

REPUBLIQUE GABONAISE



PROJET DE DEVELOPPEMENT DES SERVICES DE SANTE

Ministère de la Santé publique

Banque Africaine de Développement (BAD)

Prêt N° 2000 190 000 031



REALISATION DE L'ETUDE STRATEGIQUE DU SECTEUR DE LA SANTE ET FINALISATION DE LA CARTE SANITAIRE

Rapport provisoire

Thématique « Recouvrement des coûts »

**M. Valéry RIDDE
M. Mathieu EKWA-NGUI**

Mission du 27 juin au 21 juillet 2005

juillet-août 2005

La présente mission s'inscrit dans l'analyse stratégique du secteur santé, financée par la BAD et mise en œuvre par le CREDES.

C'est dans le cadre de l'élaboration du PNDS que le Gouvernement a sollicité le concours de la Banque africaine de développement (BAD) pour l'actualisation de la stratégie du secteur de la santé.

Afin d'appuyer l'élaboration du PNDS, des besoins en appui court terme ont été identifiés :

- lors de la préparation de ces Etats Généraux,
- lors du déroulement des Etats Généraux et de la présentation des conclusions des groupes thématiques organisés pour ces travaux.

Ces besoins en appui court terme ont été confirmés par le Ministère de la Santé et les représentants de la BAD, lors de la mission de préparation conduite par le responsable de l'étude, du 9 au 14 mai 2005.

L'appui de consultants court terme sur un certain nombre de thématiques prioritaires est apparu nécessaire pour compléter les données et faciliter ainsi l'écriture du PNDS, ce dernier devant prendre en compte l'ensemble des priorités définies lors des Etats Généraux.

La mission de chaque expert consistait donc à (i) participer aux discussions relatives à l'élaboration du PNDS de manière à cerner les éléments manquants et chiffrages complémentaires à fournir dans le cadre de la mission (ii) réaliser une analyse de situation permettant de collecter ces informations afin d'appuyer la finalisation du PNDS.

Le premier expert CREDES s'est rendu au Gabon le 2 juin afin de démarrer la phase 1. Il a rencontré les autorités gabonaises afin de faire le point sur l'avancée dans l'élaboration du PNDS et de cerner plus précisément le rôle du CREDES dans le processus de finalisation du PNDS. Le contexte a cependant évolué depuis les Etats Généraux organisée en mai 2005. En effet, l'élaboration du PNDS a été accélérée par une visite du FMI qui a amené le Ministère de la Santé à présenter une première version budgétisée du PNDS au FMI et aux partenaires au développement. Le 16 juin, cette première version du PNDS a été soumise à la réunion du Comité de suivi des Etats Généraux de la Santé, en même temps que la présentation officielle de la mission CREDES/BAD.

Ces nouvelles données impliquent un réajustement nécessaire des objectifs de la mission du CREDES qui sont dorénavant, en accord avec le Comité de suivi des Etats Généraux, le Ministère de la Santé et la Représentation de la BAD au Gabon, de procéder au renforcement de la version du draft du PNDS remise à la mission CREDES le 16 juin à l'issue de la réunion du comité de suivi des Etats Généraux. Ce renforcement concernera les domaines qui n'ont pu être suffisamment développés jusqu'alors. Il s'agira également d'appuyer la mise en opérationnalisation des objectifs du PNDS afin de faciliter notamment le travail de plaidoyer envers les partenaires au développement impliqués dans le secteur de la santé au Gabon. Le CREDES se positionne donc en tant qu'appui conseil au Comité de suivi des Etats Généraux de la Santé.

C'est dans ce contexte que la mission des experts s'est déroulée.

Les experts remercient tout particulièrement M. Gaston N'Dong Biyogo et Dr Jean Khouilla de la COSP et M. Sobhane Dohni de la BAD pour leur aide, leur disponibilité et leur appui constant pour faciliter le démarrage et déroulement de cette mission. En outre, les experts remercient toutes les personnes rencontrées pour leur disponibilité et la qualité de l'accueil reçu.

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction	1
II.	Contexte de l'étude	1
	1. Contexte géographique et social.....	2
	2. La performance du système de santé	3
	a. États de santé.....	3
	b. Utilisation du système de santé.....	6
	3. La réalisation des fonctions du système de santé	7
	a. Administration générale et politiques de santé	7
	b. Organisation des services de santé	10
	c. Financement des services de santé.....	14
	d. La génération des ressources	15
III.	Méthodologie	16
	1. Phase préévaluative et précision des objectifs de la mission	16
	2. Phase évaluative, stratégie méthodologique et outils de collecte de données.....	17
IV.	Résultats	18
	1. Le projet de santé communautaire dans le Moyen-Ougoué	18
	a. Le contexte et le processus de mise en place	19
	b. Les effets du projet.....	20
	c. Les comités de santé	23
	d. Perception du système de paiement par les populations	24
	e. La synthèse	25
	2. Les formations sanitaires publiques dans les trois provinces	26
	a. L'utilisation des services.....	26
	b. L'illusion de la gratuité et la volonté à payer	27
	c. La raison d'être du paiement et l'utilisation des sommes collectées	29
	d. Les modalités de paiement	30
	e. La prise en charge des indigents	32
	f. Des paiements inéquitables	32
	g. L'accès aux médicaments	33
	h. La perception des populations à l'égard du paiement des soins	34
	i. Les comités de santé et la solidarité villageoise	35
	j. L'intervention politique.....	36
	k. La synthèse	36
	3. Les pharmacies religieuses dans l'Ougoué-Ivindo	37
	4. La synthèse générale des constats	38
V.	Discussion et proposition d'un plan d'action en lien avec le PNDS... 39	
	1. Les éléments de contexte et les acteurs à considérer pour le Gabon.....	39
	2. Les leçons apprises des processus lors des expériences internationales	40
	a. Le type de paiement des soins : décentralisé et communautaire	40
	b. Les résultats de l'IB 15 ans après son lancement.....	42
	c. Tirer profit des processus lors des expériences passées	42
	3. Tenter une expérience dans deux provinces du Gabon	44
	a. Etape préliminaire et phase 1.....	45
	b. Phase 2	46
	c. Plan d'action et objectifs révisés du PNDS.....	47
VI.	Annexes	47
	Annexe 1 - Calendrier de la mission.....	49
	Annexe 2 - Liste des personnes rencontrées	51
	Annexe 3 - Carte sanitaire 2004.....	53

Annexe 4 - Exemple de tarifs pratiqués dans quelques formations sanitaires	54
Annexe 5 - Mode et organisation d'un système de financement des services de santé	55
Annexe 6 - Références et documents consultés	56

Liste des figures

Figure 1 : Les fonctions d'un système de santé	1
Figure 2 : Nombre moyen de consultations par jour et par type de formation sanitaire en 2003	6
Figure 3 : Evolution du taux de vaccination de 1996 à 2003	6
Figure 4 : Chronologie des politiques publiques de santé et décisions importantes au Gabon depuis 1995.....	7
Figure 5 : Proposition de stratégies d'action lors des EGS concernant le « recouvrement des coûts »	9
Figure 6 : Objectifs du DSRP en matière d'accès aux soins.....	10
Figure 7 : Répartition du budget annuel de santé par niveau sanitaire de 2001 à 2003	15
Figure 8 : Utilisation des services dans quatre formations sanitaires publiques.....	26
Figure 9 : Nombre de consultation mensuelle de juillet 2003 à avril 2005, dispensaire de Mbomo	27
Figure 10 : Projet de tarification des actes (extrait) dans les centres médicaux de la région Nord	31
Figure 11 : Les facteurs à prendre en compte dans la mise en œuvre des réformes sanitaires.....	39

Liste des tableaux

Tableau 1 : Indicateurs socio-économiques du Gabon comparativement à d'autres régions et pays.....	5
Tableau 2 : Organisation de la pyramide sanitaire.....	10
Tableau 3 : Répartition des formations sanitaires publiques par région	11
Tableau 4 : Indicateurs de l'utilisation des médicaments dans les formations sanitaires de SSP.....	13
Tableau 5 : Coûts moyen (en F CFA) des médicaments par région en 2002.....	13
Tableau 6 : Indicateurs de dépenses de santé du Gabon entre 1998 et 2002	14
Tableau 7 : Nombre de médecins et de sages-femmes pour 1 000 habitants par région	15
Tableau 8 : Nombre de personnes rencontrées lors des entrevues formelles	18
Tableau 9 : Liste des dispensaires et date de démarrage du projet de santé communautaire	20
Tableau 10 : Nombre de nouvelle consultation moyenne par jour dans quatre dispensaires du projet Schweitzer.....	20
Tableau 11 : Origine géographique des patients du dispensaire de Benguié 2 en 2003	21
Tableau 12 : Nombre d'indigents pris en charge dans quatre dispensaires du projet Schweitzer	23
Tableau 13 : Proposition d'activités à intégrer au PNDS 2006-2010	48

AVERTISSEMENT

Nous sommes tous accaparés par de multiples tâches quotidiennes et donc contraints de sélectionner les documents que nous allons lire. Aussi, la lectrice ou le lecteur pressé, qui n'aurait pas le temps d'étudier l'ensemble de ce rapport pour comprendre les sources de nos propositions d'action au ministère de la Santé publique du Gabon, pourra se limiter à la lecture des figures suivantes qui jalonnent le texte. L'analyse attentive de l'ensemble du document est cependant fortement recommandée par les auteurs.

