



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU DE LA REPRESENTATION
DE L'OMS AU GABON

Évaluation finale
Quatrième Round du Fonds mondial de lutte contre le
Sida, la Tuberculose et le Paludisme
« Composante Paludisme » Gabon

Rapport

Novembre 2008

La présente évaluation a été réalisée avec l'appui technique du programme de lutte contre le paludisme de l'Equipe Inter pays de l'Afrique Centrale (MAL/IST/AC) du Bureau Régional de l'Organisation Mondiale de la Santé de l'Afrique (OMS/AFRO).

Tables de matières

Sigles et Abréviations	6
Liste des tableaux et graphiques	7
Liste des tableaux	7
Liste des graphiques	9
RESUME	10
I. CONTEXTE ET TERMES DE REFERENCE DE D’EVALUATION	15
1.1. Contexte	15
1.2. Termes de référence	16
II. DESCRIPTION DU QUATRIEME SERIE DU FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME « COMPOSANTE PALUDISME » GABON	16
III. METHODOLOGIE	19
3.1- Devis de l’évaluation	19
3.2- Echantillonnage et échantillons	19
3.3- Techniques de collecte des données	21
3.4- Organisation, validation et analyse des données	23
3.5- Contraintes et limites de l’évaluation.....	25
IV- RESULTATS	27
4 .1- DESCRIPTION DES POPULATIONS ET MANAGES ENQUETES	28
4.2. GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE DES FONDS ALLOUES PAR LE FONDS MONDIAL POUR L’EXECUTION DE LA COMPOSANTE PALUDISME	31
4.2.1- Structure de gestion	31
4.2.2- Suivi de l’exécution des activités du projet	31
4.2.3- Analyse des rapports	33
4.2.4- Contrôle de la gestion des ressources financières	36

4.3- PREVENTION DU PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	40
4.3.1- Activités réalisées et résultats	40
4.3.2- Connaissances des mères des enfants de moins de 5 ans sur le paludisme	42
4.3.3- Possession des moustiquaires dans les ménages enquêtés	44
4.3.4- Utilisation des moustiquaires par les groupes cibles.....	47
4.3.5- Utilisation des moustiquaires chez les enfants de moins de 5 ans	48
4.3.6- Utilisation des moustiquaires chez les femmes enceintes.....	49
4.3.7- Utilisation de la CPN et couverture en TPI chez les femmes enceintes.....	50
4.4- TRAITEMENT RAPIDE ET CORRECT DES CAS DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS ET LES FEMMES ENCEINTES	54
4.4.1- Activités réalisées	54
4.4.2- Prévalence et traitement précoce de la fièvre/paludisme chez les enfants < 5 ans	59
4.4.3- Recours thérapeutiques et sources des antipaludiques	60
4.4.4- Facteurs facilitant, contraintes et difficultés identifiées.....	62
4.5- AUGMENTATION DES CAPACITES INSTITUTIONNELLES DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME, LES STRUCTURES SANITAIRES, LES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES ET LES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES	64
4.5.1- Activités réalisées	64
4.5.2- Renforcement des capacités	65
4.5.3- Transfert des compétences	65
4.5.4- Système de collecte, de transmission et d'analyse des données	66
4.5.5- Défis et contraintes dans le domaine de renforcement des capacités de structures.....	66
V- RECOMMANDATIONS	70
5.1- Gestion et renforcement des capacités.....	70
5.2- Prise en charge des cas de paludisme et diagnostic biologique	70
5.3- Prévention du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins 5 ans.....	71
5.4- Suivi et évaluation et système d'information.....	71

VI- LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES	72
VII- ANNEXES.....	74
Annexe 1 : Termes de référence.....	75
Annexe 2 : Liste des secteurs de dénombrement enquêtés par région sanitaire, Gabon 2008.....	77
Annexe 3 : Equipe d'évaluation (coordination, supervision et enquêteurs) d'évaluation du Round 4, FMST, Composant Paludisme, Gabon, 2008	93

Sigles et Abréviations

AFEMDOS	Association des Femmes Médecins et Docteurs en Sciences
ASFG	Association des Sages Femmes du Gabon
CCC	Communication pour le changement de comportement
CHL	Centre Hospitalier de Libreville
CCM	Instance de coordination nationale
COSP	Cellule d'Observation en Santé Publique
CPN	Consultation Périnatale
CTA	Combinaisons à base d'Artémisinine
DIS	Direction de l'Informatique et des Statistiques
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EIP	Enquête sur les indicateurs du paludisme
FMSTP	Fonds Mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
GE	Goutte Epaisse
IEC	Information Education et Communication
IELE	Institut d'Epidémiologie et de Lutte contre les Endémies
MDN	Ministère de la Défense Nationale
MAS	Ministère des Affaires Sociales
MILDE	Moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'efficacité
OPN	Office Pharmaceutique National
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEC	Prise en Charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PR	Réципиентаire Principal
SD	Secteur de Dénombrement
SP	Sulfadoxine – Pyriméthamine
SB	Sous - Bénéficiaire
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TV	Télévision
TDR	Test de Diagnostic Rapide
USS	Université des Sciences de la Santé

Liste des tableaux et graphiques

Liste des tableaux

Tableau 1 : Rôles et responsabilités du bénéficiaire principal et des sous - bénéficiaires dans la mise œuvre de la quatrième série du FMSTP « Composante Paludisme », Gabon	17
Tableau 2 : Description de l'échantillon enquêté au niveau Bénéficiaire Principal et des SB round 4 « Composante, FMSTP,» Gabon	28
Tableau 3 : Identification/cartographie des ménages enquêtée, évaluation round 4; « Composante Paludisme », FMSTP, Gabon, 2008	29
Tableau 4 : Etats des dépenses en Dollars américains par catégories comparés au budget prévisionnel, Composante 4, Paludisme, Gabon	37
Tableau 5 : Taux de décaissement des fonds alloués en Dollars Américains par les sous bénéficiaires et le bénéficiaire principal du Round 4, « Composante Paludisme », FMSTP, Gabon, 2008	38
Tableau 6 : Résultats du suivi des indicateurs (processus et produits) en rapport avec la prévention du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans	42
Tableau 7 : Connaissances des mères d'enfants de moins 5 ans interrogées sur les moyens les plus efficaces de prévenir le paludisme	43
Tableau 8 : Connaissances des enquêtés sur les causes de la maladie et les groupes les plus exposés au paludisme	44
Tableau 9 : Disponibilité des moustiquaires et leur utilisation dans les ménages enquêtés, évaluation Round 4, « Composante Paludisme, FMSTP, Gabon, 2008	49
Tableau 10 : Etat de suspension des moustiquaires recensées dans les ménages, évaluation Round 4, « Composante Paludisme », FMSTP, Gabon, 2008	47
Tableau 11 : Utilisation des moustiquaires chez les enfants âgés de 0-59 mois, évaluation Round 4, « Composante Paludisme, FMSTP, Gabon, 2008	48

Liste des tableaux

Tableau 12 : Utilisation des moustiquaires chez les femmes enceintes, évaluation Round 4, « Composante Paludisme, FMSTP, Gabon, 2008	49
Tableau 13 : Prophylaxie contre le paludisme et traitement préventif intermittent (TPI) pendant la grossesse	50
Tableau 14 : Résultats du suivi des indicateurs (processus et produits) en rapport avec le traitement rapide et correct des cas chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans	58
Tableau 15 : Prévalence et traitement précoce de la fièvre/paludisme, évaluation Round 4, « Composante Paludisme, FMSTP, Gabon, 2008	60
Tableau 16 : Traitements antipaludiques utilisés chez les enfants de moins de 5 ans souffrant de fièvre/paludisme et leur prise dans les 24 heures suivant le déclenchement de la maladie	61
Tableau 17 : Résultats du suivi des indicateurs (processus et produits) en rapport avec les capacités institutionnelles des structures sanitaires et amélioration du système de collecte des données	64
Tableau 18 : Synthèse de l'évolution des indicateurs contractuels du projet, Round 4, «Composante Paludisme » FMSTP, Gabon	69

Liste des graphiques

Graphique 1 : Composition des ménages, évaluation Round 4, composante paludisme, FMSTP, Gabon, 2008	30
Graphique 2 : Taux de réalisation des activités du projet, Round 4, FMSTP, « Composante Paludisme » Gabon, 2008	36
Graphique 3 : Quantité de SP et MILDE distribuées aux régions sanitaires entre 2006 et 2008, Evaluation Round 4, « Composante Paludisme, FMSTP, Gabon, 2008	41
Graphique 4 : Description de la période de réception des moustiquaires par rapport à la campagne d'intégration de décembre 2007, Evaluation Round 4, FMSTP, Gabon, 2008	45
Graphique 5 : Evolution des indicateurs de prévention du paludisme, évaluation Round 4, Paludisme, FMSTP, Gabon, 2006 et 2008	52
Graphique 6 : Quantité de comprimés d'Artémether + Luméfantrine distribués aux régions sanitaires pour les années 2006,2007 et 2008, Gabon	54
Graphique 7 : Quantité d'Artésunate + Amodiaquine et de Quinine distribué aux régions sanitaires pour les années 2006, 2007 et 2008, Gabon	56
Graphique 8 : Nombre de cas de paludisme enregistrés dans les formations sanitaires du Gabon entre 2005 et 2007	57
Graphique 9 : Evolution des indicateurs de prise en charge du paludisme, évaluation round 4, paludisme, FMSTP, Gabon en 2006 et 2008	62

RESUME

Le Ministère de la Santé du Gabon a bénéficié auprès du Fonds mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP) d'une subvention de 9 348 388 \$ pour mettre en œuvre le Round 4 « Composante paludisme » entre 2005 et 2007. Le projet visait les objectifs suivants : (i) D'ici 2007, au moins 60 % des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans bénéficieront des actions de prévention pour réduire la transmission du paludisme. (ii) D'ici 2007, au moins 60 % des cas de paludisme déclarés chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes recevront un traitement rapide et correct en moins de 24 heures qui suivent l'apparition des premiers signes. Et (iii) augmenter d'ici 2007, les capacités institutionnelles du programme national de lutte contre le paludisme, les structures sanitaires, les organisations non gouvernementales et les organisations communautaires pour la lutte contre le paludisme.

Les termes de référence de l'évaluation (cf annexe1 requête du Ministère de la santé) sont :

- 1- Evaluer les activités réalisées par le programme national de lutte contre le Paludisme et tous les sous bénéficiaires et de leur conformité avec les résultats attendus*
- 2- Evaluer les procédures administratives et financières mises en place pour la gestion de deux projets (Round 4 et 5).*
- 3- Identifier les facteurs favorisant et les contraintes de la mise en œuvre de deux projets et*
- 4- Evaluer les activités non planifiées dans la soumission mais réalisées et de leur pertinence.*

Méthodologie : Au plan méthodologique, la revue documentaire, les entretiens semi-structurés, les discussions de groupe, l'enquête dans les ménages et les formations sanitaires ont été organisées pour collecter des données quantitatives et qualitatives. Les données collectées étaient en rapport avec (i) la gestion administrative et financière des ressources du projet, (ii) la prévention du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans par l'utilisation des MILDE et le TPI, (iii) le traitement correct et rapide des cas par les CTA (objectif 2 du projet) et (iv) le renforcement des capacités institutionnelles du PNLN et des ONG (Objectif 3 du projet). Les données ainsi collectées ont été validées puis analysées au moyen des logiciels Stata et Excel. Les résultats obtenus sont présentés selon les domaines évalués.

Gestion administrative et financière : Le bénéficiaire principal a mis en place un mécanisme de gestion administrative et financière des Fonds du projet et a facilité la mise en œuvre du projet. L'évaluation révèle un taux global d'exécution financière de l'ordre 99,99%. Concernant la réalisation des activités par rapport à celles planifiées on observe une réalisation globale de l'ordre de 92,20 %. Près de 8 % des activités sont en cours de réalisation et ou non réalisées. . La mise en place d'une cellule de gestion Fonds mondial par le PR, l'implication des SB et les partenaires a facilité la mise en œuvre du projet. En revanche les faiblesses suivantes ont été constatées : la faible documentation des appuis du PR en analyse des rapports techniques et financiers des SB, l'insuffisance de communication et de partage d'information entre les SB.

Prévention de la maladie chez les groupes vulnérables (enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes) : Le projet a facilité l'achat de 339498 MILDE et en a distribué 313 287 soit 92,28 % Il a contribué à (i) l'extension du traitement préventif intermittent parmi les stratégies nationales de lutte contre le paludisme pendant la grossesse (ii) a renforcé les capacités des sages femmes sur la mise en œuvre de ces stratégies et (iii) la distribution 285 764 Comprimés de SP aux formation sanitaires. Les indicateurs de prévention de la maladie chez ces groupes ont connu une nette progression grâce à l'appui du projet et d'autres contributions qui n'ont pas fait l'objet de la présente évaluation.

- i. Le taux de disponibilité des MILDE dans les ménages est passé de 20 % en 2006 à 70 % en 2008.
- ii. L'utilisation des MILDE chez les moins de cinq ans était de 18 % en 2006 et il est de 55 % en 2008
- iii. L'utilisation des MILDE chez les femmes enceintes était de 19,8 % en 2006 et il est de 36 % en 2008

La campagne intégrée de distribution des MILDE soutenue par UN Fondation a largement contribué à l'atteinte de ces couvertures

- iv. Le TPI 1 est passé de 66, 2 % en 2006 à 63,5 % en 2008 alors que le TPI2 est parti de 42 % en 2006 pour atteindre 50, 3 % en 2008.

En plus des efforts du projet, ces résultats ont été atteints grâce à l'implication des structures de santé , les communautés et les partenaires notamment dans la distribution des MILDE et la promotion de leur utilisation. Malgré ces résultats forts encourageants, il existe des défis importants à relever dans la mise en œuvre des stratégies de lutte contre le paludisme, il s'agit entre, la mise en place d'un circuit de distribution des MILDE et le

développement plan opérationnel de mobilisation sociale intégrant la promotion de l'utilisation des MILDE.

Traitement rapide et correct des cas : Le Round 4 a permis l'achat et la distribution de : 1510963 doses d'Artésunate + Amodiaquine (reparties en 1044347 doses B6 et 466 616 doses de B24) et de 146713 doses d'Artémeter + Luméfantrine (réparties en 66335 doses de B6, 68654 doses de B12, et de 11724 dose de B24), la formation des prestataires, l'élaboration et la distribution des guides de Prise en charge des cas. Il a soutenu (i) l'introduction des TDR pour l'amélioration du diagnostic biologique du paludisme, mais sur 12 000 tests achetés moins d'un pour cent ont été distribués, (ii) la mise en place des sites sentinelles d'où sont appliqués les tests d'efficacité des CTAs. Il a contribué aussi à l'amélioration des indicateurs liés au traitement, même si les résultats obtenus tendent vers les cibles d'Abuja (d'atteindre 60 % de couverture pour les interventions essentielles) :

- i. La prévalence de la fièvre/paludisme chez les moins de cinq au cours de deux dernières semaines est de 36,1 % en 2008 contre 61,7 % en 2006 ;*
- ii. En 2008, 48 % des enfants ayant la fièvre/paludisme ont reçu un traitement antipaludique contre 41,3 % en 2006 ;*
- iii. En 2008, 44 % des enfants ayant la fièvre/paludisme ont reçu un traitement antipaludique dans les 24 heures qui suivent l'apparition de la fièvre contre 30,5 % en 2006 ;*
- iv. Les CTAs restent les antipaludiques les plus utilisées (24,8 %), suivis de l'Amodiaquine (9,5%) et la Quinine (9,1%).*
- v. Le Dispensaire (55,4%) est la principale source d'obtention des CTAs.*

La prise en charge du paludisme dans les formations sanitaires et à domicile est en cours de mise en œuvre. Ceci a été facilité par la mise en place d'une équipe de formateurs nationaux, l'implication des directions régionales de santé dans la distribution des CTAs et la réalisation des supervisions conjointes par le PR et le PNLP.

Des efforts devront être poursuivis pour améliorer la coordination des structures en charge de l'approvisionnement des structures en intrants, l'adhésion des prestataires à l'utilisation du nouveau protocole de prise en charge des cas, et la participation des relais communautaires.

Renforcement des capacités institutionnelles : Le Round 4 a i) contribué à la création de sites sentinelles, assuré la formation de 262 agents en gestion des données ; équipé les directions régionales de santé et les départements sanitaire en ordinateurs portables pour le traitement des données (ii) facilité l'organisation des supervisions de collecte des données auprès des Directions régionales et ce combler les lacunes liées à la faible transmission des données au niveau central par les structures sanitaires périphériques. (iii) facilité l'organisation des voyages d'études (séminaire, missions) à l'intention des professionnels dans le domaine de suivi et évaluation, gestion et approvisionnement des stocks et le partage d'expérience. Mais, au terme du projet et d'après la présente évaluation, ces formations n'ont pas fait l'objet de transfert afin d'engendrer des effets sur les capacités des SB en suivi et évaluation 313 287 soit 92,28 %. Même, si un autre accompagnement semble nécessaire l'évaluation révèle qu'un chronogramme de transfert de compétences par le PR au Ministère de la Santé est élaboré et est en cours de mise en œuvre.

Malgré les efforts fournis dans ce domaine, l'évaluation révèle que le système de collecte, d'analyse et traitement des données, connaît dans son ensemble des faiblesses qui se répercutent sur la collecte des données sur les indicateurs de lutte contre le paludisme. Des efforts devront être fournis dans les prochaines phases pour accroître la concertation entre les acteurs de l'information sanitaire afin d'examiner les questions de multiplicité des outils de collecte, le manque et/ou la rupture de registres de consultation et la transmission des données épidémiologies y compris les données communautaires. Les capacités de gestion de projet par les SB nous a semblé limitées même si, leurs compétences ont été renforcées.

En conclusion, la présente évaluation a permis de démontrer que le Round 4 du FMSTP, « Composante Paludisme » avec l'interaction d'autres actions a amélioré l'accès des femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans aux MILDE et au traitement des cas par les CTAs. Elle a aussi permis d'identifier les facteurs de succès et les goulots d'étranglement aux quels les acteurs du projet ont été confrontés au cours de la mise en œuvre dans les domaines de la prévention, du traitement de la maladie et le renforcement de capacités des structures.

La prise en compte des forces et faiblesses ainsi identifiées permettra aux autres actions et projets en cours et/ou futures d'améliorer d'avantage l'accès des groupes vulnérables aux interventions essentielles en matière de lutte contre le paludisme au Gabon.

I. CONTEXTE ET TERMES DE REFERENCE DE D'EVALUATION

1.1. Contexte : Le paludisme demeure un problème de santé publique majeur au Gabon, de par le poids morbide qu'il fait payer aux populations et par son endémicité. De 2000 à 2002, le paludisme a été responsable de 9% de la mortalité hospitalière et de 39% des cas de fièvre reçus en consultation dans le Centre hospitalier de Libreville (CHL). Environ 40% des cas de fièvre chez les enfants de moins de 10 ans sont d'origine palustre (PNLP, 2003) et dans cette tranche d'âge, 38% des cas de paludisme évoluent vers une forme grave. La prévalence de la maladie chez les femmes enceintes est de 64% avec une anémie présente à la hauteur de 71%.

Selon la classification de la Banque Mondiale, le Gabon est un pays à revenu intermédiaire, d'où le paludisme sévit d'une façon endémique avec une transmission annuelle continue. Suivant ce rang, le Gabon est admissible aux subventions qu'offre le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme (FMSTP) pour soutenir les pays à réduire le poids socio-économique de ces trois maladies à travers des appels à candidature pour la soumission des propositions pour financement. C'est ainsi, qu'en 2004, le Ministère de la Santé Publique du Gabon a soumis une proposition intitulée « **Faire Reculer le Paludisme au Gabon** » d'un montant de 9348 388 Dollars Américains ; et cette proposition a été acceptée par le Fonds mondial.

Le Programme des Nations Unies au Développement (PNUD) a été retenu comme bénéficiaire principal de la «composante de lutte contre le paludisme au Gabon : « **GAB-404-G02-M** » et a au nom du Ministère de la Santé assuré la gestion programmatique de ce projet entre 2005-2007. Après deux ans de mise en œuvre du quatrième Round, un monitoring des activités dudit projet a été conduit en décembre 2006 par l'OMS. Ce monitoring avait permis de mesurer les progrès atteints, identifier des contraintes et formuler des recommandations permettant au projet d'atteindre ses objectifs.

Au terme de la mise en œuvre du projet en décembre 2007, le Ministère de la Santé Publique du Gabon a sollicité l'appui technique de l'OMS (*cf. TDR à l'annexe 1*) pour conduire la présente évaluation dont les termes de référence sont décrits dans la section 2.

1.2- Termes de référence de l'évaluation : Les termes référence de l'évaluation sont :

1. Evaluer les activités réalisées par le programme national de lutte contre le Paludisme et tous les sous bénéficiaires et leur conformité avec les résultats attendus
2. Evaluer les procédures administratives et financières mises en place pour la gestion de deux projets (Round 4 et 5)
3. Identifier les facteurs favorisant et les contraintes de la mise en œuvre de deux projets
4. Evaluer les activités non planifiées dans la soumission mais réalisées et de leur pertinence.

II. DESCRIPTION DU QUATRIEME SERIE DU FONDS MONDIAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA, LA TUBERCULOSE ET LE PALUDISME « COMPOSANTE PALUDISME » GABON

Dans cette section sont sommairement décrits les objectifs et stratégies du projet, les rôles et responsabilités du bénéficiaire principal (BP) ainsi que les sous- bénéficiaires (SB).

Le projet « *Faire Reculer le Paludisme au Gabon* » est en liaison avec le plan stratégique national de lutte contre le paludisme (2002-2006), qui vise comme but la réduction de la morbidité et la mortalité liées au paludisme.

Les objectifs spécifiques de la proposition sont :

1. D'ici 2007, au moins 60 % des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans bénéficieront des actions de prévention pour réduire la transmission du paludisme
2. D'ici 2007, au moins 60 % des cas de paludisme déclarés chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes recevront un traitement rapide et correct en moins de 24 heures qui suivent l'apparition des premiers signes
3. Augmenter d'ici 2007, les capacités institutionnelles du programme national de lutte contre le paludisme, les structures sanitaires, les organisations non gouvernementales et les organisations communautaires pour la lutte contre le paludisme.

La mise en œuvre du projet « **Faire Reculer le Paludisme au Gabon** » était axée sur les stratégies suivantes :

- (i) La prise en charge rapide et correct des cas de paludisme admis dans les formations sanitaires et à domicile à travers la distribution des combinaisons à base d'Artémisinine (CTA) ;
- (ii) La prévention du paludisme à travers la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'efficacité (MILDE) aux femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans à travers les consultations prénatales, le PEV de routine et les campagne intégrée de vaccination ;
- (iii) Le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme pendant la grossesse par la Sulfadoxine – Pyriméthamine (SP) ;
- (iv) La communication pour le changement de comportements et,
- (v) Le renforcement des capacités techniques des programmes.

