le développement socio-économique du pays.



Figure 7 : Sources de financement du PNLT 2006-2014 (Global Report TB OMS, 2014).

Contexte du système communautaire et lacunes/contraintes

La participation communautaire est l'un des principaux maillons faibles du système de santé, ainsi que de la lutte contre la TB au Gabon. Le pays ne dispose pas encore de politique nationale de santé communautaire et rencontre de nombreuses contraintes dans la mise en œuvre des soins de santé primaires. Le système de santé communautaire, élément important dans la lutte contre la TB et sensé assurer le continuum de soins au niveau périphérique, reste marginal et n'est pas formalisé. Les relais communautaires interviennent dans le repérage des suspects de TB au sein de la communauté, leur orientation vers les CDT ou autres structures sanitaires ; ils accompagnent les malades sous traitement pendant la période de suivi, participent à la DOTS communautaire, aux visites à domicile (VAD), à la recherche des perdus de vue, à la sensibilisation et à la mobilisation sociale. Les initiatives d'implication des communautés à partir du tuteur communautaire médical (accompagnateur des soins dans les CDT), de la DOTS communautaire avec la Fondation Schweitzer à Lambaréné et du projet d'intégration de la lutte contre la TB dans le DS de Ndougou avec l'appui de Shell Gabon, demeurent insuffisantes (PSN TB

2014-2018, page 32 et Guide technique de prise en charge page 42). Dans le cadre de cette demande, il faudra appuyer l'identification, le renforcement des capacités des acteurs communautaires et le suivi de leurs activités.

1.2 Plans stratégiques nationaux de lutte contre la maladie

En faisant clairement référence aux actuels **plans stratégiques nationaux relatifs à la maladie** et aux pièces justificatives (veuillez inclure le titre du document et les références des pages concernées), résumez brièvement :

- a. les principaux buts, objectifs et domaines prioritaires du programme ;
- b. la mise en œuvre à ce jour, ainsi que les principaux résultats et l'impact obtenus ;
- c. les limites de la mise en œuvre et tout enseignement tiré qui éclairera la future mise en œuvre. Soulignez notamment la façon dont les inégalités et contraintes clés décrites à la section 1.1 sont gérées ;
- d. les principaux domaines en lien avec la stratégie nationale de santé, notamment l'incidence que la mise en œuvre de cette stratégie a sur les résultats de la lutte contre la maladie concernée ;
- e. pour les demandes de financement standard relatives au VIH ou à la tuberculose¹, décrivez des activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH, notamment les liens existants entre les programmes nationaux respectifs de lutte contre la tuberculose et le VIH dans des secteurs tels que : le diagnostic, la prestation de service, les systèmes d'information, le suivi et l'évaluation, le renforcement des capacités, l'élaboration des politiques et les processus de coordination ;
- f. les processus nationaux d'examen et d'amendement du ou des plans stratégiques nationaux relatifs à la maladie et les résultats de ces évaluations. Expliquez le processus et le délai d'élaboration d'un nouveau plan (si le plan actuel est valide pendant un maximum de 18 mois à partir de la date de début de la demande de financement), notamment comment les populations-clés seront impliquées de façon significative.

Le PSN de lutte contre la TB 2014-2018 tire sa source des stratégies mondiales pour le contrôle de la TB et s'inscrit dans le PNDS 2011-2015. Cette stratégie nationale vise à long terme de faire du Gabon un pays émergent sans TB à l'horizon 2025 conformément au Plan Stratégique Gabon Emergent (PSN TB 2014-2018, page 38).

a) Buts, objectifs et domaines prioritaires du Programme.

Le but du PSN est d'ici 2018, de contribuer à réduire la morbidité et la mortalité liées à la TB au sein de la population gabonaise, grâce à l'extension de la stratégie Halte à la TB, conformément aux cibles de la stratégie post-2015 (PSN TB 2014-2018, page 38).

Les objectifs sont :

- Augmenter le nombre de cas de TTF notifiés (nouveaux cas et rechutes) de 5179 cas en 2013 à 5981 cas en 2018 dans la population générale incluant les populations vulnérables;
- D'ici 2018, augmenter le taux de succès thérapeutique de 57% à 85 % grâce à l'amélioration du suivi de qualité et au soutien des patients sous traitement;
- D'ici 2018, assurer l'accès à au moins 90% des malades tuberculeux au conseil et au dépistage du VIH initié par les prestataires de soins et mettre au moins 90% des patients

¹Les pays présentant des taux élevés de coinfection de VIH et de tuberculose doivent soumettre une seule note conceptuelle pour le VIH et la tuberculose. On estime que les pays ayant un taux de morbidité élevé pour la tuberculose et le VIH ont également une incidence élevée pour les deux maladies (en chiffres), ainsi qu'une forte proportion de personnes séropositives au VIH parmi les patients tuberculeux.

co-infectés TB/VIH dépistés sous traitement ARV et sous CTX.

- D'ici 2018, dépister au moins 50 % des cas de TB-MR attendus et traiter 100% des patients TB-MR confirmés ;
- D'ici 2018, améliorer la capacité de gestion et de coordination des ressources humaines du PNLT à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, y compris la capacité à assurer un suivi et évaluation de qualité.

Dans le cadre du PSN 2014-2018, dix domaines d'intervention ont été identifiés : 1) Dépistage, diagnostic et réseau des laboratoires ; 2) Activités conjointes TB-VIH avec le PNLIST/VIH-SIDA et la DGPS ; 3) Traitement et soutien des patients pour la TB sensible, TB/VIH et la TB-MR, y compris parmi les populations vulnérables ; 4) PEC communautaire de la TB ; 5) Acquisition des médicaments et gestion des stocks ; 6) Surveillance, Suivi et mesure de l'impact du PNLT, et la recherche opérationnelle ; 7) Participation de tous les soignants dans la PEC de la TB ; 8) Prévention de la TB, TB-MR et du VIH ; 9) Mobilisation sociale ; 10) Politiques, planification, coordination, gestion et plaidoyer (PSN TB 2014-2018, pages 39-40).

A la lumière du dialogue pays, de l'analyse de portefeuille et des objectifs post-2015, les domaines prioritaires suivants ont été retenus:

- **Dépistage des cas de TB dans la population générale incluant les populations vulnérables:** Les interventions proposées comprennent le diagnostic précoce des TTF dans tous les groupes d'âge et les populations vulnérables grâce aux nouveaux outils de dépistage (radiographie, tests de dépistage moléculaires, tests de sensibilité) et l'augmentation de la couverture en CDT/CT.
- **Traitement :** Les interventions permettront de renforcer les capacités dans le cadre de la PEC (ressources humaines, équipements et collaboration intersectorielle) pour mieux lutter contre la TB.
- **Co-infection TB/VIH :** Les interventions viseront à réduire la morbidité et la mortalité liées à la co-infection TB/VIH grâce à une meilleure collaboration entre le PNLT et le PNLIST/VIH-SIDA. Il s'agira de dépister systématiquement le VIH et la TB, et d'assurer une meilleure PEC des malades co-infectés.
- **TB multi-résistante :** Les interventions comprendront l'élaboration d'une Politique, de directives techniques et d'un plan de mise en œuvre de stratégies spécifiques par le PNLT, de même que la mise à disposition des médicaments de 2^{ème} ligne, permettant le dépistage et le traitement des malades atteints de TB-MR. La mise en place de mesures de contrôle de l'infection et la recherche des cas contacts, permettront d'éviter la dissémination des cas existants.
- **Gestion du programme et recherche opérationnelle :** Les interventions de renforcement des capacités humaines et matérielles planifiées amélioreront le cadre institutionnel du PNLT. Ceci pour surmonter les faiblesses actuelles dans sa capacité de gestion et de coordination de ses activités.
- **Renforcement du système communautaire :** Le renforcement des capacités d'intervention des systèmes communautaires (ONG/OBC, relais communautaires) dans la lutte contre la TB permettra d'étendre la stratégie DOTS à tous les niveaux du système sanitaire pour améliorer le taux de succès thérapeutique.
- **Renforcement du système de santé incluant :**
 - Le suivi et évaluation** qui sera amélioré par le renforcement des capacités, la mise à jour des outils, l'informatisation et la validation régulière des données pour fiabiliser le système, de même que par l'élaboration et le suivi des plans annuels des districts et régions sanitaires. Il est prévu un audit de la qualité des données.
 - Le soutien à l'Office Pharmaceutique National (OPN)** qui consistera au renforcement de ses capacités de stockage, de distribution et d'approvisionnement des médicaments et intrants du PNLT.

Depuis sa mise en place en 1997, le PNLT affiche une faible performance à laquelle se sont ajoutés de nouveaux défis tels que la TB-VIH, la TB-MR. L'analyse des derniers rapports

d'activités révèle que la situation actuelle du PNLT dérive de l'insuffisance de financement du programme, malgré ses efforts de planification et de plaidoyer (PSN 2003-2007 et 2008-2012 partiellement mis en œuvre). D'où la nécessité de rechercher des financements conséquents pour la mise en œuvre du PSN 2014-2018.

L'investissement stratégique proposé dans le cadre de cette note conceptuelle est en lien avec les axes du PSN 2014-2018 pour le contrôle de la TB dans les modules prioritaires suivants : Prise en charge et prévention de la TB, TB/VIH, TB-MR, Renforcement des systèmes communautaires, Gestion du programme, Gestion des approvisionnements et des stocks et Renforcement du système du Suivi et évaluation.

Les stratégies ciblant les populations vulnérables se déclinent comme suit :

- *Dans les populations des zones mal desservies : décentralisation, intégration de la PEC de la TB jusqu'au niveau le plus périphérique de la pyramide sanitaire.*
- *Chez les enfants de moins de 5 ans : la recherche systématique des cas contacts des sujets index sera réalisée. Le TPI sera administré chez ces enfants et les PVVIH pour prévenir la survenue d'une TB active. Un dépistage systématique à l'aide du Xpert/MTB-RIF permettra le diagnostic précoce.*
- *Dans la population carcérale : un dépistage actif et précoce de tous les sujets contacts (prisonniers, agents pénitenciers, visiteurs) sera réalisé pour une PEC précoce des sujets contaminés. Un suivi des détenus libérés en cours de traitement sera assuré par une liaison entre les CDT/CT des prisons et ceux du système de santé conventionnel. Tout cela sera réalisé avec l'implication des relais communautaires.*
- *Le renforcement du système communautaire aidera à l'identification des enfants de moins de 5 ans contacts des sujets index, au suivi des co-infectés TB/VIH, au suivi des prisonniers pendant et après la détention, à la recherche des PDV et à la mise en œuvre du DOTS communautaire, ainsi que de la thérapie ARV (pour les PVVIH) etc.*
- *Une plateforme collaborative assurera les activités conjointes entre les deux programmes PNLT et PNLIST/VIH-SIDA avec pour objectif d'élargir la stratégie du guichet unique et de réduire la morbi-mortalité chez les personnes co-infectées TB/VIH.*

b) Mise en œuvre, principaux résultats et impact obtenus :

Depuis 1997, le PNLT bénéficie principalement des ressources de l'Etat et des partenaires au développement qui sont limitées pour les activités de lutte contre la TB. Cette faiblesse des ressources humaines et financières n'a pas favorisé la bonne exécution des plans stratégiques nationaux antérieurs. Une revue des performances du PNLT n'a jamais été réalisée à ce jour. Elle est prévue pour 2017. Aussi est-il difficile d'apprécier la mise en œuvre des activités du PNLT. Cependant, dans le cadre du processus d'élaboration de la présente note conceptuelle, le PNLT a réalisé avec l'appui de l'OMS, un profil épidémiologique de la maladie sur 11 ans (2003-2013) qui a permis de faire une analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces de la lutte contre la TB et de formuler des recommandations (PSN TB, pages 35-36).

Le PNLT a tout de même pu réaliser les activités suivantes avec les ressources publiques et l'appui des différents partenaires techniques et financiers:

- **Avec l'Etat:** une dotation budgétaire est accordée au fonctionnement du PNLT couvrant l'achat des médicaments, des intrants de laboratoire, les fournitures de bureau et le carburant. L'Etat prend aussi en charge les salaires du personnel du PNLT. De plus, des subventions sont accordées aux structures prenant en charge la TB (Hôpital spécialisé de Nkembo, BELE, HAS, HEB, HIAOBO, CIRMF, etc.). En termes d'investissement, l'équipement du PNLT en moyens roulants, bureautiques et informatiques est aussi assuré par l'Etat.
- **Avec le PNLIST/VIH-SIDA:** Elaboration d'outils stratégiques et normatifs respectifs prenant en compte la co-infection TB-VIH et le renforcement des capacités du personnel de santé à

la PEC de la co-infection TB-VIH.

- **Avec l'OMS :** La formation à Ouidah au Bénin des personnels du PNLT sur la TB, co-infection TB/VIH et TB-MR, le renforcement des capacités du personnel de santé préposé au diagnostic (13 techniciens de laboratoire) et à la PEC de la TB (9 médecins et 20 paramédicaux), l'évaluation du réseau de laboratoire de microscopie, l'organisation d'ateliers de validation des outils de gestion du PNLT (Politique, Guide technique avec son plan de suivi & évaluation, PSN) et la célébration de la Journée Mondiale de la TB 2013 (spot publicitaire).
- **Avec Shell Gabon:** Organisation de deux missions de renforcement des capacités du personnel de santé à la PEC de la TB et des relais communautaires (26), organisation de deux missions de surveillance épidémiologique et de supervision.
- **Avec l'Institut Pasteur :** Renforcement des capacités du personnel (3 techniciens de laboratoire) sur l'utilisation des tests moléculaires et dotation d'un appareil Xpert MTB/RIF.
- **Avec le CERMEF :** Offre gratuite du dépistage aux structures sanitaires de la RS Centre, notamment tests moléculaires LPA et culture/antibiogramme pour la détection des cas de TB-MR. Surveillance de la prévalence de la TB et établissement du profil de pharmacorésistance des souches aux antituberculeux.
- **Avec le CIRMF:** L'Unité de Mycobactériologie a démarré la caractérisation des échantillons des expectorations du PNLT afin d'identifier les souches résistantes et multi-résistantes aux antituberculeux grâce aux tests moléculaires LPA et la culture, de même que le génotypage et le spoligotypage des souches.
- **Avec l'Hôpital de BONGOLO et l'Hôpital Albert Schweitzer :** PEC des patients tuberculeux dans les RS Centre Sud et Centre respectivement.