A RETENIR

Pour lectrices et lecteurs pressés

ABREVIATIONS ET SIGLES

BAD	Banque Africaine de Développement
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHRO	Centre Hospitalier Régional d'Oyem
CM	Centre Médical
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COSP	Cellule d'Observation pour la Santé Publique
CPN	Consultation Périnatale
DRS	Directeur Régional de la Santé
DRSP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EGS	Etats Généraux de la Santé
FED	Fonds Européen pour le Développement
IB	Initiative de Bamako
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MSP	Ministère de la Santé Publique
ODM	Objectifs du Millénaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPN	Office Pharmaceutique National
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PIB	Produit Intérieur Brut
PNAS	Programme National d'Action Sanitaire
PNDS	Plan national de développement sanitaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPA	Parité en Pouvoir d'Achat
SRO	Sels de Réhydratation Orale
SSP	Soins de Santé Primaires
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

I. Introduction

Ce rapport concerne le financement de la santé au Gabon et plus exactement la manière dont un système de paiement des soins en zone rurale pourrait être instauré. Dans le but de formuler des recommandations d'action au ministère de la Santé publique, une mission de deux consultants a été réalisée du 27 juin au 21 juillet 2005. Cette mission d'évaluation a été pilotée par M. Valéry Ridde (expert en santé publique, évaluation et financement des services de santé) et effectuée en collaboration avec M. Mathieu Ekwa-Ngui, sociologue et expert dans le domaine du développement. Trois des neuf provinces du pays ont été visitées. Cette étude limitée aux zones rurales constitue un complément d'une mission entreprise en zone urbaine par une autre équipe de consultants sur le même thème du paiement des soins par les usagers. Il s'agit de ce que l'on désigne habituellement sous le vocable « recouvrement des coûts ». Dans le reste du document, le terme « recouvrement des coûts », tel qu'employé dans les « termes de référence » de notre mission, sera synonyme et interchangeable avec celui de « paiement direct des usagers ». Par ailleurs, puisqu'il a été démontré, depuis bien longtemps que ce paiement direct ne permet de prendre en charge (« de recouvrir ») qu'une très faible partie des coûts de fonctionnement du système de santé (5% au niveau central ou 60% au niveau des dispensaires) (1-4), nous croyons indispensable de maintenir l'utilisation de guillemets pour définir cette pratique.

Après avoir présenté le contexte général de l'étude, nous expliquons dans le présent rapport la méthodologie employée pour atteindre les objectifs actualisés avec les parties prenantes au début de la mission. Ensuite, nous exposons les différents résultats de nos investigations concernant les modalités de paiement des soins dans les formations sanitaires. Pour terminer le rapport, nous faisons une proposition d'un plan d'action, d'ores et déjà élaborée et discutée avec les intéressés préalablement à la fin de notre mission, en vue de rendre le PNDS plus opérationnel en matière de paiement des soins en zone rurale.

II. Contexte de l'étude

La présentation du contexte général de cette étude débute par une succincte discussion du contexte géographique et social du Gabon, en mettant particulièrement l'accent sur les aspects de l'organisation sociale qui peuvent avoir un effet sur les mécanismes de paiement des soins. Ensuite, nous portons à la connaissance du lecteur quelques données utiles pour porter un jugement sur la performance du système de santé gabonais, au regard de l'état de santé des populations et de l'utilisation des services médicaux. En effet, selon l'OMS (5, 6), un système de santé ne peut être performant que dans la mesure où il s'acquitte parfaitement et conjointement de quatre fonctions essentielles : 1) la prestation de services, 2) la production des ressources, 3) le financement et 4) l'administration générale.

Figure 1 : Les fonctions d'un système de santé



Source : adapté de l'OMS

La prestation de services concerne autant les services pour les individus que ceux pour la communauté en générale. Les ressources humaines et les équipements ou matériels composent la création des ressources, de même que la production de connaissances par l'intermédiaire des activités de recherche. Le financement se rapporte aux méthodes de collectes des revenus, aux systèmes de partages des risques et au processus d'achat. Enfin, l'administration générale, qu'il ne s'agit pas de confondre avec la simple notion de régulation, correspond à divers aspects essentiels : la détermination de l'organisation du système ainsi que son évaluation, la définition des priorités, la recherche d'une plus grande intersectorialité, la régulation et enfin la protection des consommateurs.

1. Contexte géographique et social

La République du Gabon est située en Afrique centrale, de part et d'autre de l'Equateur. Sa superficie est 267 667 km², elle dispose à l'Ouest de 800 km de côte et le massif forestier couvre plus de 75% du pays. Les conditions climatiques jointes à un réseau routier peu développé et vétuste rendent l'accès par route, à l'intérieur du pays, très difficile, surtout pendant la saison des pluies d'octobre à mai. En 2002, le produit intérieur brut (PIB) par habitant est de 6 590 \$US (en PPA) (7). L'économie gabonaise est dominée par la production du pétrole qui représente plus de 75% des revenus d'exportation, 60% des recettes budgétaires et environ 40% du PIB courant (8). Plus de 10% des exportations totales concernent les produits du bois (9). En utilisant le seuil de pauvreté d'un revenu d'un dollar par jour et par personne, la Banque Mondiale estime que 23% de la population vit dans la pauvreté extrême en 1994 (8). Le pays est divisé en 9 provinces, 50 départements, 146 cantons et districts, 1 964 villages. Le dernier recensement de la population de juillet 1993 estimait la population à 1 014 976 habitants, soit une densité de population de 3,8 habitants au km². Près de 75% de la population vit en zone urbaine dans les quatre villes principales : Libreville (capitale), Port Gentil, Franceville et Oyem. Le reste de la population est dispersé le long des axes routiers et fluviaux dans de petits villages.

Il n'est pas facile de résumer en quelques lignes l'organisation sociale au Gabon. En effet, cette société comporte de nombreuses particularités du fait qu'elle compte, par exemple, huit grands groupes ethnolinguistiques. Cette absence d'homogénéité ethnolinguistique influence considérablement l'organisation sociale. Cela étant, au risque d'être un peu caricatural, indiquons à grands traits pour une meilleure compréhension des données de ce rapport, ce que nous pouvons retenir de la manière dont la société gabonaise est organisée.

La société gabonaise donne aujourd'hui l'image d'une société hétéroclite du point de vue des valeurs sociales, culturelles, politiques et économiques qui s'y expriment. Aussi, aujourd'hui on peut dire que la société gabonaise présente les caractéristiques d'une société en transition car elle est le lieu d'expression ou de la manifestation à la fois de la tradition et de la modernité. Dans les villages gabonais, on retrouve de l'électricité, de l'eau courante, des maisons de style moderne avec tout le confort nécessaire pour un climat chaud et humide, etc. Et pourtant, ces villages aussi bien équipés, demeurent constitutifs de la société traditionnelle, tout simplement parce qu'ils ne remplissent pas certains critères qui en feraient une société moderne. L'une de ces raisons est assurément le fait que ces communautés conservent des valeurs quasi-religieuses et une organisation mécanique, de même que les membres s'appuient sur la communauté entière dans le déroulement de la plupart de leurs activités. Malgré les transformations matérielles (éléments de modernisation et non de modernité) dans les villages, il y règne encore l'esprit de complémentarité et de communauté dans les différentes activités qui animent la société. La famille, la communauté et la complémentarité restent encore le fondement de la dynamique globale de la société gabonaise. De ce fait, le Gabon est, en tant que société moderne, un mélange tant de tradition et de modernité, que celui d'un brassage de valeurs qui lui sont propres et celles importées.