L'exécution du projet « **Faire Reculer le Paludisme au Gabon** » a été assurée par différents acteurs dont les rôles et responsabilités sont décrits dans le tableau 1.

Tableau 1 : Rôles et responsabilités du bénéficiaire principal et des sous - bénéficiaires dans la mise œuvre de la quatrième série du FMSTP « Composante Paludisme », Gabon

Acteurs	Rôles et Responsabilités
Programme des Nations Unies pour le Développement	<p>Le PNUD en qualité de Bénéficiaire Principal (BP) du projet, reste imputable des résultats, rend compte périodiquement au FMSTP selon l'accord de subvention. Au niveau national, il assure les missions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer des manuels de procédures administratives, financières et comptables spécifiant les rôles et responsabilités à jouer entre le Principal bénéficiaire, le CCM et les SB ; - Utiliser le système d'information existant pour adapter les procédures du Fonds mondial afin de préparer l'état comptable, la comptabilité générale, l'approbation des contrats et la préparation des états financiers, faciliter l'analyse et le suivi et évaluation du projet - Superviser la mise en œuvre des activités - Procéder à un graduel transfert des compétences et responsabilités aux structures nationales pour la planification et la mise en œuvre du projet.

Acteurs	Rôles et Responsabilités
Programme National de Lutte contre le Paludisme	Assurer les missions de coordination technique des interventions, Elaborer des outils de formation et de sensibilisation, la formation, Assurer la supervision des prestataires sur la prise en charge des cas et la collecte des données de morbidité et de mortalité
Office Pharmaceutique national	Assurer la Gestion et la distribution des antipaludiques, des moustiquaires imprégnées d'insecticides ; du K-OTAB et du matériel médical
Cellule d'observation de la santé Publique	Assurer la formation et la supervision des gestionnaires des données
Ministère de la Solidarité Nationale ; des Affaires Sociales et du Bien être	Assurer la mise en œuvre des activités de mobilisation sociale
Université des Sciences de la Santé	Assurer la mise en œuvre des activités de formation des techniciens de laboratoire sur le diagnostic biologique (TDR et GE) du paludisme Développer des activités de recherche sur les tests d'efficacité des antipaludiques et les contrôles de qualité des TDR
Association des femmes Médecins et Docteurs en Sciences	Assurer la mise en œuvre des activités de sensibilisation des mères et des gardiens d'enfants
Associations des Sages Femmes du Gabon	Assurer la formation et la supervision de la mise en œuvre des stratégies de lutte contre le paludisme pendant la grossesse (MILDE, le traitement préventif intermittent et la prise en charge des cas).
Organisation Mondiale de la Santé	Appui technique pour le suivi et évaluation des activités Soutien au renforcement des capacités Validation des outils de collecte des données et des formations réalisées par le PNLP Evaluation finale du projet.

III. METHODOLOGIE

3.1- Devis de l'évaluation : Il s'agit d'une évaluation qualitative et quantitative qui s'est déroulée du 16 mai au 10 juillet 2008 et, qui a consisté à passer en revue les ressources utilisées, les activités réalisées (indicateurs de processus), et les résultats obtenus (indicateurs de résultats) par le Round 4 du FMSTP, « Composante Paludisme » durant les trois ans (2005-2007) de mise en œuvre. L'évaluation a consisté aussi à enquêter auprès des ménages pour apprécier leurs connaissances des modes de transmission du paludisme et des méthodes de prévention et mesurer le niveau des indicateurs communautaires de la lutte contre le paludisme.

3.2- Echantillonnage et échantillons : Deux méthodes d'échantillonnage ont été utilisées pour la détermination des différents échantillons.

- **La méthode non probabiliste ou choix raisonné :** Par cette méthode, les représentants du bénéficiaire principal (PNUD) et les sous bénéficiaires ont été retenus pour examiner le processus de mise en œuvre du projet ainsi que les résultats. Les participants retenus par cette méthode ont été les personnes qui ont assuré la gestion d'une ou l'ensemble des composantes du projet.
- **La méthode probabiliste :** Les secteurs de dénombrement (SD) qui sont été définis lors des opérations cartographiques du recensement démographique de 2003 constituent la **base de sondage** pour le tirage des unités primaires de l'échantillon. D'après ce recensement, le Gabon compte 1912 secteurs de dénombrements (SD), 284000 ménages, 324354 femmes en âge de procréer (15-49 ans) et 170557 enfants de moins de 5 ans. Le sondage en grappe à deux degrés a été utilisé comme méthode d'échantillonnage d'où le secteur de dénombrement est **l'unité de sondage au premier degré** et **le ménage l'unité de tirage au second degré**. A l'intérieur de chaque ménage sélectionné, il a été procédé à des entrevues individuels auprès du chef de ménage, des femmes enceintes et des femmes ayant en charge les enfants de moins de cinq ans.

Echantillons des enfants de moins de cinq ans et des femmes en âge de procréer et des ménages

Partant des paramètres ci-dessous les tailles minimales des échantillons ont été constituées.

<i>Paramètres</i>	<i>Taux/valeur</i>	<i>Sources</i>
Taux de réponse des ménages	97,6%	EDS, Gabon 2000
Taux de réponse des femmes	93,6%	EDS, Gabon 2000
Taux de réponse global des femmes	91,6%	EDS, Gabon 2000
Effet grappe chez les femmes	1,40	EDS, Gabon 2000
Effet grappe chez les enfants	1,30	EDS, Gabon 2000
Précision relative standard	5,0 %	EDS, Gabon 2000
Nombre moyen de naissances par ménage au cours des deux dernières années	0,26	Macro international
Nombre d'enfants par ménage	0,60	Recensement démographique 2003
Proportion de ménages dormant sous les moustiquaires imprégnées	20,0%	Monitoring, projet Round 4 FMSTP, 2006, OMS
Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous les moustiquaires imprégnées	18,0 %	Monitoring, projet Round 4 FMSTP, 2006, OMS
Proportion de femmes enceintes dormant sous les moustiquaires imprégnées	18,9 %	Monitoring, projet Round 4 FMSTP, 2006, OMS

Partant de ces paramètres, un total de 146 secteurs (dont 80 urbains et 66 ruraux) de dénombrement (SD) a été tiré au sort et des échantillons de 1126 femmes en âge de procréer et de 2930 enfants de moins de cinq ans ont été constitués. Pour chaque SD retenu ; quarante ménages ont été retenus pour être enquêtés. Ces échantillons ont été repartis entre les dix régions sanitaires du pays comme indique l'annexe 2

Pour apprécier la morbidité et la létalité liées au paludisme dans les formations sanitaires, un échantillon de trente formations reparties en dix formations urbaines et vingt rurales ont été enquêtées.

3.3- Techniques de collectes des données : La revue documentaire, les interviews semi - structurées, les discussions de groupes et l'administration d'un questionnaires aux chefs de ménages, les femmes enceintes, les personnes en charge des enfants de moins de cinq ont été les techniques de collecte des données.

- **La revue documentaire :** Elle a consisté à partir d'une grille de collecte à l'analyse des documents administratifs et financiers (accords de subvention, accords de coopération, rapports financiers, les rapports de formation, de supervision et d'audits), les documents techniques notamment les rapports d'activités élaborés par les sous bénéficiaires (SB) et le bénéficiaire principal. Les registres de consultations, et de gestion des stocks disponibles ont été consultés pour estimer les proportions de formations sanitaires ayant connu une rupture en CTA, estimer les taux de morbidité et de létalité liées au paludisme dans les formations sanitaires.
- **Les interviews semi- structurés:** A l'aide d'un guide d'entretien, des entretiens individuels ont été organisés à l'intention du bénéficiaire principal (BP) pour examiner les réalisations, discuter des leçons apprises, les contraintes de la mise en œuvre et identifier les nouvelles pistes éventuelles de résolution des contraintes.
- **Les discussions de groupe :** Trois sessions de discussions de groupe d'une durée de 1 h30-2 heures ont été organisées avec les sous bénéficiaires.
 - (i) La première session de discussion de groupe, organisée le 6 juin 2008, a concerné six personnes représentants, le Ministère de la Solidarité Nationale et du Bien Etre, la COSP et l'ASFG.
 - (ii) La deuxième session, organisée le 10 juin 2008 a réuni des représentants de l'USS, du MDN et de l'OPN et a concerné sept personnes.
 - (iii) La dernière session de discussion a réuni huit participants représentants le PNLPL.

Ces discussions ont été animées par deux professionnels de la santé publique ayant une grande expérience en technique d'animation de groupe et de collecte des données qualitatives. Les contraintes de mise en œuvre, la communication et le partage de l'information entre les SB et le PB, les leçons apprises, les aspects administratifs du projet et les pistes de résolution des contraintes ont été les principaux thèmes discutés.

- **L'administration d'un questionnaire** : Pour apprécier les connaissances, estimer les taux de couverture des enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes en moustiquaires imprégnées d'insecticides, connaître les proportions d'enfants de moins de cinq ans souffrant de paludisme /fièvre correctement pris en charge, mais aussi mesurer les proportions des personnes qui connaissent les causes du paludisme etc.. un questionnaire a été administré aux chefs de ménages, aux femmes enceintes et les personnes en charge des enfants de moins de cinq ans.



Collecte des données auprès des mères dans la communauté, Makokou

Le questionnaire a été administré par des enquêteurs locaux formés pendant deux jours sur la méthodologie de l'enquête et l'administration du questionnaire.

Pour s'assurer la qualité des données, les équipes d'enquête locale ont été constituées et supervisées par une équipe de trois superviseurs dont un expert de l'OMS, un expert national du niveau central et un collaborateur local issu de la Direction Régionale de la Santé de la zone enquêtée.



Jeu de rôle, enquêteurs Nyanga

3.4- Organisation, validation et analyse des données : Pour accorder une validé aux données collectées et standardiser les approches de travail, trois sessions formation des superviseurs nationaux ont été organisées au niveau central. Au niveau des régions, les équipes de supervision ont organisé chacune une session de formation pour les enquêteurs locaux et de pré test du questionnaire. Pour la validation des informations qualitatives, des personnes clés dans le domaine concerné ont été consultées après avoir exploité la source documentaire. S'agissant des données quantitatives, collectées auprès des ménages, après chaque journée de collecte les questionnaires remplis ont fait l'objet de contrôle par les superviseurs. Au terme de la mission de collecte, les données collectées ont été organisées par Département et Région puis classées dans des chemises en carton et rendues au niveau central par les superviseurs nationaux.



Synthèse de la collecte des données avec les enquêteurs, Hôpital Régional de Makokou

Les données quantitatives ont été saisies au moyen du logiciel Access et Excel par une équipe de six agents de saisie ayant une grande expérience en saisie des données et l'utilisation des logiciels de saisie. Les agents de saisie ont été formés sur les masques de saisie et supervisés pendant la période de saisie par un Epidémiologiste.

L'analyse des données quantitatives a consisté au calcul des taux de réalisation, à la détermination des moyennes des MILDE disponibles par ménage, des couvertures en MILDE pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, la proportion des enfants de moins de cinq ans souffrant de paludisme. Les tendances des différents indicateurs du projet sont aussi décrites. Les différentes moyennes et proportions obtenues sont comparées en fonction des zones rurales et urbaines au moyen des test de Chi2 et ou de l'intervalle de confiance à 95 %. Les logiciels STATA et Excel ont été utilisés comme outils informatiques pour l'analyse des données.

Pour les données qualitatives, une analyse par domaines clés a été faite tout en rapprochant les informations aux résultats attendus au terme du projet. Des affirmations de certains participants sont directement intégrées dans le rapport pour décrire les perceptions des acteurs et bénéficiaire du projet. Ces appréciations ne font pas parties des indicateurs de progrès du projet, toutefois, elles sont nécessaires pour les gestionnaires et les bailleurs de fonds pour l'amélioration des approches de gestion des futures étapes du projet et/ou des projets identiques.

3.5- Contraintes et limites de l'évaluation

Au cours de l'évaluation du projet et notamment la collecte des données, l'équipe d'évaluation a rencontrée des contraintes et difficultés suivantes et a apporté des solutions appropriées afin de donner une validité aux données collectes et le rapport qui serait produit au terme de l'évaluation.

Plan méthodologique : Les termes de références adressés à l'OMS par le Ministère de la santé Publique, disent de procéder à une évaluation finale du round 4 et évaluation à mi-parcours du round 5. Après analyse de deux projets, l'équipe d'évaluation a observé qu'il n'était pas réaliste de conduire les deux activités en même temps et ce pour les raisons suivantes :

- Le projet Round 5 est une continuation du Round 4, les objectifs et les stratégies de deux projets sont identiques
- Les calendriers d'exécution de deux projets se chevauchent, ce qui fait qu'il n'était pas facile de mesurer de façon distincte les effets et des résultats atteints par les deux projets auprès des groupes cibles.
- L'entretien même de certains sous bénéficiaires, a confirmé notre hypothèse de départ comme suit : «Si, au plan programmatique on fait une différence entre les deux projets, les SB ne font la différence dans l'exécution des activités».

Face à cette contrainte d'ordre méthodologique, l'équipe d'évaluation a jugé utile de focaliser l'évaluation sur le round 4, tout en sachant que tous les résultats obtenus ne seront pas imputables à ce round. Toutefois, ils serviront de base pour conduire l'évaluation finale du Round 5.

La période de collecte des données : Les données ont été collectées pendant la saison sèche (juin- juillet), soit la période de faible transmission du paludisme au Gabon, même s'il est connu que la transmission de la maladie est continue. Le fait de collecter les données pendant cette saison peut engendrer une sous estimation de la prévalence de la fièvre/paludisme chez les enfants de moins de cinq ans. Toutefois, elle a permis de minimiser les absences des parents dans les ménages car l'enquête a été réalisée à une période de culture correspondant à la saison de pluie (forte transmission du paludisme).

L'accessibilité et le repérage des zones : Bien que l'enquête a été conduite pendant la saison sèche, certains zones étaient difficilement accessibles voire même non accessible. Pour les villages qui ont été non accessibles, des villages de remplacement ont été choisis ; ces zones présentent les mêmes caractéristiques que les villages initialement tirés. Le fait que la cartographie des zones n'a pas été effectuée avant l'enquête, et que les zones ont été tirées sur carte ; au moment de la collecte il s'est avéré que certains villages retenus n'existaient plus au plan physique. Sur le terrain, ces entités ont été aussi remplacées par des zones les plus proches dont supposées avoir les mêmes caractéristiques que les villages initialement sélectionnés.

La disponibilité et l'accessibilité des données : Au niveau de certaines zones, les enquêteurs ont signalé l'absence de registres de consultation, de fiches de compilation, la présence parfois des registres non standardisés. Pour les registres et documents accessibles, certaines informations étaient manquantes ce qui rend difficile l'estimation de certains paramètres comme la proportion de formation sanitaire n'ayant pas connu une rupture de stock en CTA. Les données de certaines formations sanitaires sont parfois disponibles sous forme de synthèse annuelle et non en mensuelle empêchant ainsi de faire un suivi des tendances de la maladie en fonction des saisons. Pour combler ces lacunes, les données sur la morbidité palustre ont été complétées au niveau central par l'exploitation des rapports annuels disponibles à la Direction de l'Informatique et des Statistiques sanitaires et le PNLP. De ces données, on ne pouvait décrire des tendances de la maladie par mois du fait que les données sont agrégées par année.

La non- accessibilité et disponibilité des données, la mauvaise tenue de certains registres a certains niveaux, la faible collaboration de certains agents de santé au niveau au cours de la collecte ont pour effets de disposer des données que dans un tiers de formations sanitaires et c'est qui a conduit l'équipe d'évaluation d'éliminer le volet centre de santé de l'évaluation.

IV- RESULTATS

Deux approches pouvaient être utilisées pour présenter les résultats de l'évaluation : (i) la première en utilisant les objectifs poursuivis par le projet ; (ii) et la deuxième en se référant aux TDR de l'évaluation. L'équipe d'évaluation considère que ses approches sont complémentaires, mais que la première approche est plus appropriée pour mesurer les progrès accomplis par le projet. Ainsi, les résultats de l'évaluation sont présentés selon les objectifs visés par le projet tel que signé entre le Fonds mondial et le Ministère de la Santé Publique.

Les résultats de l'évaluation sont donc présentés selon l'ordre suivant :

1. Description des caractéristiques des populations et ménages enquêtés
2. Gestion administrative et financière des fonds alloués par le Fonds pour l'exécution de la composante
3. Prévention du paludisme chez les enfants de moins de cinq et les femmes enceintes (*Objectif 1 du projet*)
4. Traitement rapide et correct des cas de paludisme en moins de 24 heures suivant l'apparition des premiers chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes (*Objectif 2 du projet*)
5. Augmentation des capacités institutionnelles du programme national de lutte contre le paludisme, les structures sanitaires, les organisations non gouvernementales et les organisations communautaires pour la lutter contre le paludisme (*Objectif 3 du projet*)

Pour chaque domaine, sont décrits les activités/ éléments du processus, des résultats sous forme de données qualitatives et quantitatives (tableaux, graphiques et textes), des opinions des acteurs suivis des commentaires/discussions, les forces, défis ou difficultés rencontrées, les résultats sur les indicateurs de performance et, en fin une synthèse.

4.1- DESCRIPTION DES POPULATIONS ET MANAGES ENQUETES

Selon le plan d'échantillonnage, deux groupes d'échantillons étaient ciblés : le premier concernait les acteurs du projet et le second les cibles que sont les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans au niveau des communautés.

Le tableau 2, résume le nombre de participants par acteur du projet.

Tableau 2 : Description de l'échantillon enquêté au niveau Bénéficiaire Principal et des SB de la quatrième série du FMSTP, « Composante Paludisme » Gabon

<i>Acteurs</i>	<i>Cibles</i>	<i>Structures participantes</i>	<i>Nombre de participants</i>
Bénéficiaire Principal	PNUD	Unité de gestion du projet et Section Finances	6
Sous bénéficiaires	PLNP	Coordination du Programme Départements Technique (Pise en charge, TPI, Lutte antivectorielle, Epidémiologie, Administration et IEC)	8
	MDN	Divisions Techniques et Scientifiques	2
	ASFG	Equipe Dirigeante l'association: (Vice Présidente, Trésorière ; Membre)	3
	COSP	Représentant	1
	OPN	Direction	3
	MAS	Direction technique	1
	OMS	Représentation au Gabon	2
Total			26

L'enquête a été réalisée au niveau de 114 secteurs de dénombrements repartis dans les 10 régions sanitaires du pays.

Au total, 23320 (75,6% en milieu urbain et 24,4% en milieu rural) ménages ont été répertoriés. Des ces ménages 4480 sélectionnés pour l'enquête. En ce qui concerne les populations de ces ménages, il y vivait 24222 personnes dont 5365 enfants de moins de 5 ans et 860 femmes enceintes (Tableau 3).

	Nombre de ménages recensés		Nombre total d'enfants de < 5 ans vivant dans le ménage		Nombre total de femmes enceintes vivant dans le ménage		Nombre total de mère d'enfants de moins de 5 ans vivant dans le ménage	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Milieu de résidence								
Rural	1127	26,2	1510	28,1	171	19,9	965	26,7
Urbain	3171	73,8	3855	71,9	689	80,1	2652	73,3
Total	4298	100,0	5365	100,0	860	100,0	3617	100,0
Région Sanitaire								
Libreville	958	22,3	1144	21,3	229	26,6	823	22,8
Estuaire	480	11,2	441	8,2	98	11,4	335	9,3
Haut-Ogooué	455	10,6	400	7,5	76	8,8	268	7,4
Moyen-Ogooué	332	7,7	524	9,8	55	6,4	348	9,6
Ngounie	422	9,8	698	13,0	81	9,4	467	12,9
Nyanga	273	6,4	230	4,3	54	6,3	169	4,7
Ogooué-Ivindo	243	5,7	401	7,5	58	6,7	271	7,5
Ogooué-Lolo	280	6,5	484	9,0	67	7,8	286	7,9
Ogooué-Maritime	395	9,2	426	7,9	48	5,6	294	8,1
Woleu-Ntem	460	10,7	617	11,5	93	10,8	356	9,8
TOTAL	4298	100,0	5365	100,0	860	100,0	3617	100,0

Au total, 4298 ménages ont été enquêtés dont 3171 en milieu urbain (soit 73,8%) et 1127 en milieu rural (soit 26,2%). La région autonome de Libreville a eu le nombre de ménages le plus élevé soit 958 ménages (22,3%) alors que la région de Ogooué-Ivindo a enregistré le nombre le plus bas de ménages soit 243 (5,6 %). De tous les ménages enquêtés :

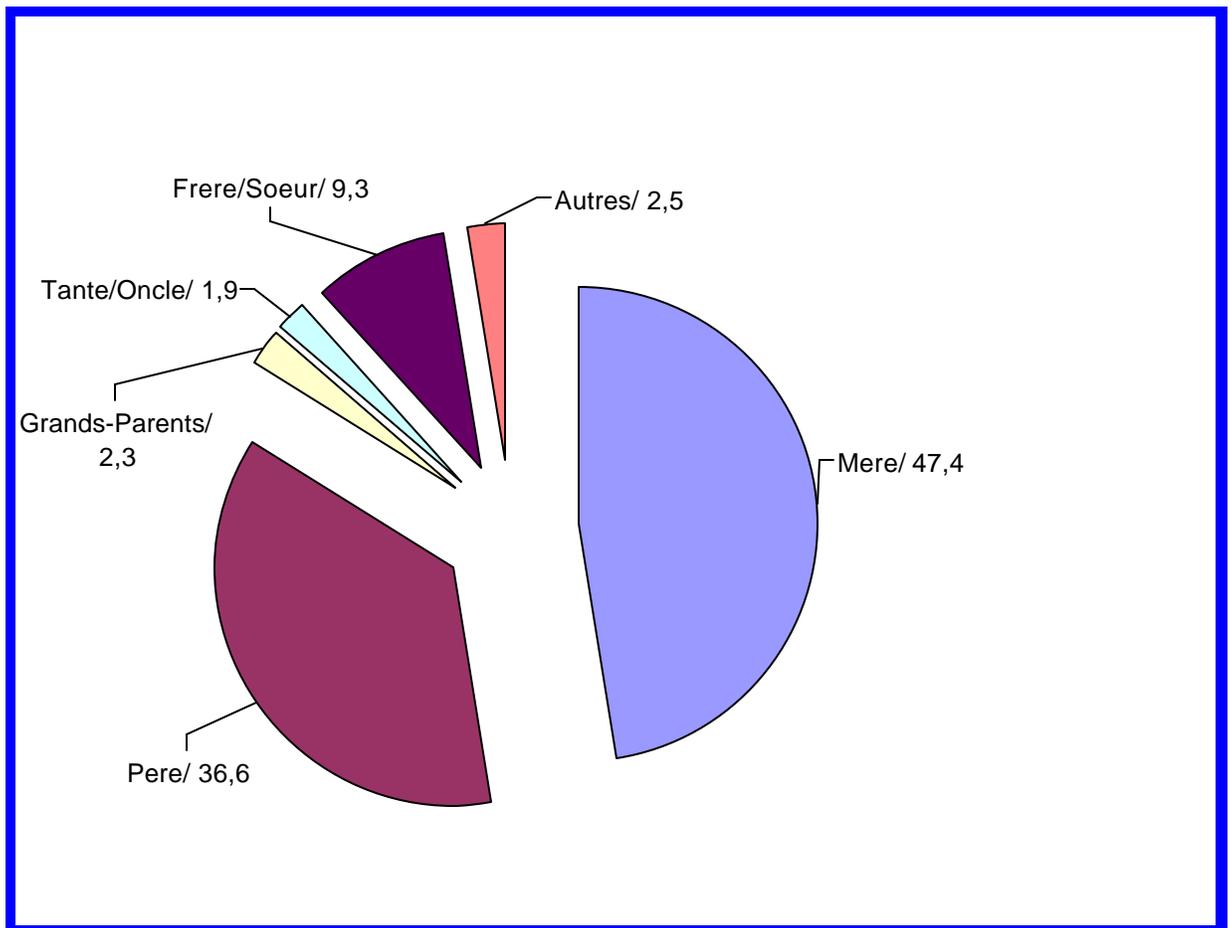
- 3167 avaient au moins un enfant de moins de 5 ans (soit 73,7%) ;
- 836 avaient au moins une femme enceinte (soit 19,5%) ;
- 3121 avaient au moins une mère d'enfants de moins de 5 ans (soit 72,6%).

