

REPUBLIQUE GABONAISE  
Union-Travail-Justice

Ministère de la Santé Publique

PNLS/IST

**RAPPORT NATIONAL DE SUIVI DE  
LA DECLARATION D'ENGAGEMENT  
SUR LE VIH/SIDA (UNGASS) EN 2006**

Décembre 2005

# RAPPORT NATIONAL DE SUIVI DE LA DECLARATION D'ENGAGEMENT SUR LE VIH/SIDA (UNGASS) EN 2006

Présenté par :

Paul-Henri NGUEMA MEYE,  
Consultant National

Sous la Direction de :

Dr Gabriel MALONGA-MOUELET,  
Directeur du PNLIS/IST  
Dr Stoelle Patricia KEBA,  
Chef de département épidémiologique au PNLIS/IST

**Programme National de lutte contre le SIDA et les IST**  
B.P. : 20.449 Tél : (241) 76 46 20 / Fax : (241) 74 87 17  
Libreville (Gabon) N° Vert 1313 (Appel gratuit)

## REMERCIEMENTS

Au moment où les principaux intervenants dans la lutte contre le VIH/SIDA viennent d'adopter le premier Rapport national de suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA (UNGASS) en 2006, nous nous réjouissons de la qualité appréciable de la participation de tous les acteurs. Cet exercice a permis de mesurer les importants efforts accomplis par le Gouvernement dans la lutte contre le VIH/SIDA. Ceux-ci sont la conséquence de l'Appui politique apporté par les plus hautes autorités du pays, en tête desquelles le Président de la République, la Première Dame ( présidente de l'OPDAS), et des moyens de travail qu'elles accordent au PNLS/IST.

Aussi, saisissons nous cette occasion pour remercier tous les services publics, la société civile, les partenaires au développement et le secteur privé pour leurs collaboration et appuis multiformes en vue de la réalisation du présent document. Notre reconnaissance s'adresse particulièrement :

- à **Mme Paulette Missambo ( Ministre d'Etat, Ministre de la Santé) pour son soutien permanent et ses conseils**
- à l'ONUSIDA pour son appui financier, son encadrement et ses orientations ;
- au Consultant National pour la qualité de sa contribution et sa disponibilité ;
- aux équipes du PNLS/IST pour leur disponibilité ;
- à tous ceux qui ont fournis les informations de base nécessaires à la réalisation de ce travail pour leur franche collaboration.

Entier dévouement

Dr MALONGA-MOUELET Gabriel  
Directeur du PNLS/IST

## TABLE DES MATIERES

	<b>Page</b>
Résumé du rapport	i
Introduction	1
<b>I. Aperçu de la situation</b>	<b>2</b>
1.1 Informations générales	2
1.2 Informations socio-sanitaires	2
1.3 Informations socio-économiques	3
<b>II. Vue d'ensemble de l'épidémie de VIH/SIDA</b>	<b>8</b>
2.1 Situation épidémiologique de l'infection à VIH/SIDA	8
2.2 Principaux déterminants de l'épidémie au niveau national	9
2.3 Impacts socio-économiques de l'épidémie	12
<b>III. Riposte nationale de l'épidémie de VIH/SIDA</b>	<b>14</b>
3.1 Cadre institutionnel	14
3.2. Cadres organisationnel et fonctionnel	16
3.3. Programmes et comportements nationaux	18
<b>IV. Principales difficultés rencontrées et mesures nécessaires pour atteindre les objectifs</b>	<b>19</b>
4.1. Principales entraves à la lutte contre le VIH/SIDA	19
4.2. Esquisses de mesures nécessaires pour améliorer l'état de la lutte contre le VIH/SIDA	21
<b>V. Soutien attendu des partenaires au développement</b>	<b>23</b>
<b>VI. Cadre de suivi et d'évaluation</b>	<b>24</b>
6.1. Structure de coordination du suivi et évaluation	24
6.2. Activités courantes de suivi et évaluation	24
6.3. Activités ponctuelles de suivi et évaluation	24
<b>LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS</b>	<b>26</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	
27	

## RESUME DU RAPPORT

Au Gabon, la situation de la pandémie du SIDA est de plus en plus préoccupante, car la plupart des indicateurs montrent que la séroprévalence du VIH est sur une tendance haussière et que le nombre de personnes affectées par le SIDA est constamment en hausse.

Ce constat s'oppose à l'implication des autorités politico-administratives qui est de plus en plus évidente, indiquant ainsi que l'appui politique est acquis dans l'exercice de lutte contre le SIDA. Dans le même temps, on observe ces dernières années une mobilisation grandissante des bailleurs de fonds pour assister les Gabonais dans la lutte contre ce fléau.

Toutefois, à l'examen des actions menées dans ce combat depuis bientôt deux décennies, il apparaît clairement que les cinq dernières années ont été capitales pour insuffler une nouvelle dynamique à la manière de traiter la question du SIDA dans le pays. Ce sentiment est conforté par les faits enregistrés par chacune des parties prenantes à la lutte. En effet, l'Etat a amélioré le cadre institutionnel en créant en 2000 le Comité consultatif SIDA et la Commission Interministérielle de lutte contre le VIH/SIDA. De plus, l'encadrement des activités à mener à travers l'adoption d'un Plan Stratégique National Multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA (2001-2005) renforce cette volonté de l'Administration d'accroître son efficacité dans ce domaine. En ce qui concerne la société civile, plus des 2/3 des mouvements associatifs oeuvrant dans le domaine de la lutte contre le SIDA ont au plus cinq ans d'existence. Les partenaires au développement sont de plus en plus présents sur ce terrain avec l'arrivée récente de ONUSIDA, la FAO et l'acceptation pour le Gabon de projets Fonds Mondial pour les volets Paludisme et le VIH/SIDA.

Cet intérêt général manifesté pour la lutte contre le SIDA mérite d'être conforté et amplifié. Il faudrait pour cela :

- redéfinir la stratégie à suivre à moyen-long terme au moment où le Plan National en vigueur actuellement arrive à échéance avec l'élaboration d'un nouveau Plan ;
- renforcer la fonction de suivi et évaluation dans le dispositif de lutte contre le VIH/SIDA ;
- renforcer les capacités d'intervention des services publics techniques et de la société civile ;
- réviser le cadre juridique ou institutionnel en rapport avec la problématique du VIH/SIDA.

## INTRODUCTION

Lors de la 26<sup>ème</sup> session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations-Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS) de juin 2001, 189 pays ont adopté la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Cette Déclaration a fixé un certain nombre de buts précis à atteindre dans le respect de certains délais. Les objectifs poursuivis par cette Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA participent à l'atteinte de l'Objectif du Millénaire pour le Développement n°6 : « Combattre le VIH/SIDA, le Paludisme et d'autres maladies ».

Afin de faciliter l'appropriation du suivi des actions nationales et internationales par les pays, le Programme commun des Nations-Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et ses partenaires ont élaboré un ensemble d'indicateurs de base. Les informations obtenues grâce à ces indicateurs seront diffusées au moyen des rapports et publications, puis débattues.

Le Gabon va, à travers le présent document, contribuer pour la première fois au rapport de la situation sur la riposte mondiale au VIH/SIDA de l'ONUSIDA qui est attendu pour 2006.

La méthodologie prônée par l'ONUSIDA dans le cadre de l'élaboration du Rapport National a été scrupuleusement suivie. Ce Rapport respecte aussi bien les besoins d'uniformisation que ceux qui permettent de faciliter l'analyse et la comparabilité entre pays.

Le traitement des questions spécifiques au VIH/SIDA dans ce rapport national s'est basé sur les indicateurs calculés. Ils ont permis de retracer successivement la situation épidémiologique de l'infection à VIH/SIDA et les actions et résultats enregistrés au niveau de la riposte nationale face à cette maladie. Les atouts et les contraintes du dispositif de la lutte contre le VIH/SIDA sont présentés avec objectivité, de même que les attentes vis à vis des partenaires au développement sont rappelées ou exprimées par les différents acteurs clés de la lutte contre le VIH/SIDA au plan local.

# I. Aperçu de la situation

## 1.1 Informations générales

Le Gabon est un pays de l'Afrique centrale frontalier avec la Guinée Equatoriale et le Cameroun au nord, la République du Congo à l'est, puis présente sur sa façade ouest un accès à la mer (océan atlantique) sur 800 km. Il est traversé par l'équateur, cette situation lui donne un climat chaud et humide avec des précipitations neuf mois sur douze. Tout cela contribue à lui donner la forêt dense qui recouvre son territoire à 85%. Le Gabon regorge d'importantes ressources naturelles.