Au Gabon, on note une nette tendance à la modernisation culturelle, mais le contrôle du groupe familial demeure encore suffisamment important pour que la solidarité du groupe familial ne soit pas ébranlée. En effet, il n'y a qu'à voir comment le groupe social impose encore son point de vue dans les différents moments importants de la vie d'un individu. Il en est ainsi lors des mariages et autres cérémonies qui requièrent la participation du groupe. La famille gabonaise suppose une idée de communauté élargie. Ainsi, on ne devra plus s'étonner de voir que les habitants d'un même village ou d'une même zone géographiquement délimitée se disent appartenir à la même famille, car ressentant le sentiment d'être membres d'une même communauté. La parenté est déterminée par la solidarité clanique. Cette dernière, basée sur le communautarisme traditionnel, se transpose du milieu rural traditionnel au milieu urbain moderne où elle se maintient par un processus de recours à la culture. Cette solidarité qui se maintient en ville ne se manifeste pas toujours sous les mêmes formes qu'au village ; mais son objectif reste le même : assurer aux membres du groupe un cadre organisé de socialisation dans un milieu enclin à des réalités socio-économiques nouvelles. Outre la socialisation et le maintien du groupe comme tel, cette solidarité clanique semble avoir d'autres raisons relatives aux représentations magico-religieuses gabonaises.

En définitive, les normes et valeurs de la société gabonaise visent à maintenir une harmonie sociale pour que la communauté se maintienne comme telle. C'est cette cohésion sociale qui justifie un modèle idéal de famille dans une société donnée.

2. La performance du système de santé

Pour porter un jugement sur la performance du système de santé au Gabon, nous proposons de nous concentrer sur deux types de résultats (*outcomes*). Les premiers concernent des indicateurs d'impact (tel que l'état de santé des populations) tandis que les seconds, des indicateurs plus proximaux (telle que l'utilisation des services).

a. États de santé

Si le système de santé ne doit pas seul être tenu responsable de l'état de santé des populations, compte tenu de la myriade des déterminants de la santé non liés au système de soins (10), il y contribue cependant en partie. Cela est d'autant plus vrai que l'amélioration de l'état de santé des populations est toujours présentée comme un des objectifs du système de santé gabonais (11). Aussi, compte tenu de la particularité du système gabonais qui jouit d'une réputation d'hospitalo-centrisme et de faible efficacité (12, 13), nous avons jugé intéressant de tenter l'étude comparative de quelques indicateurs socio-économiques entre le Gabon et d'autres pays. Compte tenu du temps et des ressources dont nous disposons, cette comparaison n'a évidemment pas d'autre prétention que de donner certaines indications utiles à la réalisation de cette mission.

Le tableau de la page suivante, utilisant une source d'information unique (Rapport sur le développement humain 2004 du PNUD (7)), permet, dans un premier temps, une comparaison des indicateurs du Gabon avec un pays africain disposant de la même richesse par habitant, soit la Tunisie. Bien que l'organisation sociale soit très certainement différente entre ces deux contrées, notons que le système politique tunisien se rapproche de celui existant au Gabon. La première colonne du tableau permet également d'avoir quelques données comparatives pour la catégorie au sein de laquelle le Gabon est habituellement classé, les pays à revenu intermédiaire. Enfin, dans un second temps, nous donnons à titre indicatif les informations statistiques concernant les trois pays limitrophes du Gabon, soit le Cameroun, la Guinée Equatoriale et le Congo.

Tableau 1 : Indicateurs socio-économiques du Gabon comparativement à d'autres régions et pays

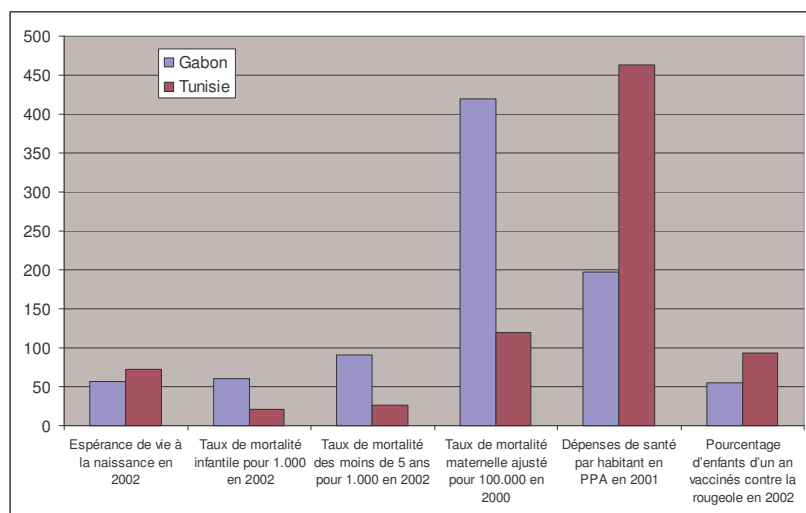
	Pays à revenu intermédiaire	Afrique Subsaharienne	Gabon	Tunisie	Cameroun	Guinée Equatoriale	Congo
Population en 2002 (en millions)	2 720	641	1,3	9,7	15,7	0,5	3,6
Pourcentage de population urbaine en 2002	52,8	35	83,1	63,4	50,6	47,1	53,1
PIB par habitant en PPA en 2002	5 908	1 790	6 590	6 760	2 000	30 110	980
Valeur IDH en 2004	0,756	0,465	0,648	0,745	0,501	0,703	0,494
Espérance de vie à la naissance en 2002	70	46,3	56,6	72,7	46,8	49,1	48,3
Taux de mortalité infantile pour 1.000 en 2002	30	108	60	21	95	101	81
Taux de mortalité des moins de 5 ans pour 1.000 en 2002	37	178	91	26	166	152	108
Pourcentage d'enfant de moins de 5 ans en insuffisance pondérale	-	-	12	4	21	19	14
Taux de mortalité maternelle ajusté pour 100.000 en 2000	-	-	420	120	730	880	51
Aide publique au développement en % du PNB en 2002	0,3	nd	1,4	2,3	7	1	13,9
Dépenses publiques de santé en % du PNB en 2001			1,7	4,9	1,2	1,2	1,4
Dépenses publiques d'éducation en % du PNB en 2001			3,9	6,8	5,4	0,5	3,2
Taux d'alphabétisation des plus de 15 ans en 2002	89,7	63,2	71,0	73,2	67,9	84,2	82,8
Population privée d'accès à un point d'eau aménagé	-	-	14	20	42	56	49
Indice synthétique de fécondité par femme	2,1	5,4	4	2	4,6	5,9	6,3
Dépenses de santé par habitant en PPA en 2001			197	463	42	106	22
Pourcentage d'enfants d'un an vaccinés contre la rougeole en 2002	86	58	55	94	62	51	37
Fréquence du VIH (15-49 ans) en 2003	0,7	7,7	8,1	<0,1	6,9	-	4,9

nd : non disponible

Source : adapté de UNDP (7)

Ce qui est particulièrement frappant dans ce tableau, c'est que les populations du Gabon souffrent, compte tenu de leur niveau de richesse collective, d'une véritable déficience par rapport aux autres pays à revenu comparable. Plus de 16 années d'espérance de vie

séparent les habitants du Gabon et ceux de la Tunisie (voir figure pour d'autres comparaisons Gabon-Tunisie). Les taux de mortalité sont globalement deux fois plus importants au Gabon que dans les pays à revenu comparable. Le taux de mortalité maternelle est particulièrement élevé alors que plus de 80% de la population Gabonaise vit en zone urbaine où des formations sanitaires de référence



ont (géographiquement mais pas financièrement ?) accessibles. A l'inefficacité relative du système de santé s'ajoute, semble-t-il, une faible priorité gouvernementale accordée à ce secteur. Les dépenses publiques dans le domaine de la santé ne sont pas celles que l'on pourrait s'attendre d'un pays aussi riche que le Gabon. D'autres données concernant le financement de la santé seront présentées plus bas.

b. Utilisation du système de santé

Tout cela concourt à une très faible utilisation des services de santé et une médiocre performance de certains programmes essentiels, tel que le programme élargi de vaccination (PEV). Nous verrons plus bas que l'organisation du système gabonais se caractérise par une orientation plus curative que préventive et plus hospitalière que de soins de santé primaires. Bien que nous ne disposions pas de données relatives (taux de consultation), certaines données absolues, fournies par la COSP témoignent parfaitement de la faible utilisation du système de santé (14) (figure 2, source : COSP).