Résultats et impact :

Les structures du PNLT affichent des performances variables et insuffisantes par rapport aux objectifs poursuivis (PSN, pages : 76). Entre 2003 et 2013, le taux de détection des TTF a suivi une tendance à la hausse passant de 165 à 310 cas pour 100 000 habitants (Profil épidémiologique, tableau V page 30). Toutefois, la performance du programme reste faible et préoccupante. On note, entre autres :

- Un personnel de coordination du PNLT insuffisant en quantité et en qualité ;
- Seulement 17 CDT et 3 CT opérationnels en matière de lutte contre la TB au sein des 52 départements sanitaires que compte le pays (décret 488/95/PR/MSP/ portant création, organisation et fonctionnement des régions et des départements sanitaires du 30 mai 1995 et circonscription administrative du Gabon, Ministère de l'intérieur et de la sécurité publique de l'immigration et de la décentralisation du 30 janvier 2015);
- Une tendance à l'augmentation de la prévalence de la TB, passée de 436 à 578 pour 100 000 habitants entre 2003 et 2013 avec un pic à 1060 pour 100 000 habitants en 2003-2004 (Rapport OMS 2014);
- La hausse du taux d'incidence (230 à 423 cas pour 100 000 habitants, de 2003 à 2013) reflétant une insuffisance du contrôle de la TB dans le pays (Profil épidémiologique & Rapport OMS 2014) ;
- Un taux élevé de perdus de vue de 35% en 2012 ;
- Une insuffisance de surveillance et de PEC de la TB-MR;
- Une insuffisance de la couverture nationale de la PEC intégrée de la co-infection TB/VIH dans tous les CDT avec seulement 46% de patients TB notifiés testés pour le VIH en 2011 (Profil épidémiologique de la TB au Gabon, 2003-2013 épidémiologique page 34-35), 73% de co-infectés TB/VIH bénéficiant de CTX et des ARV en 2013 (Rapport OMS 2014).

c) Limites de la mise en œuvre et enseignements tirés :

La mise en œuvre des plans antérieurs pour le contrôle de la TB n'a pas permis d'obtenir des résultats satisfaisants pour les raisons ci-après :

- **Ressources humaines:** Insuffisance de ressources humaines formées à la lutte contre la

TB en qualité et en quantité.

- **Financement** : Faible décaissement du budget alloué par l'Etat au PNLТ, insuffisance des ressources matérielles pour la gestion des activités du programme et insuffisance des ressources financières pour l'achat des médicaments de 2^{ème} ligne et intrants de laboratoire nécessaires à la prévention, au traitement et au suivi à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Non prise en charge du bilan diagnostique et des tests de suivi de la TB par la CNAMGS. Absence de ligne budgétaire allouée au PNLТ pour l'acheminement des médicaments et intrants vers les structures de prise en charge. Absence de moyens roulants pour les activités de supervision/suivi et évaluation.
- **Accessibilité au dépistage et traitement**: Faible couverture en CDT (cf. figure 3), absence du réseau de laboratoires de microscopie, absence d'assurance qualité des activités de laboratoire et de maintenance du matériel et équipement de laboratoire.
- **Prise en charge des populations générales**: Faible implication du secteur privé et du secteur communautaire dans la lutte contre la TB, faible couverture et application de la stratégie DOTS. Stigmatisation des malades par les personnels de santé et la communauté. Absence de gestion de la TB-MR. Absence d'une plateforme et d'un plan d'activités collaboratives entre le PNLТ et le PNLST/VIH-SIDA. Absence d'un plan de communication pour la mobilisation sociale.
- **Prise en charge des populations vulnérables**: Insuffisance des interventions de lutte contre la TB pour les populations vulnérables, incluant la prévention et insuffisance de structures de PEC en milieu carcéral.
- **Système d'Information Sanitaire et suivi-évaluation** : Faiblesse du système de collecte et de transmission des données de la TB à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Insuffisance des activités de supervision aux niveaux central, intermédiaire et périphérique et insuffisance des activités de suivi et évaluation.
- **Recherche opérationnelle** : Absence d'agenda national sur la thématique de la TB, existence d'initiatives sectorielles privées (CERMEL, CIRMF) ou publiques (USS, LNSP).

Leçons apprises :

La production régulière des rapports d'activités permet d'établir le profil épidémiologique de la TB et de l'actualiser. La génération des bases factuelles permet de mesurer la gravité de la situation et aide à la prise de décision. La présentation des données épidémiologiques améliore le plaidoyer pour la mobilisation des ressources auprès de l'Etat et des bailleurs internationaux tel que le Fonds Mondial, pour contribuer à l'intensification de la lutte contre la TB.

Gestion des contraintes:

Les faiblesses et contraintes pour la mise en œuvre du PSN sont gérées par le gouvernement à travers ses structures appropriées, avec l'appui des partenaires.

Au plan financier, l'engagement de l'Etat s'est déjà traduit par l'augmentation de la dotation budgétaire du PNLТ en médicaments et la mise à disposition gratuite des médicaments antituberculeux, la mise en place d'une Centrale d'achats des médicaments et autres intrants (OPN). Il restera à l'Etat d'assurer l'approvisionnement en réactifs et médicaments de deuxième de ligne pour le diagnostic et le traitement des cas de TBMR.

En matière de ressources humaines, la coordination nationale du PNLТ a bénéficié d'une affectation de personnel en complément d'effectif. Toutefois, ce renforcement devra être complété. Une amélioration de la qualité des ressources humaines par la formation continue du personnel a été réalisée avec l'appui de l'OMS et devra être poursuivie.

Au niveau des équipements de diagnostic, un renforcement des capacités a été initié dans la Région Ouest en 2012 et dans la Région Centre Sud en 2013 et devra se poursuivre dans le reste des RS.

En matière de gouvernance, la collaboration intra et intersectorielle devra être renforcée et les activités de suivi et évaluation mieux structurées et planifiées.

d) Domaines en lien avec la stratégie nationale de santé

Les domaines du PSN TB 2014-2018 qui découlent du PNDS (Cf. Annexe 4) concernent les interventions suivantes: la création des conditions humaines et matérielles appropriées pour l'accueil, le diagnostic et le traitement des cas dans les CDT; la détection systématique et prioritaire des cas, ainsi que leur mise sous traitement le plus rapidement possible; le renforcement des ressources humaines (formation, affectation de personnels); la mise en œuvre des actions de communication pour la santé; la surveillance épidémiologique; la recherche opérationnelle.

e) Activités conjointes de lutte contre la TB et le VIH existantes

La plateforme collaborative entre le PNLIST/VIH-SIDA et PNLT n'est pas formalisée. Toutefois, certaines activités conjointes sont menées au niveau opérationnel.

En matière de diagnostic : les directives du PNLT recommandent le dépistage du VIH chez tout suspect de TB (Guide technique de PEC de la TB, page 25). De même, la recherche de TB chez les PVVIH est recommandée dans le Guide de PEC des PVVIH (page 49). Toutefois, le respect de ces directives n'est pas encore systématique.

En matière de formation : le PNLT a formé 9 personnels à la gestion de la lutte contre la TB (3 médecins, 4 infirmiers et 2 techniciens de laboratoire). Il reste à étendre cette formation à l'ensemble des médecins et prestataires des services de PEC des PVVIH et à former les prestataires des CDT au conseil, au dépistage et au traitement antirétroviral.

En matière de PEC des patients : le tuberculeux dépisté VIH positif est orienté vers le CTA le plus proche pour une PEC adaptée et inversement la PVVIH dépistée tuberculeuse au niveau des CTA est orientée vers le CDT le plus proche pour une PEC appropriée. Il est prévu des réunions communes de discussions des cas et de partage d'expériences.

En matière de formalisation des documents stratégiques et normatifs : le PNLT et le PNLIST/VIH-SIDA ont collaboré pour l'élaboration des sections relatives à la co-infection TB/VIH de leurs outils stratégiques et normatifs respectifs.

En matière de suivi et évaluation : il n'existe pas d'activités conjointes de collecte, de traitement et de partage de données liées à la co-infection TB/VIH, chacun des deux programmes travaillant de façon cloisonnée.

f) Processus nationaux d'examen et d'amendement du plan stratégique national

Le PNLT, mis en place en 1997, n'a pas encore fait l'objet d'une revue de ses performances, laquelle est prévue en 2016 (PSN, page 95). Le PSN actuel est une révision du PSN 2013-2017, élaboré selon un processus inclusif et participatif qui a comporté les étapes suivantes : analyse du PSN 2013-2017, analyse des données épidémiologiques sur 11 ans, évaluation du précédent PSN sur la base de l'Outil JANS, révision et validation du PSN 2014-2018, conformément aux orientations de l'OMS en matière d'élaboration des PSN de qualité. Un plan opérationnel a été élaboré pour sa mise en œuvre de 2015 à 2016 (PSN, page 87). L'évaluation du PSN 2013-2017 s'est basée sur les rapports des différentes missions d'assistance technique du PNLT, en particulier les missions en rapport avec la gestion de la TB-MR et le réseau de laboratoire TB du Gabon, et sur l'analyse des informations croisées de plusieurs sources sur une période de 11 ans (2003-2013). L'analyse des données a permis d'obtenir l'évolution des tendances épidémiologiques (indicateurs, données brutes), de ressortir les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces, de formuler des recommandations pour améliorer la gestion de la TB au Gabon et de disposer d'une base de données sous format Excel pour chaque RS et pour le niveau national. La validation du PSN a eu lieu du 27 au 31 octobre 2014 avec la participation de toutes les parties prenantes (Cf. Annexe 5).

SECTION 2 : PAYSAGE DE FINANCEMENT, COMPLÉMENTARITÉ ET VIABILITÉ

Afin d'obtenir un impact à long terme sur les trois maladies, les engagements financiers reposant sur des sources nationales doivent jouer un rôle clé dans une stratégie nationale. Le Fonds mondial attribue des ressources loin d'être suffisantes pour couvrir le coût total d'un programme techniquement solide. Il est donc essentiel de déterminer la manière dont le financement demandé s'intègre au paysage de financement global et dans quelle mesure le gouvernement du pays prévoit d'allouer davantage de ressources au programme national de lutte contre la maladie et au secteur de la santé chaque année.

2.1 Paysage de financement global pour la période de mise en œuvre à venir

Afin de comprendre le paysage de financement global du programme national et comment cette demande de financement s'y intègre, décrivez brièvement :

- a. la disponibilité de fonds pour chaque domaine de programme et la source de ces financements (gouvernement et/ou donateur). Veuillez souligner tous les domaines correctement couverts (et donc non inclus dans la demande adressée au Fonds mondial) ;
- b. comment la proposition d'investissement par le Fonds mondial permet-elle d'attirer des ressources d'autres donateurs ;
- c. pour les domaines du programme présentant d'importants déficits de financement, les actions prévues pour y remédier.

Les besoins de financement du PSN pour la période 2016-2018 s'élèvent à 7 993 846,96 €. Les différentes contributions figurent au tableau sur l'analyse du déficit de financement (Cf. *Annexe 6*). Les ressources proviennent pour l'essentiel du gouvernement et des partenaires. La contribution de l'Etat pour la période 2016-2018 destinée à la lutte contre la TB est estimée à 4 082 076,05 €, pour l'investissement et les charges de fonctionnement du Programme. Cette enveloppe représente 51% des besoins totaux de financement. Il revient donc à l'Etat de mobiliser des ressources additionnelles pour combler l'ensemble des besoins. L'OMS participera au financement des activités du plan stratégique au cours de la période 2016-2018 pour un montant qui sera déterminé dans le cadre des prochains plans biennaux. L'apport du FM est essentiel pour couvrir le financement de certaines activités du PSN à hauteur de 3 732 270,91 €, représentant 47% des besoins totaux. Les efforts de l'Etat devront porter sur la mobilisation d'autres bailleurs nationaux ou internationaux pour couvrir le montant de 179 500 €, représentant 2% de l'ensemble des besoins de mise en œuvre du PSN. Ce qui correspond à la somme au-delà de la soumission. Dans le cadre du dépistage, du diagnostic et du traitement de la TB-MR, les besoins sont évalués à 928 894,07 €. Les médicaments seront financés par l'Etat et le FM.

a. Comment la proposition d'investissement par le Fonds mondial permet-elle d'attirer des ressources d'autres donateurs

Les engagements actuels du financement de l'Etat et du FM prennent en compte 98% des besoins exprimés pour la période 2016-2018. Ainsi, les efforts de l'Etat devront porter sur la mobilisation d'autres bailleurs nationaux ou internationaux pour couvrir le montant de 179 500 €, soit 2%. Les résultats obtenus grâce au financement du FM vont donner à la lutte contre la TB une visibilité sans précédent susceptible de mettre en confiance d'autres partenaires potentiels et de les impliquer dans la lutte.

b. Pour les domaines du programme présentant d'importants déficits de financement, les actions prévues pour y remédier

La gestion du programme présente un déficit de financement de 179 500 €, soit 2%. Les activités qui doivent être réalisées avec ce montant étant importantes pour la mise en œuvre

du projet, une contribution supplémentaire du FM est nécessaire dans le cadre de la somme au-delà pour atteindre les objectifs fixés.