Le Gabon se compose de huit grands groupes ethniques<sup>1</sup> disséminés dans tout le pays. De façon détaillée se sont plus de quarante ethnies qui peuplent le Gabon. Officiellement, la population du Gabon se situerait à un peu plus de 1,5 millions d'habitants en 2005, correspondant à environ 300.000 ménages. La population est relativement jeune, car les moins de 15 ans représentent plus de 40% de la population totale.

Avec une densité de plus de 5 habitants au km<sup>2</sup>, la population du Gabon est inégalement répartie sur tout le territoire national. Cette situation est confirmée par la forte progression de la population urbaine. En effet, la proportion de la population gabonaise qui vit dans les villes est passée de 73% en 1993 à 80% en 2003.

Sur le plan administratif, le Gabon est subdivisé en neuf provinces qui sont : l'Estuaire, le Haut-Ogooué, le Moyen-Ogooué, la Ngounié, la Nyanga, l'Ogooué-Ivindo, l'Ogooué-Lolo, l'Ogooué-Maritime et le Woleu-N'tem. A l'échelon administratif immédiatement inférieur, on dénombre un découpage du territoire national en une cinquantaine de départements.

Au niveau juridique, le Gabon a ratifié la quasi totalité des textes internationaux qui abordent les questions des droits de l'homme. Paradoxalement, le dispositif législatif et réglementaire national met du temps pour examiner de façon spécifique la question des droits des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA.

## 1.2 Informations socio-sanitaires

La carte sanitaire du Gabon indique une subdivision en dix (10) régions sanitaires. Chaque province correspondent à une région sanitaire et seule la province de l'Estuaire se décompose en deux régions :

- la région sanitaire de Libreville et Owendo ;
- et la région sanitaire Ouest qui couvre les autres localités de la province de l'Estuaire.

---

<sup>1</sup> Fang, Shira-punu, Mbédé-téké, Nzabi-duma, Myéné, Okandé-tsogo, Kota-kélé, Pygmées

Chacune de ces régions sanitaires est placée sous l'autorité d'un Directeur Régional de Santé.

Le système sanitaire du pays est de type pyramidal à trois niveaux :

- **le niveau central**, représenté par la structure de référence au niveau national qui est le Centre Hospitalier de Libreville (CHL) ;
- **le niveau régional**, représenté par cinq (5) Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) dans les cinq chefs-lieu de province que sont : Franceville, Port-Gentil, Koulamoutou, Mouila et Oyem ;
- **le niveau périphérique**, se compose des Hôpitaux Régionaux dans les chefs-lieu de province qui ne sont pas dotés de CHR (Makokou, Lambaréné, Tchibanga, et Libreville). A ce niveau, on retrouve également les Centres Médicaux dans les Chefs lieu de département et les dispensaires dans les villages.

En termes de ressources humaines, on observe que le Gabon compte :

- entre 10 et 35 médecins pour 100.000 habitants (respectivement dans les régions Centre et Libreville/Owendo) ;
- entre 4 et 16 sages femmes pour 10.000 femmes en âge de procréation (respectivement dans les régions Sud et Libreville/Owendo);

Ces personnels sont inégalement répartis sur le territoire national comme l'indique le tableau ci-dessous :

Tableau n°1 : répartition du nombre de personnel de santé par région sanitaire et pour 100.000 habitants

Régions sanitaires	Nombre de Médecins	Nombre de Para-médicaux
Libreville/Owendo	35	277
Ouest	19	73
Sud-est	19	108
Centre	10	113
Centre-sud	14	157
Sud	13	210
Est	10	153
Centre-est	16	258
Maritime	14	54
Nord	10	233

Source : TBGS 2003

### 1.3 Informations socio-économiques

Du fait de son ouverture sur la mer, le pays s'est doté de deux ports (Libreville et Port-gentil) qui, avec l'aéroport international de Libreville, lui offrent des facilités intéressantes pour échanger avec l'extérieur. Au niveau intérieur, le chemin de fer « transgabonais » assure tant bien que mal les communications entre quelques pôles de développement du pays. La route qui reste le moyen de communication le plus utilisé bénéficie ces derniers temps de ressources suffisantes pour son développement. Ainsi, selon toute vraisemblance, la connexion par route entre Libreville et Yaoundé sera effective dans les prochains mois.

Le pétrole qui pendant longtemps a été le seul produit d'identification du Gabon a amorcé la baisse de sa production, ce qui a eu pour conséquence d'amener les autorités à promouvoir la diversification de l'économie nationale. Au stade actuel, quelques secteurs d'activités comme le bois, les services (tourisme, télécommunications, banques et assurances) et les mines sont identifiés comme pouvant être les moteurs du développement de l'activité hors pétrole. A cet effet, plusieurs initiatives d'ordres réglementaire et légale ont été entreprises pour favoriser l'arrivée des investisseurs. Elles partent de la création des institutions visant la facilitation des procédures de création des entreprises telle que l' APIP (Agence de Promotion des Investissements Privés) à la prise de textes garantissant la sécurité des investissements à travers les différents codes sectoriels.

Toutefois, en rapport avec la faiblesse de la population qui caractérise le pays, le PIB/tête avoisine chaque année les 4.000 dollars US, faisant du Gabon le dernier pays d'Afrique francophone à revenu intermédiaire tranche haute. Ce statut pénalise le pays, car il le rend inéligible à plusieurs initiatives d'aide et d'allègement de la dette prônées par les bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux. De plus, le décalage de 44 places entre les classements du pays selon le PIB/tête et par rapport à l'IDH met en évidence des problèmes de bonne gouvernance, puisque avec un revenu élevé, les indicateurs sociaux du Gabon s'apparentent à ceux des pays pauvres.

En 2005, le Gabon était en programme d'ajustement structurel avec le Fonds Monétaire International. Cette coopération renferme, outre l'assistance d'aide budgétaire, un appui pour l'amélioration de la gestion des finances publiques, notamment avec l'espoir de déboucher sur un allègement substantiel du service de la dette qui grève énormément le budget de l'Etat.

Dans la perspective d'assurer une bonne programmation des investissements publics et pour aboutir à une politique de gestion plus rationnelle des deniers de l'Etat, différentes initiatives ont été prises. Dans l'ordre, on note :

- la réalisation d'une étude prospective « Gabon 2025 » qui a consisté à évaluer les aspirations des populations concernant l'avenir souhaitable du pays un quart de siècle plus loin ;
- la conception et l'adoption d'une loi d'orientation de la stratégie de développement économique et social ;

- la finalisation du document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (DSCR) dans sa version définitive. Ce document se veut un cadre de mise en cohérence des actions de développement pour la satisfaction des besoins des populations.

Les axes de développement prônés par les politiques ces dernières années mettent un accent particulier sur la résolution des problèmes. Ceux-ci constituent les problèmes prioritaires que les populations souhaitent voir résolus à brèves échéances. En effet, ces dernières pensent que leur état de pauvreté trouverait un véritable début de solution si elles trouvent une occupation rémunérée pour pouvoir subvenir à leurs besoins fondamentaux. Si les programmes annoncés sont mis en oeuvre, il est certain qu'une offre abondante d'emploi sera exprimée sur le marché du travail ; mais, on est tenté de se demander si la tendance à l'augmentation se maintient, la main d'œuvre valide pourra-t-elle répondre quantitativement aux offres d'emploi qui s'exprimeront à terme en vue d'un développement durable ?

Les réflexions précédentes montrent le lien étroit qui existe entre la situation économique et l'état de santé de la population. Les indications contenues dans le tableau qui suit laissent entrevoir l'ampleur des efforts à fournir dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA.