La participation des ménages à l'enquête a été excellente avec un taux moyen de réponse de 95,9%, avec des écarts allant de 85,3% à 100% respectivement à Nyanga et Estuaire/Ogooué-Lolo. Le taux de réponse était mieux en milieu urbain, soit 97,9%.

Pour la position du répondant, au niveau urbain il y a eu plus de mère en position de chef de famille (47,4%) contre 36,6% pour les pères (Graphique 1). En milieu rural, il y a eu à peu près autant de mères comme chef de famille interrogé (45,4%) que de pères (44,6%).

En milieu urbain, il y avait plus de frères ou sœurs comme chef de famille (soit 10,8%) que dans le milieu rural (soit 5,1%).

Graphique 1 : Composition des ménages, évaluation Round 4, composante paludisme, FMSTP, Gabon, 2008



Pour les populations cibles enquêtées, il ressort que :

- 5365 enfants ont été enquêtés dont 3855 en milieu urbain (soit 71,9%) et 1510 en milieu rural (soit 28,1%). La région de Libreville a le pourcentage le plus élevé d'enfants de moins de 5 ans enquêtés (soit 21,3%) alors que celle de Nyanga a le pourcentage le plus bas (4,3%) ;
- 860 femmes enceintes ont été enquêtées dont 689 en milieu urbain (soit 80,1%) et 171 en milieu rural (soit 19,9%).

La région de Libreville a le pourcentage le plus élevé de femmes enceintes enquêtées (soit 16,6%) alors que celle de Ogooué-Maritime a le pourcentage le plus bas (5,6%) ;

- 3167 mères d'enfants de moins de 5 ans ont été enquêtées dont 2652 en milieu urbain (soit 73,3%) et 965 en milieu rural (soit 26,7%). La région de Libreville a le pourcentage le plus élevé des mères enquêtées (soit 22,8%) alors que celle de Nyanga a le pourcentage le plus bas (4,7%).

4.2. GESTION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE DES FONDS ALLOUES PAR LE FONDS MONDIAL POUR L'EXECUTION DE LA COMPOSANTE PALUDISME

4.2.1- Structure de gestion : Sous la coordination de la Représentante du PNUD, une cellule de gestion des projets du Fonds mondial est créée, laquelle assure la gestion des projets de lutte contre le Sida et le paludisme (Rounds 4 et 5). Cette cellule est dirigée par un administrateur de projet assisté d'un planificateur, d'un spécialiste en S&E, d'un financier, de 3 spécialistes en achat et approvisionnement, d'une assistante administrative et d'un chauffeur. Les missions essentielles de la cellule sont (i) assurer la gestion programmatique du projet, faciliter l'approvisionnement des sous bénéficiaires (SB) en ressources, (ii) assurer le suivi de l'exécution des activités, (iii) assister les SB dans l'élaboration des plans d'action et l'élaboration et l'analyse des rapports techniques et financiers et (iv) organiser les audits des SB.

Pour la mise en œuvre des activités, chaque SB a signé un accord de coopération avec le PR. Dans chaque accord de coopération les rôles et responsabilités des parties contractantes sont décrits ainsi que les conditions d'exécution. L'exploitation des documents disponibles au PNUD, indique que huit sous bénéficiaires sont identifiés et ceux-ci ont signé des accords de coopération avec le PNUD pour l'exécution des activités spécifiques du projet.

4.2.2- Suivi de l'exécution des activités du projet : Un système de suivi de la mise en œuvre du projet est mis en place par le PR. Un manuel de gestion est disponible et les sous bénéficiaires ont été formés (formation de démarrage) pendant deux (2) jours sur les procédures de gestion du projet (élaboration

des plans de travail, soumission des requêtes, élaboration des rapports financiers etc..). Le contenu du manuel de formation est décrit comme suit : (i) les nouvelles nomenclatures des projets du FMSTP ; (ii) la gestion des ressources mises à dispositions des SB, (iii) circuit de la préparation et du traitement des dossiers des SB ; (iv) le système d'approvisionnement ; (v) la gestion des stocks et (vi) l'inventaire des produits et équipements. De notre point de vue ce contenu est pertinent assez synthétique et en rapport avec le projet ; toutefois, nous estimons que la durée de la formation était courte. Pour compléter cette formation, d'autres formations groupées ont été organisées à l'intention des SB au cours de la mise en œuvre du projet.

Le PR a organisé plusieurs rencontres périodiques avec les sous bénéficiaires pour passer en revue l'exécution des différents du projet. Ces rencontres ont été parfois individuelles ou en groupe et, ce pour discuter des questions spécifiques de mise en œuvre des activités.

Des supervisions de terrain ont été effectuées par le PR pour s'assurer de l'exécution du projet. L'analyse d'un échantillon des rapports examinés (5/8 rapports exploités) indique que des supervisions intégrées (VIH et Paludisme) ont été effectuées par le PR en collaboration avec le PNLP. S'agissant de la composante paludisme, les indicateurs du projet ont fait l'objet (Nombre d'enfants de moins de cinq ans sous CTA, nombre de femmes enceintes sous TPI et nombre de MIIDE distribuées) de suivi. Les contraintes et difficultés rencontrées ont été identifiées. Une proposition de solution aux problèmes a été faite. La rétroinformation est faite aux Directeurs Régionaux de santé des zones supervisées par le PR avec copie au PNLP

« Même, si le PR assure la planification des activités, il a été cependant peu présent auprès des SB pour le suivi de leur exécution », ceci est une affirmation issue des discussions de groupe sur la gestion du projet. Les SB, attendaient du PR un accompagnement dans l'exécution, l'analyse techniques des documents. Cependant, d'après les discussions que nous avons eu avec le PR celui-ci a participé à la réalisation de certaines activités des SB sur leurs invitations.

Un monitoring des activités du projet a été effectué par l’OMS, après deux ans de mise en œuvre du projet. Un rapport détaillé y est disponible dont le contenu a permis de disposer des données de base pour certains indicateurs. Ce monitoring avait permis d’identifier des progrès atteints, et les défis et contraintes. Des recommandations ont été formulées à l’issue de ce monitoring dont la mise a été partielle. Nous avons observée, que des recommandations comme l’organisation d’une campagne d’imprégnation de masse des moustiquaires, l’élaboration et la distribution des guides de prise en charge du paludisme ont été réalisées.

Les SB soumettent des rapports narratifs et financiers séparés sur l’exécution des activités. Nous avons tiré au hasard un échantillon des rapports soumis par chaque SB (2 - 3 par SB). Un canevas de rapport y est disponible auprès du PR, cependant l’analyse d’un échantillon de rapports soumis par les SB indique que certains SB ne respectent pas le format. Ceci peut engendrer des difficultés d’analyse et d’exploitation des rapports pour en faire un rapport synthétique.

4.2.3- Analyse des rapports : Des entretiens que nous avons eus avec l’équipe de gestion du projet, il est ressorti que les rapports techniques des SB n’ont pas fait l’objet d’analyse suivi de retroinformation aux SB. Il n’a pas a été possible de déterminer avec le PR le nombre de rapports techniques soumis à temps par les différents SB. Le PR nous a mentionné qu’il a organisé des rencontres d’orientation des SB sur la rédaction des rapports ; mais ces activités n’étaient pas documentées. Il a observé une amélioration des rapports soumis ; même certains SB ne respectaient pas le canevas de soumission des rapports.

Nous avons tiré au hasard un certain nombre de rapports d’activités soumis au PR par les SB ; et nous que l’équipe a analysé le contenu de ces rapports. Cette analyse indique que :

- (i) Pour les activités de formation et de supervisons réalisées par les SB: les méthodes pédagogiques n’étaient pas décrites, les résultats obtenus ne sont pas satisfaisants (par exemple le rapport d’une formation indique que les notes obtenues en pré et post formations sont identiques) ;

- (ii) Les rapports de mission de collecte des données au niveau des Directions régionales de Santé, manquent de méthodes et les données collectées (sources, types des données, méthode de collecte, analyse et validation des données), ne sont pas utilisables pour mettre en place une base des données au niveau du Programme de lutte contre le paludisme.

- (iii) Au cours de l'analyse des rapports, nous avons observé que deux rapports d'un SB avaient le même contenu et images, la seule différence constatée entre les rapports figurait au niveau de la section budget.

Ces insuffisances, auraient pu être identifiées au cours de la mise en œuvre du projet afin de proposer des solutions aux SB.

En discutant avec le SB sur les capacités à mettre en œuvre les activités, élaborer et soumettre les rapports, certains SB estiment que leurs compétences n'ont pas été suffisamment renforcées dans ce domaine, même si le PR mentionne par ailleurs que les SB sont choisis en fonction de leurs compétences techniques, ce qui n'est pas suffisant il semble pour la conduite des projets du Fonds mondial dont la gestion est axée sur les résultats a mentionné un SB au cours des discussions de groupe.

Les formations périodiques organisées à l'intention des SB ont certes contribué à l'atteinte des objectifs du projet comme l'indique l'amélioration des taux de couverture de certains indicateurs clés.

Exécution des activités et du budget : L'exploitation du rapport final du projet indique un taux de réalisation des activités de l'ordre de 92,20 % pour un taux de décaissement global de 99,99 %. L'analyse du rapport et de la fiche de suivi des activités permet de classer les activités du projet (graphique 2) en : activités entièrement réalisées, partiellement réalisées et non réalisées.

Activités réalisées : Sur une liste de soixante dix sept (77) activités suivies par le PR, au terme du projet soixante onze (71) ont été réalisées soit 92,20 % ; ce qui de notre point de vue représente un très bon taux de réalisation.

Les activités non réalisées sont : L'exploitation de la liste des activités du projet indique que 3,90 % des activités planifiées ne sont pas réalisées. Il s'agit de :

- (i) la cartographie des ONG
- (ii) l'appui des équipes régionales à la mise en œuvre des plans de lutte contre le paludisme
- (iii) la mise à niveau des agents du programme national de lutte contre le paludisme et l'audit de la gestion des principaux sous bénéficiaires (en cours de réalisation au moment de l'évaluation).

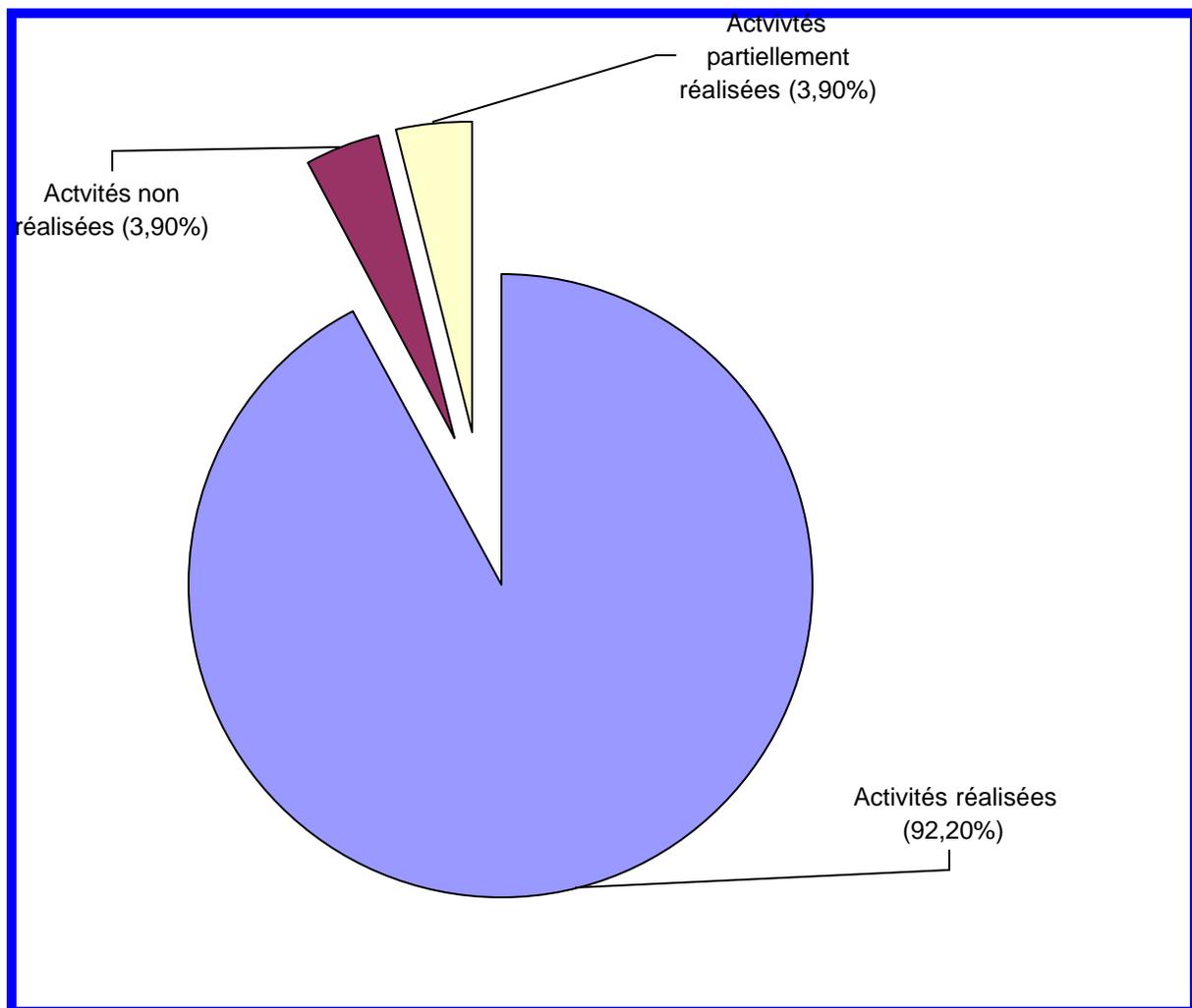
Les activités partiellement réalisées: L'analyse du plan de travail du projet indique que 3,90 % des activités planifiées ont été partiellement réalisées, il s'agit de/

- (i) l'approvisionnement des formations sanitaires en TDR
- (ii) le renforcement des capacités techniques du PNLP en terme de coordination technique de la lutte contre le paludisme et ;
- (iii) la Collecte des données de base auprès des formations sanitaires

La réalisation de ces activités aurait certes contribué d'avantage à l'amélioration de la qualité diagnostique de la maladie et les systèmes de coordination et la collecte des données.

Activité non planifiée : Il s'agit d'une mission conjointe effectuée auprès des structures sanitaires publiques et privées par le Ministère de la santé ; le PR, les SB et les partenaires afin de distribuer les algorithmes et directives nationales de prise en charge du paludisme de la maladie par les CTA et d'amener les prestataires à comprendre la pertinence de ces guides et la nécessité de leur utilisation. Cette mission, bien que non prévue initialement a facilité la distribution des guides de prise en charge, la sensibilisation des acteurs sur l'utilisation des CTA (*Coarsucam et Coartem*) et à identifier les contraintes de mise en œuvre du projet sur le terrain.

Graphique 2 : Taux de réalisation des activités du projet, Round 4, FMSTP, « Composante Paludisme » Gabon, 2008



4.2.4- Contrôle de la gestion des ressources financières : La gestion des ressources des projets du FMSTP a suivi les règles et procédures de gestion du PNUD. Les requêtes de financement des activités des différents SB sont soumises au PR, lequel procède à leur analyse à travers l'unité de gestion avant l'autorisation de financement/décaissement par le Coordonnateur du PNUD. Il est ressorti au cours des discussions avec le PR que certains SB n'avaient pas de compte bancaire conduisant le PR ainsi à l'émission des chèques à des personnes physiques, avec tous les risques que cela pouvait engendrer.

Après exécution des activités par les SB, ceux-ci soumettent les rapports financiers à l'unité de gestion du projet; et les rapports reçus sont transmis à la section finance du PNUD. Ces rapports sont accompagnés des pièces justificatives. Selon les discussions que nous avons eu avec le PR, il nous a été signalé que certains SB soumettaient tardent les rapports financiers et sont parfois rappelés sur la

date des soumissions des rapports. Après discussions avec l'équipe de gestion du projet et confirmation auprès de la section finance du PNUD, il est ressorti que les rapports financiers reçus sont étudiés à l'interne ; mais les SB n'ont pas reçu des commentaires des rapports qu'ils soumettent même s'ils sont parfois interpellés pour la soumission des rapports lesquels conditionnent l'obtention des prochains décaissements.

Des rencontres individuelles sont organisées avec les SB qui soumettaient des rapports incomplets afin de les orienter sur les améliorations à apporter. L'examen des différents rapports (2005, 2006 et 2007) indique des améliorations palpables ; même si des efforts restent à fournir dans leur analyse.

Tableau 4 : Etats des dépenses en Dollars américains par catégories comparé au budget prévisionnel, Composante 4, Paludisme, Gabon

Catégorie	Budget prévisionnel	Budget reçu du FM	Décaissement	Solde	Taux de réalisation en %
Ressources humaines	165 613	248 143,08	248 143	0,00	100,0
Equipement et infrastructure	340 734	308 962,90	308 963	0,00	100,0
Formation & Communication	1 196 952	1 340 932,17	1 340 932	0,00	100,0
Biens et produits	2 704 513	3 303 755,00	3 303 755	0,00	100,0
Médicaments	2 704 677	1 685 370,56	1 685 371	0,00	100,0
Suivi et Evaluation	973 371	808 613,23	808 613	0,00	100,0
Administration	527 282	570 291,51	569 294	998	99,8
Frais généraux PNUD	471 056	350 253,54	350 254	0,00	100,0
Autres	264 190				
Total	9 348 388	8 616 322	8 615 324	998	99,99

L'analyse des états de dépenses indique un taux global d'exécution du budget de l'ordre 99,99 % .Pour certaines rubriques comme les formation et communications, les biens et produits, le budget prévisionnel a été dépassé (tableau 4).

Ce dépassement serait du selon le PR (i) aux variations du qu'a connu les coûts des services entre l'année de planification du projet (2004) et les années de mise en œuvre effective du projet ; (ii) au dépassement des cibles pour l'exécution des activités comme les formations

Tableau 5 : Taux de décaissement des fonds alloués en Dollars Américains par les sous bénéficiaires et le bénéficiaire principal de la série 4, Paludisme, Gabon

Sous - bénéficiaires	Budget reçu du FM	Dépenses	Taux de réalisation en %	Solde
PNLP	1 736 705	1 736 705	100,00	0,00
OPN	5 072 375	5 072 375	100,00	0,00
COSP	404 694	404 694	100,00	0,00
USS	294 984	294 984	100,00	0,00
ASFG	42 465	42 465	100,00	0,00
MAS	137 277	137 277	100,00	0,00
AFEMDOS	66 365	66 365	100,00	0,00
PNUD	861 458	860 460	99,88	997,61
Total	8 616 322,71	8 615 325	99,99%	998

Dans le tableau des dépenses effectuées par SB et qui nous a été soumis par le PR, nous avons noté l'absence de l'OMS, bien qu'elle ait signé un accord de coopération avec le PR. Le taux de décaissement global des fonds alloués aux SB est de 99,99 %. Un solde de 997,61 dollars USD est disponible auprès du PR.

4.2.5- Audits de la gestion du projet : Deux types d'audits devraient être conduits pour contrôler la gestion des ressources du projet : l'un orienté en direction du PR et l'autre à l'intention des différents SB.

Audit Externe : Le PR a été audité sur la gestion des ressources par l'agent local mandaté par le Fonds mondial. La gestion et le classement des dossiers, la gestion de l'information financière et budgétaires, le suivi des dépenses et la justification ont été les principaux domaines examinés au cours de l'audit. L'analyse du rapport d'audit démontre des aspects positifs comme la ventilation du budget par objectifs et par année,

les révisions budgétaires annuelles ; la mise en place d'une liste de contrôle (*check list*) de documents composant le dossier d'achat ; le respect des procédures d'achat du PNUD prévues et éléments/dossiers constitutifs. L'audit a aussi identifié les risques encourus comme les pertes d'information et fraude en l'absence d'une description des la référence des pièces justificatives ; la non comparabilité des données, le manque de suivi des dossiers des SB entraînant parfois la non éligibilité de certaines dépenses. L'audit a formulé des recommandations pour amoindrir les risques et renforcer les acquis.

Audite interne : Le PR a commandité l'audit des SB, mais le consultant recruté aurait mal saisi les TDR de sa mission ce qui a conduit au PR de ne pas valider le rapport et planifier le recrutement d'un autre consultant pour conduire un autre audit. Un audit des SB était en cours de réalisation pendant la présente évaluation. Les résultats de cet audit sont disponibles, mais ne pouvaient pas être pris en compte, le rapport n'étant pas disponible.

Facteurs facilitant, contraintes et difficultés:

L'engagement du Ministère de la santé à mettre en œuvre la lutte antipaludique, la disponibilité des ressources financières du projet, la création d'une équipe encadrement, la manifestation d'implication des SB à la mise en œuvre du projet ; l'implication d'autres partenaires, les critiques constructives du LFA sur les performance du PR et des SB dans la mise en œuvre du projet et les échanges régulières avec le gestionnaires du portefeuille Gabon au FMSTP Genève ont été les facteurs facilitant du projet. Toutefois, des contraintes et des limites ont été identifiées au cours de la mise en œuvre du projet/ il s'agit de l'insuffisance de communication entre les SB, la non documentation de certains appuis apportés aux SB par le PR et la non systématisation de l'analyse des rapports de formation et de collecte des données.