2.2 Exigences relatives au financement de contrepartie

Complétez le tableau d'analyse des déficits de financement et du financement de contrepartie (Cf. Annexe 6). Les exigences relatives au financement de contrepartie sont énoncées dans la politique d'admissibilité et de financement de contrepartie du Fonds mondial.

- a. Veuillez indiquer ci-dessous si les exigences de financement de contrepartie ont été satisfaites. Si tel n'est pas le cas, fournissez une justification incluant les mesures prévues au cours de la mise en œuvre pour en assurer le respect.

Exigences de financement de contrepartie	Respectées ?	Dans la négative, donnez une brève justification et les mesures prévues
i. Mise à disposition de données fiables pour l'évaluation de la conformité	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
ii. Seuil minimum de contributions publiques destinées au programme de lutte contre la maladie (faible revenu, 5 % ; revenu intermédiaire du bas de la tranche inférieure, 20 % ; revenu intermédiaire du haut de la tranche inférieure, 40 % ; revenu intermédiaire de la tranche supérieure, 60 %)	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
iii. Augmentation de la contribution gouvernementale en faveur du programme de lutte contre la maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

- b. Par rapport aux années précédentes, quels investissements supplémentaires le gouvernement a-t-il engagé en faveur des programmes nationaux (tuberculose et VIH) pour la période de mise en œuvre qui rentre en ligne de compte pour évaluer la somme allouée par le Fonds mondial au titre de la volonté de payer ? Précisez clairement les interventions ou les activités qui devraient être financées grâce aux dépenses publiques supplémentaires et indiquez de quelle manière ces engagements seront suivis et feront l'objet d'un rapport.

- c. Veuillez évaluer l'exhaustivité et la fiabilité des données financières communiquées, y compris d'éventuelles hypothèses ou mises en garde concernant les chiffres.

- b) Le gouvernement gabonais intervient dans la lutte contre la TB pour un montant moyen annuel de 3 171 944,33 €. Cette contribution sera revue à la hausse au titre de la volonté de payer dans le cadre de cette demande TB au Fonds Mondial (Cf. Annexe 7). Cet engagement supplémentaire de l'Etat servira à l'achat des médicaments antituberculeux de première ligne (1 178 783,24 €), une partie des antituberculeux de seconde ligne (329 772,20 €), au dépistage de la TB-MR (192 744, 01 €), ainsi qu'à l'appui à la gestion du programme (988 571,76 €). Le suivi de cet engagement sera fait par la Direction Centrale des Affaires Financières (DCAF) du MSPS à travers l'exécution du projet annuel de performance (PAP), le rapport trimestriel d'exécution financière des Plans de Travail Annuels (PTA) et le rapport annuel de performance du MSPS. Ces informations seront disponibles à la fin de l'année dans le Rapport annuel d'activités du Programme. Ces données pourraient aussi être répertoriées à travers les Comptes Nationaux de la Santé (CNS).
- c) Le Gabon a mis en place en 2010 et institutionnalisé un comité technique chargé de l'élaboration des CNS. Ce comité a déjà publié les comptes de la santé 2010 et 2011. Les comptes de la santé 2012 et 2013 qui incluent les dépenses par maladie y compris la TB seront publiés d'ici le mois de mai 2015 au plus tard. Le comité technique pour l'élaboration des CNS est appuyé par l'OMS et l'ensemble des partenaires du mécanisme pour l'harmonisation de la santé en Afrique (HHA) présents au Gabon.

SECTION 3 : DEMANDE DE FINANCEMENT AUPRÈS DU FONDS MONDIAL

Cette section détaille la demande de financement et comment l'investissement est stratégiquement ciblé afin d'obtenir un impact plus prononcé sur la maladie et les systèmes de santé. Elle doit comprendre une analyse des principales lacunes programmatiques qui sert de fondement pour établir les priorités de la demande. Le document-type modulaire (Cf. Annexe 8) organise la demande afin de lier clairement les modules d'intervention sélectionnés aux buts et objectifs du programme, et les associe à des indicateurs, des cibles et des coûts.

3.1 Analyse des lacunes programmatiques

Une analyse des lacunes programmatiques doit être réalisée pour les trois à six modules prioritaires mentionnés dans la demande de financement du candidat.

Complétez un tableau des lacunes programmatiques (Cf. Annexe 9) détaillant les modules prioritaires quantifiables mentionnés dans la demande de financement du candidat. Assurez-vous que les niveaux de couverture des modules prioritaires sélectionnés correspondent aux cibles de couverture indiquées à la section D du document-type modulaire (Cf. Annexe 8).

Pour tout module prioritaire sélectionné difficile à quantifier (c'est-à-dire les modules autres que la prestation de services), veuillez expliquer les lacunes, les types d'activités en place, les populations ou groupes concernés et les déficits et sources de financement actuels.

La demande de financement au FM porte sur six modules prioritaires : (i) Prise en charge et Prévention de la TB ; (ii) Co-infection TB/VIH ; (iii) TB-MR ; (iv) Renforcement du système communautaire ; (v) Renforcement du Système de Santé incluant le suivi et évaluation et le renforcement de la gestion des achats et des stocks; et (vi) Gestion du Programme.

Modules prioritaires quantifiables :

Parmi ces modules, trois sont quantifiables, à savoir : Prise en charge et Prévention de la TB ; Co-infection TB/VIH et TB-MR. Pour ces trois modules, les cibles de couverture sont les suivantes :

Tableau V : Modules prioritaires quantifiables.

Modules	Valeur de référence	2016	2017	2018
Prise en charge et prévention de la TB				
Nombre de cas notifiés, toutes formes de TB confondues, confirmés bactériologiquement et diagnostiqués cliniquement (cas nouveaux et récidive).	5179 (2013)	5722	5852	5981
Co infection TB / VIH				
Pourcentage de patients atteints de TB pour lesquels les résultats d'un test VIH figurent dans le registre des cas de TB.	46 (2011)	60	80	95
Pourcentage de patients tuberculeux séropositifs au VIH bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale pendant le traitement antituberculeux.	52 (2010)	60	85	90
TB-MR				
Nombre de cas de TB pharmaco résistante bactériologiquement confirmés (TB résistante à la rifampicine et/ou TB multi résistante) notifiés au programme national de lutte contre la TB.	110	122	125	128
Nombre de cas de TB pharmacorésistante (TB résistante à la rifampicine et/ou TB multi résistante) ayant commencé un traitement de seconde intention	ND	122	125	128

Modules prioritaires difficilement quantifiables :

Les modules difficilement quantifiables sont : Renforcement du système communautaire ; Renforcement du Système de Santé incluant le suivi et évaluation et le renforcement de la gestion des achats et des stocks; et Gestion du Programme.

Ces trois modules sont difficiles à quantifier parce que l'évaluation de son fonctionnement repose sur des données essentiellement qualitatives.

Tableau VI : Modules prioritaires difficilement quantifiables.

	Gestion de programme	Renforcement du système communautaire	Renforcement du système de santé
Lacunes	Insuffisance qualitative et quantitative en personnels appropriés (Cadre de Santé publique, Epidémiologistes, Statisticiens, Logisticiens, Pharmaciens) Inadéquation des locaux du PNLT	Inexistence d'un cadre de coordination des activités communautaires pour la lutte antituberculeuse impliquant les différents programmes de santé intervenant au niveau communautaire Faibles capacités des acteurs communautaires et	Inexistence des plans opérationnels de mise en œuvre du PSN au niveau des régions et départements sanitaires ; Insuffisance en qualité et en quantité des ressources humaines formées dans la lutte antituberculeuse ; Faible intégration des activités de

			faible implication des communautés dans la lutte antituberculeuse.	prise en charge de la TB dans les formations sanitaires hors CDT; Insuffisance de coordination avec le PNLIST/VIH-SIDA, le SNIS et l'OPN Faible performance du système d'information sanitaire au niveau des Régions et des départements sanitaires.
Types d'activités en place	<p>Activités de planification, coordination, formation, supervision, suivi et évaluation des interventions</p> <p>Activités de gestion administrative et financière</p> <p>Activités de gestion des achats et approvisionnements</p>		<p>Mise en place du cadre de collaboration entre le PNLT et les acteurs communautaires</p> <p>Elaboration du guide de prise en charge communautaire de la TB</p> <p>Formation des relais communautaires</p>	<p>Affectation des ressources humaines</p> <p>Renforcement du partenariat Public-Privé pour la lutte contre la TB</p> <p>Renforcement du suivi et évaluation</p> <p>Réunions de coordination</p>
Populations ou groupes concernés	Population générale et populations vulnérables (enfants de moins de 5 ans, PVVIH, prisonniers, populations mal desservies en structures de PEC TB)		<p>Les patients tuberculeux et leur entourage</p> <p>La population générale et les populations vulnérables (enfants de moins de 5 ans, PVVIH, prisonniers, populations mal desservies en structures de PEC TB)</p>	Acteurs du système de santé publics et privés
Déficits et sources de financement actuels	Besoins exprimés*	1 175 729,25 €	323 368 €	1 214 274, 61 €
	Disponible**	996 229,25 €	323 368 €	1 214 274, 61 €
	Déficit	179 500 €***	0	0
	Source	Etat, OMS, FM	FM	Etat, OMS, FM
<p>* voir budget PSN ** voir tableau *** dont 179 500 € (à couvrir par la somme au-delà pendant la période de mise en œuvre du projet FM)</p>				

3.2 Demande de financement du candidat

Élaborez une présentation stratégique de la demande de financement du candidat adressée au Fonds mondial, comprenant à la fois l'investissement proposé pour la somme allouée et la demande au-delà de ce montant. Décrivez comment ce financement comblera les lacunes et contraintes mentionnées aux sections 1, 2 et 3.1. Si le Fonds mondial soutient des programmes existants, expliquez comment ils seront adaptés pour maximiser l'impact.

Les besoins de financement du PSN pour la période 2016-2018 s'élèvent à 7 993 846,96 €. L'apport de l'Etat est estimé à 4 082 076,05 €. La différence à combler est de 3 911 770,91 €. Le montant alloué au Gabon pour la TB par le FM dans le cadre du nouveau mécanisme de financement est de 3 732 270,91 € pour la période 2016-2018, soit 47% des besoins totaux. Il restera encore 179 500 € à mobiliser et à combler par l'augmentation de la contrepartie gabonaise, ainsi que la contribution d'autres partenaires à l'exemple de l'OMS, des instituts de recherche (CERMEL, CIRMF, Institut Pasteur) et de la Fondation Damien.

Cette demande est basée sur les recommandations du dialogue pays inclusif réalisé en novembre 2014 impliquant toutes les parties prenantes, en l'occurrence les anciens malades tuberculeux, les représentants des groupes vulnérables, les partenaires techniques et financiers, ainsi que l'équipe de portefeuille du FM pour le Gabon. Ce dialogue pays a débuté par l'élaboration du Profil épidémiologique de la TB sur 11 ans (2003-2013), suivi de celle du PSN 2014-2018 validé au cours d'un atelier national du 27 au 31 octobre 2014 par toutes les parties prenantes. La présente note conceptuelle a été élaborée sous la coordination du CCM avec l'appui des services techniques de la Primature, du MSPS, de l'OMS et d'autres partenaires (Expertise France, CERMEL, CIRMF, UNICEF, ONUSIDA) (Cf. *Annexe 10*). La présente demande de financement s'inscrit en droite ligne avec les objectifs du PSN 2014-2018 pour le contrôle de la TB dans les modules prioritaires suivants: Prise en charge et prévention de la TB ; TB/VIH ; TB-MR ; Renforcement des systèmes communautaires; Renforcement du système de santé y compris la gestion des approvisionnements et des stocks, ainsi que le Suivi et évaluation ; Gestion du programme.

Les domaines dans lesquels les lacunes et contraintes seront comblées grâce au financement du FM sont les suivants :

- **Ressources humaines (298 372,48 €):** on note un déficit en ressources humaines en quantité et en qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire (médecins, techniciens de laboratoire, infirmiers, travailleurs sociaux, etc.). Ainsi, des formation/remise à niveau des personnels sur les différents aspects de la lutte contre la TB incluant aussi les populations vulnérables identifiées (TB sensible, co-infection TB-VIH, TB-MR, techniques de diagnostic, etc.) seront organisées dans toutes les RS du pays. L'Etat se chargera d'affecter le personnel nécessaire dans les CDT et CT.
- **Ressources financières (3 732 270,91 €):** on note une insuffisance du budget alloué par l'Etat au PNLT pour la mise en œuvre des activités de lutte contre la TB (PSN, page 17). Ainsi, il n'y a pas de budget pour les équipements, le renforcement des capacités des personnels, la prévention, la détection des cas et le traitement de la TB-MR, la mobilisation sociale/IEC/CCC, la surveillance, le suivi et l'évaluation etc...La dotation du FM permettra l'achat des équipements pour les CDT/CT, des intrants de laboratoire et outils nécessaires à la prévention, au traitement et au suivi à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et une partie des médicaments de seconde ligne. Elle permettra également l'acheminement des médicaments et intrants vers les structures de PEC, la réalisation des activités de sensibilisation et d'implication des communautés, de surveillance et de suivi/évaluation.
- **Accessibilité au dépistage et au traitement (1 903 377,27 €):** l'accessibilité à la PEC de la TB est insuffisante dans sept RS (Nord, Sud, Sud Est, Centre Sud, Ouest, Centre Est, Est), les lagunes et les lacs. Le financement du FM permettra d'amener les services de

lutte contre la TB au plus près des communautés vivant dans ces zones et d'améliorer la PEC des populations vulnérables atteintes de TB, avec une réduction substantielle du nombre de PDV et une augmentation du taux de succès thérapeutique. Cette stratégie sera optimisée par la mise à contribution des acteurs communautaires dans les zones concernées.