Tableau n° 2 : Aperçu des indicateurs de base de l'UNGASS calculés au Gabon

Identification de l'indicateur	Valeur	Source	Observations
<b>GE : Indicateur 3 :</b> % d'écoles dotées d'au moins un enseignant ayant reçu une formation au cours des 5 dernières années et qui dispense une éducation VIH/SIDA basée sur les compétences psychosociales	indicateurs UNGASS apparentés  46%	Ministère de l'Education Nationale	Programme en cours avec le COLUSIMEN. Cet indicateur est calculé uniquement pour les écoles secondaires.
<b>GE : Indicateur 4 :</b> % d'employeurs dotés de politiques anti-discrimination et programmes sur le lieu de travail	13%	Enquête auprès d'un échantillon de 30 employeurs en 2005 (5 publics et 25 privés)	73% d'employeurs ont une politique anti-discrimination.
<b>GE : Indicateur 5 :</b> % de cas d'infections sexuellement transmissibles dont la prise en charge est complète	ND		Pas d'enquête appropriée réalisée à ce jour.
<b>GE : Indicateur 6 :</b> % de femmes enceintes séropositives bénéficiant d'un traitement antirétroviral visant à réduire le risque TME.	11%	Rapport épidémiologique 2004, source administrative.	Collecte circonscrite au secteur public et champ limité à la province de la capitale (Estuaire)
<b>GE : Indicateur 7 :</b> % de personnes à un stade avancé de leur infection à VIH qui bénéficient	9%	Rapport épidémiologique	7% pour les hommes et 10% pour les

d'une thérapie antiretrovirale		2004, données hospitalières.	femmes.
<b>GE : Indicateur 8 :</b> % des enfants affectés par le VIH/SIDA bénéficiant d'un soutien	ND		Pas d'enquête appropriée réalisée à ce jour.
<b>GE : Indicateur 9 :</b> % d'unité de sang ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH	indicateurs UNGASS apparentés  137%	Centre National de Transfusion Sanguine	Indicateur calculé pour le secteur public et est limité géographiquement à Libreville.
<b>GE : Indicateur 10 :</b> % de jeunes de 15-24 ans connaissant les méthodes de prévention de la transmission sexuelle du VIH et qui rejettent les principales idées fausses concernant les modes de transmission ou de prévention.	indicateurs UNGASS apparentés  (voir observations)	Enquête CAP-2004	- % de jeunes de 15-24 ans sachant que la fidélité permet d'éviter le VIH = 32% ; - % de jeunes de 15-24 ans sachant que l'usage du préservatif permet d'éviter le VIH = 80% ; - % de jeunes de 15-24 ans sachant que le partage d'un repas avec une personne infectée n'expose pas à la contamination au VIH = 99%.
<b>GE : Indicateur 11 :</b> % de jeunes de 15-24 ans ayant eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans.	27%	Enquête CAP-2004	Champ : milieu urbain sur la base de données collectées dans 5 villes.
<b>GE : Indicateur 12 :</b> % de jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels hors mariage avec un partenaire non régulier au cours des 12 derniers mois.	ND		Préoccupation non abordée dans les enquêtes passées.
<b>GE : Indicateur 13 :</b> % de personnes ayant utilisées des préservatifs avec leur dernier partenaire occasionnel	ND		Préoccupation non abordée dans les enquêtes passées.
<b>GE : Indicateur 14 :</b> Ratio orphelins/non orphelins chez les 10-14 ans qui sont scolarisés	ND		
<b>GE : Indicateur 15 :</b> % de jeunes de 15-24 ans infectés.	9%	Base de données PNLS/IST	Ce taux concerne uniquement le milieu urbain. Taux=6% pour les 15-19 ans. Période de référence : 2004

<p><b>GE : Indicateur 16 :</b> % de personnes survivantes après 12 mois sous traitement antirétroviral</p>	<p>indicateurs UNGASS apparentés</p> <p>59%</p>		<p>Ce taux concerne les 15 ans et plus. L'indicateur est calculé sur la base d'un des trois centres de prise en charge de référence (CHL) de Libreville. Taux pour les hommes = 77% ; Taux pour les femmes = 48%</p>
<p><b>GE : Indicateur 17 :</b> Ratio de la réduction de la transmission de la mère à l'enfant</p>	<p>- 34%</p>	<p>Rapport épidémiologique 2004</p>	
<p><b>C/LPE Indicateur 3 :</b> % des membres des forces de défense ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent le résultat.</p>	<p>1%</p>	<p>Enquête CAP séroprévalence-2003</p>	<p>Champ géographique : Libreville. Seuls les militaires parmi les forces de défense ont été interrogés.</p>
<p><b>C/LPE Indicateur 4 :</b> % des membres des forces de défense qui ont accès à des programmes de prévention du VIH au cours des 12 derniers mois</p>	<p>ND</p>		<p>Préoccupation non abordée dans les enquêtes passées.</p>
<p><b>C/LPE Indicateur 5 :</b> % des membres des forces de défense qui ont accès à des programmes de prévention du VIH</p>	<p>indicateurs UNGASS apparentés</p>	<p>Enquête CAP séroprévalence-2003</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % des militaires sachant que la fidélité permet d'éviter le VIH = 55% ;</li> <li>- % des militaires sachant que l'usage du préservatif réduit la transmission du VIH = 98% ;</li> <li>- % des militaires sachant que le partage d'un repas avec une personne infectée n'expose pas à la contamination au VIH = 95%.</li> </ul>
<p><b>C/LPE Indicateur 6 :</b> % des professionnelles du sexe qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.</p>	<p>indicateur UNGASS apparenté</p>	<p>Surveillance sentinelle 2005</p>	<p>% des prostituées qui ont indiqué toujours utiliser un préservatif avec leurs clients = 72%</p>
<p><b>C/LPE Indicateur 7 :</b> % des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes qui ont indiqué avoir utilisé un préservatif avec leur dernier client.</p>	<p>ND</p>		<p>Surveillance sentinelle à mettre en place dès que possible</p>

<b>C/LPE Indicateur 8 :</b> % des personnes ayant évité de partager du matériel d'injection et évité d'avoir des rapports sexuels non protégés au cours du dernier mois.	ND		Surveillance sentinelle à mettre en place dès que possible
<b>C/LPE Indicateur 9 :</b> % de personnes infectées parmi les populations les plus à risque.	4% pour les militaires 40% pour les professionnels du sexe.	Enquête CAP-séroprévalence : 2003 pour les militaires ; 2005 pour les professionnelles du sexe	Enquête en milieu carcéral en cours.

N.D. : Non disponible

Sources : Rapport épidémiologique 2004, CNTS, Service infectiologie (CHL), COLUSIMEN, estimations du consultant.

## II. Vue d'ensemble de l'épidémie de VIH/SIDA

Le Gabon a été pendant longtemps considéré comme pays faiblement, puis moyennement affecté par le VIH/SIDA en raison de la prévalence qui était estimée à moins de 5%. C'est véritablement avec le début des années 2000 que la mobilisation s'est accentuée certainement du fait de la prise de conscience collective consécutivement aux mouvements de sensibilisation qui s'étaient déployés quelques temps plus tôt. Cet état de fait est partagé par tous les partenaires concernés, c'est à dire : l'Etat, la société civile, le secteur privé et les partenaires internationaux. En effet, on observe que :

- au niveau public, le plan national stratégique multisectoriel qui est aujourd'hui le fil conducteur de la politique nationale de lutte contre le Sida a été adopté en 2001/2002 ;
- les partenaires au développement se sont davantage mobilisés au cours de cette période avec la présence d'un Coordonnateur pays ONUSIDA en 2004 et le bénéfice par le pays de l'appui du Groupe Thématique élargi regroupant les agences du Système des Nations Unies, mais aussi les autres partenaires oeuvrant dans la lutte contre le VIH/SIDA. Il est à noter que le pays bénéficie également depuis 2004 de l'appui du Fonds Mondial ;
- la société civile a accru significativement ses activités dans ce laps de temps. En effet, sur les 131 OBC/ONG inventoriées en 2005 comme intervenants dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA, environ 70% ont été créées à partir de 2000 ;
- le secteur privé à travers la Confédération Patronale (CPG) a depuis lors initié des actions.

## 2.1 Situation épidémiologique de l'infection à VIH/SIDA

Selon le dernier rapport épidémiologique du PNLS/IST, le nombre cumulé de cas de SIDA déclaré à l'OMS par le Gabon est de 7777 entre 1987 et 2004. Au cours de cette dernière année ( 2004 ) , 878 cas ont été inventoriés.

Selon les estimations obtenues à partir des sites sentinelles suivis par le PNLS/IST, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA s'élèverait en 2004 à 52.110 personnes et pourrait se situer à 53.810 personnes à la fin de l'année 2005. Au Gabon on estime à 3.920 le nombre cumulé de personnes décédées en 2004 à cause du SIDA. Ces personnes auraient laissé 12.290 orphelins du SIDA au cours de la même période.

La prévalence nationale du VIH/SIDA était, selon les estimations du PNLS/IST, estimée à 8,1% en 2004.

Par ailleurs, le PNLS/IST se sert d'un réseau de laboratoires pour procéder à certaines évaluations approximatives. Ce réseau est composé d'une trentaine de laboratoires couvrant toutes les neuf provinces du pays. Toutefois, la participation de certaines provinces reste encore insuffisante. En effet, le rapport épidémiologique 2004 indique que trois provinces ont un taux de participation inférieur à 2%. Le PNLS/IST assure la centralisation des informations recueillies par chacun des membres du réseau et procède au traitement statistique et à l'analyse de celles-ci.