En résumé, au terme de cette analyse, on peut conclure en ce moment que le bénéficiaire principal a mis en place un mécanisme de gestion administrative et financière des Fonds du projet. Les différents documents examinés et des entretiens avec les acteurs indiquent que le bénéficiaire principal a mis en place les procédures de gestion, mais les SB se sont plus ou moins soumis aux règles de gestion. Un très bon taux (92, 20 %) de réalisation des activités par rapport à celles planifiées a été ce malgré les difficultés signalées. Près de 8 % des activités planifiées ont soit partiellement ou non réalisées. Le taux de décaissement du budget reçu (8 616 322 \$ USD) est de 99,99 %. Des facteurs comme la volonté politique et l'implication des PR et des SB à la gestion du projet et les autres partenaires ont facilité la mise en œuvre du projet. Toutefois, des efforts devront être fournis pour améliorer le cadre de collaboration et de communication entre les SB d'une part et, d'autre part entre les SB et le PR et surtout le renforcement du cadre de suivi de la gestion du projet

4.3- PREVENTION DU PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

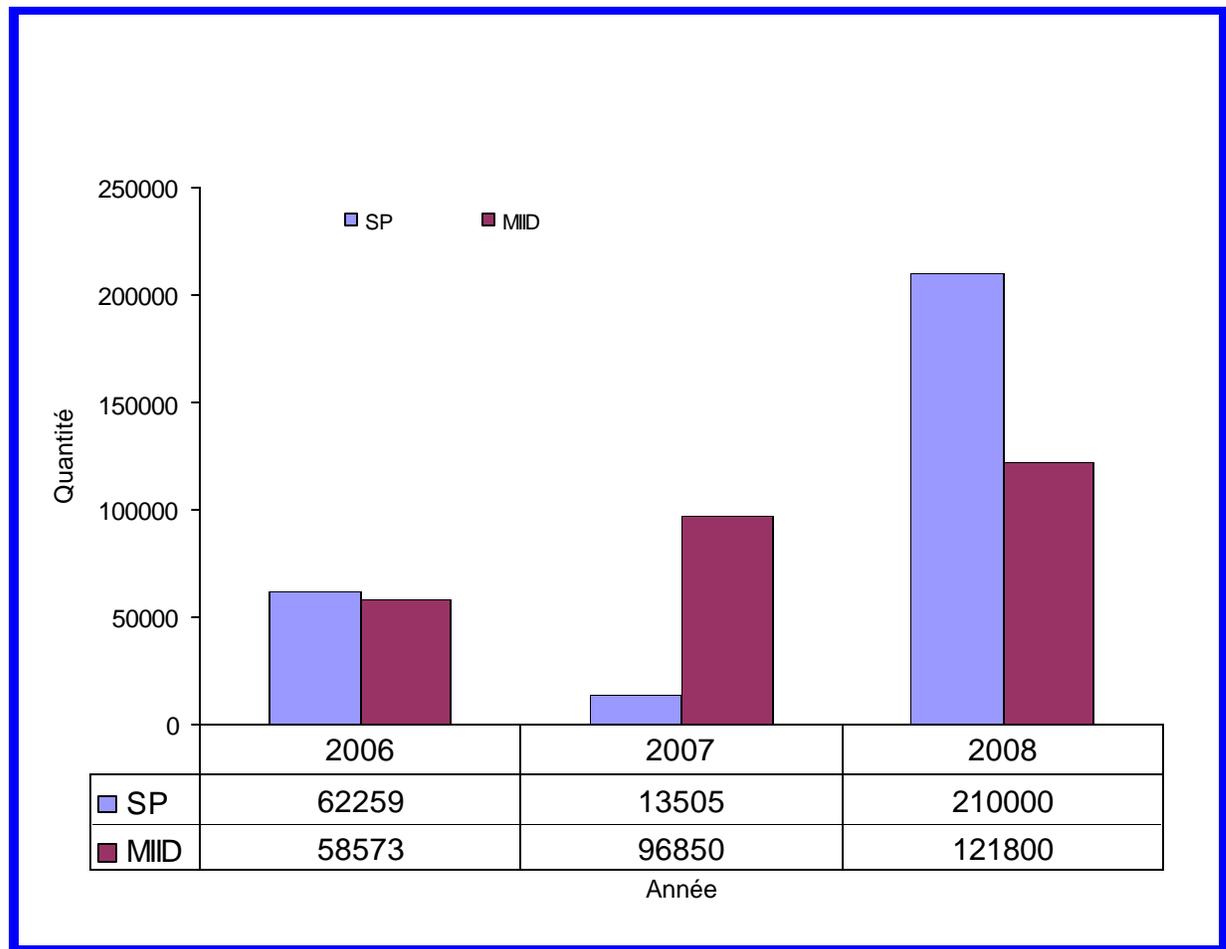
4.3.1- Activités réalisées et résultats : L'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII) et le traitement préventif intermittent (TPI) chez les femmes enceintes, soutenus par les sensibilisations communautaires sont les principales stratégies recommandées par le plan stratégique national de lutte contre le paludisme pour faciliter l'accès des groupes vulnérables aux interventions.

Les campagnes intégrées de distribution, la distribution des MILDE lors du PEV de routine, les consultations prénatales et la célébration de la journée africaine de lutte contre le paludisme (le 25 Avril) ont été les principales approches utilisées pour la distribution des MILDE.

Au plan programmatique, le projet a réalisé plusieurs activités de formation, de supervision, de sensibilisation et de distribution des médicaments et des MILDE. Selon les statistiques fournies par l'OPN, (i) 277 223 MILDE et (ii) 285 564 comprimés de SP ont été distribués aux régions sanitaires entre 2006 et 2008¹ comme l'indique le graphique 3. De ce graphique, on note une progression de la quantité des médicaments et MILDE achetées et distribuées aux régions par l'OPN, même si le circuit de distribution de ces intrants est différent de celui des intrants fournis par le gouvernement. L'annuaire paludisme 2007 du programme national de lutte contre le paludisme indique que 509 246 MILDE ont été distribués aux femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans.

¹ L'année 2008 est ressortie dans la description des données vu que nous avons observé que les médicaments et autres intrants achetés en 2007 ont été distribués entre novembre 2007 et avril 2008

Graphique 3: Quantité de SP et MILDE distribuées aux régions sanitaires entre 2006 et 2008, Evaluation Round 4, « Composante Paludisme », FMSTP, Gabon, 2008



Le suivi des indicateurs de processus indique que la plupart des cibles du projet sont atteintes voire dépassées comme l'on peut observer au tableau 6:

- (i) les cibles sont dépassées (soit plus de 100% de réalisation) pour : le nombre d'agents de santé formés en TPI, les unités de traitement des moustiquaires, le nombre de femmes enceintes ayant reçu le TPI et le nombre de sages femmes sensibilisées sur la prévention du paludisme ;
- (ii) les cibles sont presque atteintes pour la quantité de MILDE achetées et distribuées (92,28 %)
- (iii) Et elle est à moitié atteinte pour le nombre de kits de retraitement distribués aux unités d'imprégnation (51,44 %).

Tableau 6 : Résultats du suivi des indicateurs (processus et produits) en rapport avec la prévention du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans

Indicateurs de processus, Produits et Services) ciblés	Produits	Réalisation (%)	Commentaires
339 498 MIID achetées et distribuées groupes vulnérables	339 498 achetées 323 287 distribuées	92,28	La campagne de distribution faciliterait l'atteinte de la cible
306 706 kits de retraitement distribués aux unités d'imprégnation	244 161 kits achetées 157 753 kits de retraitement distribués	51,44	Cible non atteinte, mais raison fournies par le PR (Budget prévisionnel insuffisant (US Vs Euros)
32 unités d'imprégnation ont reçu des kits et matériels d'imprégnation	171	187,13	Cible dépassée, mais arguments non fournis par le PR
200 agents de santé formés sur le TPI dans les 10 régions sanitaires	222	111,00	Cible dépassée, mais arguments non fournis par le PR
68 618 femmes enceintes ayant reçu correctement TPI	81314	118,50	Cible dépassée et arguments fournis
390 relais communautaires formés à la technique d'imprégnation de moustiquaires	412	105,60	La forte implication des communautés ciblées expliquerait le dépassement de la cible
300 sages femmes formées en communication sur le paludisme chez la femme enceinte	468	156,00	Adhésion des sages femmes expliquerait le dépassement; mais ceci a des incidences sur la gestion et l'exécution du projet

Source : Rapport final, mise en œuvre du Round 4, PNUD

L'enquête réalisée auprès des ménages a permis de mesurer les connaissances des répondants sur les causes du paludisme et identifier les groupes les plus à risque d'attraper le paludisme au Gabon.

4.3.2- Connaissances des mères des enfants de moins de 5 ans sur le paludisme

L'enquête des 3617 mères d'enfants de moins de 5 ans interrogées montre que :

- 73,6% disent avoir écouté des messages sur le paludisme;
- 51,0 % disent avoir suivi des message sur le paludisme à travers le télévision, 34,3% avoir à travers la radio contre 18,3%, et 0,1% respectivement au niveau des cliniques/centre de santé/agents de santé et par l'intermédiaire de familles.;

- 85,2% font le lien entre les piqûres de moustiques et la transmission du paludisme, 8,9% croient qu le paludisme est attrapé en buvant de l'eau sale et, seulement 5,9% disent ne pas connaître comment s'attrape la maladie;
- 66,9% considèrent les enfants de moins de 5 ans et 38,5% considèrent les femmes enceintes comme les personnes les plus à risque de paludisme. Toutefois, 5,7% disent ne pas connaître les personnes à risque de paludisme.
- Parmi les moyens de prévention du paludisme les plus efficaces cités par les mères des enfants de moins de 5 ans, il y a "dormir sous MII" (5,3%), "dormir sous moustiquaires" (42,4%), "éviter les piqûres de moustiques" (16,0%) et "prendre des médicaments" (15,3%). Toutefois, 1,15% disent qu'il n'existe aucun moyen de prévention du paludisme contre 5,6% qui affirment ne pas connaître un moyen de prévention.

Les connaissances des mères sur les moyens de prévention du paludisme et l'identification des groupes à risques sont décrites aux tableaux 7 et 8.

Tableau 7 : Connaissances des mères d'enfants de moins 5 ans interrogées sur les moyens les plus efficaces de prévenir le paludisme											
Répartition (en pourcentage) des moyens (cités par les mères d'enfants de moins de 5 ans interrogées) les plus efficaces pour prévenir le paludisme par milieu de résidence et région sanitaire Gabon, 2008											
Caractéristique démographique	Moyens de prévention du paludisme les plus efficaces										Nombre total de mères interrogées
	Aucun moyen d'éviter le paludisme	Dormir sous moustiquaire	Dormir sous moustiquaire imprégnée	Eviter les piqûres de moustiquaires	Prendre le médicament	Eviter le froid/chaud	Eviter de boire l'eau sale	Faire de la fumée dans la maison	Autre	Ne sait pas	
Milieu de résidence											
Rural	0,6	45,5	37,1	17,0	18,7	5,2	6,9	1,8	4,2	11,1	965
Urbain	1,2	41,3	57,8	15,6	14,1	2,2	5,8	1,8	10,1	3,5	2652
Région sanitaire											
Libreville	0,5	35,4	59,5	10,7	12,2	1,6	5,2	0,7	12,3	1,3	823
Estuaire	0,6	32,2	53,7	19,7	21,2	10,4	10,1	1,2	10,7	7,8	335
Haut-Ogooué	3,0	34,3	71,6	18,3	6,0	0,7	6,7	0,4	4,9	3,7	268
Moyen-Ogooué	0,6	46,3	38,5	16,1	22,1	0,0	0,6	0,6	18,7	2,3	348
Ngounie	0,6	54,8	42,8	6,4	10,1	0,9	1,5	0,2	4,7	8,6	467
Nyanga	1,2	61,5	68,6	7,1	7,1	1,2	8,3	15,4	7,1	4,7	169
Ogooué-Ivindo	1,8	48,0	32,8	9,2	12,5	1,1	6,6	1,8	8,1	9,6	271
Ogooué-Lolo	0,0	48,3	66,8	19,6	21,3	7,0	9,8	3,5	2,4	9,4	286
Ogooué-Maritime	2,4	53,4	53,4	41,5	16,7	3,7	12,6	2,4	1,4	3,1	294
Woleu-Ntem	1,4	27,5	39,9	21,3	24,2	5,3	5,1	0,6	7,6	10,1	356
Total	1,1	42,4	52,3	16,0	15,3	3,0	6,1	1,8	8,5	5,6	3617

Tableau 8 : Connaissances des enquêtés sur les causes de la maladie et les groupes les exposés au paludisme

Région Sanitaire	Entendu parler ? (%) Oui	Comment on attrape le palu (%)					Qui sont les plus menaces (%)					
		Soleil	Aliments	Eau sale	Piqûres moustiques	Ne sait pas	Moins de 5 ans	5 - 15 ans	Adultes	Femmes Enceintes	Tout	Ne sait pas
Libreville Estuaire	97,9	1,9	4,9	9,7	92,1	1,2	70,0	4,1	7,3	35,7	30,6	1,3
Rurale	92,9	7,1	2,6	16,2	89,6	4,5	67,5	7,1	16,2	30,5	42,9	9,1
Urbaine	90,1	3,3	5,5	9,4	91,2	4,4	71,8	7,7	13,8	33,7	26,5	7,2
Haut Ogooué												
Rurale	100	6,3	0	3,1	81,3	9,4	56,3	3,1	6,3	50,0	34,4	6,3
Urbaine	96,6	6,8	3,4	13,1	89,4	0,8	68,6	11,9	9,3	52,5	17,4	3,4
Moyen-Ogooué												
Rurale	83,7	0,7	0,0	3,0	74,1	3,7	49,6	11,1	3,7	24,4	46,7	3,7
Urbaine	97,7	0,0	0,0	1,4	90,1	3,3	59,6	5,6	5,2	33,8	48,8	1,9
Ngounie												
Rurale	89,6	0,9	1,4	7,5	74,5	12,7	72,2	2,8	4,2	44,3	17,5	13,7
Urbaine	95,7	0,0	0,4	5,1	83,9	7,1	68,6	3,9	2,7	42,7	20,4	4,3
Nyanga												
Rurale *	100	0,0	21,4	57,1	100	0,0	92,9	0,0	14,3	85,7	50,0	0,0
Urbaine	96,1	2,6	8,4	14,8	92,3	5,8	80,6	4,5	9,0	56,8	19,4	5,2
Ogooué-Ivindo												
Rurale	96,4	3,6	1,2	4,8	58,3	28,6	57,1	9,5	6,0	11,9	15,5	19,0
Urbaine	94,7	1,6	0,0	7,0	82,9	7,0	75,9	24,1	7,0	43,9	13,9	5,3
Ogooué-Lolo												
Rurale	90,7	15,7	0,0	12,1	73,6	1,7	50,0	5,7	12,1	28,6	40,7	17,1
Urbaine	96,6	9,6	2,7	13,7	80,1	5,5	57,8	7,1	8,3	22,6	39,3	2,4
Ogooué-Maritime												
Rurale	92,6	11,1	1,2	14,8	86,4	6,2	59,3	0,0	1,7	20,3	84,7	3,4
Urbaine	98,6	1,9	2,3	13,6	96,7	2,3	79,3	14,6	17,8	61,0	38,5	3,3
Woleu-Ntem												
Rurale	97,3	5,3	0,0	8,0	66,4	23,0	57,5	0,9	0,0	19,5	43,4	15,0
Urbaine	87,7	2,1	0,4	3,7	77,8	7,0	61,3	1,6	1,2	45,3	31,7	8,2
Total	94,7	3,4	1,4	9,2	85,2	6,0	66,9	6,8	7,5	38,5	31,3	5,7
Rurale	91,7	5,8	1,2	9,9	76,0	12,3	60,8	5,3	7,0	30,3	37,4	11,6
Urbaine	95,7	2,6	1,4	9,0	88,6	3,7	69,1	7,4	7,7	41,4	29,1	3,6

*petit échantillon

4.3.3- Possession des moustiquaires dans les ménages enquêtés

Selon le lieu de résidence, la possession des moustiquaires au niveau des 4298 ménages enquêtés se présente comme suit (Tableau 9) :

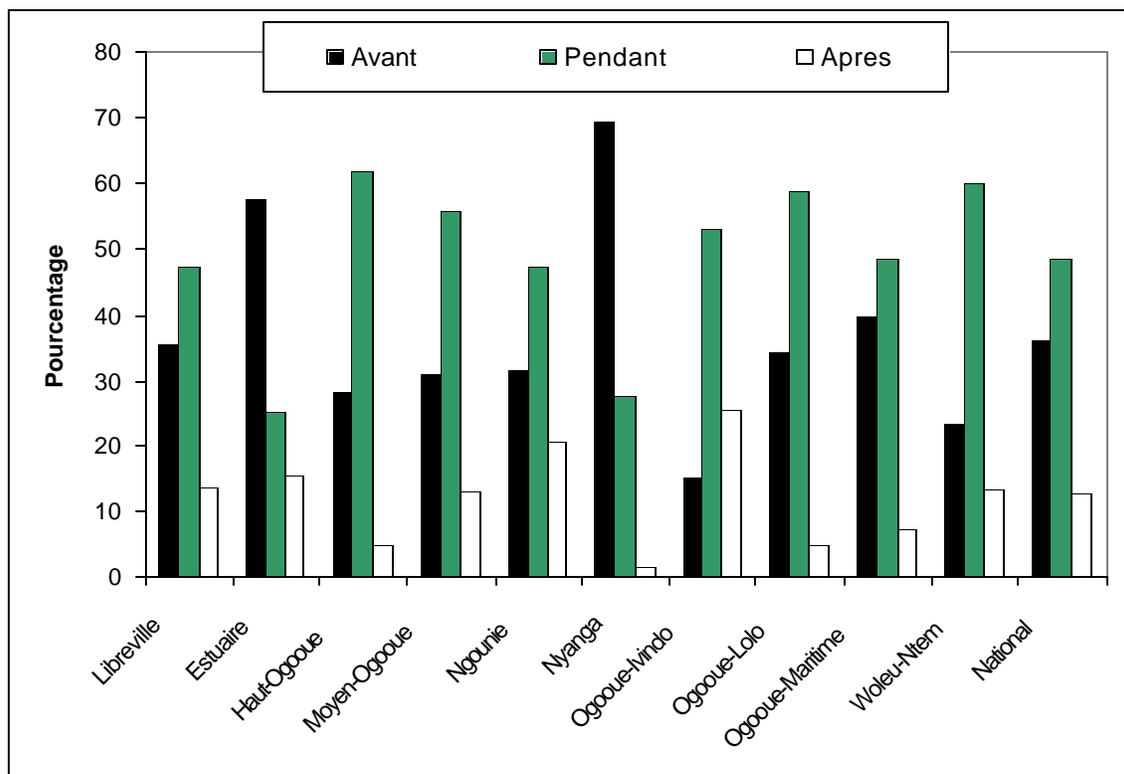
- 70,1 % (IC95 % 69- 71 %) des ménages disposent au moins une MILDE
- En milieu urbain, le pourcentage des ménages avec au moins une moustiquaire (tous types) au moment de l'enquête était de 76,9% et parmi ces moustiquaires, 72,2% étaient imprégnées.

- En milieu rural, le pourcentage des ménages avec au moins une moustiquaire (tous types) au moment de l'enquête était de 76,2% et parmi ces moustiquaires, 68,1% étaient imprégnées ;
- Pour les moustiquaires toutes formes, la région qui a le pourcentage de possession le plus élevé est Ngounie avec 85,3% alors que celle qui a le pourcentage le plus bas est Haut-Ogooué avec 41,3% ;

L'enquête a permis de recenser 6672 moustiquaires tous types. 47,4% (IC95 % 45- 50) des moustiquaires étaient reçus pendant la campagne intégrée organisée par le Ministère de la Santé avec UN Foundation et les autres partenaires.

Le graphique 4 et le tableau 9 décrivent la possession des moustiquaires par région et leur période d'obtention par rapport à la campagne intégrée de vaccination contre la rougeole, de distribution des MILDE et la vitamine A et du *Mebendazole* aux enfants de moins de cinq ans organisée en décembre 2007.

Graphique 4 : Description de la période de réception des moustiquaires par rapport à la campagne d'intégration de décembre 2007, Evaluation Round 4, FMSTP, Gabon, 2008



L'enquête ménage indique que :

- 70,1 % (IC95 % 69-71) des ménages disposaient des MILDE
- 47,4 % (IC95 % 45- 50) des MILDE disponibles dans les ménages ont été obtenues au cours de la campagne de décembre 2007
- 23,3 % (IC95 % 22-25) des ménages ne disposent pas de moustiquaires

Tableau 9 : Disponibilité des moustiquaires et leur utilisation dans les ménages enquêtés, Evaluation Round 4, « Composante Paludisme, FMSTP, Gabon, 2008

Région sanitaire	Moustiquaires		Ménages avec moustiquaires		
	% de ménage avec zéro moustiquaire.	Nb. moyen par ménage	% reçu pendant la campagne 2007	% MILDE	% suspendue la nuit dernière
Libreville	22,4	1,6	47,7	85,6	83,8
Estuaire					
Rurale	35,4	1,3	25,2	58,0	88,5
Urbaine	32,9	1,5	24,7	76,4	89,2
Haut Ogooué					
Rurale	35,2	1,3	54,3	33,0	96,7
Urbaine	34,1	1,6	52,3	60,4	93,1
Moyen-Ogooué					
Rurale	16,4	2,1	50,0	74,8	86,9
Urbaine	13,7	2,2	59,8	80,5	91,4
Ngounie					
Rurale	10,9	2,2	51,2	51,3	93,1
Urbaine	10,0	2,7	44,1	45,2	89,7
Nyanga					
Rurale	50,0	1,2	20,6	38,2	100
Urbaine	20,8	2,0	28,7	45,4	97,3
Ogooué-Ivindo					
Rurale	11,7	2,1	61,3	91,4	91,4
Urbaine	15,7	2,3	45,5	73,0	92,4
Ogooué-Lolo					
Rurale	20,7	2,0	61,8	81,6	91,6
Urbaine	17,6	2,0	51,4	72,0	95,5
Ogooué-Maritime					
Rurale	5,0	2,8	41,0	75,0	89,8
Urbaine	31,9	1,6	53,5	83,8	84,2
Woleu-Ntem					
Rurale	38,8	1,5	68,0	59,0	87,4
Urbaine	20,0	2,0	52,0	80,6	88,8
Total	23,3	1,8	47,4	70,1	89,7
Rurale	23,8	1,9	49,4	65,4	90,6
Urbaine	23,1	1,8	46,7	71,9	89,3

4.3.4- Utilisation des moustiquaires par les groupes cibles

Au cours de l'enquête, la question avait été posée aux personnes recensées dans les ménages si elles ont dormi sous moustiquaire la nuit précédant l'enquête, tout en se focalisant sur les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.

L'une des preuves tangibles qu'une moustiquaire est utilisée par une personne pendant la nuit, était de vérifier que la moustiquaire est encore suspendue au dessus du lit ou de la couchette du sujet enquêté. Ainsi, l'enquête a montré que quelque soit le milieu de résidence (urbain ou rural) ou la région, les différents types de moustiquaires ont été globalement retrouvés suspendus dans 89, 7% des cas, avec des écarts de 83,8% à Libreville et 97,5% à Nyanga.