- **Système d'Information Sanitaire, supervision et suivi/évaluation, recherche opérationnelle (1 091 445,95 €):** On note des insuffisances dans le système de collecte, d'analyse et de transmission des données liées à la TB à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, ainsi que des insuffisances dans les activités de supervision, surveillance, suivi/évaluation. De même, les activités de recherche opérationnelle sont embryonnaires. La contribution financière du FM servira à améliorer la qualité des données produites à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Deux enquêtes seront réalisées pour établir le profil des résistances aux antituberculeux au Gabon et pour comprendre les causes du nombre élevé de PDV.

Maximisation de l'impact par module et interventions proposées :

1. Prise en charge et prévention de la TB (1 820 367, 60 €):

1.1 Dépistage des cas de TB dans la population générale incluant les populations vulnérables (1 496 999, 42 €)

Les défis posés relèvent d'une part d'un budget insuffisant pour l'acquisition des intrants, du manque de mise en œuvre des nouvelles technologies de dépistage, de la couverture nationale inégale en CDT/CT, ainsi que l'absence d'un système d'Assurance Qualité/Contrôle Qualité (AQ/CQ). D'autre part, on relève la stigmatisation des malades, les insuffisances dans le dépistage des populations vulnérables ainsi qu'une faible implication du secteur privé. Le financement demandé au FM sera utilisé pour les activités de dépistage et de traitement de la TB sur l'ensemble du territoire afin de renforcer la couverture en services et équipements diagnostics. Le but est de dépister rapidement le maximum de cas existants dans la communauté avec un accent particulier sur les populations vulnérables pendant la période d'exécution du PSN.

La couverture en services diagnostiques et de dépistage des cas seront renforcés par l'équipement de 16 nouveaux CDT et la réhabilitation des 17 CDT existants. Afin de maximiser l'impact avec l'appui du FM, 8 sur 16 CDT prévus seront créés et cibleront les zones suivantes : le milieu carcéral (Prison Centrale de Libreville) et les zones mal desservies (Okondja, Mayumba, Mekambo, Lastourville, Boué, Bitam, Minvoul) au rythme de 4 CDT par année sur les deux premières années de mise en œuvre. Un système de collecte des échantillons des expectorations chez les suspects de TB et de transport des frottis des centres de santé périphériques vers les CDT sera instauré et supervisé sur une base trimestrielle. Un accent sera mis sur l'assurance qualité interne et externe en établissant un cadre de collaboration entre le LNR et un laboratoire supranational, en développant des manuels de procédures pour le contrôle et l'assurance qualité. L'approvisionnement régulier en intrants pour le diagnostic de la TB sera assuré. Afin de permettre le diagnostic précoce de la TB chez les enfants, les PVVIH, les contacts des cas index, les cas de retraitement, 4 appareils Xpert/MTB-RIF seront déployés dans les RS de Libreville-Owendo, Maritime, Centre Sud et Nord sur financement de l'Etat gabonais (acquisition) avec un appui du FM pour les intrants. Les outils de dépistage de la TB chez les enfants et les PVVIH récemment élaborés seront reproduits et diffusés grâce au financement du FM. Le renforcement des capacités du personnel sera réalisé pour le diagnostic de la TB et le dépistage du VIH, avec pour cibles : les techniciens de laboratoire (58) et les prestataires de soins (15 médecins dont 5 pédiatres, 138 infirmiers, 75 travailleurs sociaux).

En ce qui concerne la population carcérale, un plaidoyer à l'endroit du Ministère de la Justice pour le dépistage actif des contacts des cas index au cours de la détention sera fait. Avec l'appui du FM, 18 infirmiers, 18 surveillants, 27 gardes pénitenciers et 18 pairs éducateurs de l'ensemble des neuf prisons du pays seront formés sur les activités de lutte contre la TB en

milieu carcéral. Une séance mensuelle de sensibilisation de masse sera assurée et les activités de PEC supervisées tous les trois mois.

1.2 Traitement et Prévention de la TB (122 828, 66 €) :

Le taux élevé de PDV reflète des insuffisances dans le suivi des patients sous traitement, dans l'implication des systèmes communautaires et du secteur privé, ainsi que dans la gestion des médicaments, notamment les ruptures de stocks. La priorité sera d'augmenter le taux de succès thérapeutique de 57% à 85% d'ici 2018 en assurant la disponibilité des médicaments de qualité, y compris dans les zones mal desservies. L'Etat gabonais alloue à l'OPN une dotation de 304 898,03 € pour assurer le transport des médicaments vers les antennes régionales, à laquelle s'ajoutera une contribution du PNLT à hauteur de 10% de ce montant soit 30 489,8 €. Aussi pendant la durée du projet, avec l'appui du FM, le circuit de distribution des médicaments et autres intrants depuis les antennes régionales jusqu'aux structures de PEC sera renforcé grâce à l'achat de trois véhicules tout terrain qui serviront aussi pour les missions de supervision. De même, les capacités de stockage et de conservation des produits au niveau des antennes régionales seront améliorées par l'acquisition de splits, thermomètres et étagères. En plus des structures du secteur privé non lucratif (HAS et HEB), le PNLT encouragera la mise en place de deux CDT dans le secteur privé lucratif (Polyclinique Chambrier à Libreville et Clinique SOS MEDECINS) avec mise à disposition des outils de gestion du programme, toujours grâce au financement du FM. Par ailleurs, l'OMS participera au renforcement des capacités des prestataires de soins, y compris ceux du privé et des acteurs communautaires. Ces derniers sont actuellement au nombre de 28, dont 24 à Gamba et 4 de l'association des anciens tuberculeux à Libreville. Le PNLT se propose d'augmenter ce nombre à 330, dont 250 sur financement du FM. Ces acteurs communautaires percevront un forfait trimestriel comprenant le transport, les communications et la motivation. Le taux élevé de PDV (35% en 2012 selon le Profil épidémiologique) et la proportion considérable des non évalués seront substantiellement réduits par la relance des patients irréguliers grâce à ces acteurs communautaires. Dans le même cadre, l'utilisation des échéanciers de suivi et de la flotte téléphonique (système GSM) par le personnel de santé seront mis en pratique avec appui de l'OMS. Le suivi médical et social des détenus libérés avant la fin de leur traitement sera assuré en impliquant fortement les systèmes communautaires et les travailleurs sociaux. La prévention sera renforcée par une meilleure couverture vaccinale par le BCG chez les enfants de moins de cinq ans dans le cadre du PEV, de même que l'administration de l'INH aux populations cibles (enfants et PVVIH) et la mise en place de mesure de contrôle de l'infection assurés par l'Etat gabonais.

2. TB/VIH (283 593,35 €):

Les lacunes majeures du domaine de la co-infection TB/VIH résident dans la faible collaboration entre les programmes PNLT et PNLIST/VIH-SIDA, ainsi que la faible intégration des activités de PEC TB/VIH dans les formations sanitaires. On relève dans le cas des malades tuberculeux un accès encore insuffisant aux ARV et au CTX (52% en 2010, Profil épidémiologique, page 35). On note un faible accès au diagnostic de la TB, soit environ 2%. En effet sur 29 338 PVVIH de la file active de 2013, seuls 547 ont bénéficié d'un diagnostic de la TB (Profil épidémiologique, page 87 et Rapport OMS 2014). La prévention à l'INH n'est pas encore mise en œuvre chez les PVVIH, malgré les directives nationales.

Le financement demandé au FM permettra d'améliorer la collaboration entre le PNLT et le PNLIST/VIH-SIDA : un plan de collaboration TB/VIH sera préalablement élaboré et validé, de même qu'un guide de PEC de la co-infection TB/VIH. Des plateformes collaboratives TB/VIH seront mises en place et des réunions de coordination seront organisées au niveau central et dans les 10 RS, avec des supervisions conjointes. Une réunion d'évaluation annuelle du plan conjoint TB/VIH impliquant tous les acteurs, y compris les partenaires, sera organisée. Tous les acteurs du système de soins seront formés/recyclés à la PEC intégrée des patients TB/VIH.

3. TB multi-résistante (406 377,86 €) :

La TB-MR pose actuellement un défi majeur en raison du risque de dissémination lié notamment à la non mise en œuvre des mesures de contrôle de l'infection. Deux laboratoires (LNSP à Libreville et le CERMEL à Lambaréné) seront mis à niveau (système de ventilation mécanique, postes de sécurité microbiologiques) pour la culture de MTB et les tests de pharmaco-sensibilité en vue de confirmer et de suivre les cas TB-MR. Le pays prévoit de diagnostiquer au moins 50% des cas de TB-MR attendus parmi les cas de retraitement et les nouveaux cas et de traiter 100% des cas confirmés. Par conséquent, le financement demandé permettra le contrôle de la TB-MR parmi les groupes à risque (tous les cas de retraitement, contacts TB-MR symptomatiques, les PVVIH et les enfants jusqu'à 14 ans) et la mise sous traitement de tous les cas confirmés. Les directives pour la PEC de la TB-MR en cours d'élaboration seront finalisées avant le mois de juin 2015 et diffusées tant dans le secteur public que privé. Un algorithme (en annexe) guidera le dépistage des TB-MR et la détection précoce des éventuels cas ultra résistants (XDR) grâce à l'utilisation du test Xpert MTB/RIF et LPA respectivement. L'appui communautaire pour la recherche de sujets contacts sera établi. Le traitement sera basé sur le schéma thérapeutique de 21 mois pour 80% des malades. Dans le cadre de la recherche avec l'appui du CERMEL et de la Fondation DAMIEN, un traitement court de 9 mois déjà validé par le Comité National d'Ethique, sera mis en place chez les 20% de malades restant. Un plan de contrôle de l'infection sera élaboré et mis en œuvre avec l'appui du FM. Une structure d'hospitalisation dédiée est identifiée pour la phase intensive du traitement. L'approvisionnement régulier en médicaments de 2^{ème} ligne, en médicaments pour la gestion des effets secondaires, en appareillage pour les cas de TB-MR malentendants suite aux effets du traitement sera assuré par l'Etat et le FM. Un plaidoyer sera mené auprès de la CNAMGS pour la PEC des frais du bilan pré thérapeutique et de suivi des malades TB-MR. Un comité technique TB-MR sera mis en place pour assurer le suivi des activités par l'organisation des réunions trimestrielles.

4. Renforcement des systèmes communautaires (323 368,19 €):

De manière générale l'organisation à base communautaire est embryonnaire au Gabon et caractérisé par quelques initiatives individuelles et marginales. Or, les structures communautaires jouent un rôle-clé de relais entre les services de santé et les malades. Le contexte du Gabon s'illustre par la faible implication des communautés dans la lutte contre la TB, ainsi que le faible suivi/évaluation des actions communautaires. Par ailleurs, le PNLT ne dispose pas d'un plan de communication tourné vers les communautés.

Dans le cadre de cette demande, il faudra appuyer l'identification, le renforcement et le suivi de 250 acteurs communautaires. Ainsi, le financement du FM permettra d'élaborer les directives, outils de gestion et les modules de formation/supervision de PEC communautaire de la TB définissant clairement le profil, le statut, les rôles et responsabilités des agents communautaires. Le financement sollicité va permettre le renforcement des structures communautaires sur le repérage des suspects de TB, leur orientation vers les structures sanitaires, l'accompagnement des malades sous traitement dans le cadre de la DOTS communautaire, les visites à domicile (VAD), la recherche des PDV, la sensibilisation et la mobilisation sociale, ainsi que le suivi des prisonniers après leur libération. Tout cela permettra de stimuler la demande de soins anti-TB, de renforcer l'implication de la communauté dans la lutte contre la TB et de réduire la stigmatisation de la TB au sein de la population. Le mode de collaboration entre services de santé (TB) et agents communautaires fera l'objet d'un contrat avec des TDR répondant aux réalités locales.

A ce jour, les acteurs communautaires suivants ont manifesté leur intérêt pour le projet : le Réseau des PVVIH, le Collectif des anciens malades de TB, les Aumôniers des prisons, le Mouvement Gabonais du Bien-Etre Familial (MGBEF), la Croix Rouge Gabonaise, le RENAPS/AJ, le REGOSIDA, les communautés religieuses et l'Organisation des populations autochtones (Pygmées).

5. Gestion du Programme (187 157,49 € dont 179 500 € dans la somme au-delà):

Le PNLT et ses démembrements ne disposent pas d'assez de ressources humaines, matérielles et financières pour assurer une gestion adéquate des activités de lutte contre la TB à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Des activités sont ainsi prévues pour renforcer les capacités et la coordination du programme.

Les comptes nationaux de la santé 2016, 2017 et 2018 intégreront les dépenses liées à la TB par niveau de la pyramide sanitaire. Un audit externe annuel des comptes du PNLT sera réalisé avant le début du projet. Avec l'appui du FM, le programme recrutera un gestionnaire comptable indépendant pour appuyer dans la conduite de la subvention. La coordination du programme sera renforcée par l'affectation par l'Etat du personnel nécessaire (1 pharmacien, 1 épidémiologiste, 1 statisticien, 1 logisticien, 3 Cadres de Santé publique) et le renforcement de leurs capacités sur la gestion de la lutte contre la TB avec l'appui du FM. Sur financement du FM, la prise en compte des besoins de fonctionnement (frais généraux de gestion, fournitures de bureau, maintenance...) et d'investissement (parc informatique, moyens roulants...) facilitera la réalisation des activités courantes et les supervisions.