Sur la base de données reçues (de 1997 à 2004) du réseau des laboratoires et exploitées par le PNLS/IST, il ressort que la prévalence selon le sexe a évolué. En effet :

- de 1998 à 2001, il y avait plus de femmes infectées que d'hommes ;
- de 2000 à 2001, le sexe ratio était de un homme infecté pour 2 femmes ;
- à partir de 2002, il y a autant d'hommes que de femmes infectés (ratio 1/1).

De plus, les informations collectées révèlent que :

- le VIH/SIDA n'épargne aucune tranche d'âge ;
- il y a autant de femmes que d'hommes infectés dans les tranches d'âge « 0-19 ans » et « 30 ans et plus » ;
- les femmes sont deux fois plus infectées que les hommes entre 20 et 29 ans. Le sexe ratio est de deux (2/1) en faveur des femmes dans cette tranche d'âge;
- à partir de 15 ans, la proportion de séropositifs augmente avec l'âge quelque soit le sexe.

## 2.2 Principaux déterminants de l'épidémie au niveau national

Selon le document sur l'analyse de la situation de l'épidémie et de la réponse 2001/2005 produit par le PNLS/IST, les déterminants de l'épidémie du VIH au Gabon sont présents sur les trois modes de transmission : sexuelle, par voie sanguine et de la mère à l'enfant. Ces déterminants de la propagation du VIH/SIDA au Gabon peuvent se résumer par :

#### *a. Transmission sexuelle*

Pour une meilleure visibilité, ces déterminants peuvent se classer selon certains groupes de population

##### i. la population générale

- Ignorance et perception erronée du VIH/SIDA et ses impacts ;
- Rapports sexuels non protégés ;
- Prévalence élevée des Infections Sexuellement Transmissibles ;
- Mobilité de la population : migration interne et internationale, réfugiés ;
- Précarité économique et chômage ;
- Ignorance de son propre statut sérologique ;
- Alcoolisme et toxicomanie ;
- Attitude criminelle de certains séropositifs qui ont des rapports sexuels non protégés dans le but d'infecter leur partenaire ;
- La polygamie ;
- Vagabondage sexuel et partenaires sexuels multiples.

##### ii. les jeunes (10-24 ans)

- L'adolescence (12-18 ans) qui est en elle-même une période de vulnérabilité ;
- Pulsions sexuelles très fortes et désir de « vivre leur sexualité » ;
- Délinquance juvénile : prostitution, viol, drogue ;
- Rapports sexuels précoces ;
- Informations erronées sur le VIH/SIDA ;
- Alcoolisme et toxicomanie ;
- Avortements provoqués et fréquents ;
- Mauvaise utilisation des préservatifs ;
- Sous information sur la santé de la reproduction ;
- Absence de communication entre parents/enfants sur les sujets relatifs à la sexualité.

##### iii. les femmes en général, les femmes en âges de procréer en particulier

- Précarité et dépendance économique ;
- Besoin de faire face aux charges familiales pour les femmes chefs de ménages ;
- Désir de procréer (conduit à avoir des rapports sexuels non protégés) ;
- Lévirat et sororat (hériter la femme de son frère décédé ou la sœur de sa femme décédée) ;

- Alcoolisme qui peut pousser à des comportements peu réfléchis ;
- Pratiques culturelles ( utilisation de certains produits nocifs qui fragilisent l'organe génital).

#### iv. les prostituées

- Prévalence élevée du VIH (40%) ;
- Absence de suivi médical régulier ;
- Fréquence élevée des infections sexuellement transmissibles ;
- Rapports sexuels non protégés et multipartenariat.

#### v. les agents des forces de défense

- Déplacements fréquents et parfois de longue durée (éloignement et solitude) ;
- Règles du groupe qui font de l'activité sexuelle une marque du « guerrier » ;
- Fausse idée d'être immunisés par le TAB contre le VIH/SIDA et les MST ;
- Multipartenariat dans des réseaux sexuels bien établis.

#### vi. les réfugiés

- Destruction des liens familiaux et sociaux ;
- Promiscuité ;
- Prostitution ;
- Abus sexuels, viols entre réfugiés, populations locales et militaires ;
- Toxicomanie.

#### vii. les prisonniers

- Surpeuplement et promiscuité dans les prisons ;
- Pas d'accès aux préservatifs ;
- Violences sexuelles permanentes (viols) ;
- Injections de drogue avec partage des seringues et d'aiguilles non stérilisées ;
- Prévalence élevée du VIH parmi les prisonniers.

#### viii. les transporteurs routiers et les migrants

- Eloignement de la famille et solitude ;
- Multipartenariat au sein de réseaux sexuels le long des axes routiers ;
- Accès difficile aux préservatifs ;
- Lévirat et sororat (hériter la femme de son frère décédé ou la sœur de sa femme décédée) ;
- Pas d'accès aux services de prise en charge des IST ;
- Mauvaise utilisation du préservatif ;
- Problèmes de conservation des préservatifs.

### ***b. Transmission du VIH par voie sanguine***

#### i. la transmission par transfusion

Elle découle de la transfusion de sang non sécurisé. Cette problématique n'a pas encore été documentée au Gabon. Toutefois, en dépit des efforts fournis pour doter le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) de moyens compatibles avec ses

missions, les ruptures de stocks fréquentes connues il y a encore quelques années et l'ignorance de la manière dont sont couverts les besoins en milieu rural laissent penser que la transfusion de sang non sécurisé existe encore. Il reste, au regard de l'effort de couverture de tous les chefs lieu de provinces de structures adéquates, à en apprécier l'ampleur.

ii. la transmission accidentelle du VIH en milieu de soins

Au Gabon, quelques cas de transmission accidentelle du VIH ont été signalés en milieu hospitalier, particulièrement au début de l'épidémie. La situation exacte n'est pas connue.

iii. la transmission sanguine au cours de pratiques traditionnelles ou professionnelles

Les pratiques traditionnelles comme la circoncision en série et la scarification sont susceptibles de favoriser la transmission du VIH, car les personnes qui exercent ce genre de pratiques ne prennent pas les précautions nécessaires à la protection de leurs clients contre une infection possible. Des pratiques professionnelles telles que la coiffure, la pédicure et la manucure peuvent occasionner la transmission du VIH.

***c. Transmission mère-enfant du VIH***

Selon l'ONUSIDA, « en l'absence de mesures préventives, le risque de transmission varie de 25 à 35% dans les pays en développement » (Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant – Options stratégiques – ONUSIDA, 1999). Le Gabon se retrouve dans ce cas de figure.

A ces multiples déterminants socio-économiques et culturels s'ajoutent d'autres obstacles à la lutte contre le VIH/SIDA. Il s'agit particulièrement de :

- l'appui institutionnel qui bien qu'en progression reste encore insuffisant (problème d'accessibilité des services impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA) ;
- les pesanteurs socioculturelles marquées surtout par la perception du SIDA comme relevant du domaine magique ou du surnaturel. Ce qui ne favorise pas le recours aux soins dans les formations sanitaires ;

**2.3 Impacts socio-économiques de l'épidémie**

Bien qu'aucune étude n'ait été réalisée à ce jour pour évaluer avec précision les impacts socio-économiques du VIH/SIDA au Gabon, la connaissance du milieu et certaines observations empiriques permettent d'anticiper certaines de ses conséquences générales. En effet, sur la base du Rapport épidémiologique 2004 du PNLIS/IST, il ressort que la proportion des séropositifs augmenterait de manière continue entre 15 et 55 ans. Cette

situation qui concerne les deux sexes est d'autant plus préoccupante qu'elle concerne particulièrement la population sexuellement active et économiquement productive. Au regard du nombre estimé des décès dus au VIH/SIDA, il y a lieu de s'inquiéter. Le nombre de décès dus au VIH/SIDA doublerait tous les six ans au même rythme<sup>2</sup> que le nombre d'orphelins du SIDA. Avec la perte d'un au moins des deux parents, les familles risquent d'être fragilisées. Ces conséquences seront tout aussi vraies pour les employeurs (Administration et entreprises) qui perdent leurs agents parmi lesquels on compte des hauts cadres.

Si les tendances alarmantes indiquées ne sont pas renversées à plus ou moins court terme, il est à craindre que les effets néfastes pour le développement économique et social du pays qui suivent soient observés :

### ***a. sur la personne vivant avec le VIH***

- détérioration du bien être physique, mental et sociale due aux affections dites opportunistes qui font toute la gravité de l'infection par le VIH, le rejet, la discrimination et autres injustices, l'absence de perspectives de guérison du VIH/SIDA, la stigmatisation ;
- violation des droits de la personne : non respect de la confidentialité, licenciement arbitraire,...etc.