Le tableau 10 décrit la situation des moustiquaires trouvées suspendues au dessus des lits ou couchettes au moment de l'enquête dans les ménages. Dans l'ensemble, 89,7% (IC95 % 89- 90) des moustiquaires étaient suspendues le jour de l'enquête. En milieu rural 92, 3 % des MILDE étaient suspendues le jour de l'enquête contre 88, 5 % en milieu urbain. On note que la proportion des moustiquaires non imprégnées suspendues est supérieure à celles imprégnées (91,5 % vs 89,4%).

Tableau 10 : Etat de suspension des moustiquaires recensées dans les ménages

Distribution (nombre et pourcentage) des moustiquaires recensées dans les ménages et leur suspension au dessus des lits/couchettes au moment de l'enquête par milieu de résidence, et région, Evaluation Round 4, « Composante Paludisme, FMSTP, Gabon, 2008

Caractéristique socio-démographique	Moustiquaires imprégnées		Moustiquaires non imprégnées	
	% de suspension	Nombre	% de suspension	Nombre
Milieu de résidence				
Rural	92,3	1054	87,2	992
Urbain	88,5	3192	93,3	1423
Région sanitaire				
Libreville	83,0	1009	91,7	157
Estuaire	90,4	302	91,7	109
Haut-Ogooué	93,0	284	95,2	83
Moyen-Ogooué	90,4	502	85,2	128
Ngounie	92,1	381	91,2	420
Nyanga	96,7	213	97,8	231
Ogooué-Ivindo	91,2	354	94,6	74
Ogooué-Lolo	92,6	340	95,1	82
Ogooué-Maritime	89,1	476	70,3	101
Woleu-Ntem	91,2	385	93,3	45
Total	89,4	4246	91,5	1423

4.3.5- Utilisation des moustiquaires chez les enfants de moins de 5 ans

Sur les 5365 enfants de moins de 5 ans enquêtés, 69,4% (IC95 % 68-71) ont dormi sous moustiquaires tous types la veille de l'enquête, avec des écarts de 49,1% et 79,2% respectivement à Woleu-Ntem et Ngounie; alors que 55,1% d'entre eux ont dormi sous moustiquaire imprégnée la veille de l'enquête, avec des écarts de 43,0% et 69,7% respectivement à Haut-Ogooué et Ogooué-Maritime comme l'indique le tableau 11. Selon le lieu de résidence,

- 69,3% des enfants de moins de 5 ans enquêtés en milieu urbain ont dormi sous moustiquaires tous types contre 69,6% parmi ceux enquêtés en milieu rural;
- 56,2% des enfants de moins de 5 ans enquêtés en milieu urbain ont dormi sous moustiquaires imprégnées contre 52,2% parmi ceux enquêtés en milieu rural.

Il faut noter que parmi les enfants qui ont dormi sous moustiquaires toutes formes, 44,3% avaient utilisé des MILDE, avec des écarts de 17,2% et 66,6% respectivement à Ogooué-Ivindo et Moyen-Ogooué.

Caractéristique socio-démographique	Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois ayant dormi la nuit dernière sous:			Nombre total d'enfants âgés de 0-59 mois interrogés
	Une moustiquaire (traitée ou non)	Une moustiquaire imprégnée	Une moustiquaire imprégnée longue durée	
Milieu de résidence				
Rural	69,6	52,2	48,4	1510
Urbain	69,3	56,2	42,7	3855
Région sanitaire				
Libreville	66,1	55,4	40,6	1144
Estuaire	71,2	57,6	45,8	441
Haut-Ogooué	66,8	43,0	30,5	400
Moyen-Ogooué	78,4	64,3	66,6	524
Ngounie	79,2	48,6	50,9	698
Nyanga	67,0	45,2	39,6	230
Ogooué-Ivindo	77,6	63,3	17,2	401
Ogooué-Lolo	67,8	58,5	51,2	484
Ogooué-Maritime	76,8	69,7	50,7	426
Woleu-Ntem	49,1	45,4	42,1	617
Age (en mois)				
< 12	74,1	57,5	45,9	1220
12 – 23	69,9	57,6	42,0	1086
24 – 35	69,3	55,4	45,4	1110
36 – 47	65,9	51,3	42,2	927
48 - 59	64,2	50,2	43,1	1022
Total	69,4	55,1	44,3	5365

4.3.6- Utilisation des moustiquaires chez les femmes enceintes

Sur les 860 femmes enceintes enquêtées (cf. tableau 12), 52,6% (IC95 % 49-56) ont dormi sous moustiquaires tous types la veille de l'enquête, avec des écarts 41,8% et 65,5% respectivement à Ogooué-Lolo/Woleu-Ntem et Ogooué-Ivindo ; alors 36,2% (IC95% 33 – 39) d'entre elles ont dormi sous moustiquaires imprégnées la veille de l'enquête, avec des écarts 22,2% et 48,3% respectivement à Nyanga et Ogooué-Ivindo.

Selon le lieu de résidence, 52,4% des femmes enceintes enquêtées en milieu urbain ont dormi sous moustiquaires tous types contre 53,2% parmi celles enquêtées en milieu rural; et 36,7% des femmes enceintes enquêtées en milieu urbain ont dormi sous moustiquaires imprégnées contre 33.9% parmi celles enquêtées en milieu rural.

Tableau 12 : Utilisation des moustiquaires chez les femmes enceintes			
Femmes enceintes ayant dormi sous moustiquaire (traitée ou non) ou sous moustiquaires imprégnée d'insecticide rémanent la nuit précédant l'enquête par milieu de résidence, région, mois de grossesse et éducation, Evaluation Round 4, « Composante Paludisme, FMSTP, Gabon, 2008			
Caractéristique socio-démographique	Pourcentage de femmes enceintes ayant dormi la nuit dernière sous:		Nombre total femmes enceintes interrogées
	Une moustiquaire (traitée ou non)	Une moustiquaire imprégnée	
Milieu de résidence			
Rural	53,2	33,9	171
Urbain	52,4	36,7	689
Région Sanitaire			
Libreville	52,4	39,7	229
Estuaire	49,0	35,7	98
Haut-Ogooué	48,7	31,6	76
Moyen-Ogooué	61,8	36,4	55
Ngounie	60,5	32,1	81
Nyanga	63,0	22,2	54
Ogooué-Ivindo	65,5	48,3	58
Ogooué-Lolo	41,8	32,8	67
Ogooué-Maritime	52,1	47,9	48
Woleu-Ntem	41,9	35,5	93
Education			
Pas d'école	46,8	31,9	47
Primaire	43,7	34,0	244
Secondaire	52,2	36,9	523
Supérieure	42,9	36,7	49
Mois de grossesse			
5 mois ou moins	44,4	30,6	428
6 mois ou plus	59,5	41,2	432
Total	52,6	36,2	860

4.3.7- Utilisation de la CPN et couverture en TPI chez les femmes enceintes

Les femmes enceintes : Pour évaluer l'utilisation du TPI dans la communauté, l'enquête a porté sur 860 femmes enceintes (moment de l'enquête) comme indique le tableau 13.

Tableau 13 : Prophylaxie contre le paludisme et traitement préventif intermittent (TPI) pendant la grossesse						
Parmi les femmes enceintes, pourcentage de celles qui ont pris un antipaludique, la SP/Fansidar pour prévenir le paludisme, Traitement préventif intermittent (TPI) avec la SP/Fansidar, par milieu de résidence, région sanitaire, mois de grossesse et éducation, Gabon, 2008						
Caractéristique socio-démographique	Pourcentage ayant pris un antipaludique	SP/Fansidar			Pourcentage ayant pris 3+ doses de SP/Fansidar	Nombre total de femmes enceintes
		Pourcentage ayant pris la SP/Fansidar	Pourcentage ayant pris une dose de SP/Fansidar	Pourcentage ayant pris deux doses de SP/Fansidar		
Milieu de résidence						
Rural	39,2	26,3	35,7	15,5	6 :0	171
Urbain	48,8	29,6	28,4	22,4	13,9	689
Région Sanitaire						
Libreville	52,0	30,6	28,9	20,3	14,8	229
Estuaire	39,8	25,5	21,3	14,8	4,9	98
Haut-Ogooué	38,2	25,0	16,7	16,7	20,8	76
Moyen-Ogooué	36,4	12,7	7,4	14,8	7,4	55
Ngounie	48,1	43,2	61,3	29,0	3,2	81
Nyanga	53,7	22,2	36,4	36,4	27,3	54
Ogooué-Ivindo	53,4	22,4	36,0	4,0	12,0	58
Ogooué-Lolo	41,8	29,9	25,0	37,5	12,5	67
Ogooué-Maritime	54,2	39,6	56,3	12,5	18,8	48
Woleu-Ntem	46,2	31,2	32,5	32,5	12n5	93
Education						
Pas d'école	31,9	12,8	35,7	7,1	21,4	47
Primaire	39,8	26,2	39,0	15,0	9,0	244
Secondaire	48,9	30,0	27,0	23,2	13,1	523
Supérieure	65,3	42,9	20,0	33,3	10,0	49
Mois de grossesse						
5 mois ou moins	27,1	16,8	32,3	8,2	3,2	428
6 mois ou plus	65,5	40,7	28,5	29,4	18,4	432
Total	46,9	29,0	30,0	20,9	12,1	860

Comme indique le tableau 13, au total, 46,9% (IC95 % 44- 50) des femmes enceintes enquêtées ont pris un antipaludique pour prévenir le paludisme, avec des écarts 36,4% et 54,2% respectivement à Moyen-Ogooué et à Ogooué-Maritime.

En fonction du lieu de résidence des femmes enceintes urbain ou rural, il ressort que :

- 48,8% parmi celles résidentes en milieu urbain affirment avoir pris un antipaludique pour prévenir le paludisme contre 39,22% parmi celles qui résident en milieu rural ;
- 29,6% parmi celles résidentes en milieu urbain affirment avoir pris la SP/Fansidar pour prévenir le paludisme contre 26,3% parmi celles qui résident en milieu rural.

Le suivi de la CPN par les 860 femmes enceintes se présente comme suit :

- 19,3% ont bénéficié d'une seule CPN, avec des écarts de 11,9% à Ogooué-Lolo et 25% à Ogooué-Maritime ;
- 34,1% ont bénéficié de deux à trois CPN, avec des écarts de 27,1% à Ogooué-Maritime et 38,8% à l'Estuaire ;
- 10,7% ont bénéficié de quatre ou plus CPN, avec des écarts de 3,6% à Moyen-Ogooué et 18,4% à Haut-Ogooué;

89,1% des mères d'enfants de moins de 5 ans ont bénéficié d'au moins une seule CPN au cours de la grossesse de leur dernier enfant, avec des écarts de 81,8% à Woleu-Ntem et 92,4% à Moyen-Ogooué.

L'utilisation du TPI varie selon le lieu de résidence des femmes enceintes urbain (48,8%) ou rural (39,2%). Parmi les 860 femmes enceintes enquêtées, il ressort que :

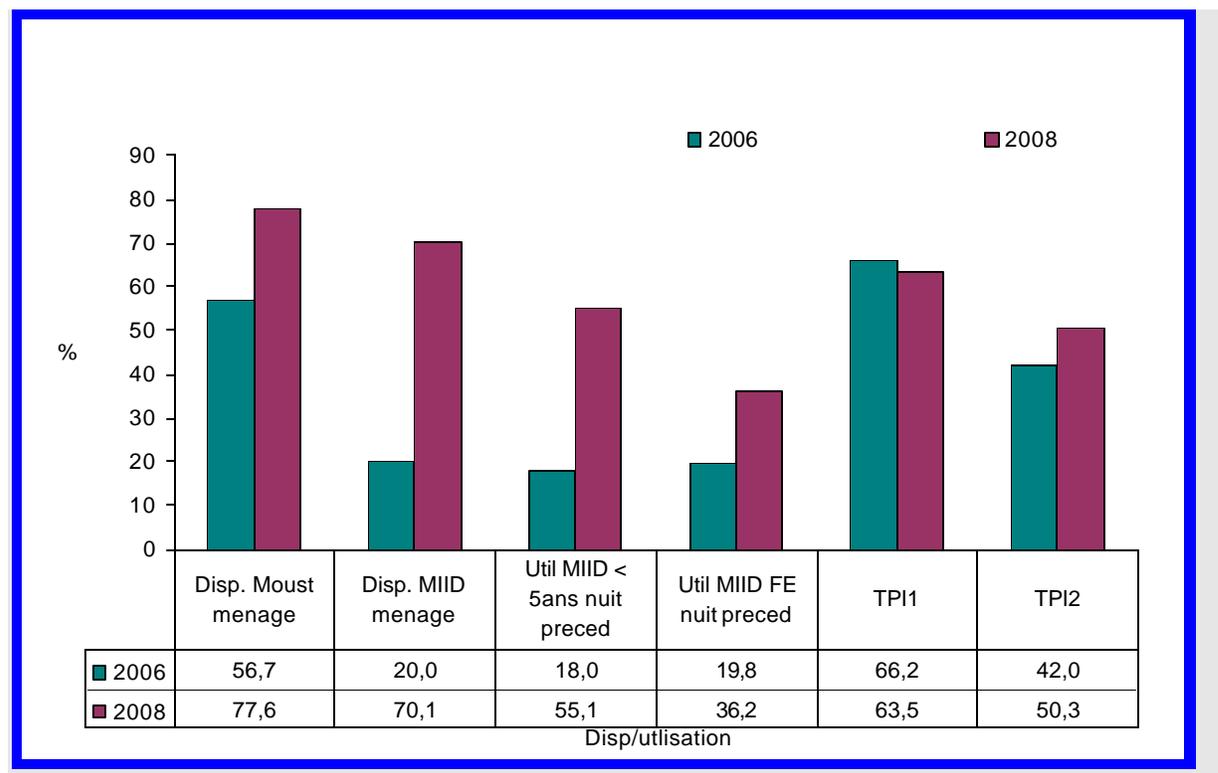
- 29,0% d'entre elles affirment avoir pris la SP/Fansidar pour prévenir le paludisme (au moins une dose de TPI), avec des écarts 12,7% et 43,2% respectivement à Moyen-Ogooué et à Ngounie;
- 20,9% d'entre elles affirment avoir pris la 2^{ème} de SP/Fansidar pour prévenir le paludisme (TPI2), avec des écarts 4,0% et 37,5% respectivement à Ogooué-Ivindo et à Ogooué-Lolo.

70,7% femmes enceintes affirment avoir reçu la SP/Fansidar pour le TPI au niveau du centre de santé/hôpital contre 27,80 % à la pharmacie.

Les femmes ayant accouché : L'enquête ménage a permis d'identifier 3512 femmes ayant accouché durant les deux dernières années précédant l'enquête (soit 2006 et 2007), ce groupe est supposé être le bénéficiaire direct des interventions du Round 4 du FMSTP. Sur les 3512 femmes ayant accouché, 63,50 % (IC95% 62 -65) femmes ont bénéficié d'une dose de TPI contre 50,20 % (IC95 % 48-52) pour deux doses de TPI

Au graphique 5 est décrite l'évolution entre 2006 et 2008 de quelques indicateurs essentiels de la prévention du paludisme par l'utilisation des MILDE.

Graphique 5 : Evolution des indicateurs de prévention du paludisme, évaluation Round 4, Paludisme, FMSTP, Gabon, 2006 et 2008



En résumé, à l'issue des entretiens, de la revue de la littérature et de l'enquête ménage il ressort que le Round 4 du Fonds Mondial « Composante Paludisme » Gabon et certainement d'autres contributions comme le Round 5 (lequel était en cours de mise en œuvre au moment de l'évaluation) ont :

- b) Facilité la mobilisation et la distribution des MILDE aux groupes cibles (enfants de moins de cinq et les femmes enceintes)*
- c) Contribué à l'introduction du traitement préventif intermittent parmi les stratégies nationales de lutte contre le paludisme pendant la grossesse*
- d) Renforcé les capacités des sages femmes pour la mise en œuvre des stratégies de lutte contre le paludisme pendant la grossesses et la distribution de la SP aux formation sanitaires;*
- e) Amélioré les indicateurs reliés à la prévention du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes :*
 - i- Le taux de disponibilité des MILDE dans les ménages est passé de 20 % en 2006 à 70 % en 2008*
 - ii- L'utilisation des MILDE chez les moins de cinq ans est passée de 18 % en 2006 à 55 % en 2008*
 - iii- L'utilisation des MILDE chez les femmes enceintes est passée de 19,8 % en 2006 à 36 % en 2008*

La campagne intégrée organisée par le Ministère de la Santé en décembre 2007 avec l'appui de UN Foundation et des autres partenaires a contribué significativement à l'augmentation de ces couvertures.

- iv- Le TPI 1 est passé de 66, 2 % en 2006 à 63,5 % en 2008 alors que le TPI2 est parti de 42 % en 2006 pour atteindre 50, 3 % en 2008. Ici, on remarque que le TPI1 en 2008 est plus que celui de 2006, mais le TPI2 qui est la couverture effective a connu une progression significative.*
- v- 85,2 % des mères enquêtées connaissent que le paludisme est dû aux piqûres de moustiques*
- vi- L'utilisation des MILDE est citée par 52, 3 % des enquêtés comme moyen le plus efficace de prévention du paludisme.*

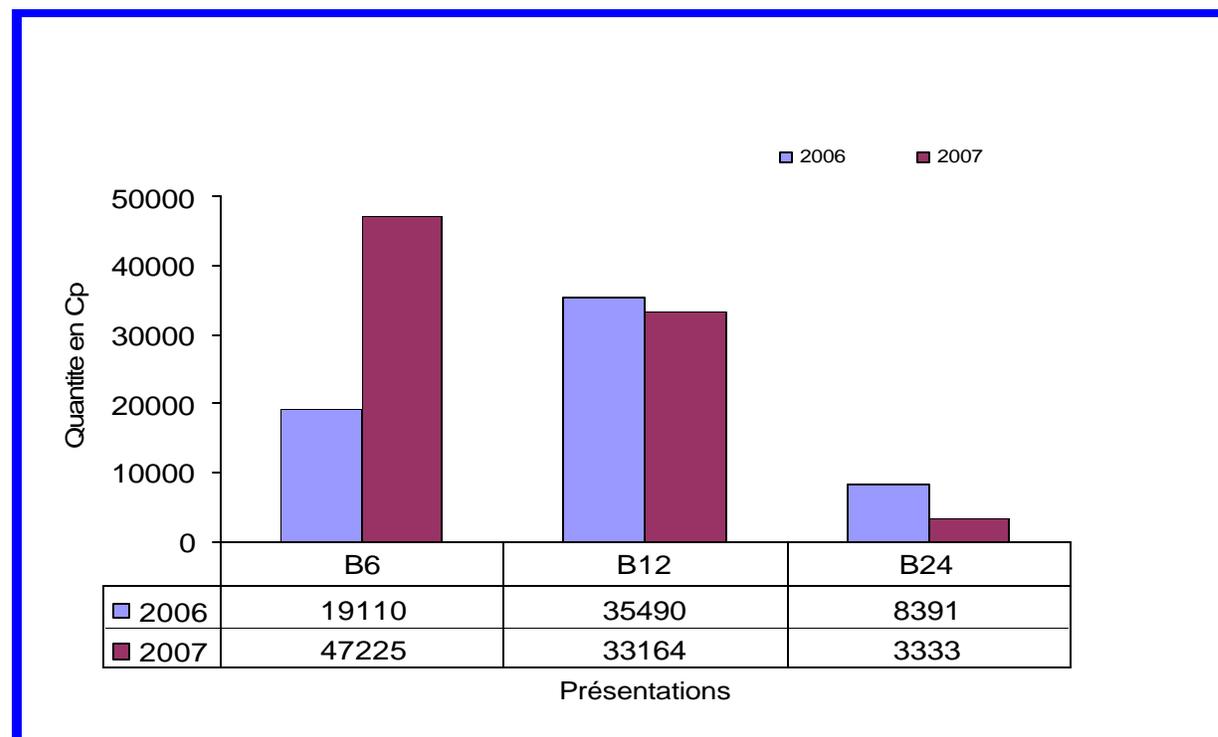
Ces résultats ont été atteints grâce à l'engagement des autorités à tous le niveaux, l'implication les professionnels de santé et la participation des communautés dans la campagne de distribution des MILDE et leur distribution aux groupes cibles pendant les CPN et le PEV de routine. Pour maintenir les acquis et relever les défis il s'avère nécessaire de définir et de rendre fonctionnel un circuit de distribution des MILDE et le plan opérationnel de mobilisation sociale intégrant la promotion de l'utilisation des MILDE.

4.4- TRAITEMENT RAPIDE ET CORRECT DES CAS DE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS ET LES FEMMES ENCEINTES

4.4-1- Activités réalisées : Face à la résistance du *Plasmodium falciparum* à la chloroquine, le Gabon a adopté en 2003, une nouvelle politique thérapeutique du paludisme axée sur les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine (CTA). Cette politique recommande : l'utilisation de *Artésunate + Amodiaquine* en traitement de première ligne et l'association *Arthemeter + Luméfantrine (Coartem)* en deuxième intention. La Quinine injectable et la Sulfadoxine – Pyriméthamine (SP) sont respectivement pour le traitement des cas graves et le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse.

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet, IOPN, le PNLP et l'USS sont les principaux sous bénéficiaires du projet et qui avaient en charge les activités relatives à la prise en charge des cas : notamment la formation et la supervision des prestataires (PNLP), l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments (OPN) et la réalisation des tests de sensibilité des antipaludiques et le contrôle de la qualité des TDR (USS)..