Le tableau ci-dessus montre que, comparativement aux autres pays, les performances du programme de vaccination sont alarmantes. En outre, les données produites par le PEV indiquent que la chute des taux de vaccination des enfants est constante depuis ces dernières années (15) (figure 3, sources : COSP et PEV).

Figure 2 : Nombre moyen de consultations par jour et par type de formation sanitaire en 2003

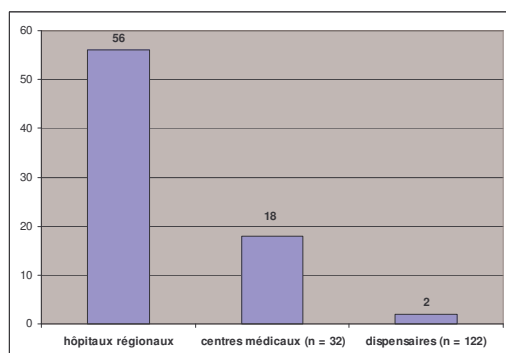
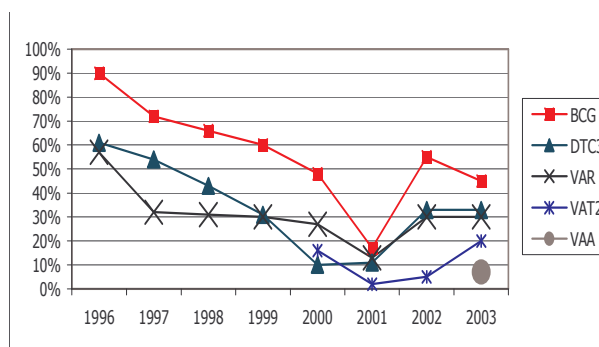


Figure 3 : Evolution du taux de vaccination de 1996 à 2003



3. La réalisation des fonctions du système de santé

La faible performance du système de santé peut s'expliquer par la manière dont les quatre fonctions essentielles de ce dernier sont accomplies. Nous n'avons pas la prétention, dans ce rapport, de passer en revue l'ensemble des données concernant la réalisation des quatre fonctions. Cependant, nous relevons, dans les prochaines lignes, les éléments essentiels pour bien comprendre le contexte de notre étude sur le financement des services de santé au Gabon et notamment les mécanismes de « recouvrement des coûts ».

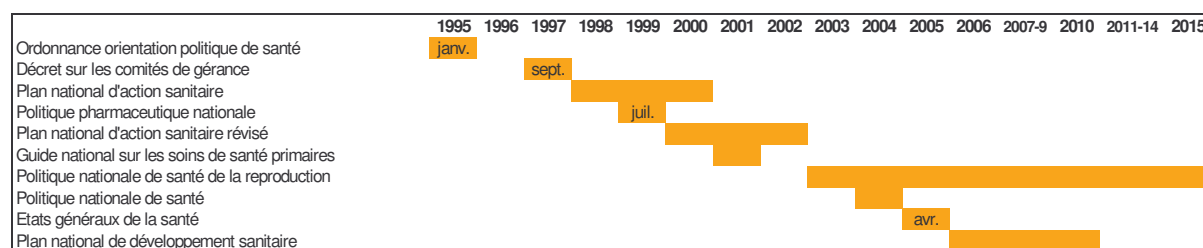
a. Administration générale et politiques de santé

Dans cette section, nous présentons succinctement les différentes politiques de santé nationales ainsi que la manière dont la question du paiement des soins a été traitée au Gabon et comment le secteur de la santé est pris en compte dans les négociations actuelles concernant la réduction de la dette extérieure et la réduction de la pauvreté.

Les politiques de santé

Bien qu'il y ait eu des Etats Généraux de la Santé en 1992, la date habituellement retenue comme faisant état d'une certaine volonté politique de prendre des décisions concernant l'orientation du système de santé au Gabon est 1995. C'est à ce moment que l'on reçoit la première ordonnance présidentielle à propos des politiques de santé. Depuis lors, toute une série de politiques publiques sont formalisées par l'Etat. Cependant, force est de remarquer que malgré la rédaction de documents de nature stratégique relativement bien explicites, les textes d'application et les programmes de mise en oeuvre de ces décisions politiques n'ont pas véritablement suivi. De l'avis de nombreux acteurs, la relance des soins de santé primaires soutenue par l'OMS, est un échec, ce que le PNDS a constaté (16). Il est en de même de la mise en place du PNAS soutenue par la Coopération Française, évaluée par des évaluateurs indépendants (12). Un an après la fin supposée du PNAS, entre 12 et 20% (selon les sources) du budget ont été décaissés fin 2001 (13). Aussi, l'Union Européenne¹, puis dans une moindre mesure la France, a réduit de manière importante son appui au secteur de la santé. Le 8^{ème} Fond Européen de Développement ne prévoit plus aucune activité dans ce domaine. La figure suivante rend compte de la chronologie de ces politiques et de quelques textes d'application essentiels, bien que trop peu nombreux.

Figure 4 : Chronologie des politiques publiques de santé et décisions importantes au Gabon depuis 1995



Source : auteurs

La place du « recouvrement des coûts » dans les politiques de santé

Si l'accès aux soins était officiellement gratuit, l'ordonnance de 1995 sur l'orientation de la politique de santé donne un accord tacite au paiement direct en reconnaissant le principe du « recouvrement des coûts ». Le système doit cependant reposer sur « l'équité des contributions [...] et l'égalité [...] d'accès » (17, p. 6). Les comités de gérance, créés en 1997, sont officiellement chargés de formaliser un budget annuel et d'en suivre son

¹ Le 7^{ème} FED disposait d'un budget de 17 millions d'Euros de 1990 à 2001, dont une grande partie n'a pas été utilisée (12).

exécution. Ils doivent aussi superviser la gestion des médicaments. Il est expressément noté que « *les fonctions de membre du Conseil sont gratuites* » (art. 11).

L'énoncé de politique nationale pharmaceutique affirme que l'Etat gabonais « *a pris plusieurs mesures dont : [...] l'initiative de Bamako de Septembre 1987* » (18, p. 10). Pourtant le Ministère affirme qu'il « *n'y a pas eu une mise en œuvre systématique de l'IB dans le cadre d'un plan national de promotion des SSP* » (19, p. 8). De surcroît, les rédacteurs de la politique nationale de santé de 2004 disent clairement à propos de l'IB que le Gabon « *rejette ce concept dans sa partie recouvrement des coûts et prône la gratuité des soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire* » (11, p. 5). Revenons au document de politique pharmaceutique où deux des problèmes mis en exergue dans l'analyse de la situation ayant permis sa rédaction sont « *l'absence d'un système de recouvrement des coûts dans le secteur public* » et « *la quasi-absence de génériques à faible coût dans le marché pharmaceutique* » (p.11). L'une des stratégies évoquées est donc la mise en place d'un « *système de recouvrement des coûts du médicament essentiel dans le secteur public* » (p.13) qui doit concerner l'OPN mais également les formations sanitaires. Selon le Ministère, en 1999, cette stratégie est une des six actions qui « *constituent des priorités urgentes* » (p. 23) et qui sont notées dans la conclusion de la politique. Le PNAS révisé pour la période 2000-2002 a poursuivi cette volonté en notant clairement que l'une des stratégies de mise en œuvre des SSP était le « *renforcement des modalités de financement de la santé y compris le recouvrement des coûts* » (17, p.20). Un objectif temporel est même précisé dans le PNAS, soit la mise en place « *de l'initiative de Bamako dans toutes les formations sanitaires du pays d'ici fin 2002* » (p.41). Pour cela, un certain nombre d'activités avaient été prévues, telles que la réalisation d'études, l'extension de l'application du décret sur les comités de gérance, l'uniformisation des modalités de paiement ou encore la mise à disposition d'outils de gestion.