### ***b. sur la famille et la communauté***

- la famille s'appauvrit accablée par le coût de la prise en charge médicale et sociale en temps et en argent ;
- risques de dislocation de la famille ;
- abandon des orphelins du SIDA favorisant l'apparition de la délinquance, le viol, la prostitution, la déperdition scolaire,..etc.

### ***c. sur les entreprises***

- une perte de la main d'œuvre (le plus souvent qualifiée) dans les secteurs public et privé ;
- une baisse de productivité ;
- une baisse de l'épargne et l'investissement ;
- une augmentation des coûts de production dans les entreprises ;
- une régression de la production ;
- une augmentation du nombre de personnes dépendantes ;

### ***d. sur l'Etat central***

---

<sup>2</sup> Selon le rapport épidémiologique 2004, le nombre de cas de décès dû au SIDA et le nombre d'orphelins du SIDA passerait respectivement de 2.260 et 6760 en 1999 à 4.300 et 13.500 en 2005.

- une augmentation des dépenses de santé ;
- une baisse du PIB ;
- une baisse de recettes fiscales au moment où une pression à la hausse s'exercera sur les dépenses sociales ;
- un risque de voir l'Etat s'enliser davantage dans l'endettement.

### III. Riposte nationale de l'épidémie de VIH/SIDA

Le premier cas de SIDA a été découvert au Gabon en 1986. La lutte contre la pandémie du SIDA commence à s'organiser avec la création d'un Comité National de Lutte contre le SIDA et les Maladies Sexuellement Transmissibles (CNLS/MST) par décision du Conseil des Ministres en sa séance du 11 avril 1987.

#### 3.1 Cadre institutionnel

C'est avec la déclaration des premiers cas de SIDA au Gabon dans la seconde moitié des années 1980 que des mesures concrètes sont prises au niveau de l'Etat pour marquer la prise en compte des préoccupations suscitées par la pandémie du VIH/SIDA. La gestion de cette question se fait dans le cadre normal de l'administration centrale au sein du Ministère de la Santé Publique et de la Population.

Le premier signal fort envoyé par l'Etat pour matérialiser son engagement est la prise du décret n°1002/PR/MSPP du 22 juin 1993 portant création et organisation du Comité national de lutte contre le Syndrome immuno-déficitaire acquis (SIDA) et les infections sexuellement transmissibles (IST) pour définir les grandes orientations du Programme National de Lutte contre le SIDA et les IST. Ce Comité est présidé par le Ministre chargé de la Santé Publique et de la Population. Il est créé au sein de ce Comité national de lutte contre le SIDA et les IST :

- un comité d'éthique ;
- un comité mixte de suivi ;
- un programme national de lutte contre le SIDA et les IST ;
- un bureau de coordination ;
- neuf comités provinciaux ;
- des comités départementaux.

Ces organes ont des missions précises qui peuvent se résumer ainsi :

- Le **comité d'éthique** (organe consultatif) : est chargé de proposer les textes réglementaires sur la protection des personnes infectées et des personnes encadrant les sujets. Par ailleurs, il donne des avis sur les problèmes d'éthique liés au SIDA et aux IST, puis il contrôle l'application des textes réglementaires liés à l'infection au VIH au niveau national ;
- Le **comité mixte de suivi** : également organe consultatif est chargé de favoriser la mobilisation des ressources au niveau national et

international, puis faciliter les contacts entre les responsables nationaux du programme et les différents partenaires techniques et financiers. Il contribue également à la coordination des ressources et à l'évaluation des activités du programme ;

- Le **PNLS/IST**: placé sous l'autorité du Ministre chargé de la santé publique et de la population, le PNLIS/IST est l'organe exécutif du Comité national de lutte contre le SIDA et les IST. Il est chargé de :

- améliorer la connaissance de la maladie et renforcer la surveillance de l'épidémie ;
- prévenir la transmission de VIH par les voies sexuelles et sanguines ;
- améliorer l'environnement hospitalier et la prise en charge des personnes séropositives et des malades ;
- mettre en place une équipe de gestion.

- le **Bureau de coordination** est l'organe dirigeant du PNLIS/IST. Son directeur est chargé de :

- diriger, coordonner et contrôler l'activité de l'ensemble des organes d'exécution placés sous son autorité ;
- assurer la gestion administrative et financière du programme ;
- assurer le secrétariat du Comité national de lutte contre le SIDA et les IST.

- les **Comités provinciaux** de lutte contre le SIDA et les IST ont la charge :

- surveiller l'épidémie au niveau provincial ;
- gérer les ressources mises à sa disposition ;
- élaborer les plans d'actions ;
- dynamiser et renforcer les comités provinciaux ;
- élaborer les rapports d'activités ;
- veiller au respect de la déontologie et de l'éthique médicales.

- les **Comités départementaux** de lutte contre le sida et les IST : doivent procéder à :

- la surveillance de l'épidémie au niveau départemental ;
- l'élaboration du programme d'éducation et de sensibilisation ;
- l'élaboration des rapports d'activités.

**A partir de l'année 2000, le dispositif institutionnel pour la lutte contre le VIH/SIDA va se renforcer avec l'apparition de deux nouvelles instances décisionnelles. Il s'agit du Comité consultatif SIDA (CCSIDA) et de la Commission interministérielle de lutte contre le SIDA.**

Le CCSIDA a été créé par le décret n°1026/PR/MSPP du 31 octobre 2000. Il a pour rôle de proposer aux pouvoirs publics les normes scientifiques applicables en

matière de protocoles diagnostic et curatif et les modalités de prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Il se charge aussi, en fonction des avancées de la recherche, de réaliser des recommandations sur les méthodes les plus appropriées pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Dans le même temps, le gouvernement a procédé, par décret n°1027/PR/MSPP du 31 octobre 2000, à la création de la Commission interministérielle de lutte contre le SIDA. Elle est placée sous l'autorité du Chef du gouvernement et est chargée :

- de proposer une politique multisectorielle de lutte contre le SIDA ;
- de coordonner la lutte intersectorielle contre le SIDA ;
- de favoriser l'élaboration et la mise en œuvre des plans stratégiques nationaux adoptés dans chaque département ministériel ;
- d'analyser les rapports des instances techniques chargées du suivi de la pandémie ;
- de définir des modalités d'action adaptées en fonction des contextes et des contraintes, et notamment en fonction de l'avancée scientifique et de l'évolution technologique en la matière.

La Commission interministérielle de lutte contre le SIDA se compose d'un Président, d'un vice-Président (Ministre en charge des affaires sociales) et de dix membres<sup>3</sup>. Son Secrétariat est assuré par le Ministre chargé de la Santé Publique. Dans le cadre de son fonctionnement, la Commission interministérielle de lutte contre le SIDA est assistée du PNLS/IST, d'une Commission Technique de lutte contre le SIDA, du Comité consultatif de lutte contre le SIDA et de tout autre organisation opérant dans le domaine de la lutte contre le SIDA.

### 3.2. Cadres organisationnel et fonctionnel

Du point de vue fonctionnel, le PNLS/IST assure le leadership de la coordination de l'activité de lutte contre le SIDA au niveau national. A ce jour, le cadre de référence pour le travail reste le Plan National Multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST qui est prévu de couvrir la période 2001-2005. Compte tenu de son démarrage tardif, il est prévu que le Plan Stratégique National s'étale jusqu'en 2006. Ce plan décline 9 objectifs répartis en 48 axes stratégiques suffisamment explicités. Il vise à apporter des réponses concrètes aux neuf objectifs ci-dessous :

- objectif 1 : Assurer une surveillance effective de l'épidémie de VIH/SIDA grâce à une meilleure connaissance de la situation épidémiologique et des tendances évolutives de l'infection par le VIH et des autres IST ;
- objectif 2 : Prévenir la survenue de nouvelles infections par le VIH au sein de la population générale grâce à la réduction de facteurs favorisant la transmission sexuelle du VIH ;

---

<sup>3</sup> Les dix membres sont composés des ministres chargés de : la Santé Publique, la Planification, les Finances, l'Intérieur, la Défense Nationale, l'Enseignement Supérieur, les Droits de l'Homme, « la culture, la jeunesse et les sports », l'Education Nationale et la Communication.