6. Renforcement du Système de Santé, du Suivi/Evaluation et de la gestion des achats et des stocks (1 214 274,60 €) :

Le système de santé gabonais affiche une faible performance notamment du fait de la non opérationnalité des Régions et des Départements sanitaires attribuable aux insuffisances des six piliers (gouvernance et leadership, financement, prestations de services, ressources humaines, système d'information, technologies). Le financement du FM contribuera au développement et à l'évaluation des plans régionaux et départementaux, ainsi qu'à l'élaboration des CNS, y compris les sous comptes TB. Plusieurs aspects de renforcement de certains piliers ont déjà été abordés dans les modules précédents (prestation de services, ressources humaines, gouvernance et leadership).

Le suivi/évaluation est une composante clé dans la gestion des subventions du FM au regard du principe de la gestion axée sur les résultats. L'analyse de sa situation au PNLT a fait ressortir certains points faibles à savoir: la faible promptitude des rapports d'activités, l'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières, l'absence de moyens roulants pour assurer les activités de supervision (plan de suivi et évaluation du PSN, page 14). Les défis à relever concernent : la mise en œuvre du PSE du PSN 2014-2018 qui prend en compte toutes les interventions et tous les partenaires intervenant dans la lutte contre la TB, la mobilisation des ressources suffisantes pour le suivi/évaluation, l'acquisition d'un logiciel plus élaboré pour l'analyse et le traitement de données, la coordination et le renforcement des capacités des acteurs impliqués en vue de relever les taux de promptitude, de complétude et d'améliorer la qualité des données.

Le MSPS a mis en place un logiciel de gestion de l'information sanitaire qui devrait permettre de renseigner toutes les données du SNIS (carte sanitaire, données de routine, données épidémiologiques, financement y compris celles de la TB), en temps réel, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et de les diffuser à partir du site de la COSP : **Infosani web** (<http://cosp-gabon.info/>). Les gestionnaires de données du niveau central (COSP) sont reliés à ceux du niveau intermédiaire et périphérique par une connexion internet. Ils peuvent ainsi réagir en temps réel. Toutefois le fonctionnement de ce dispositif n'est pas encore satisfaisant (insuffisance de ressources financières, d'équipement et de personnel) avec pour conséquences un faible taux de promptitude, de complétude et de qualité des données.

Le financement du FM va donc contribuer au renforcement du SNIS par l'opérationnalisation de l'outil, la diffusion du plan de suivi/évaluation et des supports de collecte des données. Les autres activités couvertes par ce financement concernent aussi les supervisions, l'organisation d'une réunion annuelle de restitution du rapport annuel d'activités du PNLT et d'échanges d'expériences des CDT, l'organisation des réunions de validation des données aux niveaux central et intermédiaire, de même que l'évaluation à mi-parcours et finale du PSN. Au préalable, les outils de collecte des données seront révisés avec l'appui de l'OMS

conformément au nouveau cadre 2013 de l'OMS pour la collecte des informations utiles (Définitions et cadre de notification pour la TB-Révision 2013).

Concernant la gestion des achats et des stocks, on note des déficits relatifs aux cadres réglementaire et organisationnel. Le cadre réglementaire est très peu respecté. Les conditions d'approvisionnement, de distribution et de stockage des produits ne sont pas satisfaisantes. Au niveau régional particulièrement, l'absence de logistique et de financement pour le transport des médicaments et de consommables biomédicaux, l'insuffisance des outils de gestion des médicaments, ainsi que la non définition du circuit de distribution et une faible coordination entre les services périphériques du PNLT et de l'OPN entravent l'approvisionnement régulier des structures de PEC à ces niveaux. Le FM permettra d'améliorer la distribution des médicaments et autres intrants vers les structures de PEC par l'acquisition de moyens roulants et une contribution aux frais de transport, le renforcement des capacités des personnels, l'élaboration, la production et la diffusion des outils de GAS, l'amélioration des conditions de stockage des médicaments et produits de laboratoires.

La demande de financement des modules et interventions est résumée dans le tableau VII ci-après.

Tableau VII : Synthèse du budget par module et par intervention, 2016-2018.

Modules	Interventions	TOTAL FM en Euros		Etat
		FM_Somme allouée	FM_Somme au-delà	
Prise en charge et prévention de la tuberculose		1 820 367,60		1 332 528,07
	Dépistage et diagnostic des maladies	797 453,35		153 744,83
	Populations clés touchées	699 546,06		0
	Traitement	0		1 178 783,24
Prise en charge communautaire de la tuberculose		323 368,19		0
Tuberculose/VIH		283 593,35		1 238 460
	Interventions concertées de lutte contre la tuberculose et le VIH	283 593,35		1 238 460
		406 377,86		522 516,21
Tuberculose multirésistante	Dépistage et diagnostic des maladies: tuberculose multirésistante	308 161,61		192 744,01
	Traitement: tuberculose multirésistante	98 216,25		329 772,20
RSS-Gestion approvisionnement et stocks	Appui aux systèmes de gestion des achats et de l'approvisionnement	122 828,65		0
RSS-Suivi et		1 091 445,95		

évaluation	Communication régulière de l'information	445 150,72		
	Analyse, examen et transparence	618 672,77		
	Enquêtes	27 622,45		
Gestion de Programme	Politique, planification, coordination et gestion	7 657,49	179 500	988 571,76
TOTAL		3 732 270,91	179 500	4 082 076,05

3.3 Document-type modulaire

Complétez le document-type modulaire (Cf. *Annexe 8*). Pour accompagner le document-type modulaire, à la fois pour la somme allouée et pour la demande au-delà de ce montant, veuillez brièvement :

- a. expliquer les raisons du choix et de l'établissement des priorités des modules et interventions ;
- b. décrire l'impact et les résultats escomptés, en apportant des preuves de l'efficacité des interventions proposées. Mettez en évidence les avantages supplémentaires attendus grâce au financement demandé au-delà de la somme allouée.

Les modules et interventions prioritaires choisis découlent du contexte actuel de la lutte contre la TB au Gabon, des orientations stratégiques du PNDS 2011-2015, les priorités du PSN TB retenues lors du Dialogue pays et incluant les interventions à haut impact, centrées sur les populations vulnérables. Le financement demandé couvre six modules prioritaires : *Prise en charge et prévention de la TB, TB/VIH, TB-MR, Renforcement des systèmes communautaires, Gestion du programme, Renforcement du système de santé incluant le Suivi-Evaluation et la gestion des approvisionnements et des stocks.*

La justification du choix des modules et interventions ainsi que l'impact et les résultats escomptés se déclinent comme suit :

Prise en charge et prévention de la TB

Raisons du choix

Le choix de ce module se justifie par la nécessité d'améliorer l'accessibilité géographique aux soins liés à la TB pour les populations y compris les plus vulnérables, de réduire la propagation de la maladie au sein de la communauté et de diminuer ainsi la morbi-mortalité liée à la TB par le biais des interventions décrites ci-dessous.

Dépistage des cas de TB dans la population générale incluant les populations vulnérables: Les interventions proposées permettront d'étendre l'accessibilité au dépistage aux populations mal desservies et de fournir le diagnostic précoce aux autres populations vulnérables grâce aux nouveaux outils (Xpert/MTB-RIF).

Traitement : Les interventions permettront d'améliorer la couverture du pays en structures de PEC et de renforcer les capacités (ressources humaines, équipements et collaboration intersectorielle) pour augmenter le taux de succès thérapeutique.

Résultats escomptés et preuves de l'efficacité des interventions proposées

Nombre de nouveaux cas de TTF et rechutes notifiés (bactériologiquement confirmés et cliniquement diagnostiqués) : 5981 en 2018 contre 5179 en 2013.

Nombre de cas de TTF notifiés parmi les personnes privées de liberté: 500 en 2018 contre 180 en 2013.

Taux de succès thérapeutique des nouveaux cas de TB pulmonaire bactériologiquement confirmés (nouveaux et rechutes): 85% en 2018 contre 57% en 2013.

Pourcentage d'enfants de < 5ans contact des cas de TB pulmonaire bactériologiquement confirmés adultes qui bénéficient effectivement d'un traitement préventif à l'INH : 80% en 2018 contre 0% en 2013.

Impact :

Réduction des taux de morbidité et de mortalité liés à la TB.

TB/VIH

Raisons du choix

Le choix de ce module se justifie par la nécessité d'améliorer l'accès au dépistage et aux soins des patients coinfectés TB/VIH. Il s'agira de l'accès au test VIH, au CTX et aux ARV pour les patients TB. Quant aux PVVIH, c'est l'accès au dépistage de la TB, au TPI et au traitement antituberculeux.

Résultats escomptés et preuves de l'efficacité des interventions proposées

Proportion de patients tuberculeux TTF dépistés pour le VIH: 95% en 2018 contre 46% en 2011.

Proportion de patients co-infectés TB/VIH mis sous ARV: 90% en 2018 contre 52% en 2010

Taux de succès thérapeutique parmi les patients co-infectés TB/VIH mis sous traitement antituberculeux : 85% en 2018.

Impact : Réduction des taux de morbidité et de mortalité liés au VIH.

TB multi résistante

Raisons du choix

Le choix de ce module se justifie par la prévention et le contrôle de l'émergence des souches résistantes aux médicaments de première ligne ; la détection et la guérison d'un maximum de patients pour stopper la transmission de la TB-MR ; la nécessité de mettre en œuvre les stratégies spécifiques à la lutte contre la TB-MR par le PNLT ; la mise en place de mesures de contrôle de l'infection et la recherche des cas contacts, permettront d'éviter la dissémination de la maladie au sein de la communauté.

Résultats escomptés et preuves de l'efficacité des interventions proposées

Taux de succès thérapeutique des cas de TB-MR : 80% en 2018

Proportion de patients TB-MR diagnostiqués : 50% en 2018 contre 0% en 2013

Proportion de patients TB-MR mis sous traitement : 100% en 2018 contre 0% en 2013

Impact : Réduction des taux de morbidité et de mortalité liés à la TB.

Renforcement des systèmes communautaires

Raisons du choix

Le choix de ce module se justifie par la nécessité de renforcer la connaissance de la maladie par la communauté, des services qui lui sont offerts (en termes de prévention et PEC de la maladie) et permettre son implication dans la lutte contre la TB (ONG/OBC, autres...).

Résultats escomptés et preuves de l'efficacité des interventions proposées

Une cartographie des acteurs communautaires est disponible.

Les acteurs communautaires sont engagés.

Un système de contractualisation avec les acteurs communautaires est mis en place.

La stratégie DOTS est intensifiée à tous les niveaux du système sanitaire.

La stigmatisation est réduite.

La proportion des PDV est réduite.

Impact : Réduction des taux de morbidité et de mortalité liés à la TB.

RSS, Suivi-Evaluation et GAS

Raisons du choix

Le choix de ce module se justifie par la nécessité de rendre compte, évaluer avec des données de qualité et prendre des décisions sur les bases factuelles dans le cadre du système de santé incluant :

-Le suivi-évaluation qui sera amélioré par le renforcement des capacités, la mise à jour des outils en alignement sur le nouveau cadre de définitions et de rapportage 2013 de l'OMS, l'informatisation et la validation des données pour fiabiliser le système, de même que par l'élaboration et le suivi des plans annuels des départements et régions sanitaires.

-Le soutien à l'Office Pharmaceutique National (OPN) qui consistera à acquérir, stocker et distribuer des médicaments et intrants de qualité pour guérir le maximum de patients.

Résultats escomptés et preuves de l'efficacité des interventions proposées

Définition des indicateurs-clés : un système de notification et de rapportage actualisé selon les recommandations de l'OMS (2013) est disponible.

Rapportage de routine : les rapports attendus avec des données de qualité en temps réel sont disponibles dans les délais prévus.

Evaluation périodique : Le PNLT évalue périodiquement l'évolution du Programme et réoriente les activités et les interventions selon les résultats de ces évaluations.

Rapport annuel du programme : Les rapports annuels sont disponibles dans les délais définis

par les instructions et dans un format correspondant aux recommandations internationales.

Gestion des approvisionnements et des stocks : évaluation régulière et appropriée des structures ayant connu des ruptures de stock de plus de 5 jours consécutifs.

Impact : Réduction des taux de morbidité et de mortalité liés à la TB.

Gestion du Programme

Raisons du choix

Le choix de ce module se justifie par la nécessité de renforcer le leadership, la redevabilité et les capacités de coordination et de gestion du programme.

Résultats escomptés et preuves de l'efficacité des interventions proposées :

Gestion financière du Programme : les demandes de décaissement et les justificatifs correspondants sont disponibles, les audits financiers donnent des résultats satisfaisants.

Gestion technique du Programme : les données-clés du Programme sont disponibles dans les délais prescrits et accessibles, les activités du PNLT se déroulent selon la planification.

Gestion administrative du Programme : la conclusion et le suivi des contrats sont conformes aux TDR. Le PNLT dispose d'un système d'archivage de qualité. La gestion administrative du Programme est conforme aux Normes du secteur de la santé du Gabon (2011).

Coordination entre le PNLT et les autres acteurs (PNLIST/VIH-SIDA, OPN, acteurs communautaires).

Impact : Réduction des taux de morbidité et de mortalité liés à la TB.

3.4 Centrage sur les populations-clés et/ou les interventions ayant l'impact le plus marqué

Cette question ne concerne pas les pays à faible revenu.

Indiquez si le centrage de la demande de financement répond aux critères de la politique d'admissibilité et de financement de contrepartie du Fonds mondial comme indiqué ci-dessous :

- a. Si le candidat est un pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, veuillez décrire comment la demande de financement concentre au moins 50 pour cent du budget sur les populations mal desservies et les populations-clés et/ou les interventions ayant l'impact le plus marqué.
- b. Si le candidat est un pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, veuillez décrire comment la demande de financement concentre 100 pour cent du budget sur les populations mal desservies et les populations-clés et/ou les interventions ayant l'impact le plus marqué.