Graphique 6 : Quantité de comprimés d'Arthemeter + Luméfantrine distribués aux régions sanitaires pour les années 2006,2007 et 2008, Gabon



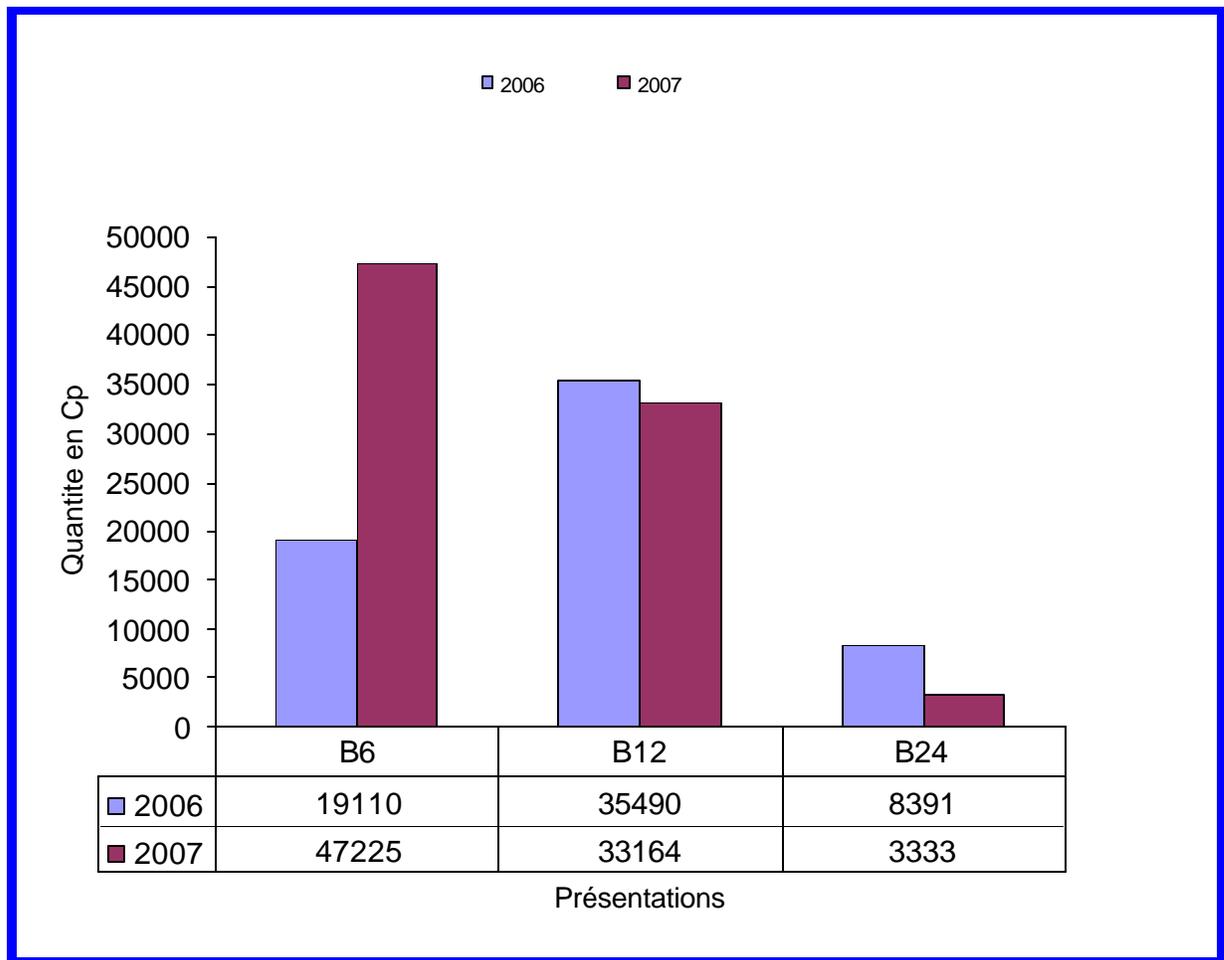
Les graphiques 6 et 7 décrivent les quantités des antipaludiques achetés dans le cadre du projet distribuées par l'OPN aux régions sanitaires entre 2006 et 2007.

Le monitoring des activités du projet réalisé par l'OMS en 2006 révélait :

- (iv) la nécessité d'une maîtrise par l'OPN des consommations en CTAs des structures à approvisionner et ;
- (v) la nécessité de revoir le cycle et le circuit d'approvisionnement en médicaments et consommables.
- (vi) des ruptures de stocks fréquentes en au niveau des formations médicales intermédiaires et périphérique alors qu'il existe d'importants stocks au niveau de l'OPN où certaines molécules étaient au seuil de péremption. Ceci suggère un goulot d'étranglement au niveau du circuit de distribution qui nécessite une attention urgente, étant donné la courte durée de vie thérapeutique des CTAs (deux ans).

La présente évaluation révèle que ces contraintes identifiées en 2006 existent encore, et les médicaments achetés par le Fonds mondial sont distribués suivant un circuit différents du circuit de distribution existant au niveau national », ceci a engendré des difficultés dans la distribution, l'estimation des quantités à distribuer, le suivi de leur utilisation ainsi que la communication entre les différents acteurs. Il n'existe aucun de système de suivi de l'utilisation des CTAs distribuées aux formations sanitaires.

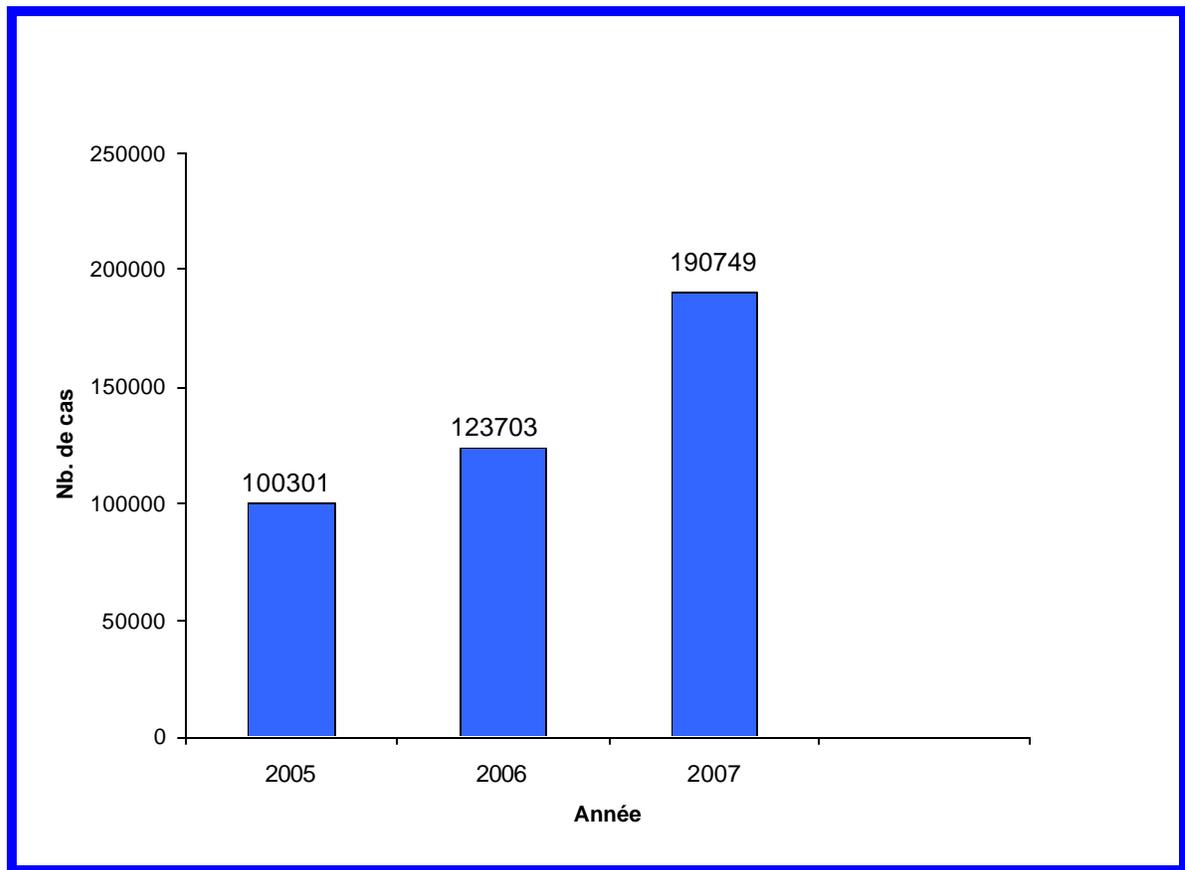
Graphique 7 : Quantité d'Artésunate + Amodiaquine et de Quinine distribué aux régions sanitaires pour les années 2006, 2007 et 2008, Gabon



Le graphique 8 décrit l'évolution des cas de paludisme enregistré dans les formations sanitaires publiques au courant des trois dernières années (2005, 2006 et 2007). Les données des années 2005 et 2006 sont fournies par la DIS et celles de l'année 2007 par le PNLP.

Des discussions que nous avons eu avec les techniciens de ces structures, on retient que les données ne sont pas transmises ou celles qui sont transmises sont incomplètes et pour les compléter des missions de collecte sont conduites au niveau des régions et formations sanitaires.

Graphique 8 : Nombre de cas de paludisme enregistrés dans les formations sanitaires du Gabon entre 2005 et 2007



Il était attendu que l'incidence des cas de paludisme diminue d'année en année dans la mesure où les mesures de prévention sont mises en œuvre. Ici nous observons l'effet contraire et ceci pourrait être dû à une amélioration des capacités diagnostiques (formation des agents sur l'identification et classification des cas et le Reporting) de la maladie par le système de santé. Le projet a formé les prestataires sur la prise en charge de cas. Ceci a été fait, mais des difficultés y figurent dans le remplissage des outils et l'accessibilité des données collectées.

Le tableau 14, décrit l'évolution des indicateurs de processus suivis par le projet. De ce tableau, on note que le taux d'atteintes des cibles du projet en termes d'indicateurs de processus est dans l'ensemble bon.

Tableau 14 : Résultats du suivi des indicateurs (processus et produits) en rapport avec le traitement rapide et correct des cas chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans			
<i>Indicateurs de processus, Produits et Services) prévus</i>	<i>Produits</i>	<i>Réalisation (%)</i>	<i>Commentaires</i>
783 personnels de santé formés aux nouveaux schémas thérapeutiques antipaludiques	573	73,18	Formation reportée pour intégrer les commentaires issus du monitoring, OMS, décembre 2006
227 240 cas de paludisme correctement traités dans les formations sanitaires chez les enfants de moins de cinq ans	218 411 cas traités	96,11	Le système de collecte et de reporting des données est faible
50 prestataires de services (laborantins) formés de façon adéquate au diagnostic biologique du paludisme.	50	100,00	Cible atteinte Une analyse situationnelle du fonctionnement des laboratoires a été faite
30 000 tests de dépistage du paludisme distribué dans les structures de santé difficile d'accès.	12 000 tests achetés 330 tests distribués	40 % achat 2,75 % dist.	Evaluation des TDR en cours retardant leur introduction et distribution aux formations sanitaires (issue de Fous group discussions)
Au moins 37 Centres de santé sur 74 visités ont été approvisionnés en antipaludiques et n'ont pas de rupture de stock de plus d'un mois	69 centres de santé sur 74 n'ont pas présenté de rupture de stock de plus d'un mois	186,49%	Une concertation était nécessaire entre l'OPN et PNLP pour améliorer le circuit de d'approvisionnement des médicaments
227 240 cas de paludisme correctement traités dans les formations sanitaires chez les enfants de moins de cinq ans	218 411 cas traités	96,11%	Le système de collecte des données à partir système de santé publique est faible

Diagnostic biologique : Il était prévu dans le projet d'introduire les tests de diagnostic rapide (TDR) pour améliorer le diagnostic de la maladie. Sur 300 000 tests prévus 12000 (soit 40 %) ont été achetés. 2,75 % des TDR achetés ont été distribués essentiellement à deux formations sanitaires par l'USS pour conduire une évaluation de ces tests. Cette évaluation a été Selon les entretiens que nous avons avec le SB en charge de cette activité et le PR, l'évaluation était motivé par le fait que le Gabon disposait de peu ou pas des données sur les TDRs et ce pour faciliter le changement des directives diagnostic du paludisme, l'évaluation a été commanditée. Elle a été conduite dans deux formations sanitaires (Ovendo

et Oyem) d'où un échantillon 165 enfants de moins de 10 ans ont été enregistrés. Chaque enfant a bénéficié d'une goutte épaisses (Gold standard) et deux tests TDRs. Un compte rendu du niveau d'avancement de l'évaluation est disponible. Il est attendu le rapport technique présentant les résultats de l'évaluation des TDRs. L'analyse du compte rendu de l'activité indique qu'il s'agit d'une évaluation diagnostic de 2 tests en comparant leur performance au test standard (Goutte Epaisse).

De notre point de vue, même si cette activité a été jugée pertinente par l'ensemble des acteurs, mais sa non réalisation engendre des incidences dans l'introduction des TDRs dans le système de santé et conduit à la péremption des stocks achetés.

4.4.2- Prévalence et traitement précoce de la fièvre/paludisme chez les enfants < 5 ans

La fièvre étant le symptôme majeur du paludisme (mais aussi d'autres maladies) chez les enfants de moins de 5 ans, la question a été posée aux mères pour savoir si chacun des 5365 enfants de moins de 5 ans enquêtés avait présenté une fièvre au cours des 2 dernières semaines ayant précédé l'enquête et surtout comment s'est passée la prise en charge précoce. Ainsi, l'analyse des données montre (Tableau 15) que :

- 19,3% (IC95 % 18-20) des enfants de moins de 5 ans enquêtés ont présenté la fièvre/paludisme au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête, avec des écarts de 8,3% et 29,7% respectivement à Ngounie et l'Estuaire;
- 48,0% (IC95% 45-51) des enfants ayant la fièvre/paludisme ont reçu un traitement antipaludique comme traitement, avec des écarts de 24,1% et 74,1% respectivement à Nyanga et Ngounie.
- 44,0% des enfants ayant la fièvre/paludisme ont reçu un traitement antipaludique le même jour (dans les 24 heures qui suivait), avec des écarts de 0,0% et 61,5% respectivement à Nyanga et Ogooué-Maritime;
- 26,7% (IC95% 24-29) des enfants ayant la fièvre/paludisme ont reçu un traitement antipaludique le jour suivant (dans les 24 – 48 heures qui suivait), avec des écarts de 11,5% et 47,3% respectivement à Ogooué-Maritime et Woleu-Ntem ;
- 24,8% (IC95 % 22-28) des enfants ayant la fièvre/paludisme ont reçu des CTAs comme traitement, avec des écarts de 0,0% et 60,3% respectivement à Nyanga/Haut-Ogooué et Moyen-Ogooué.

Tableau 15 : Prévalence et traitement précoce de la fièvre/paludisme

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant eu de la fièvre/paludisme au cours des deux semaines précédant l'enquête, et parmi ces enfants, pourcentage de ceux qui ont pris des antipaludéens et types de médicaments antipaludéens pris, par milieu de résidence, région et âge (en mois) de l'enfant, Gabon, 2008

Caractéristique sociodémographique	Parmi les enfants de < 5 ans:			Parmi les enfants ayant eu de la fièvre/paludisme :				
	Pourcentage d'enfants de <5 ans malades les deux dernières semaines	Pourcentage d'enfants de <5 ans ayant eu la fièvre/palu	Nombre d'enfants	Pourcentage ayant pris un médicament antipaludéen	Pourcentage ayant pris un médicament antipaludéen en moins de 24h	Pourcentage ayant pris un ACT	Pourcentage ayant pris un ACT en moins de 24h	Nombre d'enfants
Milieu de résidence								
Rural	31,5	21,0	1510	49,8	44,3	2,7	13,9	317
Urbain	33,5	18,7	3855	47,2	43,8	23,1	10,3	720
Région sanitaire								
Libreville	36,8	19,4	1144	42,8	48,4	24,8	13,5	222
Estuaire	35,6	29,7	441	34,3	22,2	11,5	2,3	131
Haut-Ogooué	27,8	13,8	400	72,7	57,5	0,0	0,0	55
Moyen-Ogooué	38,0	23,1	524	62,8	59,2	60,3	33,9	121
Ngounie	18,8	8,3	698	74,1	37,2	46,6	20,7	58
Nyanga	42,6	25,2	230	24,1	0,0	0,0	0,0	58
Ogooué-Ivindo	41,9	20,2	401	30,9	36,0	12,3	3,7	81
Ogooué-Lolo	30,4	22,1	484	56,1	38,3	31,8	11,2	107
Ogooué-Maritime	30,5	13,4	426	45,6	61,5	14,0	5,3	57
Woleu-Ntem	33,5	23,8	617	50,3	41,9	23,8	9,5	147
Age (en mois)								
< 12	32,7	16,1	1220	42,6	46,4	19,8	9,6	197
12 – 23	38,9	22,6	1086	46,5	27,2	21,6	7,3	245
24 - 35	34,7	20,7	1110	50,4	45,7	22,6	11,7	230
36 - 47	28,0	18,1	927	51,8	54,0	30,4	14,3	168
48 - 59	29,3	19,3	1022	49,7	51,0	31,4	16,8	197
Total	33,0	19,3	5365	48,0	43,9	24,8	11,4	1037

4.4.3- Recours thérapeutiques et sources des antipaludiques : Les mères des enfants de moins de 5 ans enquêtées ont affirmé qu'en présence d'une fièvre/paludisme, elles avaient comme 3 premiers recours chronologiquement le centre de santé (55,4%) et la traitement à domicile (25,8%). Alors que 9,3% sont allées à la pharmacie et 3,4% d'entre elles n'ont pris aucune action.

Quel que soit le lieu de résidence urbain ou rural, plus de 50% des mères se sont rendus dans des centres de santé comme 1^{er} recours.

Les principaux antipaludiques utilisés pour le traitement de la fièvre/paludisme chez les enfants de moins de 5 ans sont chronologiquement les CTAS (24,8%), l'Amodiaquine (9,5%), et la Quinine (9,1%).

Le tableau 16 montre que quelque soit le milieu de résidence urbain ou rural, les CTAS sont en général bien utilisés pour le traitement des fièvres/paludisme chez les enfants de moins de 5 ans (respectivement 23,1 et 28,7%) comparativement à l'Amodiaquine (respectivement 10,3 et 7,6%) et à la Quinine (respectivement 8,3% et 10,7%).

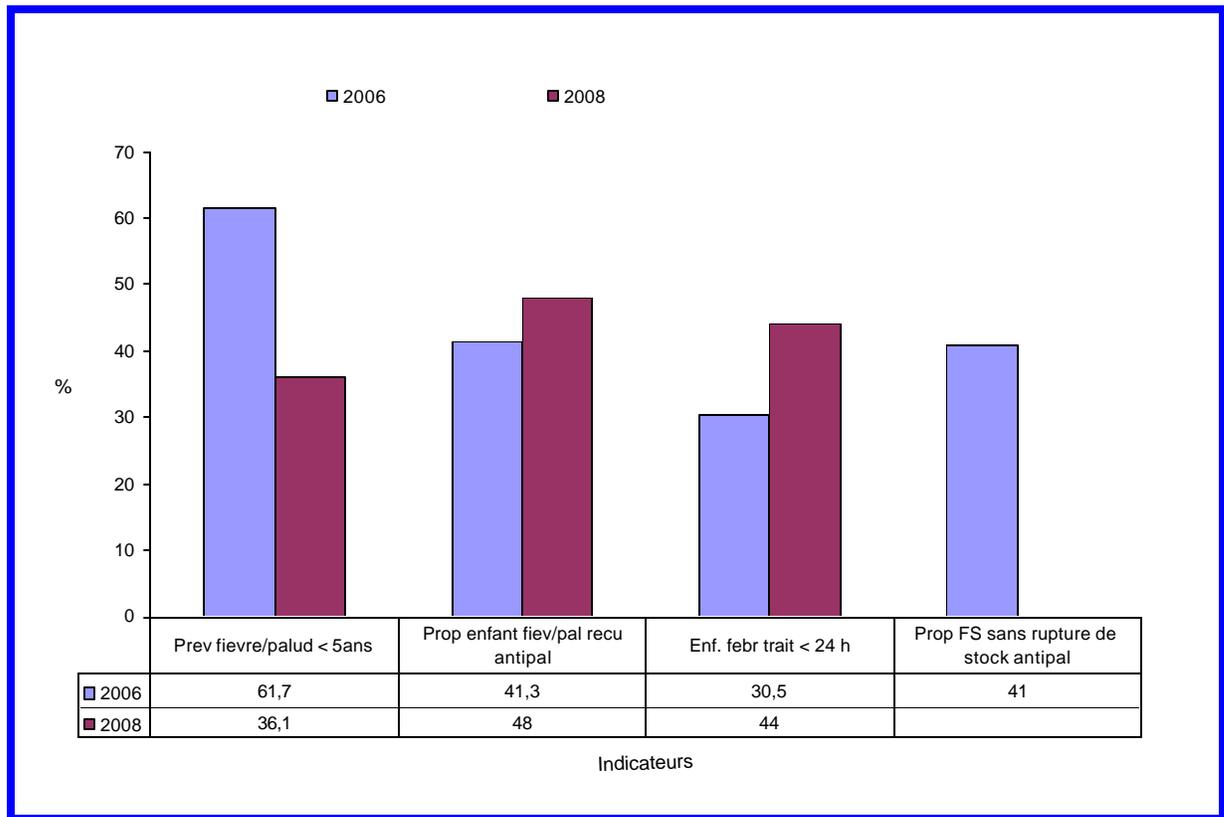
Tableau 16 : Traitements antipaludiques utilisés chez les enfants de moins de 5 ans souffrant de fièvre/paludisme et leur prise dans les 24 heures suivant le déclenchement de la maladie

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre/paludisme au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, pourcentage de ceux qui ont pris certains antipaludéens suivant l'apparition de la fièvre par milieu de résidence, région sanitaire et Age, Gabon 2008

Caractéristique démographique	Parmi les enfants ayant eu de la fièvre/paludisme							Nombre total d'enfants de < 5 ans interrogés ayant la fièvre/paludisme
	% ayant pris un ACT	% ayant pris l'Amodiaquine	% ayant pris la Quinine	% ayant pris les médicaments traditionnels	% ayant pris la Chloroquine	% ayant pris la Sulfadoxine-Pyriméthamine	% ayant rien pris	
Milieu de résidence								
Rural	28,7	7,6	10,7	7,9	3,8	1,9	1,9	317
Urbain	23,1	10,3	8,3	3,6	5,3	4,0	1,4	720
Région sanitaire								
Libreville	24,8	12,2	3,6	4,5	3,2	0,0	0,0	222
Estuaire	11,5	9,2	4,6	4,6	10,7	3,8	5,3	131
Haut-Ogooué	0,0	18,2	2,6	3,6	18,2	16,4	3,6	55
Moyen-Ogooué	60,3	0,0	4,1	3,3	1,7	0,0	0,0	121
Ngounie	46,6	5,2	25,9	5,2	6,9	5,2	1,7	58
Nyanga	0,0	1,5	3,4	1,7	3,7	8,6	0,0	58
Ogooué-Ivindo	12,3	4,9	11,1	4,9	3,7	3,7	2,5	81
Ogooué-Lolo	31,8	14,0	9,3	3,7	0,9	1,9	2,8	107
Ogooué-Maritime	14,0	19,3	1,8	5,3	8,8	7,0	0,0	57
Woleu-Ntem	23,8	4,8	17,0	9,5	2,7	2,7	0,7	147
Age (en mois)								
< 12	19,8	9,6	4,9	4,6	5,1	3,6	1,0	1220
12 - 23	21,6	13,1	5,3	2,0	2,4	4,9	1,6	1086
24 - 35	22,6	10,0	4,3	6,1	7,8	3,5	0,9	1110
36 - 47	30,4	8,9	5,3	7,1	4,2	1,8	1,8	927
48 - 59	31,5	4,1	2,1	5,6	5,1	2,5	2,5	1022
Total	24,8	9,5	9,1	4,9	4,8	3,4	1,5	1037

Selon l'enquête ménage, 52,8% des antipaludiques (AP) sont obtenus auprès d'une pharmacie. Dans les zones rurales, 59,3% des AP sont obtenus auprès d'une dispensaire/ centre de santé; contre 64,8% pour les zones urbaines.

Graphique 9: Evolution des indicateurs de prise en charge du paludisme, évaluation round 4, paludisme, FMSTP, Gabon en 2006 et 2008



Le graphique 9 décrit l'évolution des indicateurs sur le traitement du paludisme entre 2006 et 2008 d'où on note une progression dans l'ensemble des indicateurs. Les données du graphique 9 sont issues du monitoring réalisé par l'OMS en décembre 2006 et les données de la présente enquête (2008).