- objectif 3 : Développer la compétence sociale face au VIH/SIDA en vue de la constitution d'un « vaccin social » au sein de la population générale grâce à la mise en œuvre de l'approche « réponse sociale » ;
- objectif 4 : Développer la compétence sociale face au VIH/SIDA en milieu de travail en général, au niveau des entreprises publiques et privées en particulier, en vue de la constitution d'un « vaccin social » grâce à la mise en œuvre de l'approche « réponse locale » ;
- objectif 5 : Réduire la vulnérabilité des groupes particulièrement exposés à l'infection par le VIH par la mise en œuvre des plans d'action sectoriels de lutte contre le VIH/SIDA ;
- objectif 6 : Améliorer le bien être des personnes vivant avec le VIH/SIDA grâce à la prise en charge médicale et psychosociale ;
- objectif 7 : Réduire la transmission du VIH par les modes autres que sexuels grâce à la sécurité transfusionnelle, en milieu de soins et au laboratoire et grâce à la prévention systématique de la transmission mère-enfant ;
- objectif 8 : Réduire la vulnérabilité des groupes particuliers exposés à l'infection par VIH par la mise en œuvre de plans d'action sectoriels de lutte contre le VIH/SIDA ;
- objectif 9 : Accroître les capacités de gestion et les performances du PNLS.

Ce Plan Stratégique National et Multisectoriel dont l'exécution est bien avancé produit des résultats palpables sur le terrain. Un de ses atouts est dû à la présence d'un budget détaillé pour chacune des 48 stratégies inventoriées.

Le Plan National Multisectoriel est fédérateur des efforts en ce sens que pour sa conception, l'Etat, la société-civile et les partenaires au développement y ont tous contribué dans le cadre d'un processus participatif.

Du point de vue de sa mise en œuvre, toutes les parties prenantes nationales à la lutte contre le VIH/SIDA sont impliquées à différents niveaux. La société civile participe aux actions sur le terrain avec l'OPDAS, les Comités ministériels, tandis que les bailleurs de fonds apportent des appuis technique et financier pour l'exécution du plan. Pour assurer une gestion rationnelle et efficace des moyens, les partenaires coordonnent leurs actions au sein d'une instance qui leur est propre : le Groupe de Travail VIH/SIDA.

De son côté, la société civile s'organise en se constituant en réseau. Le REGOSIDA est né de la volonté des associations de lutte contre le VIH/SIDA d'améliorer leurs actions et de mieux asseoir leur plaidoyer. Les partenaires au développement et le Gouvernement accompagnent ce processus de renforcement des capacités des associations de lutte contre le SIDA.

### 3.3. Programmes et comportements nationaux

Le premier Plan à Court Terme (PCT) qui couvrait la période 1987-1988 a été monté sous l'impulsion du « Global Programme on AIDS » de l'Organisation Mondiale de la Santé (GPA/OMS). Il a été suivi du premier Plan à Moyen Terme (PMT1) pour 1989-1993 et du deuxième Plan à Moyen Terme (PMT2) pour 1997-1999. Pour diverses raisons, le PMT2 n'a pas été mis en œuvre.

En 1996, le « Global Programme on AIDS » (GPA/OMS) a été remplacé au niveau mondial par le programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). L'approche plus stratégique de la planification des actions contre le SIDA pour une réponse multisectorielle prônée par l'ONUSIDA va intéresser le Gabon. C'est ainsi que sur la base du « guide pour le processus de planification stratégique de la réponse nationale contre le VIH/SIDA », le Gabon va lancer son processus de planification stratégique au mois d'avril 2004. Celui-ci se terminera quelques mois plus tard avec l'élaboration du Plan stratégique national multisectoriel actuellement en vigueur.

Toutefois, au regard de la chronologie des événements en rapport avec la lutte contre le SIDA au Gabon, il ressort assez nettement que les années 2000 ont véritablement marqué la mobilisation contre ce fléau. En effet, c'est à partir de l'année 2000 que :

- deux instances majeures du dispositif de lutte contre le SIDA ont vu le jour à savoir le Comité consultatif SIDA et la Commission interministérielle de lutte contre le SIDA ;
- le Plan National Multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST qui tient lieu de véritable programme stratégique et couvre la période 2001-2005 a été lancé. C'est autour de ce dernier que l'essentielle de la stratégie qui était axée auparavant sur l'IEC et la prévention primaire par le préservatif a été amplifiée. Cette amplification s'est manifestée avec l'ajout des volets prise en charge des malades et réduction de la transmission materno-fœtale ; cela avec l'appui de l'ONUSIDA et de la Coopération française ;
- le programme Multisectoriel basé sur le Plan National améliore progressivement ses réalisations en terme de champ de couverture. En effet, chaque année il s'ajoute au groupe de travail Multisectoriel de nouveaux départements ministériels améliorant ainsi la population active touchée par les différents messages de formation et d'information sur le VIH/SIDA. De plus, le secteur privé est également mobilisé à travers les comités d'entreprise de lutte contre le SIDA au sein desquels plusieurs employés sont devenus des pairs éducateurs. A ce titre, l'indicateur n°4 de l'UNGASS relatif à la lutte contre le VIH/SIDA sur le lieu de travail est évocateur avec plus de 70% des employeurs qui ont une politique anti-discrimination et 83% qui déclarent faire du conseil et encourager les tests volontaires, puis 47% des entreprises interrogées affirment procéder à la distribution de préservatifs sur le lieu du travail. L'essentiel de ces avancées ont été obtenues dans le cadre de la mise en œuvre du Plan National Multisectoriel ;

- le mouvement associatif s'est beaucoup développé autour de la problématique du SIDA. En effet, l'étude menée en 2005 par le projet RIVPOPP sur la cartographie des OBC/ONG de lutte contre le SIDA montre que 70% des associations fonctionnelles aujourd'hui sont nées à partir de l'année 2000. De plus, dans le souci de mieux défendre leurs positions et de se renforcer mutuellement, ces associations se sont regroupées en 2004 au sein du REGOSIDA (Réseau Gabonais des Organisations de lutte contre le SIDA). L'implication des premières dames dans la lutte contre le VIH/SIDA à travers l'OPDAS créée en 2002 a insufflé une nouvelle dynamique au mouvement ;
- l'arrêté n°00051/MSP/CAB de 2001 portant définition de la tarification des trithérapies antirétrovirales, des tests de dépistage volontaire et des examens de suivi est venu rendre les soins beaucoup plus accessibles. Cette décision combinée avec le programme d'implantation des Centres de traitement Ambulatoire dans différentes localités du pays participe à améliorer l'accessibilité au traitement ;
- la mise en place en 2000 par le Président de la République du fonds thérapeutique de lutte contre le SIDA constitue un événement retentissant dans cette mobilisation. Le projet ACCESS qui en a découlé avec le concours de l'initiative 3 x 5 a effectivement accéléré l'accès à la prise en charge des PVVIH au Gabon ;
- le Fonds Mondial SIDA, Tuberculose et Paludisme a été mis en place et la campagne Mondiale UNICEF (enfance SIDA) a été lancée.

En 2005, l'Etat accordé à la lutte contre le SIDA une enveloppe globale de 2,25 milliards de FCFA, ce qui représente 6% du budget de fonctionnement du Ministère de la Santé Publique. Un effort substantiel mériterait d'être fait à ce niveau au regard de l'ampleur des besoins.

#### **IV. Principales difficultés rencontrées et mesures nécessaires pour atteindre les objectifs.**

##### **4.1. Principales contraintes à la lutte contre le VIH/SIDA**

Plusieurs facteurs entravent la lutte contre le VIH/SIDA au Gabon. On dénombre parmi les plus importants le fonctionnement inefficace de quelques organes prévus dans le cadre institutionnel, l'insuffisance du dispositif d'observation du phénomène et de son évolution au niveau national, les difficultés économiques pour certaines catégories de population, la faiblesse du cadre juridique et les capacités opérationnelles des intervenants qui ne sont pas optimales.

Le non fonctionnement de certains organes du cadre institutionnel mis en place pour la lutte contre le SIDA et le mode de fonctionnement particulier adopté par certains autres gênent le bon déroulement des activités du système. En effet, on remarque par exemple que le Comité mixte de suivi et la Commission Interministérielle ne se sont jamais réunis. Il semble qu'en ce qui concerne la

Commission Interministérielle, cet état de fait est volontaire car un mode de fonctionnement propre y aurait été adopté. Toutefois, le mode d'organisation adopté ne favorise pas une participation satisfaisante de tous les départements ministériels. Cette situation est de nature à donner un surcroît de travail au Ministère en charge de la Santé Publique et plus spécifiquement au PNLS/IST. Cette dernière structure qui est un organe d'exécution des directives de la Commission Interministérielle de lutte contre le SIDA se retrouve ainsi à faire de la coordination du système de lutte contre le SIDA au lieu de se confiner à ses missions initiales telles qu'indiquées par le décret n° 1022/PR/MSPP du 22 juin 1993.