La demande de financement au FM dans le cadre de cette Note conceptuelle concentre 100% du budget sur les populations les plus vulnérables identifiées, à savoir : les enfants de moins de 5 ans, les co-infectés TB-VIH, la population carcérale, les populations vivant dans les zones mal desservies, ainsi que des interventions sur le nouveau défi que représente la TB-MR. La PEC optimale de ces populations passe forcément par la mise en œuvre des interventions transversales de renforcement du système de santé incluant la GAS et le Suivi/Evaluation, ainsi que de la Gestion du programme.

La réalisation de ce projet contribuera à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la TB.

SECTION 4 : MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET ÉVALUATION DES RISQUES

4.1 Aperçu des modalités de mise en œuvre

Veillez donner un aperçu des modalités de mise en œuvre proposées pour la demande de financement. Dans votre réponse, décrivez :

- a. la raison pour laquelle la modalité de mise en œuvre proposée ne reflète pas une modalité de financement à deux voies, le cas échéant (c'est à dire avec des récipiendaires principaux appartenant au secteur public ainsi qu'au secteur non gouvernemental) ;
- b. si on désigne plus d'un Bénéficiaire Principal, comment la coordination entre les récipiendaires principaux sera assurée ;
- c. le type de modalité de gestion des sous-récepteurs susceptible d'être mis en place et si des sous-récepteurs ont été identifiés ;
- d. comment la coordination sera assurée entre chaque Bénéficiaire Principal désigné et ses différents sous-récepteurs ;
- e. comment les représentants des organisations de femmes, des personnes vivant avec les trois maladies et des populations-clés participeront activement à la mise en œuvre de cette demande de financement.

a) la raison pour laquelle la modalité de mise en œuvre proposée ne reflète pas une modalité de financement à deux voies, le cas échéant (c'est à dire avec des récipiendaires principaux appartenant au secteur public ainsi qu'au secteur non gouvernemental)

Le comité de coordination multisectoriel de lutte contre le SIDA, la TB et le Paludisme (CCM) du pays a opté pour le choix d'un seul Bénéficiaire Principal (BP) pour la gestion de la subvention TB du Fonds Mondial. Ce choix a été motivé par : le montant limité de la subvention, la teneur technique de la composante couverte, le champ limité des potentiels bénéficiaires principaux.

Par ailleurs, le BP sélectionné, soit le Ministère de la Santé et de la Prévoyance Sociale, a déjà géré deux subventions du Fonds Mondial au Gabon, Paludisme round 5 et VIH round 8, dont il a tiré des leçons et une expérience de gestion de tels fonds.

b) si on désigne plus d'un Bénéficiaire Principal, comment la coordination entre les récipiendaires principaux sera assurée

Un seul BP ayant été sélectionné, la question de la coordination entre BP ne se pose pas.

c) le type de modalité de gestion des sous-récepteurs susceptible d'être mis en place et si des sous-récepteurs ont été identifiés

Le BP est capable d'exercer un contrôle sur les sous bénéficiaires (SB) en matière de gestion financière et immobilisation des biens et équipements. Le MSPS mettra en place en son sein un comité de pilotage chargé de veiller à la bonne exécution du projet. Ce comité de pilotage du BP tiendra des **rencontres périodiques stratégiques** avec le PNLT afin d'examiner le niveau de la mise en œuvre programmatique et le taux d'absorption du financement. En outre, il aide à la prise de décision par le Ministre. Le PNLT est l'organe technique et administratif désigné par le BP pour assurer la coordination de la mise en œuvre de la subvention TB. Les capacités du PNLT seront renforcées pour assurer une mise en œuvre optimale des activités du projet avec les SB. Un Gestionnaire Comptable Indépendant sera recruté pour garantir une gestion efficiente de la subvention. Les procédures de gestion financière des sous bénéficiaires sont clairement définies dans le Manuel de procédures administratives, financières et comptables (version 2009, Annexe 11). Les procédures administratives, comptables et financières contenues dans ce

manuel décrivent les relations fonctionnelles entre les différents organes du cadre institutionnel à savoir: les critères d'allocation des ressources, les formats des cahiers de charge, les dossiers des projets, de même que les normes comptables et d'intervention des acteurs. Ce manuel de procédures validé par le FM lors des gestions antérieures des subventions sera révisé conformément aux exigences du nouveau modèle de gestion du FM et au nouveau cadre institutionnel.

d) comment la coordination sera assurée entre chaque Bénéficiaire Principal désigné et ses différents sous-réциpiendaires

La coordination entre le BP et les SB sera assurée par l'entremise du PNLT, organe de coordination de la subvention du Fonds Mondial. Le Ministre de la Santé et de la Prévoyance Sociale est l'Ordonnateur du projet. Il veille à l'atteinte des résultats attendus et rend compte au CCM et au FM. Le PNLT est chargé de gérer la subvention allouée, de veiller au respect des procédures et d'assurer la supervision, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du projet par les SB, **lesquels ont l'obligation de lui rendre compte.**

En outre, le BP prévoit un cadre de concertation de l'organe de coordination (PNLT) avec les SB pour orienter et lever d'éventuels goulots d'étranglement liés à la mise en œuvre. L'implication du comité de pilotage favorisera un fonctionnement optimal du PNLT et de ses SB. L'organe de coordination (PNLT) assisté du comité de pilotage présentera régulièrement le rapport de progrès de la mise en œuvre du projet aux assemblées générales du CCM.

La gestion programmatique se rapporte aux activités d'élaboration et d'actualisation des plans annuels à venir. Il s'agira des plans d'activités élaborés par le BP et les SB du projet soumis à l'approbation des autorités de décision que sont le CCM et l'agent local du FM (LFA). Le plan de travail de la subvention est découpé en plans annuels décomposés en plans semestriels. Au début de la mise en œuvre du projet, les deux premiers plans semestriels détaillés seront soumis au Fonds Mondial pour exécution. A la fin de chaque semestre, le BP soumettra au Fonds Mondial : un rapport d'activités ; un rapport financier ; un rapport de suivi-évaluation des performances et un plan semestriel portant sur les activités à mener au cours du prochain semestre pour lequel un décaissement de fonds est sollicité.

En dehors du financement du premier plan semestriel qui ne nécessite généralement pas une actualisation, chaque plan semestriel qui suit sera actualisé sur la base des quatre éléments qui sont : les activités planifiées et non réalisées du semestre précédent ; les activités planifiées et ayant subi des modifications ; les activités planifiées qui nécessitent d'être remplacées par d'autres et les nouvelles activités (c'est-à-dire celles non prévues dans le plan annuel validé par le LFA), mais d'une importance capitale pour le projet en cours de mise en œuvre.

Processus de sélection des Sous Bénéficiaires.

Le processus de sélection des SB débutera au mois de juin 2015 et comportera les étapes suivantes :

1. Mise en place d'un comité de sélection des SB par arrêté du Ministre de la Santé et de la Prévoyance Sociale (1 semaine)
2. Réunion d'information avec les potentiels SB (1 semaine)
3. Publication du communiqué officiel d'appel à candidatures des SB (pendant 3 jours au moins dans le journal officiel)
4. Envoi de lettres d'information d'appel à candidatures aux potentiels SB (pendant 3 jours à compter de la date du communiqué officiel)
5. Réception et dépouillement des dossiers de candidatures (pendant 3 semaines à compter de la date du communiqué officiel)
6. Complément des dossiers des candidatures si nécessaire (1 semaine)

7. Entretien avec les candidats présélectionnés avec le comité de sélection (1 semaine)
8. Sélection des SB par le comité de sélection (2 semaines)
9. Communication des résultats par lettre officielle aux candidats et au Fonds Mondial (maximum 1 semaine après la sélection des SB).

- **Les entités du BP qui recevront des financements et/ou joueront un rôle dans la mise en œuvre du Programme.**

Le PNLT structure technique de coordination du projet travaillera en relation avec d'autres structures du MSPS, ainsi que tous les potentiels SB impliqués dans la lutte contre la TB. Il s'agit des structures ci-après:

- **Le Programme national de lutte contre les Infections Sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA (PNLIST/VIH-SIDA):** interviendra dans le cadre de la plateforme de collaboration avec le PNLT par la mise en œuvre des activités conjointes de prise en charge de la coinfection TB-VIH.
- **L'Office Pharmaceutique National (OPN):** c'est la Centrale d'achat qui jouera le rôle d'agent d'approvisionnement, stockage et distribution.
- **Le Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) :** il interviendra comme laboratoire national de référence et dirigera le réseau national des laboratoires TB.
- **La Cellule d'Observation de la Santé Publique (COSP):** elle assurera la gestion de l'information sanitaire à travers son interface INFOSANI WEB.
- **Le Service National d'Education et de Promotion de la Santé (SNEPS):** il accompagnera les acteurs communautaires dans leurs missions de mobilisation sociale pour une communication pour le changement de comportement.
- **La Direction Générale du Bien Etre :** accompagnera dans la mise en œuvre des activités liées à la PEC de la TB chez l'enfant.

- **Autres entités qui recevront des financements et/ou joueront un rôle dans la mise en œuvre du Programme.**

- **Les autres Départements ministériels** (Ministère de la Défense Nationale, Ministère de la Justice, Ministère de l'Education Nationale, Ministère de la Communication, Ministère du Travail, etc.): Ces départements à travers leurs directions techniques apporteront un appui à la réponse nationale contre la TB conformément à leurs missions respectives.
- **Les acteurs communautaires** (Réseau des Personnes vivant avec le VIH, Collectifs des anciens malades de TB, les Aumôniers des prisons, le Mouvement gabonais du Bien-Etre Familial (MGBEF), la Croix Rouge Gabonaise, RENAPS/AJ, REGOSIDA, les communautés religieuses, l'organisation des populations autochtones (Pygmées) etc...): Ils travailleront à la mobilisation sociale, au continuum des soins et à toute autre action favorisant le succès thérapeutique et la réduction des PDV.
- **Les Instituts et Centres de Recherche** (CERMEL, CIRMF, USS, Institut Pasteur etc.) : ils fourniront un appui au PNLT dans le diagnostic, particulièrement de la TBMR, la recherche opérationnelle, le renforcement des capacités des personnels, la mise en place et le fonctionnement du réseau de laboratoires de TB (assurance qualité, supervision et formation).
- **Les Organisations Internationales** (OMS, UNICEF, ONUSIDA, AFD, Expertise France etc.): par leurs missions apporteront des appuis multiformes à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet.

- **Les rapports hiérarchiques et de coordination.**

La figure 8 ci-dessous présente l'organigramme de coordination entre le MSPS, les SB et les

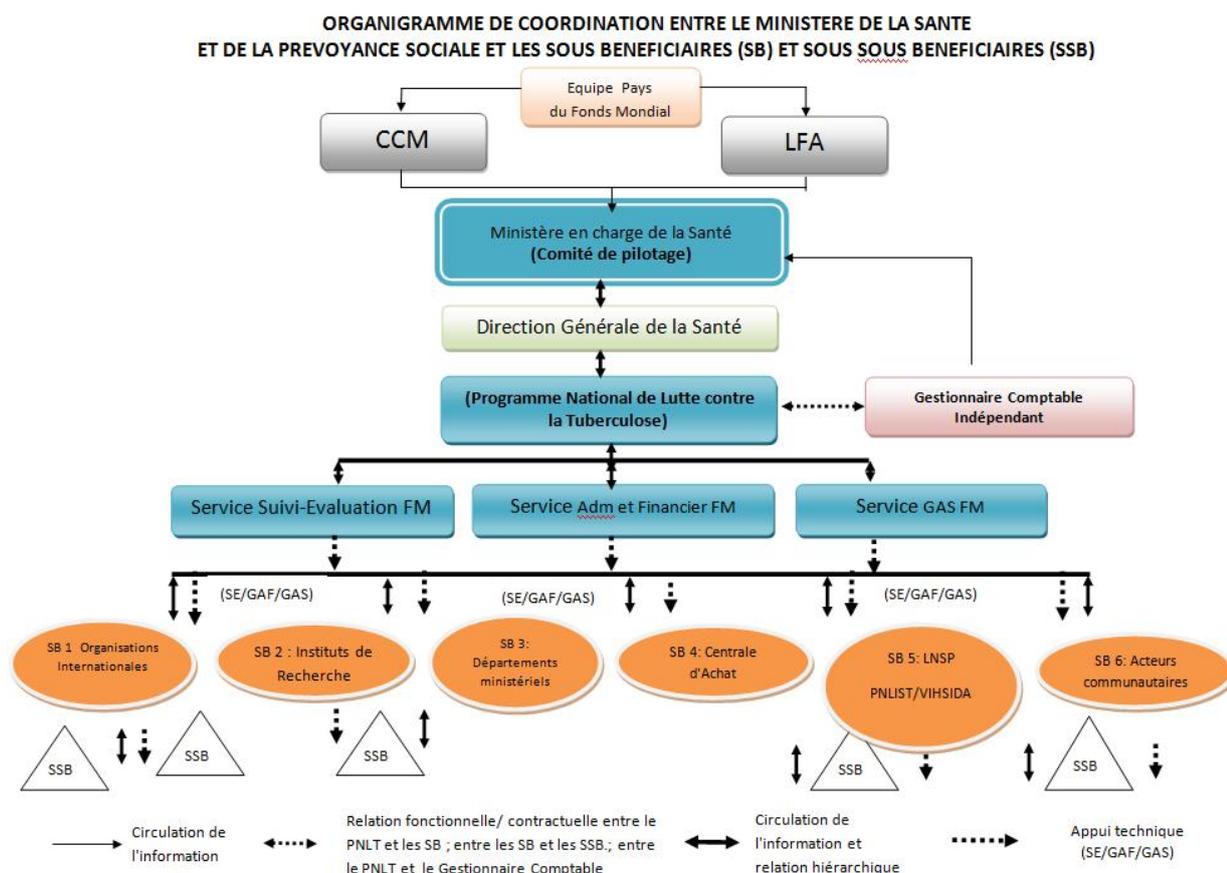


Figure 8 : Organigramme de coordination entre le MSPS, les SB et les SSB.