Les grands principes de l'initiative de Bamako et le mode de fonctionnement des systèmes de paiement des soins sous la responsabilité communautaire sont parfaitement précisés en 2001 dans le guide national sur les SSP (19). Bien que, dans la présentation des éléments clefs de l'IB, les rédacteurs aient oublié, comme nombre de leurs collègues ailleurs dans le monde, l'importance accordée à la prise en charge des indigents, ils ont insisté sur le fait que l'IB n'est pas synonyme de rentabilité financière. L'accessibilité aux formations sanitaires demeure une préoccupation des responsables, du moins sur le papier. L'ensemble de la démarche classique d'un système de santé fondé sur les districts, les SSP et l'IB est parfaitement discuté dans ce document.

Très récemment, dans la politique nationale de santé 2004, on rappelle que le Gabon a refusé en 1987 la mise en place de l'IB (11). On précise aussi quelle est la « *vision du développement sanitaire au Gabon* ». Les mots clefs habituels sont là : performance, soins de santé primaires, participation communautaire, etc. Sur le plan des objectifs, les propositions demeurent encore floues. Il est, par exemple, souhaité une amélioration de la santé des plus démunis par le développement de « *mécanismes de financement adéquats* » (p. 15), sans d'autres précisions utiles aux techniciens, le terme « adéquat » n'étant pas le plus facile à mettre en œuvre. Dans le chapitre consacré aux mécanismes de financement, certaines actions paraissent quelque peu irréalistes, comme la mise en place d'un système d'assurance maladie ou l'octroi de 15% du budget de l'Etat à la santé. En ce qui concerne l'organisation d'un système de paiement du type de l'IB, rien n'est dit, ou alors de manière peu évidente :

« *Le ministère de la santé en collaboration avec les autres départements ministériels s'attellera au développement des mécanismes favorisant une plus grande participation des populations à la gestion des activités de santé tout en contribuant au financement des coûts de santé de manière équitable* » (p. 20)

On ne peut pas dire que cette déclaration politique soit très utile pour donner des directives aux agents de santé. Néanmoins, la méthode du paiement direct associée aux subventions de l'État devient une combinaison acceptée qui vient remplacer le monopole du seul financement étatique.

Si la récente politique nationale de santé de la reproduction (2003-2015) entérine également la participation financière des usagers (20), le dernier document officiel du ministère comporte quelques surprises. En moyenne, 350 participants par jour se sont réunis pour les États Généraux de la Santé fin mars 2005. Plusieurs commissions ont été mises en place, dont l'une pour le financement de la santé. Chacune de ces commissions devaient se pencher sur les problèmes de son domaine, les orientations stratégiques à proposer et les indicateurs possibles. Elles devaient en outre formuler un certain nombre de recommandations précises. Or, la commission relative au financement de la santé est la seule à ne pas l'avoir fait. Les membres de ce groupe de travail ont cependant prévu des stratégies, ainsi que ceux de la commission « médicaments », d'une manière plus détaillée du reste que leurs collègues.

Figure 5 : Proposition de stratégies d'action lors des EGS concernant le « recouvrement des coûts »

Commission « financement » :

- *mettre en place un système de participation communautaire du patient au niveau des dispensaires et des centres médicaux en respectant les Initiatives de Bamako*

Commission « médicaments » :

- *Faire adhérer les pouvoirs publics au principe de la participation communautaire*
- *Elaborer des textes instaurant le recouvrement des coûts*
- *Sensibiliser les populations à la participation communautaire*
- *Redynamiser les comités de gérance*
- *Elaborer les décrets de tarification*
- *Mettre en place un système de forfait différencié en maintenant la subvention de l'Etat.*
- *Mener une étude pour la fixation des forfaits.*
- *Affecter 50% des recettes générées par les formations sanitaires à l'achat de médicaments*
- *Mettre en place un système de distribution décentralisé.*
- *Mettre en œuvre une distribution décentralisée en utilisant le Centre Médical comme plate forme intermédiaire en attendant l'opérationnalité des antennes régionales*
- *Construire et équiper 8 antennes régionales en respectant les normes.*

Source : EGS (21)

A ces documents politiques officiels, il convient d'ajouter l'existence de nombreux projets de décret, formulés par certains conseillers du Ministre de la santé, eu égard au paiement des soins. Certains visaient à réguler les montants demandés aux patients, d'autres à préciser la répartition des recettes (par. ex. dans les dispensaires 90% pour le fonctionnement et 10% pour les agents, tandis que les montants seraient de 75% et 25%, pour les hôpitaux régionaux). Une délégation de l'Inspection Générale de la Santé s'est rendue fin 2002 au Cameroun pour étudier l'expérience de « recouvrement des coûts » de l'hôpital Laquintinie de Douala. Des recommandations ont été formulées.

La santé et la réduction de la pauvreté

Les programmes de réduction de la dette, comme au Burkina Faso par exemple (22), entraînent l'obligation pour l'Etat de revoir ses politiques de santé en prenant des dispositions particulières en faveur des plus pauvres. Si le Gabon n'est pas encore récipiendaire de l'initiative des Pays Pauvres Très Endettés, il prépare actuellement un Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Dans ce document sont élaborés des objectifs spécifiques en lien évidemment avec les Objectifs du Millénaire. L'un des sept axes pour y arriver est « *l'amélioration de l'accès des populations aux secteurs sociaux de base* ». Au sein de cet axe, les responsables se sont fixés des objectifs spécifiques :

Figure 6 : Objectifs du DSRP en matière d'accès aux soins

- Améliorer l'accès des pauvres aux services de santé essentiels de qualité par le développement des soins de santé primaires et l'opérationnalisation des départements sanitaires ;
- Améliorer la disponibilité permanente des médicaments essentiels ;
- Lutter contre les carences nutritionnelles ;
- Renforcer la participation des usagers et des communautés dans la gestion et le développement des activités de santé ;
- Renforcer la lutte contre les principales endémies notamment le VIH/SIDA, la tuberculose, le paludisme ;
- Promouvoir l'accès des pauvres à l'eau potable ;
- Améliorer le cadre de vie des populations démunies.

Source : Banque Mondiale (8)

La mise en place de l'Initiative de Bamako est fortement préconisée par les responsables du projet de réduction de la pauvreté. L'implication et la participation des communautés sont proposées comme éléments de solution (8).

b. Organisation des services de santé

Cette section vise à présenter sommairement la manière dont est organisé le système de santé, et à préciser ensuite la place accordée aux soins de santé primaires et aux médicaments, ces deux éléments étant au centre de toute éventuelle mise en œuvre d'un système de « recouvrement des coûts ».

La pyramide sanitaire

Le tableau suivant résume l'organisation du système de santé publique au Gabon en fonction des trois niveaux classiquement employés pour établir une telle description.

Tableau 2 : Organisation de la pyramide sanitaire

Niveaux	Administration sanitaire	Formations sanitaires (nombres fonctionnels)
Central	Ministère de la Santé Publique	Centre Hospitalier de Libreville Hôpital Psychiatrique Hôpital de Nkembo
Intermédiaire	Direction Régionale de la Santé	Centre Hospitalier Régional (5) Hôpital régional (4)
Périphérique	Département Sanitaire (district)	Centre médical (42)
		Centre de santé urbain (7)
		Dispensaire (345)
		Case de santé communautaire

Source : auteurs et adapté (14, 23)

Il faut souligner qu'il s'agit là d'une organisation virtuelle et qu'un certain nombre de ces formations sanitaires ne sont pas fonctionnelles et/ou ne fournissent pas l'ensemble des services officiellement requis. Par exemple, des 430 dispensaires officiellement recensés, 85 sont fermés (14). Nombre de nos visites ont montré qu'en effet il existait une certaine différence entre l'organisation officielle des soins et ce qui est réellement présent sur le terrain. Les directeurs régionaux et encore plus les médecins chefs de département sanitaire ne disposent d'aucun moyen logistique pour assurer la supervision des formations sanitaires et de leurs agents. Il convient également d'ajouter à cette offre de service public, des services de santé militaires, parapublics (CNSS) et privés à but non lucratif ou lucratif. Il existe, en outre, une importante offre de soins traditionnels, tant en ville qu'en région rurale, et un Institut de pharmacopée de médecine traditionnelle basé à l'université Omar Bongo².

² Pour les détails, voir le rapport CREDES de Michel Coudray.

Le tableau suivant présente la manière dont les formations sanitaires publiques sont distribuées au sein des différentes régions du pays.