L'insuffisance du dispositif de suivi et évaluation paraît être l'une des plus grandes difficultés. En effet, la majorité des informations disponibles sur le SIDA sont soit partielles, soit relèvent d'estimations. Selon les thèmes, les études peuvent être circonscrites à certaines zones, mais pour le cas de la séroprévalence du VIH/SIDA sa mesure au niveau national est devenue impérative. Ceci, non seulement pour avoir une meilleure connaissance de la situation réelle de la pandémie, mais aussi pour améliorer la programmation des actions et pour prendre des mesures qui soient strictement en rapport direct avec la gravité des situations observées. L'intérêt étant de disposer de renseignements pertinents pour apporter une réponse adaptée aux besoins exprimés quelque soient les endroits.

A périodicité régulière, des enquêtes statistiques seront menées de façon thématique dans certaines localités afin de mesurer l'impact des politiques et donc de mesurer leur efficacité. Cette périodicité sera d'autant plus longue que les budgets à mobiliser seront élevés. Parallèlement, pour mieux soutenir la comparaison internationale et améliorer les actions en direction des populations à risque et celles vulnérables, il faudrait élargir les groupes sentinelles.

La précarité dans laquelle vivent certaines populations, notamment les femmes, les conduit à adopter des comportements à risque qui les exposent à l'infection. Il importe d'avoir une meilleure connaissance des facteurs qui expliquent le plus l'avènement des difficultés économiques chez les femmes pour s'y attaquer à la base.

L'indisponibilité de statistiques précises sur les OEV et les difficultés d'identification de cette catégorie de population entravent actuellement l'exécution normale d'un projet de prise en charge des OEV financé par le Fonds Mondial. Celui-ci vise, dans sa phase initiale, la prise en charge scolaire et nutritionnelle de 2.000 orphelins et enfants vulnérables du VIH/SIDA. Malheureusement, seuls 300 à 400 OEV ont pu être identifiés pour bénéficier de cet appui.

Le cadre juridique gabonais n'a pas été revisité pour tenir compte des droits et obligations des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Cette situation par laquelle les lois et règlements restent muets ou abordent sans aucune spécificité les questions des droits de la personne en rapport avec le thème du SIDA contribue à favoriser l'impunité, car les questions de stigmatisation ou de contamination volontaire ne sont

pas traitées avec la plus grande attention.

Compte tenu de la mobilisation politique qui est observée en matière de lutte contre le SIDA, il nous semble que la réponse technique apportée n'est pas encore à la hauteur des ambitions. En effet, on observe qu'au niveau des acteurs qui interviennent sur le terrain, à savoir l'Etat et les ONG/OBC de lutte contre le SIDA, la réponse aux besoins des populations nécessiteuses de services spécialisés n'est pas optimale. Dans la plupart des cas, les activités de sensibilisation et de prévention sont les plus récurrentes certainement parcequ'elles sont les plus faciles à mettre en œuvre. L'insuffisance de capacités humaines, matérielles et parfois financières semblent être à l'origine de cet état de fait.

L'influence très remarquée d'une certaine catégorie de médias privés et de l'Internet peut être citée comme une autre entrave à la lutte contre le SIDA. En effet, les images véhiculées dans certaines chaînes de télévision ou l'accès à des vidéothèques de quartier peuvent, à terme, transmettre une forme d'incitation à une vie sexuelle libre, particulièrement chez les jeunes.

#### 4.2. Esquisses de mesures nécessaires pour améliorer l'état de la lutte contre le VIH/SIDA

Pour arriver à des résultats plus satisfaisants dans le cadre de la lutte contre l'infection à VIH/SIDA et de ses impacts sur le développement humain, des actions d'envergure doivent être menées en faveur des groupes à risque<sup>2</sup> pour le changement de comportement. Les études qui ont été réalisées à ce jour sur certaines catégories de population à risque indiquent des statistiques préoccupantes en termes de séroprévalence et de changement de comportement en dépit d'un niveau de connaissance sur le VIH/SIDA qui est élevé au sein de la population générale<sup>3</sup>.

Au cours des cinq dernières années, d'importants efforts ont été observés, mais du chemin reste à faire en partant de la prévention jusqu'au traitement du VIH/SIDA. C'est pourquoi, il serait intéressant de :

- rendre, aussitôt que possible, fonctionnel les principaux organes d'orientation et de coordination de la politique nationale de lutte contre le SIDA afin d'assurer une participation effective de tous les acteurs. Cela permettrait au PNLS/IST de se consacrer pleinement à ses activités initiales ;
- former et recycler davantage de personnels de santé en matière de lutte contre les IST, car les actions de contrôle et de suivi ne sont pas suffisantes ; les moyens de travail doivent suivre pour favoriser une plus grande efficacité ;

---

<sup>2</sup> les groupes à risque dans le contexte gabonais sont constitués des professionnelles du sexe (prostituées), des transporteurs ou routiers, des personnels des forces de défense, les prisonniers, etc.

<sup>3</sup> selon les résultats de l'EDSG 2000, plus de 98% des hommes et des femmes vivant au Gabon avaient entendu parler du SIDA. Toutefois, on dénombrait encore 21% de femmes et 13% d'hommes qui ne connaissent pas cette maladie ou ne connaissaient aucun moyen pour l'éviter.

- renforcer la sécurité transfusionnelle déjà appréciable en évitant la rupture des stocks de matériel, de réactifs et de produits sanguins qui exposent les populations au risque de transmission par le sang ;
- améliorer la surveillance épidémiologique à travers la formation et l'extension des intervenants au secteur privé, la fourniture du matériel et la motivation des agents ;
- renforcer le PNLIS/IST, les comités provinciaux et départementaux en leur donnant l'opportunité de recruter et de mettre dans les meilleures conditions de travail leur personnel. Par ailleurs, le budget de cet organe de coordination mériterait une augmentation significative au regard des défis ;
- créer un Département spécifique chargé du suivi et évaluation. Doter cette structure d'un personnel qualifié avec des moyens de travail conséquents. De plus, un renforcement des capacités techniques pour la familiarisation des membres de la structure au logiciel CRIS (Country Response Information Système) des Nations-Unies est souhaitable ;
- appuyer davantage le volet de la prise en charge des PVVIH en vue de réduire de façon radicale la durée d'attente avant la prise en charge médicale et psychosociale des personnes infectées par le VIH/SIDA ;
- mettre en place un réseau de surveillance et de contrôle auprès des familles en charge des enfants infectés ;
- renforcer le Programme de Transmission Mère Enfant (PTME) sur toute l'étendue du territoire national ;
- développer l'appui nutritionnel pour pallier à l'allaitement maternel des enfants nés de mères séropositives et pour permettre un meilleur suivi thérapeutique des populations extrêmement pauvres ;
- développer le volet prévention et prise en charge des infections opportunistes à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- étendre les enquêtes de prévalence auprès de tous les groupes à risque qui n'ont pas encore fait l'objet d'évaluation. La surveillance sentinelle déjà pratiquée à d'autres occasions peut bien se prêter dans ces cas également ;
- étudier l'opportunité d'intégrer un volet SIDA dans la prochaine enquête démographique et de santé du Gabon (EDSG) qui se déroulera probablement en 2006 ; cette opération pourrait aider à avoir une connaissance de la situation du VIH/SIDA simultanément sur toute l'étendue du territoire et pour tous les milieux (urbain et rural) ;
- promouvoir la dissémination des centres de dépistage volontaires et anonymes sur l'ensemble du territoire ;
- encourager et favoriser les OBC/ONG qui oeuvrent dans le domaine de la promotion des activités génératrices de revenus au bénéfice des personnes économiquement vulnérables (y compris celles infectées et affectées par le VIH/SIDA) par l'encadrement technique et l'octroi de petits crédits ;
- intégrer de façon formelle les activités des OBC/ONG dans le futur programme multisectoriel ;
- réviser le plan national actuel pour en proposer un autre pour le quinquennat à venir. Ce dernier devra nécessairement tenir compte des enseignements

tirés de l'évaluation qui sera faite du Plan national multisectoriel (2001-2005) qui s'achève ;

- intégrer le concept genre dans les programmes.

## **V. Soutien attendu des partenaires au développement**

L'ampleur mondiale de l'épidémie VIH/SIDA nécessite des efforts conjugués pour endiguer ce fléau. Le Gabon, au même titre que le reste de la communauté internationale, participe à cet effort. L'appui multiforme des partenaires au développement pour aider le pays à asseoir une mise en œuvre efficace du programme national de lutte contre le SIDA est très apprécié et mérite d'être renforcé.