▪ **Les rôles de chaque entité dans la mise en œuvre**

- **Le MSPS** à travers son **comité de pilotage** assurera le suivi de la mise en œuvre en son sein afin de veiller à la présentation des rapports de progrès très satisfaisants aux AG du CCM.
- **Le Comité de pilotage** sera mis en place par arrêté du Ministre de la Santé de la Prévoyance Sociale. Il sera présidé par le Ministre ou son représentant. Ce comité sera composé pour l'essentiel: d'un représentant du Cabinet du Ministre; d'un représentant du Secrétariat Général; d'un représentant de la DGS qui en assurera le Secrétariat ; d'un représentant de l'Inspection Générale des Services ; d'un représentant de l'Inspection Générale de la Santé ; d'un représentant de l'OPN, d'un représentant de la Direction Générale de la Prévention du Sida; d'un représentant de la Direction Générale de la Planification des Investissements et des Equipements ; d'un représentant de la Direction Générale des Ressources Humaines; d'un représentant de la Direction Centrale des Affaires Financières ; d'un représentant du LNSP.
- **La Direction générale de la Santé assurera la Coordination Programmatique** afin de veiller à la bonne exécution de la mise en œuvre du projet aussi bien sur les plans Administratifs, Programmatique que Financier. Elle procédera à la désignation d'un coordonnateur programmatique qui assurera la supervision des activités du projet. Le PNLT rend compte à la Direction Générale de la Santé qui l'assiste lors des réunions du comité de pilotage.
- **Le PNLT**: est l'organe chargé de la mise en œuvre du projet TB financé par le FM au Gabon.

Il coordonne et supervise toutes les activités exécutées par les SB. A ce titre, il a la responsabilité non seulement du suivi-évaluation de ses propres activités, mais aussi de celles menées par les SB. Le PNLT est donc chargé de la collecte des rapports semestriels et annuels d'activités de tous les acteurs de la mise en œuvre du projet. Afin d'y parvenir, il s'appuiera sur sa propre équipe et sur celle de chaque SB, tenu de lui fournir les mêmes types de rapports concernant la mise en œuvre des activités.

- Les services du PNLT seront renforcés dans les domaines suivants : Suivi-évaluation, Administration et Finances, Gestion des Approvisionnements et des Stocks. Ils veilleront respectivement à la tenue des rapports et au suivi de leurs activités selon les compétences requises dans le cadre du projet. Le manuel de procédures précisera de manière plus détaillée le rôle de ces services dans la coordination de la mise en œuvre du projet.

Dans le souci d'une performance optimale de la mise en œuvre du projet, le BP procédera au renforcement du personnel spécifique chargé de la gestion de la subvention. Un Gestionnaire Comptable indépendant sera recruté sur financement de la subvention pour assurer le suivi et l'exécution des opérations financières ainsi que le contrôle interne.

Les différents SB:

Les SB sont chargés de l'exécution des activités du projet TB financées par le FM. Ils doivent être qualifiés pour exécuter directement les activités retenues, d'où le processus de sélection. Ils sont responsables de la gestion technique et administrative des activités des projets devant le MSPS par le biais du PNLT. La délégation des attributions du BP aux SB se fera par le biais des conventions et exige l'obligation de rendre compte au PNLT.

Le flux des fonds

Les modes opératoires des procédures d'approvisionnement des comptes du BP, de l'organe de coordination de la mise en œuvre (PNLT) et des SB sont largement décrits dans le manuel de procédures (figures 9.10.11).

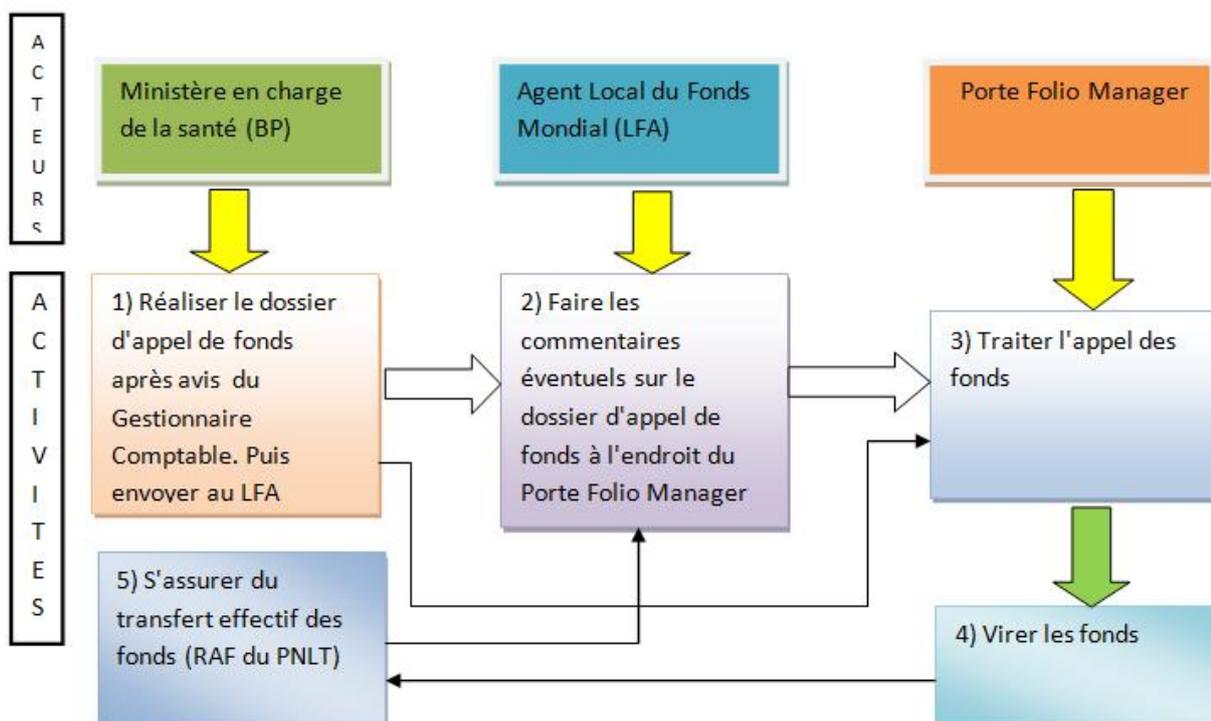


Figure 9 : Diagramme d'approvisionnement du compte du BP.

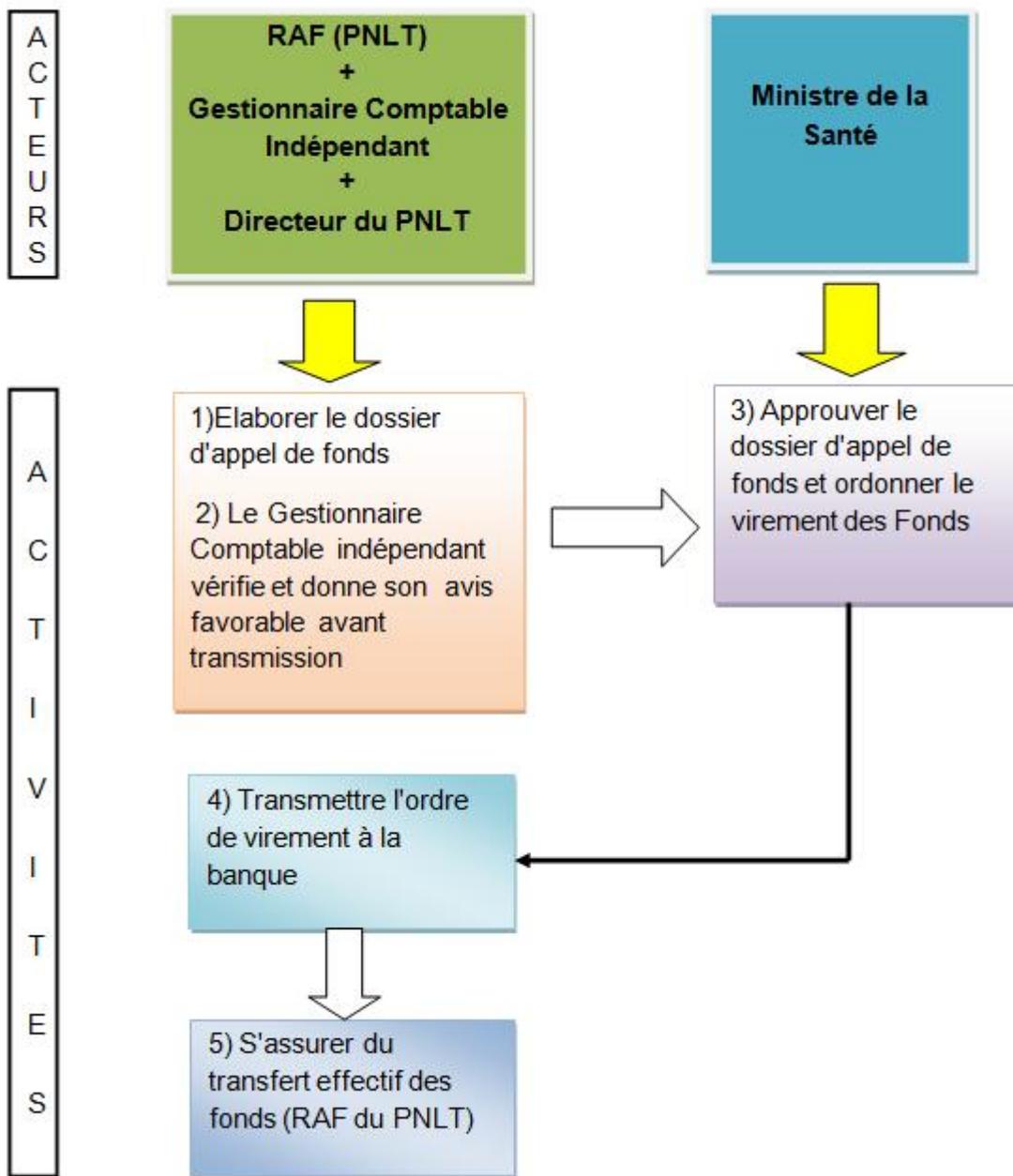


Figure 10 : Diagramme d’approvisionnement du compte de l’organe de coordination (PNLT).

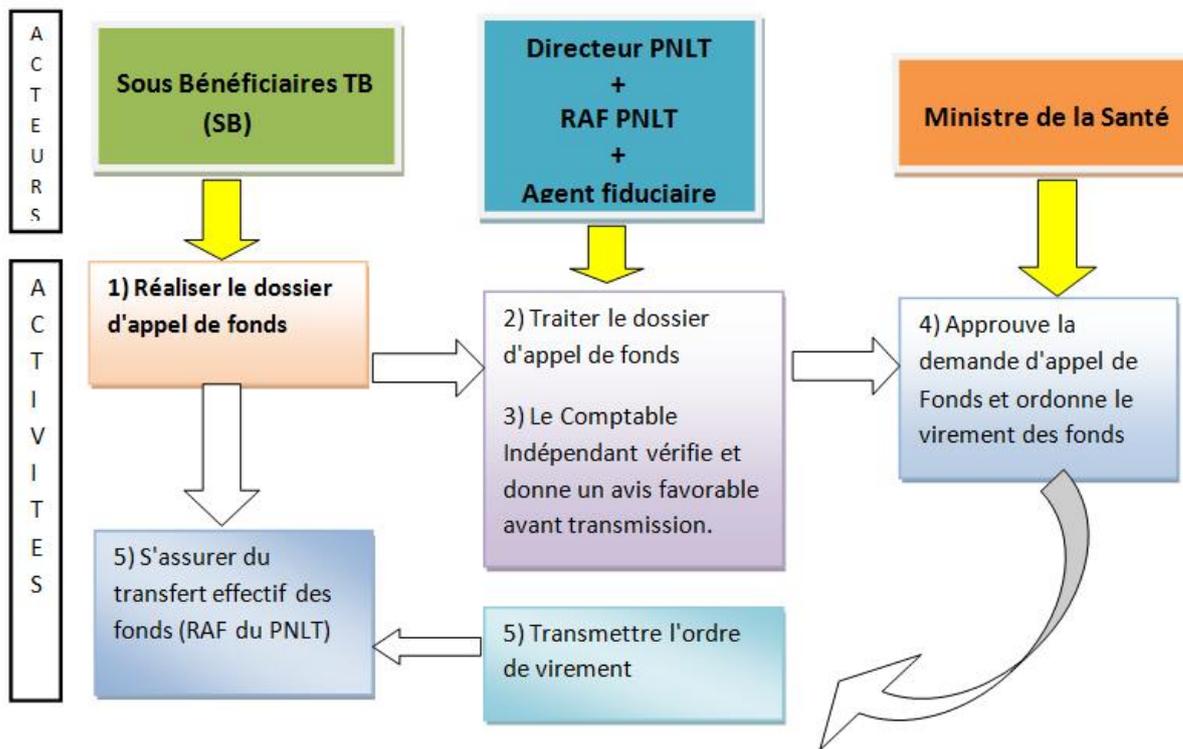


Figure 11 : Diagramme d’approvisionnement des comptes des SB.