Tableau 3 : Répartition des formations sanitaires publiques par région

Formations sanitaires	Estuaire	Haut-Ogooué	Moyen-Ogooué	Ngounié	Nyanga	Ogooué-Ivindo	Ogooué-Lolo	Ogooué - Maritim e	Woleu-Ntem	Libreville Owendo	Total
Hôpitaux	2	3	2	3	1	1	2	3	2	3	22
Centres médicaux	3	14	4	9	6	5	6	5	5	11	68
Dispensaires	19	66	16	84	32	19	44	35	44	4	363
Cases de santé	1	5	0	15	7	24	2	6	15	0	75
Total des FS	25	88	22	111	46	49	54	49	66	18	528
Population en 1993	19 261	92 662	24 386	62 372	34 090	29 623	32 959	92 857	47 896	525 064	961 170

Source : adapté d'une base de données de la COSP

La carte sanitaire réalisée récemment par la COSP et ses partenaires est fournie en annexe du rapport.

Les soins de santé primaires

La mise en œuvre de la stratégie des SSP d'Alma Ata (1978) a toujours été mise à l'écart par les autorités gabonaises. Elles ont toujours pensé, nous dit une personne impliquée dans le processus, qu'il s'agissait de « *soins au rabais* »³. La stratégie des SSP a très longtemps été confondue par les responsables avec la mise en place, au début des années 1980, des cases de santé et de la formation des agents de santé communautaire. En outre, ce processus d'organisation sanitaire a toujours été effectué du haut vers le bas, suivant une démarche très directive où le niveau central du Ministère de la santé venait directement appuyer cette mise en œuvre⁴. Puis, à la fin des années 1990 et face à l'échec du PNAS « *trop court et trop ambitieux* », il a été question en 2000 de « *redynamiser les SSP* ». Sous l'impulsion de l'OMS, puisque le Ministère ne semblait « *pas vraiment convaincu* », le Gabon consent à instaurer une « cellule des SSP » au sein du Ministère (19). L'organisation des Nations Unies proposera les services d'un consultant expatrié durant huit mois en 2001/2002. Début 2002, a lieu un atelier national en vue de sensibiliser l'ensemble des parties prenantes à la notion de SSP. Puis, l'équipe qui a été mise en place au sein de cette cellule s'est attelée à la tâche de la rédaction de nombreux documents de référence et guides de formation (voir (19)). Quinze départements dans le pays sont sélectionnés pour faire partie de ce projet de relance des SSP. Si des critères techniques sont définis pour le choix des départements (par ex. disposer des ressources humaines et matérielles), des raisons politiques incitent les personnes à ne pas oublier une seule région du pays, certaines régions ayant finalement droit à deux départements dans le projet. Cependant, l'OMS ne semble mettre aucune ressource matérielle à disposition du projet, mis à part l'assistance technique. Il s'agit donc d'un programme visant à former le personnel sur différents aspects des SSP : planification, budgétisation, gestion des médicaments, système d'information sanitaire, supervision, etc. Il faut surtout que les responsables de la santé publique intègrent l'organisation par districts (départements au Gabon), les notions de supervision ou de référence à l'échelle supérieure de la pyramide.

Fin 2003, il semble que trois ou quatre départements aient réussi à rédiger un plan d'action selon les normes présentées lors des formations. Mais début 2004, l'expérience est arrêtée et l'ensemble des membres de la cellule est réparti dans d'autres services, à la suite d'un

³ Dans le reste du document, les phrases en italique et entre guillemets correspondent à des citations exactes des personnes rencontrées lors des entretiens, l'anonymat de nos interlocuteurs (et dans la mesure du possible des lieux) étant évidemment protégé pour des raisons éthiques.

⁴ Un agent de santé villageois encore en exercice dans l'Ogooué-Ivindo nous dit avoir été formé en 1995 avec 25 personnes, 3 venant de son canton dont 2 ont depuis cessé leurs activités médicales.

conseil des ministres. Les responsables sanitaires croyaient avoir des résultats tangibles et rapides, alors que pour organiser un tel système, il faut « *une vision à long terme* ». Au cours de cette expérience, la question du recouvrement des coûts a été abordée avec les populations qui, contrairement aux personnages politiques, ne semblent pas avoir émis de réticence au principe de payer. A l'époque, c'est le paiement par forfait plutôt qu'à l'acte qui avait retenu l'attention. Notre rencontre avec un médecin chef de département ayant participé à ce projet sur le terrain confirme qu'aujourd'hui, il ne reste quasiment rien de concret à la suite de ce projet. Si des réunions et des formations ont bien eu lieu, l'absence de moyens logistiques (« *rien fourni* »), par exemple, mis à la disposition de ce responsable, ne lui a pas permis de poursuivre la relance des SSP. Aussi, « *les infirmiers dans les dispensaires sont abandonnés à eux même* ». Et pourtant, dans le document initial du projet, des moyens avaient été formulés dans le budget (« *dotation des équipes de districts en logistique (véhicules, frigos, motos...)* » (19)... l'argent a certainement manqué. Tel que cela a été démontré ailleurs en Afrique (24), cet échec de la mise en œuvre des SSP participe très certainement aux mauvais résultats de santé des populations gabonaises.

Les médicaments

Lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre un système de paiement des soins, la question du médicament est centrale. En effet, si les patients sont prêts à payer lorsqu'ils consultent, certaines expériences (25, 26) ont montré qu'il fallait que la qualité des soins soit irréprochable et que les biens tangibles, comme les médicaments, soient disponibles en contrepartie. Aussi, le circuit de distribution du médicament est un instrument politique indispensable au mécanisme de recouvrement des coûts. Nous verrons ce qu'il en est concrètement dans le chapitre consacré aux résultats. Relevons, dans cette section, la manière dont cela est organisé et les quelques données existantes à propos des médicaments.

Au Gabon, l'approvisionnement en médicaments des formations sanitaires publiques est réalisé par l'OPN. Depuis 1995 (décret n° 0001444 du 28 novembre 1995, article 76), l'OPN possède une autonomie de gestion mais, contrairement à d'autres pays africains, il ne fonctionne pas comme une centrale d'achat. Les médicaments sont achetés sur le marché international, mais l'OPN fait face à de nombreuses difficultés liées aux modalités de paiement. Le budget de l'OPN serait actuellement de l'ordre de 1,5 milliard de F CFA dont environ 850 millions sont consacrés aux achats de médicaments. Même si certaines formations sanitaires (les 5 CHR) ont maintenant l'autorisation d'acheter elles-mêmes les produits pharmaceutiques, l'OPN est encore le distributeur national pour toutes les autres formations sanitaires.

La distribution des médicaments est centralisée. Tous les six mois environ, les commandes des formations sanitaires sont envoyées individuellement par l'intermédiaire de transporteurs privés. Aussi, ce sont plus de 750 formations sanitaires dans le pays qui doivent être livrées par l'OPN, ce qui n'est pas sans causer une certaine lourdeur administrative et de nombreux retards de livraison.

Plusieurs rapports ont mis au jour depuis bien longtemps la faible disponibilité des médicaments (27). Seulement 52% des 11 médicaments clés étaient en stock dans 20 formations sanitaires en 1999 (27), voir tableau 4. Pour pallier ces difficultés, l'OPN a prévu de construire des antennes régionales qui devraient améliorer le circuit de distribution. Cependant, il reste de nombreux efforts à fournir pour rendre plus efficace le mode de fonctionnement de l'OPN. L'ensemble des outils de gestion est actuellement en cours de révision, et leur mise en œuvre est prévue pour l'automne 2005. Une formation de formateurs sera organisée avec l'aide de l'assistant technique de la Coopération Française, qui travaille sur cette question depuis quelques mois. Auparavant, il a soutenu la direction de l'OPN dans la réorganisation administrative. L'OPN dispose d'une mauvaise réputation dans le pays et les détournements de médicaments étaient légions. Il a même fallu installer un

système de surveillance vidéo pour limiter les pertes, qui se sont réduites mais n'ont pas été totalement arrêtées.

Les CHR s'approvisionnant à l'OPN achètent les produits avec une marge de 20% pour l'OPN. Ils ont aussi la possibilité de s'adresser aux deux autres fournisseurs en gros qui existent sur le marché privé de Libreville (Pharmagabon, Copharga⁵). Une moitié du bénéfice est utilisé pour les frais de fonctionnement tandis que l'autre sert à accroître les fonds propres de l'OPN et augmenter son capital en médicaments. Les autres formations sanitaires du pays reçoivent gratuitement les médicaments. D'une manière générale, il est reconnu que l'OPN fait face à de réelles difficultés de décaissement et dispose d'un budget trop faible, eu égard aux besoins.