Au niveau multilatéral, les actions menées par les agences du système des Nations-Unies se sont considérablement amplifiées. La présence récente du Coordonnateur pays de l'ONUSIDA à Libreville, de même que l'acceptation du dossier Gabon aux projets du fonds Mondial constituent un gage de la volonté manifeste d'appuyer et d'assister le Gabon. Les actions beaucoup plus ciblées des partenaires tant multilatéraux (UNICEF, OMS, PNUD,...etc) que bilatéraux (France,...) sont de plus en plus perceptibles et méritent d'être encouragées.

Dans l'ensemble, les partenaires appuient notre pays dans le plupart des domaines liés à la lutte contre le SIDA, mais pour l'avenir les préoccupations suivantes nous paraissent être les plus importantes :

- le renouvellement des projets dont les effets seront été jugés bénéfiques après leur évaluation ;
- l'amplification des actions de renforcement des capacités qui consistent :
  - au niveau du Gouvernement : à l'apport d'un appui technique pour l'adaptation du cadre juridique, pour la mise en place d'une véritable cellule de suivi et évaluation et pour la formation des personnels médicaux dans les domaines sensibles (sécurité transfusionnelle, dépistage, prise en charge psychosociale et médicale , ... etc.). Un appui technique et financier est également souhaité, notamment pour la revue du Plan Stratégique National dans la perspective de l'élaboration du prochain. L'Etat devra également, plus que par le passé, accorder une plus grande attention aux comités provinciaux de lutte contre le SIDA afin d'apporter une réponse efficace aux besoins de services exprimés dans l'arrière pays ;.
  - au niveau des ONG/OBC : à l'organisation des sessions de formation ciblées sur les domaines de la lutte contre le VIH/SIDA qui exigent une grande technicité pour leur pratique. L'organisation des stages d'imprégnation des responsables de ces associations au sein des associations d'autres pays à l'expérience plus éprouvée est à étudier. Les capacités matérielles et financières doivent venir compléter ces efforts sollicités sur l'amélioration des ressources humaines.

Tout cet appui serait à effectuer dans un cadre concerté des partenaires au développement pour rechercher une plus grande synergie des actions entreprises.

## **VI. Cadre de suivi et d'évaluation**

Le Plan National Multisectoriel de lutte contre le SIDA encore en vigueur accorde une place non négligeable au suivi et à l'évaluation, mais celui-ci ne fait pas clairement ressortir les préoccupations suivantes : la structure de coordination du suivi et évaluation, les activités courantes et ponctuelles de suivi et évaluation.

### **6.1. Structure de coordination du suivi et évaluation**

A la lecture du rapport épidémiologique 2004, il ressort que c'est le PNLIS/IST qui assure cette fonction. Mais l'ampleur des activités à exécuter dans ce cadre mérite qu'une équipe spécifique soit consacrée à cette tâche. Celle-ci devrait se faire appuyer par un réseau d'enquêteurs à recruter ponctuellement dans les associations de lutte contre le VIH/SIDA. Cette équipe devrait être dépositaire d'un Plan de Suivi et Evaluation avec des indicateurs clés à produire selon une périodicité à convenir. Tous les intervenants dans la lutte contre le SIDA devraient préalablement avaliser ce plan ainsi que les résultats qui en seront attendus.

### **6.2. Activités courantes de suivi et évaluation**

Elles sont déjà menées pour le calcul de certains indicateurs qui alimentent le dernier rapport épidémiologique. Ceux-ci sont calculées à partir des informations de types administratifs fournis par le réseau des pharmacies, les CTA,.. etc. Outre les problèmes de recouvrement de ces statistiques inhérents à toutes les activités de collecte, il est important :

- d'élargir les champs de collecte pour augmenter la représentativité des données recueillies ;
- de mieux formaliser les questionnaires pour améliorer les possibilités de calcul des indicateurs internationaux ;
- d'organiser de façon optimale le circuit de recueil des informations de base ;
- de réfléchir à l'option de mise en place et de gestion d'une base de donnée intégrée sur les informations liées au VIH/SIDA.

### **6.3. Activités ponctuelles de suivi et évaluation**

Elles ont pour objectifs de venir corriger selon une périodicité précise les informations courantes obtenues à partir des sources administratives. La périodicité arrêtée est fonction de la qualité souhaitée des données et des coûts attendus. Dans la pratique elle va jusqu'à 5 ans pour les enquêtes dites lourdes ; tel est le cas par exemple des enquêtes démographiques et de santé.

Pour ce qui est du Gabon, nous suggérons le plan de collecte de données suivant pour améliorer la connaissance de l'évolution de la pandémie du VIH/SIDA et de son impact socio-économique ; et par la même occasion pour mieux renseigner les indicateurs de l'UNGASS lors des prochaines échéances.

Tableau n°3 : Programme quinquennal des enquêtes à promouvoir

Opérations de collecte	2006	2007	2008	2009	2010
Volet SIDA dans l'EDSG 2006	X				
Enquête sur l'offre de services auprès des structures de santé et des ONG/OBC	X			X	
Enquête en milieu scolaire		X		X	
Enquête sur le lieu de travail	X		X		X
Enquête CAP (ville, ville secondaire et milieu rural)	X		X		X

En dehors de ces préoccupations purement statistiques, le Département chargé du suivi et évaluation devrait également s'occuper de :

- opérer une évaluation de la mise en œuvre des politiques et programmes aussi bien au niveau physique que financier par le biais d'indicateurs précis ;
- procéder à la mesure de l'impact des projets auprès des populations cibles.

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

APIP	: Agence pour la Promotion des Investissements Privés
CAP	: Connaissance Aptitude et Pratique
CCSIDA	: Comité Consultatif SIDA
CHL	: Centre Hospitalier de Libreville
CHR	: Centre Hospitalier Régional
CRIS	: Country Response Information Système
COLUSIMEN	: Comité de lutte contre le SIDA du Ministère de l'Education Nationale
COSP	: Cellule d'Observation de la Santé Publique
CPG	: Confédération Patronale Gabonaise
CTA	: Centre de Traitement Ambulatoire
DGSEE	: Direction Générale de la Statistique et des Etudes Economiques
DSCRIP	: Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté
EDSG	: Enquête Démographique et de Santé du Gabon
FNUAP	: Fonds des Nations Unies pour la Population
GPA	: Global Programme on AIDS
GTT	: Groupe de Travail Thématique
IDH	: Indice de Développement Humain
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
MSP	: Ministère de la Santé Publique
MSPP	: Ministère de la Santé Publique et de la Population
MST	: Maladie Sexuellement Transmissible
OBC	: Organisation à Base Communautaire
OEV	: Orphelins et Enfants Vulnérables du SIDA
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
OPDAS	: Organisation des Premières Dames d'Afrique de lutte contre le SIDA
PNLS	: Programme National de Lutte contre le SIDA
VIH	: Virus de l'Immuno-déficience Humaine
SIDA	: Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis
UNGASS	: Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies
PCT	: Plan à Court Terme
PIB	: Produit Intérieur Brut
PMT1	: Premier Plan à Moyen Terme
PMT2	: Deuxième Plan à Moyen Terme
PR	: Présidence de la République
PTME	: Prévention de la Transmission Mère Enfant
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
REGOSIDA	: Réseau Gabonais des Organisations de lutte contre le SIDA
RIVPOPP	: Appui à la réduction de l'impact du VIH sur les populations pauvres et/ou vulnérables
TME	: Transmission Mère Enfant
UNICEF	: Agence des Nations Unies pour la protection de l'enfance

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Le point sur l'Epidémie du VIH/SIDA et les IST au Gabon, Rapport 2004, PNLIS/IST, 2005, 46 pages.
2. **Enquête Démographique et de Santé du Gabon 2000**, DGSEE-FNUAP-Macro International, juin 2001, 372 pages.
3. **Plan National Multisectoriel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST**, MSP, 2001/2002, 49 pages.
4. **Tableau de bord général de la Santé 2003**, MSP-COSP, juin 2004, 26 pages.
5. **Rapport Général des états généraux de la santé**, MSP, avril 2005, 8 pages.
6. **Cartographie des OBC/ONG de lutte contre le SIDA au Gabon**, Ministère de la Lutte contre la Pauvreté, avril 2005.
7. **Directives pour l'élaboration des indicateurs de base**, UNGASS, août 2005, 111 pages.
8. **Analyse de la situation et de la réponse 2001-2005**, PNLIS/IST, 30 pages.