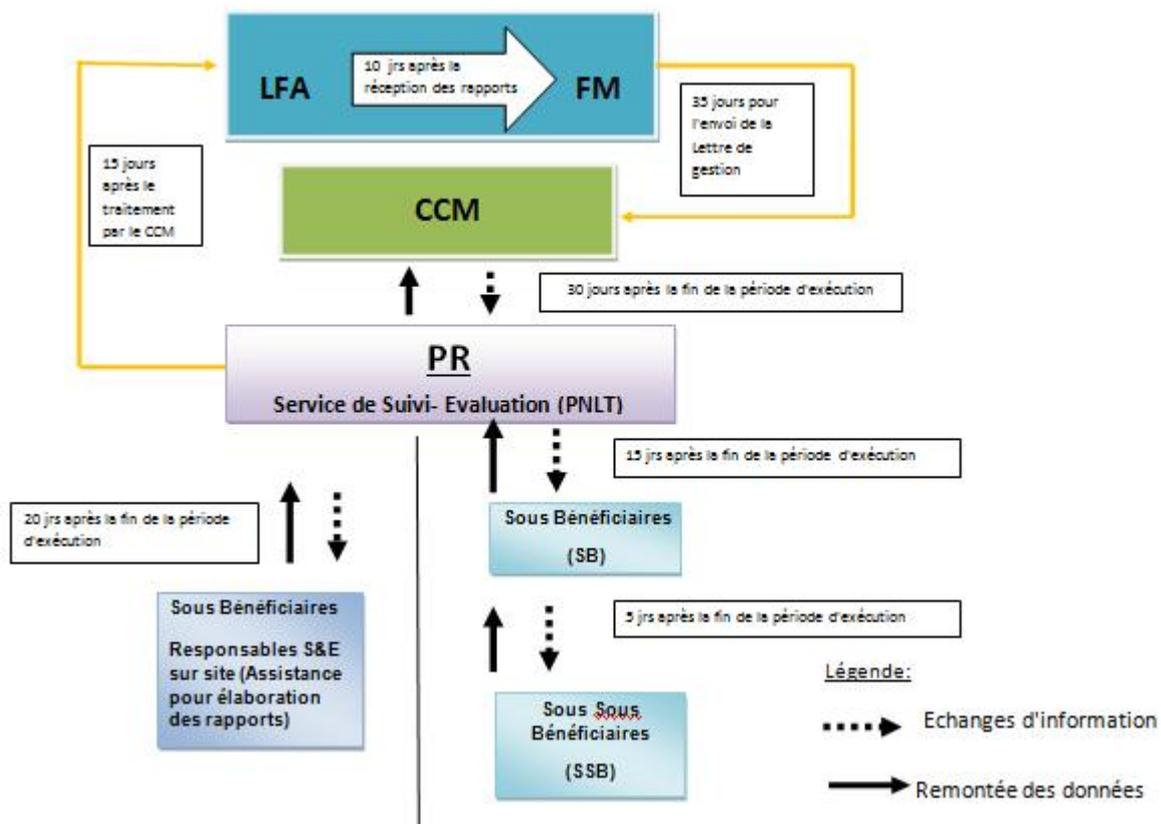


Figure 12 : Circuit des données.

e) comment les représentants des organisations de femmes, des personnes vivant avec les trois maladies et des populations-clés participeront activement à la mise en œuvre de cette demande de financement.

Les organisations communautaires ont participé activement au processus du Dialogue Pays sur la TB. Elles ont pris part à la validation du profil épidémiologique, à l'élaboration et la validation du PSN TB 2014-2018, à l'atelier d'analyse des gaps programmatiques et financiers, à l'atelier national sur le choix des priorités en matière de lutte contre la TB et à l'élaboration de la Note conceptuelle. Il s'agit : du collectif des anciens malades de TB, du collectif des aumôniers des prisons, du Réseau des PVVIH et de l'Association des populations autochtones (Pygmées). Celles qui seront sélectionnées comme SB ou SSB mettront en œuvre les activités communautaires retenues dans les modules de cette note conceptuelle.

Le tableau VIII ci-après donne un aperçu de la participation active des communautés dans la mise en œuvre de ce projet.

Tableau VIII : Domaines de prestation des SB.

Domaines de prestation des SB	
Formation	Tous les SB retenus seront formés à la lutte contre la TB
Ressources financières	Appui et motivation des acteurs communautaires pour la mise en œuvre de leurs activités
Accessibilité au dépistage	Le système communautaire sera impliqué dans la sensibilisation, le repérage des cas suspects et leur orientation vers les CDT
Système d'information sanitaire et supervision et suivi évaluation	Les activités menées par le système communautaire seront intégrées dans le circuit de l'information sanitaire existant
Recherche opérationnelle	Les acteurs communautaires participeront à l'enquête sur les causes du nombre élevé des PDV
PEC communautaire de la TB (DOTS communautaire)	Les acteurs communautaires seront impliqués dans la DOTS communautaire et la recherche des PDV
Suivi et évaluation	Les SB communautaires assureront le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de leurs activités

4.2 Garantir les efficacités de mise en œuvre

Complétez cette section uniquement si l'instance de coordination nationale supervise d'autres subventions du Fonds mondial.

Veillez décrire en quoi la demande de financement est liée aux subventions existantes du Fonds mondial ou aux autres demandes de financement soumises par l'instance de coordination nationale.

En particulier, dans une perspective de gestion de programme, veuillez expliquer en quoi cette demande complète les activités en matière de ressources humaines, de formation, de suivi et d'évaluation et de suivi stratégique (et ne fait pas double emploi avec elles).

Non applicable

4.3 Critères minimaux pour les bénéficiaires principaux et la réalisation du programme			
Remplissez ce tableau pour chaque Bénéficiaire Principal désigné. Pour plus d'informations sur les critères minimaux, se reporter aux instructions relatives à la note conceptuelle.			
Nom du RP 1	Ministère de la Santé et de la Prévoyance Sociale (MSPS)	Secteur	Gouvernemental
Ce Bénéficiaire Principal gère-t-il actuellement une subvention du Fonds mondial pour cette composante de maladie ou une subvention transversale autonome de renforcement des systèmes de santé ?		<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Critères minimaux		Évaluation par l'instance de coordination nationale	
1. Le Bénéficiaire Principal dispose de structures de gestion et de planification efficaces		<p>Le MSPS dans les documents fournis, présente les structures de gestion et de planification suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspection Générale des Services • Inspection Générale de la Santé • La Direction Générale de la Santé (DGS) • La Direction Générale de la Prévention du Sida (DGPS) • La Direction Générale de la Planification, des Infrastructures et des Equipements (DGPIE) • La Direction Générale des Ressources Humaines • Le Programme National de lutte contre la TB (PNLT), organe de coordination de la mise en œuvre du projet. • Le Programme National de lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles et le VIH (PNLIST) • L'Office Pharmaceutique National (OPN) • Les Directions Régionales de la Santé (DRS) • Les Bases d'Epidémiologie et de Lutte contre les Endémies (BELE) 	
2. Les capacités et les systèmes nécessaires à une gestion et à un suivi stratégique efficaces des sous-récepteurs (et des sous-sous-récepteurs)		<p>La désignation du PNLT au sein du MSPS comme organe de coordination de la mise en œuvre du projet clarifie et renforce les rapports hiérarchiques avec les SB.</p> <p>Le MSPS a fourni un modèle de procédures spécifiques à la gestion des SB et des SSB. Voir manuel de procédures internes pour la gestion des SB (Cf. Annexe 11)</p>	

<p>3. Le système de contrôle interne du Bénéficiaire Principal est efficace pour prévenir et détecter les abus ou les fraudes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le MSPS, à travers le Manuel de procédures administratives, Financières et comptables approuvé par le Fonds Mondial, a fourni la preuve de l'existence d'un système de contrôle interne efficace pour prévenir les abus et les fraudes. • Un Gestionnaire Comptable indépendant sera recruté par le BP pour la gestion financière et le contrôle interne. • Des procédures et modalités de gestion spécifiques au PNLT seront définies. • Des procédures d'audit internes et externes existent.
<p>4. Le système de gestion financière du Bénéficiaire Principal est efficace et précis</p>	<p>Un Gestionnaire Comptable indépendant recruté par le BP assurera efficacement la gestion financière du projet conformément au manuel de procédure qui sera révisé.</p> <p>Des contrôles budgétaires réguliers seront assurés par le Gestionnaire Comptable Indépendant, l'Inspection Générale de la Santé, la Cours des Comptes, l'Agent Local du Fonds et les Cabinets d'audits conformément au Manuel de procédures.</p> <p>L'audit annuel des comptes sera effectué selon les normes et les conditions admises au plan international.</p>
<p>5. L'entrepôt central et l'entrepôt régional ont la capacité nécessaire et respectent les bonnes pratiques de stockage pour garantir les conditions, l'intégrité et la sécurité adéquates des produits sanitaires.</p>	<p>L'OPN dispose d'un système et des procédures d'approvisionnement et de stockage, et de modalités de distribution conformes aux normes internationales.</p> <p>L'entrepôt central et les antennes régionales de l'OPN ont la capacité nécessaire et respectent les bonnes pratiques de stockage et de contrôle qualité des produits.</p> <p>Il existe un personnel suffisant, qualifié, présent au niveau central et régional pour la gestion des stocks.</p>
<p>6. Les systèmes de distribution et modalités de transport sont efficaces et permettent d'assurer l'approvisionnement continu et sécurisé de produits de santé aux utilisateurs finaux pour éviter les interruptions de traitement/programme.</p>	<p>Il existe un plan de distribution pour les approvisionnements, les expéditions et le transport des médicaments.</p>
<p>7. Il existe des capacités et des outils de collecte de données pour assurer le suivi des résultats du programme</p>	<p>Le MSPS dispose des capacités et des outils de collecte de données pour le suivi des résultats du programme.</p> <p>Un plan de suivi évaluation du PSN a été élaboré avec un cadre de performance contenant les indicateurs d'impact, d'effets et</p>

	de processus. Les outils associés ont été présentés et seront révisés conformément aux nouvelles directives.
8. Il existe un système de communication de l'information régulière opérationnel ayant une couverture raisonnable pour décrire les résultats du programme en temps opportun et avec précision	Il existe un circuit de l'information sanitaire, permettant la transmission régulière des données et logiciel INFOSANI WEB.
9. Les maîtres d'œuvre sont en mesure de respecter les exigences de qualité et de contrôler la qualité des produits tout au long de la chaîne d'approvisionnement dans le pays.	L'OPN et ses antennes régionales assureront le contrôle de qualité des produits en collaboration avec la Direction du Médicament et de la Pharmacie. Les conditions de transport et d'entreposage seront respectées tout au long de la chaîne d'approvisionnement.

4.4 Risques actuels ou anticipés qui pèsent sur la réalisation du programme et sur les résultats du ou des bénéficiaires principaux

- a. En faisant référence à l'analyse de portefeuille, veuillez décrire tout risque majeur existant dans le pays et dans l'environnement de mise en œuvre, y compris les risques externes, qui pourrait affecter négativement les résultats des interventions proposées ainsi que les capacités du Bénéficiaire Principal et des principaux maîtres d'œuvre. Décrivez également les problèmes de résultats actuels et rencontrés par le passé.
- b. Décrivez les mesures d'atténuation des risques proposées (y compris l'assistance technique) incluses dans la demande de financement.

a. Risques majeurs anticipés :

Risques internes :

a.1 La préparation de l'élection présidentielle prévue en 2016 pourrait entraîner, à l'exemple de l'élection de 2009, des perturbations dans le fonctionnement de l'administration publique.

a.2 Depuis quelques temps, on observe dans l'environnement de mise en œuvre de nombreuses et fréquentes revendications des partenaires sociaux du secteur de la santé. Ces situations aboutissent à des périodes de grèves plus ou moins prolongées occasionnant des perturbations dans les prestations fournies aux malades.

a.3 La complexité de la gestion et de la mise en œuvre de ce type de subvention par le programme nécessite le recrutement ou l'affectation de personnel qualifié et suffisant pour faire face aux défis à relever.

a.4 Le contexte économique national actuel est fortement marqué par une baisse des recettes budgétaires du pays liée à la chute du coût du baril du pétrole. Cette situation pourrait entraîner des perturbations dans le décaissement des engagements financiers du pays pour le paiement de la contrepartie nationale.

Risques externes :

a.5 L'épidémie actuelle du virus Ebola dans la région de l'Afrique de l'Ouest et ses possibles résurgences constituent une menace qui pèse sur tous les pays, y compris le Gabon qui a déjà vécu quatre épidémies endogènes.

a.6 Il existe une menace d'importation de la souche sauvage du polio virus depuis les pays limitrophes (Guinée Equatoriale et Cameroun), situation qui pourrait entraîner une compétition

dans l'allocation des financements prioritaires.

a.7 La mise en œuvre de la libre circulation CEMAC pourrait induire un afflux de migrants qui pèserait lourdement sur le système de santé au risque de le déborder.

b. Mesures d'atténuation des risques énoncés :

Les négociations en cours entre le gouvernement et l'ensemble des syndicats pourront atténuer les risques énoncés en a.2, de même que la volonté d'organiser un dialogue politique national. Il est difficile de prévoir des mesures d'atténuation pour les risques énoncés aux points a.1, a.4 et a.7. Concernant le point a.3, le Programme bénéficiera d'un éventuel appui des partenaires techniques locaux ou externes du MSPS pour le renforcement des capacités du personnel préalablement identifié.

Sur le point a.5, le Gabon a renforcé la surveillance épidémiologique pour anticiper une éventuelle épidémie de maladie à virus Ebola et y faire face. A cet effet, un plan de préparation et de riposte a été élaboré et mis en œuvre.

Concernant le point a.6 enfin, le Gabon a organisé en 2014 trois campagnes nationales de vaccination contre la poliomyélite et renforcé la surveillance des paralysies flasques aiguës. D'autres campagnes sont prévues, de même que le renforcement de la vaccination de routine anti-poliomyélite.