La première liste nationale des médicaments essentiels génériques (MEG) date de 1997. Elle comprend 167 médicaments pour les centres médicaux et les hôpitaux, 30 médicaments pour les dispensaires et 14 pour les cases de santé. Cependant, plus de 70% des prescripteurs interrogés lors d'une recherche disent ne pas connaître l'existence de cette liste et 37% ignorent son utilité (27). Cette liste vient de subir une révision. Elle devrait être publiée d'ici la fin de l'année 2005. Les dispensaires auraient une liste de 38 médicaments.

Pour améliorer la qualité des prescriptions médicales, deux outils sont actuellement fournis dans le système de santé gabonais. Nous les avons parfois trouvés sur les bureaux des infirmiers travaillant dans les dispensaires. Il s'agit de documents datant de 1998/1999 et du projet d'appui au secteur de la santé par le FED : i) schéma thérapeutique standardisé à l'usage des infirmiers diplômés des formations sanitaires de base, ii) fiches techniques des médicaments essentiels à l'usage des infirmiers diplômés des formations sanitaires de base. Malgré l'existence de ces documents et l'organisation de formation à leur utilisation pour quelques agents de santé, la qualité des prescriptions dans le pays demeure aléatoire. Une étude effectuée au sein de 20 formations sanitaires du pays a donné les quelques résultats du tableau suivant à partir d'un échantillon de 1 200 consultations effectuées entre le 1^{er} juillet 1997 et le 30 juin 1998 (27).

Tableau 4 : Indicateurs de l'utilisation des médicaments dans les formations sanitaires de SSP

Nombre moyen de médicaments prescrits par consultations (n=1 200 consultations)	2,6
% de médicaments prescrits par nom générique (n=3 054 médicaments)	13,5
% de consultations à l'occasion desquelles est prescrite une injection (n=1 200 consultations)	21,8
% de consultations à l'occasion desquelles est prescrite un antibiotique (n=1 200 consultations)	64,5
% de médicaments prescrits figurant sur la liste des médicaments essentiels	57,1
% moyen de médicaments clés disponibles	52

Source : adapté de Nkogho Mengue (27)

En outre, seulement un tiers des professionnels affirment avoir prescrit au moins un médicament générique au cours de leurs deux derniers jours de travail (27).

En ce qui concerne les coûts des médicaments, il existe très peu de données. Nous n'avons trouvé que deux études à ce sujet. Selon la première étude réalisée en 2002 (dont on ne connaît malheureusement pas les détails méthodologiques), il existe une grande variation selon les régions.

Tableau 5 : Coûts moyen (en F CFA) des médicaments par région en 2002

Libreville	Estuaire	Haut Ogooué	Moyen Ogooué	Ngounié	Nyanga	O. Lolo	O. Maritime	Woleu Ntem
1 400	1 330	1 785	2 025	3 054	1 484	3 741	833	1 515

Source : adapté de COSP (14)

⁵ Le secteur privé distribue quasi exclusivement des spécialités et occupe 80% du marché national (27).

Une autre étude effectuée dans le secteur privé de Libreville en février/mars 2000, a montré que le coût moyen des ordonnances était de 13\$ US (source : affiche d'un colloque présentée à l'OPN).

En 1998, l'OPN a entrepris une réflexion sur la mise en œuvre d'un mécanisme de recouvrement des coûts. Un dossier technique financier, budgétaire et comptable a été réalisé pour la période 1999 à 2001 (28). Un certain nombre de calculs financiers ont été effectués sur la base de certaines hypothèses. Cependant, rien n'a encore été appliqué au moment où nous rédigeons ce rapport.

c. Financement des services de santé

En ce qui à trait au financement du secteur de la santé, depuis de nombreuses années, et notamment depuis l'ordonnance de 1995, le thème du « recouvrement des coûts » est abordé par l'ensemble des acteurs de la santé publique. En effet, face à la faiblesse de l'engagement de l'Etat dans le financement de la santé (voir tableau 6), la contribution financière des usagers est perçue par les parties prenantes comme une éventuelle solution. La seconde solution, qui n'est pas l'objet de cette étude mais qui est en cours de discussion au sein du gouvernement, est la mise en œuvre d'un système d'assurance maladie à l'échelle du pays (29). Cependant, le Gabon reste l'un des derniers pays du continent africain à ne pas avoir organisé de manière formelle le paiement direct des soins par les usagers lors de l'utilisation des services, que ce soit sous une forme centralisée comme en Afrique Centrale/Australe ou décentralisée et communautaire tel que pratiquée en Afrique de l'Ouest par les pays ayant adopté la politique de relance des soins de santé primaires (SSP) qu'était l'Initiative de Bamako.

En revanche, il convient de noter que depuis de nombreuses années, un système informel (mais connu de tous) et non régulé de paiement direct des soins s'est implanté dans l'ensemble du pays. Alors que l'accès aux soins est censé toujours être gratuit, les dépenses privées de santé des gabonaises et des gabonais (60%) dépassent les montants publiquement octroyés par l'Etat (40%) (30). Si le Gabon reste l'un des pays africains où les dépenses de santé sont globalement les plus importantes par habitant (7^{ème} sur 46 pays), c'est aussi dans ce pays que la part gouvernementale est l'une des plus faibles du continent (35^{ème} sur 46 pays). Le Gabon est également un des pays africains où le gouvernement accorde l'un des budgets du secteur de la santé le moins important proportionnellement à son budget total (39^{ème} sur 46 pays) (30). En outre, la différence d'allocation effective du budget annuel par rapport au montant initialement annoncé varie de 9% à 35% selon les années située entre 2001 et 2004 (23). Les données du tableau suivant, issues du dernier rapport annuel de l'OMS (2005), rendent compte de l'évolution de la situation au Gabon.

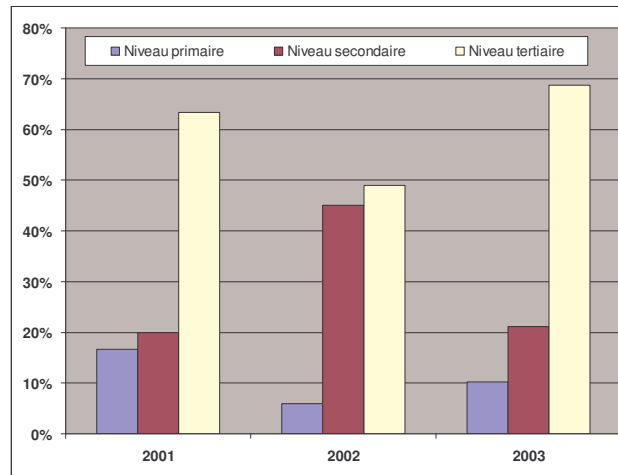
Tableau 6 : Indicateurs de dépenses de santé du Gabon entre 1998 et 2002

	1998	1999	2000	2001	2002
Dépenses totales de santé en % du PNB	4,3	3,5	3,5	4,2	4,3
Dépenses totales publiques de santé en % des dépenses totales de santé	60,7	49,2	39,5	43,5	41,3
Dépenses totales privées de santé en % des dépenses totales de santé	39,3	50,8	60,5	56,5	58,7
Budget total santé en % du budget total du gouvernement	5,4	6,1	6,2	5,9	6,3
Dépenses d'assurance sociale en % des dépenses publiques de santé totales	2,2	3,1	3,1	2,8	2,8
Financement externe de santé en % des dépenses totales de santé	3,6	3,1	1,2	1,6	2,8
Dépenses totales de santé par habitant au taux de change	162	130	138	151	159
Dépenses totales de santé par habitant au taux de dollar international	272	197	193	240	248
Dépenses de santé publiques par habitant au taux de change	98	64	55	66	66
Dépenses de santé publiques par habitant au taux de dollar international	165	97	76	105	102

Source : OMS (31)

Le système de santé gabonais est encore centré sur les hôpitaux, et la capitale accapare une part disproportionnée du personnel de santé. La part du budget annuel consacré au niveau tertiaire entre 2001 et 2003 reste à des niveaux très importants, en moyenne sur trois ans de 60% (23).