4.4.4- Facteurs facilitant, contraintes et difficultés identifiées : Les discussions de groupe et l'analyse des rapports synthétique de mission de collecte des données indique nous a permis d'identifier des forces et contraintes rencontrées dans la mise en œuvre du volet traitement dans le projet.

- **Facteurs facilitant :** L'implication des directions régionales de santé, l'organisation supervisions et l'organisation des la mission conjointe PR, Ministère de la santé et les partenaires ont facilité la mise en œuvre des activités en rapport mise en œuvre du volet traitement

- **Contraintes et difficultés :** Les contraintes et difficultés soulevées ont été entre autres : les difficultés dans l'identification et de la classification des cas par l'utilisation du guide de PEC, l'absence d'un cadre de concertation formelle entre l'OPN, le PNLP et la COSP pour l'analyse des tendances de la maladie et l'estimation des besoins en médicaments (CTA), le manque d'outils de gestion de stocks des CTA et l'existence d'un double circuit de distribution des médicaments selon ces tendances

En résumé, à l'issue des entretiens, de la revue documentaire et de l'enquête ménage sur la mise en œuvre du Round 4, Fonds Mondial « Composante Paludisme » il ressort que ce projet et son interaction avec les effets des autres actions ont:

- f) Facilité la mise en œuvre de la nouvelle politique de traitement axée sur les CTAs et ce à travers les formations des prestataires, l'élaboration et la distribution des guides de Prise en charge des cas, l'achat et la distribution des CTA aux formations sanitaires ;*
- g) Soutenu (i) l'introduction des TDR pour l'amélioration du diagnostic biologique du paludisme, même si sur 30 000 tests achetés moins d'un pour cent ont été distribués, (ii) la mise en place des sites sentinelles d'où sont appliqués les tests d'efficacité des CTAs*
- h) Contribué à l'amélioration des indicateurs de performance sur la disponibilité et l'accessibilité des CTA auprès des groupes vulnérables sans toutefois atteindre la cible de 60 % :
 - i- La prévalence de la fièvre/paludisme chez les moins de cinq au cours de deux dernières semaines est de 36,1 % en 2008 contre 61,7 % en 2006. La période de collecte des données et l'effet probable des interventions auraient contribué à la baisse de cette prévalence.*
 - ii- En 2008, 48 % des enfants ayant la fièvre/paludisme ont reçu un traitement antipaludique contre 41,3 % en 2006*
 - iii- En 2008, 44 % des enfants ayant la fièvre/paludisme ont reçu un traitement antipaludique dans les 24 heures qui suivent l'apparition de la fièvre contre 30,5 % en 2006*
 - iv- Les CTAs restent les antipaludiques les plus utilisées (24,8 %).*
 - v- Le Dispensaire (55,4%) est la principale source d'obtention des CTAs**

La prise en charge du paludisme dans les formations sanitaire et à domicile est en cours de mise en œuvre, mais des efforts devront être poursuivis pour lever les goulots que sont : la faible coordination des structures en charge de l'approvisionnement des structures en intrants, la faible adhésion des prestataires à l'utilisation du nouveau protocole de prise en charge des cas et le manque d'un système de pharmacovigilance.

4.5- AUGMENTATION DES CAPACITES INSTITUTIONNELLES DU PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME, LES STRUCTURES SANITAIRES, LES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES ET LES ORGANISATIONS COMMUNAUTAIRES

4.5.1- Activités réalisées : Les activités réalisées dans le cadre de renforcement des capacités institutionnelles sont résumées au tableau 17.

Tableau 17 : Résultats du suivi des indicateurs (processus et produits) en rapport avec les capacités institutionnelles des structures sanitaires et amélioration du système de collecte des données			
<i>Indicateurs de processus, Produits et Services) prévus</i>	<i>Produits</i>	<i>Réalisation (%)</i>	<i>Commentaires</i>
7 sites pilotes ont rapporté à temps les données sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme.	5 sites pilotes ont rapporté à temps les données sur la morbidité et la mortalité liées au paludisme	71,43%	Système de collecte et d'analyse des données faible (multiplicité des supports, faible complétude, promptitude, faible adhésion des prestataires)
Former les gestionnaires des données	262	Réalisée	Les structures sont équipées en matériels informatiques (ordinateurs portables pour les 51 départements et les 10 régions Critères de sélection des agents formes moins opérationnels, Non prise en compte de la disponibilité des responsables statiques dans les régions
Supervisions de collecte des données dans les régions	10 supervisions de collecte des données dans les régions	Réalisée	Les rapports de supervisions sont disponibles mais non exploités pour améliorer les situations
Monitoring les activités du projet	Un seul monitoring a été effectué a un de fin du projet	Réalisée	Un rapport de monitoring est disponible Les recommandations du monitoring sont faiblement mises en œuvre ou pas du tout prises en compte
Des voyages d'études de courte durée sont effectués	6 experts nationaux ont effectués de voyage d'études (conférence, séminaire) dans les domaines variés	Réalisée	Les retombées des voyages d'études sont moins ressenties sur la mise en œuvre du projet dans les structures de provenances des cadres ayant bénéficié des voyages

4.5-2- Renforcement des capacités : Selon le plan de travail, l'ensemble des activités planifiées pour renforcer les capacités des structures sont réalisées ; toutefois, des entretiens que nous eues avec les SB les avis des enquêtées divergent sur le renforcement des capacités des SB par le PR :

- (i) Les uns estiment que «Le projet a contribué à renforcer les capacités des acteurs en les apprenant à travailler sur des objectifs précis et cibler les résultats attendus et le projet a contribué aussi à former une masse critique des acteurs nationaux sur les procédures et celles-ci seront capitalisées». .
- (ii) Les autres, mentionnent que les SB ont été choisis par le LFA sur la base de leurs compétences dans des domaines techniques, mais les SB n'ont pas d'expertises en gestion (conception, mise en œuvre et Reporting) ceci peut et ou a engendré des effets sur la mise en œuvre du projet. Un SB, nous précise bien qu'il a été formé sur le projet, il ne peut faire la différence entre les round 4 et 5, en terme de planification et mise en œuvre ; ce ci indique qu'il a besoin d'un renforcement des compétences pas dans la lutte contre le paludisme, plutôt sur la gestion du projet (conception, suivi et évaluation)
- (iii) « Le projet a contribué à renforcer les capacités des acteurs en les apprenant à travailler sur la gestion axée sur les résultats».

Des discussions que nous avons eues avec les SB et le PR et l'exploitation des documents (rapports d'activités) fournis par la plupart sur la gestion du projet nous indiquent que même si les compétences des SB et des structures ont été renforcées, nous estimons que celles ont été limitées et méritent d'être poursuivies et focalisées (planification et gestion des ressources, Suivi et évaluation des activités, collaboration entre acteurs, élaboration et soumissions des rapports), structurées et agencées. Le concept de « *renforcement des capacités /compétences* » est vaguement utilisé par les SB et le PR.

4.5.3- Transfert des compétences : Un chronogramme de transfert de compétences par le PR au Ministère de la Santé est disponible ; toutefois, au regard des lacunes observées, même si ce transfert est organisé tel que prévu, nous estimons qu'un autre appui sera requis auprès du Ministère pour lui permettre de conduire les activités des futurs projets en suivant les procédures de gestion du Fonds Mondial. Certains interviewées estiment «*qu'aucun SB n'est suffisamment outillé techniquement et administrativement pour assurer la gestion du projet, toutefois, un transfert graduel de la gestion pourrait être une alternative*».

4.5.4- Système de collecte, de transmission et d'analyse des données : Le projet a assuré la formation de 262 gestionnaires des données et a équipé les régions et départements en matériels informatiques pour faciliter l'analyse et le traitement des données. Le profil des agents formés est très polymorphe (médecins, infirmiers prestataires de soins, statisticiens) et leur nombre est relativement assez élevé (262). La mise en place ce pool n'a pas certes tenu compte de la disponibilité sur le terrain d'autres ressources nationales qui pouvaient jouer les mêmes fonctions de façon plus rationnelle.

L'Internet est choisi comme moyen de transmission des données de la région au niveau central ; des frais de communication sont alloués pour la transmission des données via internet. L'idée d'utiliser les technologies de l'information pour la transmission des données entre les niveaux est excellente, mais afin de pérenniser les acquis du projet, il s'avérait indispensable d'apprécier le coût de la méthode et de définir les mécanismes nationaux à mettre en place (court, moyen et long terme) pour assurer la prise en compte des acquis du projet par la partie nationale.

4.5.5- Défis et contraintes identifiés dans le domaine de renforcement des capacités de structures

- *Système de collecte et transmission des données :* (i) Le système de collecte des données (au niveau périphérique et intermédiaire et central) est faiblement coordonné ; (ii) le système de collecte des données mis en place par le PR ne permet de disposer des données fiables : « *Les SB du projet sont les principales sources de données pour le suivi des indicateurs* », ceci est lié la faiblesse du système d'information sanitaire ;
- *Outils de collecte :* (i) Il existe une multiplicité des outils de collecte et (ii) on y enregistre une rupture en registre de consultation et d'hospitalisation dans les formations sanitaires.
- *Adhésion des acteurs :* (i) Les acteurs adhèrent faiblement à la production, transmission des données et ceci reste un obstacle majeur pour le système d'information sanitaire et (ii) la conséquence qui en résulte les taux de complétude et de promptitude des rapports sont faibles.
- *Coordination du système :* (i) Les données collectées et transmises au niveau central par les ne font pas l'objet d'une concertation entre les acteurs centraux COSP, DIS et IELE et le PNLP ; (ii) les données fournies par les SB au PR ne font pas l'objet de validation.

En conclusion, dans le domaine de renforcement des capacités institutionnelles du PNL, des ONG et des Communautés, le projet a : (i) contribué à la création de sites sentinelles, assuré la formation de 262 agents en gestion des données ; équipé les directions régionales de santé et les départements sanitaire en ordinateurs portables pour le traitement des données. (ii) Des supervisions de collecte des données ont été organisées auprès des Directions régionales et ce comblent les lacunes liées à la faible transmission des données au niveau central par les structures sanitaires périphériques. (iii) Des voyages d'études (séminaire, missions) de très courtes durée ont été organisés à l'intention des professionnels dans le domaine de suivi et évaluation, gestion et approvisionnement des stocks et le partage d'expérience. (iv) Un chronogramme de transfert de compétences par le PR au Ministère de la Santé. Malgré ces efforts fournis dans ce domaine, des discussions de groupe que nous avons animé avec les SB et le PR il s'avère que « le projet a contribué au renforcement des capacités des acteurs en les apprenant à travailler sur la gestion axée sur les résultats », toutefois, le besoin en renforcement des compétences est toujours exprimé. Le système de collecte, d'analyse des données et traitement des données, connaît dans son ensemble des faiblesses qui se répercutent sur la collecte des données sur les indicateurs de lutte contre le paludisme.

Ces faiblesses concernent l'insuffisance de concertation entre les acteurs, la multiplicité des outils de collecte, le manque et/ou la rupture de registres de consultation et le faible taux de complétude et de promptitude des rapports.

Synthèse sur les indicateurs contractuels du projet : Au terme de la mise en œuvre du projet, un total de treize indicateurs (processus et de produits) devraient suivis pour apprécier les performances.

Par rapport aux cibles du projet, on observe que des progrès importants ont été atteints (étendue : 60, 33 % - 156 %) pour les indicateurs de processus et quelques indicateurs de produits (cf tableau 18). Pour atteindre les cibles d'Abuja (60 %) ou celles universelles (80 %) pour les interventions essentielles en faveur des groupes cibles il ressort que des efforts devront être poursuivire dans l'amélioration des offres des soins préventifs (utilisation des MILDe et TPI) et curatifs 5recours aux soins et prise en charge des cas par les CTA) en faveur des groupes cibles (enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes) et de la population générale.

Le suivi des indicateurs comme l'incidence des cas de paludisme, la létalité en milieu hospitalière et la prévalence parasitaire permettra d'évaluer l'impact du projet.

Table 18 : Synthèse de l'évolution des indicateurs contractuels du projet, Round 4, «Composante Paludisme » FMSTP, Gabon

<i>Indicateurs</i>	<i>Base (2004)</i>	<i>Cible (fin du projet 2007)</i>	<i>Résultats (2008)</i>	<i>Sources</i>	<i>Taux de réalisation par rapport à la cible de fin de projet</i>
1. Nombre de moustiquaires imprégnées d'insecticides distribuées	0	339 498	323 586	Rapport final projet	95,31 % (323 586/339 498)
2. Nombre de femmes enceintes ayant reçu les doses complètes TPI	0	68618	81314	Rapport final projet	127 % (81314/68618)
3. Nombre sages femmes formées en communication pour le changement de comportement pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse	0	300	468		156 % (468/300)
4. Nombre de test diagnostic du palud distribue	0	30000	330	Rapport final projet	1,1 % (330/30000)
5. Nombre de laborantins formés sur le diagnostic biologique du paludisme	0	50	50	Rapport final projet	100 % (50/50)
6. Nombre d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu un traitement antipaludique (CTA) dans les 24 heures qui suivent l'apparition des premiers symptômes	0	227 240	218 411	Rapport final projet	96,11 % (218411/227240)
7. Pourcentage de formation sanitaire sans rupture de stocks en antipaludiques	0	50 %	41 %	Monitoring OMS/2006	82 % (41/50)
8. Nombre de sites sentinelles transmettant a temps les données de morbidité et de mortalité palustre	0	7	5	Rapport final projet	71,43 % (5/7)
9. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dormant sous MILDE	4,25%	60 %	55 %	EIP	92 % (55/60)
10. Pourcentage des femmes enceintes dormant sous MILDE	2,73 %	60 %	36,2 %	EIP	60,33 % (36,2/60)
11. Nombre de femmes enceintes ayant reçu les doses complètes TPI	0	68618	81314	Rapport final projet	118 % (81314/68618)
12. Pourcentage des femmes enceintes ayant reçu deux doses de TPI	0	60 %	50 %	EIP	83% (50/60)
13. Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant reçu un traitement antipaludique (CTA) dans les 24 heures qui suivent l'apparition des premiers symptômes	nd	60 %	44 %	EIP	73 % (44/60)

V- RECOMMANDATIONS

Au terme de l'évaluation, nous estimons qu'en plus de la poursuite des interventions en cours de mise en œuvre, les activités ci-dessous indiquées et ce, par domaine devront être menées à court et moyen terme.

5.1- Gestion et renforcement des capacités

1. Conduire l'audit des différents sous bénéficiaires sur la gestion des ressources qui leurs ont été allouées
2. Le PR devrait élaborer un format des rapports financiers et techniques, former les SB a son utilisation et instaurer un système d'analyse et de feedback ; et finaliser les activités en cours de mise en œuvre et proposer au Ministère de la santé d'une liste des activités qui pourront être menées en utilisant le solde disponible
3. Afin de permettre aux différents SB de poursuivre leurs implications aux activistes du Round 5, il s'avère nécessaire de renforcer les capacités des SB dans les domaines de planifications, suivi et évaluation des activités
4. Les capacités techniques du PNLN (structure technique nationale de coordination et d'orientation devront être renforcées dans les domaines de coordination, planifications, suivi et évaluation des activités de lutte antipaludique

5.2- Prise en charge des cas de paludisme et diagnostic biologique

Prise en charge

5. Définir un circuit unique d'approvisionnement et de distribution des CTAs et autres intrants. Ce circuit devra renforcer les capacités des DRS à la gestion des stocks en vue de prévenir des ruptures éventuelles et de mettre en œuvre le principe de **First in, First out** (Première entrée, première sortie)
6. Poursuivre la formation des prestataires de soins sur la prise en charge des cas tout en mettant un accent sur la définition des cas, identification, classification et le remplissage des registres de consultations, l'élaboration et la transmission des rapports. Et assurer la supervision formative des agents à leurs milieux de travail.
7. Définir des critères de sélection des formateurs et des superviseurs des structures de santé

Diagnostic biologique

8. Diffuser les résultats de l'évaluation des tests diagnostic rapide du paludisme (TDR)
9. Accélérer la distribution des TDR dans les formations sanitaires et inclure le contrôle des qualités des CTAs, des TDR et autres produits dans les plans d'action des nouveaux projets

5.3- Prévention du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans

10. Elaborer et mettre en œuvre un plan de mobilisation sociale lequel devra intégrer la promotion de l'utilisation des MILDE et le renforcement de la collaboration entre les programmes de lutte contre le paludisme et la direction de la santé de la reproduction et autres programmes comme le PEV
11. Elaborer et mettre en œuvre le circuit de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'efficacité

5.4- Suivi et évaluation et système d'information

12. Elaboration et mise en œuvre du plan budgétisé de Suivi et Evaluation adapté au nouvel plan stratégique national (2008-2013)
13. Renforcer le système de collecte d'analyse et de transmission des données par la mise en place d'un comité de coordination nationale, l'instauration du système de validation des données en impliquant tous les acteurs nationaux (COSP, ILE, DIS et PNLP) ;
14. Pour garantir une validité aux données et rapports d'études nationales; mettre en place une équipe de rédaction du ou s protocoles avec une description claire de la méthodologie (sources, méthode de collecte des données, types des données, analyses et validation). Les protocoles élaborés devront être validés avant le lancement de l'activité et les résultats devront aussi être validés.
15. Arrêter l'organisation des missions de collecte des données auprès des régions sanitaire et les remplacer par les missions de supervisions formatives
16. Développer des outils de suivi et assurer la formation des SB sur leur utilisation
17. Conduire une enquête nationale (*Health Facility Survey*) sur la qualité des soins des patients atteints de paludisme dans les formations sanitaires

VI- LISTE DES DOCUMENTS CONSULTES

1. Programme des Nations Unies, Gabon. Rapport d'activités du projet, Faire reculer le Paludisme N°-GAB-404-G02-M; Janvier 2005-Décembre 2005
2. Programme des Nations Unies, Gabon. Rapport d'activités du projet, Faire reculer le Paludisme N°-GAB-404-G02-M; Janvier 2005-Décembre 2005 (Round 5)
3. Programme des Nations Unies, Gabon. Rapport d'activités du projet, Faire reculer le Paludisme N°-GAB-404-G02-M; Janvier 2006-Décembre 2006 ;
4. Programme des Nations Unies. Rapport d'activités du projet, Faire reculer le Paludisme N°-GAB-404-G02-M; Janvier 2005-Décembre 2007 ;
5. Combine Delivery Report (CDR) ; Atlas, 2005, 2006 et 2007, PNUD, Gabon
6. Programme des Nations Unies, Gabon. Atelier de renforcement des capacités des sous bénéficiaires, Libreville du 13 au 14 Avril 2006
7. Rapport de visite terrain, Province d'Oyem du 3 au 5 octobre 2007. PNL, COSP, ASFG, PLIST
8. Ministère de la Solidarité Nationale. Rapport d'activités, Projet Faire reculer le Paludisme N°-GAB-404—G02-M. Fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme ; Novembre 2005
9. Compte rendu de la Mise en œuvre du protocole d'évaluation des tests diagnostic rapide du paludisme ; Août 2008 disponible au PNUD
10. Programme des Nations Unies, Gabon. Rapport atelier de renforcement des capacités des sous bénéficiaires, Libreville du 13 au 14 Avril 2006
11. PriceWaterhouse coopers. Projet de plan d'action pour le transfert des compétences des programmes du Fonds mondial au Ministère de la santé ; Gabon ; Novembre 2007
12. Evao conseil. Consultation organisationnelle du programme national de lutte contre le paludisme, Février 2008
13. Cellule d'observation en Santé Publique (COSP). Rapport atelier de recyclage des agents de santé région du Sud –Est, Octobre 2006,
14. Cellule d'observation en Santé Publique (COSP). Rapport atelier de recyclage des agents de santé région du Centre Sud, Octobre 2006,
15. Université des Sciences de la Santé (USS) ; rapport sur les tests d'efficacité thérapeutique Arsucam et Coartem à Koulamoutu ; janvier 2006
16. Programme national de lutte contre le paludisme. Rapport de formation et de recyclage des agents de santé sur la prise en charge des cas

17. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur le monitoring des interventions de «Faire Reculer le paludisme » au Gabon. Période : 26 octobre - 4 décembre 2006
18. Office Pharmaceutique Nationale. Rapport d'Activités, Octobre 2005
19. Ministère de la Défense nationale ; rapport d'activités année 2007
20. PNLP, Rapport de formation des confessions religieuses, Mai, 2007
21. Association des sages- femmes du Gabon. Rapport d'enquête sur la distribution des MII dans les régions de Libreville et Estuaire
22. Rapport d'activités OPN ; Projet Faire reculer le Paludisme N GAB-404—G02-M. Octobre 2005

VII- ANNEXES

Annexe 1 : Termes de référence (TDR)

15 JAN. 2008

MINISTRE DE LA SANTE ET DE
L'HYGIENE PUBLIQUE, CHARGE DE LA
FAMILLE ET DE LA PROMOTION
DE LA FEMME

SECRETARIAT GENERAL

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION GENERALE ADJOINTE

CHARGEES DES PROGRAMMES

ET SERVICES NATIONAUX

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE
CONTRE LE PALUDISME

N° 0000 16 / MSHPCFPF/SG/DGS/PNLP

REPUBLIQUE GABONAISE
Union-Travail-Justice

Libreville, le 14 JAN. 2008

Point focal IST/MAL
- Copie IST/coordinat
- Retour WR
PO S. MITCH
17/01/2008

De Diello
m en parler
17/01/2008

Le Ministre

A

Monsieur le Représentant
de l'OMS au Gabon

Libreville

Objet : Evaluation des rounds 4 et 5
du Projet « Faire Reculer le Paludisme au Gabon »

Réf : V/L N° MAL/493/1577jp du 27 novembre 2007

Monsieur le Représentant,

J'ai l'honneur d'accuser réception de votre correspondance dont la référence est ci-dessus notée, et vous communique les éléments de précision suivants :

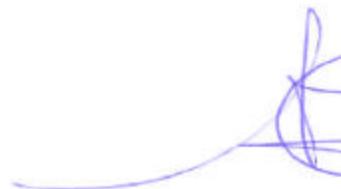
1°- **Le Budget** de mise en œuvre disponible s'élève à un montant de cent huit mille quatre cent cinquante dollars (**108.450 dollars USD**).

2°- Les termes de référence :

- évaluer les activités réalisées par le PNLP et tous les sous bénéficiaires et leur conformité avec les résultats attendus ;
- évaluer les procédures administratives et financières mises en place pour la gestion des deux projets round 4 et 5 ;
- identifier les facteurs favorisant et les contraintes de la mise en œuvre des deux projets ;
- évaluer les activités non planifiées dans la soumission mais réalisées et leur pertinence.

3°- La période choisie : le mois de **février 2008**.

Comptant sur votre collaboration habituelle, je vous prie de **Monsieur le Représentant**, en l'assurance de ma haute ération./-



Angélique NGOMA
LE MINISTRE

Annexe 2 : Liste des secteurs de dénombrement (SD) enquêtés par région sanitaire, Gabon 2008

I- REGION SANITAIRE DE LIBREVILLE

N° ordre	Code_SD		Quartiers constituant le SD	Ménages	Echantillon
1^{er} Arrondissement					160
1	10131002		Plaine Orey	211	40
2	10131027		Derrière l'ENS	290	40
3	10131052		Bas de Guégué	179	40
4	10131074		Alibandeng	162	40
2^{ème} Arrondissement					200
1	10132007		Cité Mébiame Sud	218	40
2	10132037		Atsimi-Ntsos	155	40
3	10132068		Campagne	183	40
4	10132098		Vallée S ^e -Marie	176	40
5	10132132		Nzeng-Ayong Lacs	106	40
3^{ème} Arrondissement					200
1	10133016		Montagne Sainte: Camp de la Garde Républicaine	87	40
2	10133048		Akébé Frontière	224	40
3	10133070		Peyrie Dakar	162	40
4	10133114		Akébé	141	40
5	10133152		Kinguelé	155	40
4^{ème} Arrondissement					80
1	10134005		Plein Niger	197	40
2	10134030		Akébé Belle vue II (Nation)	174	40
5^{ème} Arrondissement					200
1	10135006		Ozoungué Poubelle	306	40
2	10135028		Lalala à gauche	286	40
3	10135050		Ozangué I	112	40
4	10135080		Terre Nouvelle Bisségué	168	40
5	10135112		PK 8	165	40
6^{ème} Arrondissement					120
6	10136016		Sibang III	121	40
7	10136047		Sibang Centre	149	40
8	10136091		Cité Rose ; Fin Goudron	240	40
TOTAL			---	4,367	960
	Echantillon		24 secteurs de dénombrement		

II a- PROVINCE DE L'ESTUAIRE, MILIEU URBAIN

n° ordre			Quartiers constituant le SD	Ménages	Echantillon Ménages
	Département DU KOMO-MONDAH				
commune d'Owendo	1	10221001	Nfoulayong	1045	40
	1	10222001	Akournam I	638	40
	2	10222016	SNI Rails	829	40
	3	10222030	Akournam II (Mvina Bati)	759	40
	4	10222046	Alénakiri II	640	40
commune de Kango	Département DU KOMO				
1	10321002		Kouamé 1; Kouamé 2 ; Montagne Sainte	179	40
commune de Cocobeach	Département DE LA NOYA				
	1	10421002	Messamboué ; quartier des pêcheurs (derrière le CES) ; Centre ville	155	40
	Echantillon		7 secteurs de dénombrement		280

II b- REGION DE L'ESTUAIRE, MILIEU RURAL

N° ordre			Villages constituant le SD	Ménages	Echantillon Ménages
	Département du KOMO-MONDAH				
Canton KOMO-NTOUM					
1	10211005		Nfoulayong, Elong-Eko, PK 24, Abang Assi, Nkoum Afok,	148	40
			Bon Coin, Foula, Donguila		
Canton IKOY-TSINI					
1	10212014		Bizango Bibere IV	158	40
2	10214001		Méba , Méba 2	159	40
	Département DU KOMO				
Canton BOKOUE					
1	10312008		Oyane 1 ; Agricole	71	40
	Département DE LA NOYA				
Canton Océan Mondah					
1	10412003		Akanabour ; Engoma ; Mbengola ou Ikaza ; Mikolongo	111	40
	Echantillon		5 secteurs de dénombrement		200

III a- PROVINCE DU HAUT-OGOOUÉ, MILIEU URBAIN

N° ordre			Quartier constituant le SD	Ménages	Echantillon
SD					
1- Département DE LA MPASSA					
	Commune de FRANCEVILLE				
1er Arrondissement					
1	20141003		Ménaye ; Ngobounda	158	40
2	20141014		Quartier Hôtel ; Corniche I ; Corniche II ; Centre ville ;	166	40
			Cité de la Caisse ; Cité SOCOBA ; Cité TP		
2ème Arrondissement					
1	20142014		Mvouna (Djamiti)	151	40
3ème Arrondissement					
1	20143008		Obiri (BGD) ; Derrière la Prison Akou	315	40
4ème Arrondissement					
1	20144009		Maboukou ; Maba	166	40
Département DE LEBOMBI-LEYOU					
1er Arrondissement de MOANDA					
1	20241013		Kabibi (Moukaba) + Cité COMILOG	162	40
2	20241026		Miosso téléphérique	158	40
2ème Arrondissement de MOANDA					
1	20242012		Quartier commercial	186	40
Département DE L'OGOOUÉ-LETILI					
Commune de BOUMANGO					
1	20421001		Moussélé ; Boumango centre ; Ongali ; Lendendongou	168	40

Département DE SEBE-BRIKOLO					
Commune de OKONDJA					
1	20921001		Sébé ; Olougo	178	40
			Echantillon : 10 secteurs de dénombrement		

III b- PROVINCE DU HAUT-OGOOUÉ, MILIEU RURAL

N° ordre	SD	VILLAGES CONSTITUANT LE SD	Ménages	Echantillon
Département DE LA MPASSA Canton LEKABI				
1	20111001	Mvouna ; Venez-Voir ; Mbouma Ondoma ; Motobo I ; Ferme Motobo I	214	40
Département DE L'OGOOUÉ-LETILI Canton LEKABI				
1	20412001	Cité ouvrière de l'ex-SIAEB Mvoumou ; Doumaye (Mouyabi) ; Doumaye (Bafoumou I) ; Doumaye (Bafoumou II) ; Doumaye (Bafoumou III)	177	40

IV a- PROVINCE DU MOYEN-OGOOUÉ, MILIEU URBAIN

N° ordre			Quartiers constituant le SD	Ménages	Echantillon
DEPARTEMENT OGOOUÉ ET LACS					
Commune de LAMBARENE					
		1^{er} ARRONDISSEMENT			
1		30141003	Adouma Schweitzer	161	40
2		30141009	Centre-ville, Grand village	391	40
		2^{ème} ARRONDISSEMENT			
1		30142003	Petit Paris I, Anioudzouma	287	40
2		30142009	Petit Paris II, Isaac	263	40
DEPARTEMENT DE L'ABANGA-MBINE					
Commune de NDJOLE					
1		30221002	Kilomètre 1, Sorbonne, PK1, Centre-ville	181	40
			Echantillon : 5 secteurs de dénombrement		

IV b- PROVINCE DU MOYEN-OGOOUÉ, MILIEU RURAL

N° ordre			N° de	Villages constituant le SD	Ménages
DEPARTEMENT OGOOUÉ ET LACS					
Canton LACS DU NORD					
1		20113006	Makouké 3	333	Echantillon
Canton ROUTE FOUGAMOU					
1		30117002	Mbigou, Mimongo, Nombakélé	144	40
DEPARTEMENT DE L'ABANGA-MBINE					
Canton EBEL-ALEMBE					
1		30213006	Engoungoum 1, Engoungoum 2	265	40
			Echantillon : 3 secteurs de dénombrement		40

V a- PROVINCE DE LA NGOUNIE, MILIEU URBAIN

N° ordre	SD	QUARTIERS CONSTITUANT LE SD	Ménages	Echantillon
DEPARTEMENT DE LA DOUYA ONOYE Commune de MOUILA : 1 ^{er} ARRONDISSEMENT	1	40141003	183	40
2	40141014	Avant Aéroport ; Carrefour Stade Mbombey ; CES ; Aéroport ;	103	40
		Entrée bar Dallas, Résidence Maganga Moussavou ;		
Commune de MOUILA : 1 ^{er} ARRONDISSEMENT	1	40142007	168	40
DEPARTEMENT DE NDOLOU Commune de MANDJI	1	40321002	176	40
DEPARTEMENT DE LOUETSI- WANO Commune de LEBAMBA	1	40621001	103	40
DEPARTEMENT DE MBOUMI- LOUETSI Commune de MBIGOU	1	40821001	156	40
Echantillon : 6 secteurs de dénombrement				

V b- PROVINCE DE LA NGOUNIE MILIEU RURAL

N° ordre	SD		VILLAGES CONSTITUANT LE SD	Ménages	Echantillon
DEPARTEMENT DE MAGOTSI					
CANTON BANDA					
1	40211002		Oyenano	88	40
DEPARTEMENT DE MAGOTSI					
CANTON OUMBA					
1	40215001		Ikobey ; Nioye 1 ; Tranquille ; Ossimba ; Tchimbanga ; Campement Peni ; Campement Tchimbanga ; Chantier Bordamur Ikobey ; Koumbanou ; Maramba	151	40
2	40512002		Ichinga ; Mourembou ; Moussambou		
DEPARTEMENT DE LOUETSI-WANO					
CANTON SOUNGOU					
1	40611002		Mbelenaletembe	63	40
DEPARTEMENT DE MBOUMI-LOUETSI					
CANTON DOUAI					
1	40813001		Nzenzele - Babouali ; Mfoungui-Letsila	104	40
DEPARTEMENT DE OGOULOU					
CANTON HAUTE OGOULOU					
1	40913002		Moukabou ; Itsagou	100	40
Echantillon : 5 secteurs de dénombrement					

VI a : PROVINCE DE LA NYANGA, MILIEU URBAIN

N° ordre	SD		QUARTIERS CONSTITUANT LE SD	Ménages	Echantillon
DEPARTEMENT MOUGOUTSI					
Commune de TCHIBANGA 1^{er} Arrondissement					
1	50141002		Pola Carrière	180	40
2	50141010		Ndabilila ; Minzanzala	210	40
Commune de TCHIBANGA 2^{ème} Arrondissement					
1	50142003		Igara ; Igara Plaine	183	40
DEPARTEMENT DE LA BASSE BANIO					
Commune de MAYUMBA					
1	50221001		Kouangou (centre ville)	180	40
DEPARTEMENT DE DOUIGNY					
Commune de MAYUMBA					
1	50421001		Plantation Agrogabon ; Hôpital ; Marché ; Limite Communale	224	40
			Echantillon : 5 secteurs de dénombrement		240

VI b- Canton DOUSSE-GOUSSOU

N° ordre	SD	VILLAGES CONSTITUANT LE SD	Ménages	Echantillon
DEPARTEMENT MOUGOUTSI				
Canton DOUGHENI				
1	50112002	Mikongo 1 (70 habts) ; Mikongo 2 (90 habts) ; Keri-Nzambi (125 habts) ; Massiega (39 habts) ; Makabana (190 habts) ; Tsietoubila (30 habts)	158	40
DEPARTEMENT DE DOUGNY				
1	50413001	Bihongou (330 habts) ; Mandilou (365 habts) ; Nguenda (195 habts) ; Mississa (40 habts)	134	40
		Echantillon : 2 secteurs de dénombrement		

VII a- PROVINCE DE L'OGOOUÉ- IVINDO, MILIEU URBAIN

N° ordre	SD	VILLAGES CONSTITUANT LE SD	Ménages	Echantillon
1	60141003	Bienvenue	96	40
1	60142001	Ndzeng Ayong ; Ekowong ; Mayiga ; Allamitang	153	40
2	60142008	Central ; Colonie étrangère	232	40
1	60421002	Usia ; Venez-Voir	155	40

		Echantillon : 4 secteurs de dénombrement		

VII b- PROVINCE DE L'OGOOUÉ- IVINDO MILIEU RURAL

N° ordre	SD	VILLAGES CONSTITUANT LE SD	Ménages	Echantillon
1	6011200 3	Mbondou	67	40
1	6021100 5	Ilahounène ; Mendemba	83	40
1	6041100 3	Magoumba ; Massouna 2 ; Massouna 1 ; Gare de Mouyabi ;	200	40
		Echantillon : 3 secteurs de dénombrement		

VIII a- PROVINCE DE L'OGOOUÉ-LOLO, MILIEU URBAIN

N° ordre	SD		Quartier constituant le sd	Ménages	Echantillon
1	Département de LOLO-BOUENGUIDI Commune de KOULAMOUTOU: 1er Arrondissement 70141002				
			Baraka ; Moussesse ; Pembébé; Koungou; Dakar	175	
1	Commune de KOULAMOUTOU: 2eme Arrondissement 70142002				
2			Bambomo, Mikalou ; Bouendo-Ndzéla ; Mandji ; Babambo (Kounabembé)	232	
	Département de MOULOUNDOU Commune de LASTOURVILLE 70421004				
			Centre-ville II ; Grand marché ; Limbenga ; Missélé	155	
			TOTAL		1
Echantillon = 4 secteurs de dénombrement					

VIII b- PROVINCE DE L'OGOOUÉ-LOLO MILIEU RURAL

N° ordre	SD	N° de sd	VILLAGES CONSTITUANT LE SD	Méanges	Echantillon
1	Département de LOLO-BOUENGUIDI Canton Basse-Lombo 70111002				
		2	Rgpmt Youlou ; Rgpmt Leyassa ; Rgpmt Rougassa ; Rgpmt Lébagny	189	
1	Département de LOMBO-BOUENGUIDI Canton Haute-Bouenguidi 70212002				
		2	District de Dienga	145	
1	Département de MOULOUNDOU Canton Lassio-Sébé 70412006				
		6	Iwembe ; Loubou ; Chute ; Venez-voir ; Mékina ; Popa	210	
			Total		
Echantillon = 3 secteurs de dénombrement					

IX a- PROVINCE DE L'OGOOUÉ MARITIME, MILIEU URBAIN

N° ordre	SD		Quartier constituant le SD	Ménages	Echantillon
DEPARTEMENT BENDJE					
Commune de PORT-GENTIL: 2ème Arrondissement					
1	80142008		Quartier chic	242	40
2	80142045		Château	139	40
Commune de PORT-GENTIL: 3ème Arrondissement					
1	80143024		Sindara	212	40
Commune de PORT-GENTIL: 4ème Arrondissement					
1	80144030		Iguiri	181	40
2	80144040		Ntchengué	128	40
DEPARTEMENT D' ETIMBOUE					
Commune d'OMBOUE					
1	80221001	1	Essongu e-Djana, Orosseno	108	40
DEPARTEMENT NDOUGOU					
Commune de GAMBABA					
1	80321006	6	Gamba Nouveau	184	40
2	80321011	11	Plaine V	150	40
			Total		
			Echantillon = 8 secteurs de dénombrement		

IX b- PROVINCE DE L'OGOOUÉ MARITIME, MILIEU RURAL

N° ordre	SD	Village constituant le SD	Ménages	Echantillon
DEPARTEMENT BENDJE				
Canton OCEAN				
4	80111 004	Alombé, Batanga, Sangatanga, Gongoué, Campement Ongoumou;	185	40
		Mborempendinot; Campements; Azilie, Mporaloko, Iguendja,		
		Ossamouédembo, Bondjolamba 2, Bondjolambo 1; Ossamané, Nguikondo, Ongomo,		
		Odimba Village, Ndogou, Odimba-Plaine, Odimba 2, Mpogovéga, Mbilapé		
DEPARTEMENT D' ETIMBOUE				
Canton LAGUNE NKOMI				
13	80211 001	Batanga + 6 Campements, Onguendjo + 4 Campements; Adowinenga	68	40
Canton REMBO-NKOMI				
21	80212 004	Diambu à Kanu + Campements (204), Wora na Wora + Campements (200)	100	40
		Total		
		Echantillon = 3 secteurs de dénombrement		

X a- WOLENTEM, MILIEU URBAIN

N° ordre	SD	Quartier constituant le sd	Ménages	Echantillon
DEPARTEMENT DU WOLEU				
Commune d'OYEM: 1er Arrondissement				
1	90141009	Akoakam II	190	40
Commune d'OYEM: 2ème Arrondissement				
1	90142008	Mékaga	135	40
2	90142019	Vallée Sud	134	40
DEPARTEMENT DU NTEM				
Commune de BITAM				
1	90221010	Mveze	136	40
DEPARTEMENT DU HAUT-NTEM				
Commune de MINVOUL				
1	90321004	Nkoul FM ; Pays-Bas ; Centre ville	223	40
DEPARTEMENT DE L'OKANO				
Commune de MITZIC				
1	90421007	Etang I ; Centre ville	119	40
DEPARTEMENT DU HAUT-COMO				
Commune de MEDOUNEU				
1	90521004	Abam Assi ; Egneng Melene	53	40
			Total	
Echantillon = 7 secteurs de dénombrement				

x b- WOLENTEM, MILIEU RURAL

N° ordre		N° du SD	VILLAGES CONSTITUANT LE SD	Ménages	Echantillon
DEPARTEMENT DU WOLEU Canton BISSOK					
1	90113002	2	Bissok III ; Bissok II ; Angone Efit ; Ellelem III ; Ellelem II ; Nko ; Akam III ; Ellelem I ; Oveng Abe II ; Nkolayop	155	40
DEPARTEMENT DU NTEM Canton NTEM					
1	90211006	6	Meyo Eba'a ; Nlane Effak ; Meyo Nkodje ; Andok-Bibe ; Melo'o ; Akam-Ebang	142	40
DEPARTEMENT DU HAUT-NTEM Canton SUD					
1	90312001	1	Bibe Melem ; Akok ; Meyo ; Mebolo ;	158	40
DEPARTEMENT DE L'OKANO Canton DOUM					
1	90413004	4	Ekouk ; Engong ; Egneng Melen ; Dam	132	40
		TOTAL	---	587	
				échantillon 4	

Annexe 3 : Equipe d'évaluation (coordination, supervision et enquêteurs) d'évaluation du Round 4, FMST, Composant Paludisme, Gabon, 2008

Régions Sanitaires/Activités	Superviseurs OMS et MS	Responsables /Enquêteurs
CONCEPTION DU PROTOCOLE ET COORDINATION TECHNIQUE DE L'EVALUATION ET REDACTION DU RAPPORT		<ol style="list-style-type: none"> 1. Dr Diallo Amadou Baïlo 2. Dr Kazadi Walter 3. Mrs Lianne Barnieh 4. Dr André Ndikuyeze 5. Mr Zima Muffe
FORMATION, SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES		<ol style="list-style-type: none"> 1. Mrs Lianne Barnieh 2. Dr Yam Abdoulaye 3. Dr Obiang E. Pascal
NIVEAU CENTRAL (COLLECTE DES DONNEES PR ET SB)		<ol style="list-style-type: none"> 1. Dr Diallo Amadou Baïlo 2. Dr Packou Julienne
SUPERVISION COLLECTE DES DONNEES		
LIBREVILLE OWENDO	Dr Packou Julienne Dr Katchou Julienne. Chrysostome Mr Makita François	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mr IBAGA Michel 2. Mr MBANDZA Michel. 3. ZIKOKO LOBA 4. Mme NTSAME Delphine 5. Mme ELENG EKOMI Annick 6. Mme ZANG MEGNEY Claude 7. Mr BANGUEBE L. Thimote 8. Mr MIKAMA Jean Merlain 9. Mr MIKAMA MOUKEDE Joël 10. Mr MABILA MABILA Serge Michel 11. Mr MATSIMA MOUKEKE 12. Mr OYUMBOU Gazielly Fabrice 13. Mme MBOUYI Tania Chimène 14. Mr NDZANG Modeste Lansky 15. Mme BOUDZANGA Hortense
ESTUAIRE	Dr Packou Julienne Mr Zima Meffe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mr FABERT MENSAH NGOMA 2. Mr NDZANG Modeste Lansky 3. Mr NGOUA OBAME Martin 4. Mr NDOND Mbezele 5. Mr ESSENG Minko Yacinthe 6. Mme MBOUYI Tania C ;
HAUT OGOOÛÉ	Dr Ranaivorano Jacques	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mme ONIANDZI Lucrèce

Régions Sanitaires/Activités	Superviseurs OMS et MS	Responsables /Enquêteurs
	Mr Efame Yvon	<ol style="list-style-type: none"> 2. Mme LENDOYE Laurette 3. Mr POTIGUI Evariste 4. Mr TSANGA Armand 5. Mr BALLA MBOGHO Ghislain 6. Mr ATSASSAGA Francis 7. Mr ALANKILA Ulfrid
MOYEN OGOOUÉ	Dr Sosler Stephen Dr Julienne Atsame	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mr MOUELE Modeste 2. Mr ESSINGONE Jean Steeve 3. Mr IKAPI STEVY L.R. 4. Mme KOUMBA Chimène 5. Mr WORA LOUEMBET Christian 6. Mr NGOUATA Damas
NGOUNIE	Dr MBOUWEZIGOLO Dr KHOUILLA J. Damacène	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mr MINTSA Obiang Nestor Statisticien 2. Mr CHINDELA Ferdinand Infirmier 3. Mlle SALOU Mavyoga Inès Infirmière 4. Mr MOUDJEGOU Godefroid 5. Mr BOUKA J.P. IDE 6. Mr NGUELE Urbain Infirmier 7. Melle MBOUKA Flavienne Infirmière 8. Mr MAPANGOU J. Damacène
NYANGA	Mme Moussouamy Mr Effame Yvon	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mr MOUSSAVOU Yves Christian 2. Mr KOMBILA MATAMBA Wilfrid 3. Mr LOUEMBET Wilfrid 4. NZAMBA BIVIGA Freddy
OGOOUÉ IVINDO	Mr Auguste Ambendet Mr François Makita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mr YABA MABILA François 2. Mr NDOMBI MISSOGNY Justin 3. Mme NZIRZ PINDA Josette 4. Mme AVOUNE Gisèle Nina 5. Mr ASSOUMOU Olivier 6. Mr NKOUMBA Davidson 7. Mme ANANGAPAYE Dominique 8. Mr MANOMBA Armel 9. Mr OVONO ASSEKO 10. Mr ELIABANE Damas
OGOOUÉ LOLO	Dr Etienne Tshiende K. Mr Abraham Ngouoni	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mme MAYELE Clotilde 2. Mme MBELA Alda 3. Mr NDJOUNENE Roy Michel

Régions Sanitaires/Activités	Superviseurs OMS et MS	Responsables /Enquêteurs
		4. Mr BEKA BEKA Roland 5. Mr LENGOMO Yves Edouard
OGOOUÉ MARITIME	Dr Bamouni Blaise Mr Abraham Nguoni	1. Mr Koubendje Kondja Guillaume 2. Mr ENGOUANG Djelane 3. Mr MADOUNGOU Christian 4. Mr MADOUNGOU Ephrem 5. Mme NZAOU Constance 6. Mr MYZERE Franck Max Macaire 7. Mr AWONGUINO Loic 8. Mr NDOUGOU Edouard 9. Mr KOUMA Alain Pascal 10. Mr BISSOUE ELANG Cedrik Habib
WOLEU NTEM	Dr Antoine Serrufirira Dr Julienne Atsame	1. Mr TOUNG ELLA Maurille 2. Mr EKOUMA ANGO Désiré 3. Mr MOTHO Valentin 4. Mr MATSANGA Erick 5. Mme BISSOUE DIKAMBI Fleur
SAISIE DES DONNEES		1. MOUKETOU MABIKA MARCEL 2. TSOKATI JEAN DONATIEN 3. MOUKOUMBI LIPENGUET GAETAN 4. GNOMBA ROSELYNE 5. KOUMAMBA AIME PATRICE 6. INENGUET WILFRID