Figure 7 : Répartition du budget annuel de santé par niveau sanitaire de 2001 à 2003



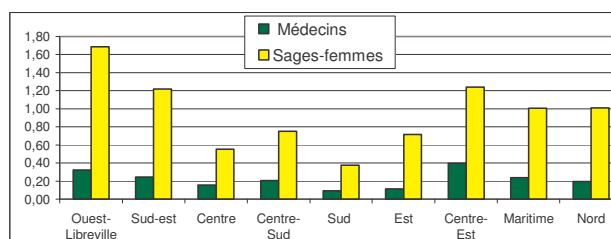
Source : adapté de Ekanmian (23)

Le budget de l'ensemble des programmes prioritaires (infections respiratoires aiguës, paludisme, eau et assainissement, VIH / SIDA, tuberculose, vaccination, autres) représente moins de 6% du budget total du Ministère de la santé. A lui seul le programme de lutte contre le VIH/Sida dispose de 4% du budget total (23).

d. La génération des ressources

Nous nous limiterons ici à présenter quelques clefs concernant la répartition des ressources humaines au sein du système de santé gabonais⁶. L'étude du tableau de bord 2004 réalisé par la COSP (14) nous apprend que la répartition des agents de santé sur le territoire est très inéquitable. Comme dans beaucoup de pays du monde, les professionnels de la santé sont concentrés dans les grandes villes et notamment dans la région de Libreville (35 MD pour 100 000 hab. à Libreville vs 10 dans les régions les moins nanties). Il reste, par exemple, des régions du pays ne disposant ni d'anesthésiste ni de pédiatre.

Tableau 7 : Nombre de médecins et de sages-femmes pour 1 000 habitants par région



Source : COSP [10]

De surcroît, la gestion des ressources humaines laisse à désirer puisque les responsables n'ont pas véritablement d'informations précises quant aux nombres d'agents par région, les données variant d'une source à l'autre. Si le ministère a connu une augmentation de 38% entre 1996 et 2002 de son effectif, ce sont essentiellement les catégories administratives (+ 45%) qui en ont profité au détriment des cliniciens (- 14%). La formation continue des

⁶ Pour les détails de l'analyse, voir le rapport de mission de Mme Laurence Codjia.

professionnels de santé, en dehors des programmes prioritaires, est quasiment inexistante. En ce qui concerne le domaine de la santé publique, s'il semble exister un potentiel important de ressources humaines, souvent concentrées à Libreville, les connaissances en économie de la santé paraissent manquer.

A RETENIR :

Au terme de ce survol des déterminants de la performance du système de santé au Gabon et des politiques publiques, il est possible de résumer la situation ainsi :

- **une population en moins bon état de santé comparativement à des pays aussi riche**
- **une faible réactivité⁷ (réponse aux attentes des populations) du système de santé**
- **un système de santé centré sur les activités curatives et les hôpitaux**
- **une répartition inéquitable des ressources en santé**
- **un manque d'investissement de l'Etat dans le financement du système de santé**
- **une part très importante des dépenses de santé conservée dans la sphère privée**
- **une acceptation officielle, traduite dans les textes de politiques publiques mais pas forcément dans les discours, du paiement direct des usagers des services de santé**
- **une préoccupation particulière pour l'équité et les plus démunis dans les textes officiels**
- **une place très réduite laissée aux usagers et aux populations au sein du système de santé⁸**
- **de nombreuses déclarations de principes pour la mise en place de l'initiative de Bamako...**
- **...mais toujours aucune modalité technique claire pour organiser un système efficace.**

III. Méthodologie

Cette mission d'étude a été effectuée selon deux phases, préévaluative et évaluative (32), au moyen de trois études de cas et de l'utilisation de plusieurs outils de collecte de données.

1. Phase préévaluative et précision des objectifs de la mission

Lors de la première phase, nous avons tenté de comprendre le contexte général du Gabon ainsi que les spécificités du système de santé dans ce pays d'Afrique Centrale. Cela a notamment été effectué à l'aide des documents préalablement remis par le CREDES aux consultants. Ensuite, il a été nécessaire d'organiser des réunions de travail avec les responsables du comité de suivi des Etats Généraux de la Santé et de la COSP à Libreville. Il fallait en effet définir de manière consensuelle l'orientation des travaux de cette mission ainsi que les résultats attendus. Lors de ces réunions effectuées les 27 et 28 juin, nous avons notamment compris qu'il fallait tenter de :

- traduire le PNDS en des termes plus opérationnels et préciser les objectifs plus spécifiquement ;
- définir les éventuels besoins de textes législatifs ;
- proposer un plan d'action qui prend en compte le contexte social et politique gabonais, les erreurs du passé et la manière d'impliquer les populations ;
- prendre en compte les échéances politiques et budgétaires des semaines et mois à venir ;
- intégrer les propositions dans un PNDS dont la version provisoire serait disponible fin août et la version finale validée en septembre.

De surcroît, dans l'intention de préparer le budget gouvernemental de l'année 2006, un séminaire interministériel était prévu à partir du 14 juillet. Si le ministère de la Santé publique possédait encore, au début de cette mission, une grande marge de manœuvre dans ses propositions d'activités et de budget pour le PNDS, ce séminaire paraissait être le dernier moment pour échafauder des hypothèses de travail. Autrement dit, il fallait que cette mission

⁷ Pour ce concept, voir le rapport 2000 de l'OMS (5). Il s'agit de l'un des trois objectifs d'un système de santé, selon l'OMS, les deux autres étant : améliorer la santé, répartir équitablement la contribution financière.

⁸ Les récents *fora* organisés pour la réalisation des Etats Généraux de la Santé 2005 sont cependant de bonne augure.

sur le thème du « recouvrement des coûts » soit en mesure de fournir des éléments techniques, discutés et validés par les autorités, avant cette date ; des aménagements mineurs et une collecte de données pour une compréhension plus fine pouvant être réalisés ensuite par les consultants. Un document provisoire a donc été remis le soir du 13 juillet au vice-président des EGS.

A RETENIR :

Il a donc été convenu de retenir trois objectifs spécifiques pour cette mission, qui constitue une évaluation des processus et de la faisabilité des mécanismes de recouvrement des coûts :

- **déterminer les forces et les faiblesses des systèmes de recouvrement des coûts ayant actuellement cours en vue de formuler certaines leçons apprises.**
- **comprendre les défis de la mise en place d'un tel système (et de ses composantes) dans le contexte gabonais ainsi que les perceptions des acteurs du système de santé à son égard.**
- **à la lumière des expériences internationales et nationales, formuler des recommandations d'activités pour atteindre les objectifs du PNDS concernant les mécanismes de « recouvrement des coûts ».**

2. Phase évaluative, stratégie méthodologique et outils de collecte de données

La stratégie méthodologique employée dans cette évaluation est celle de l'étude de cas multiples avec des niveaux d'analyse imbriqués (33). Pour porter un jugement sur la situation actuelle du paiement direct des soins dans les formations sanitaires du pays, nous avons décidé avec les responsables de la COSP d'effectuer une comparaison entre deux cas différents. Nous avons choisi deux cas critiques en fonction de leur potentiel d'information (34) qu'ils pouvaient apporter à l'étude du « recouvrement des coûts » dans le pays. La population est constituée de l'ensemble des provinces du pays, et une sélection raisonnée de deux provinces, à l'exception de celle de l'Estuaire prise en charge par une autre équipe de consultants⁹, a été effectuée. Selon le vice-président des EGS, les lieux privilégiés *a priori* pour expérimenter le système du « recouvrement des coûts » étaient les suivants :

- Libreville : Glace, Louis, Peyrie, Sainte-Marie, Hôpital chinois
- Lambaréné : Hôpital Schweitzer et dispensaires, hôpital régional
- Ngounié : Tchibanga, Mayamba
- Ogooué-Ivindo : hôpital régional, Boué, Makando.

Nous avons ainsi choisi, d'une part, une province caractérisée par une certaine histoire d'implantation du « recouvrement des coûts », et d'autre part, une province où ce mode de financement reste très informel et a provoqué de nombreuses réticences de la part des parties prenantes locales. Aussi, la province du Moyen-Ogooué (Lambaréné) et celle de l'Ogooué-Ivindo (Makokou) ont été choisies. La première province est concernée par un projet de santé communautaire de l'hôpital Schweitzer où les principes de l'initiative de Bamako sont appliqués depuis 1999 (35). La seconde province s'est forgée une réputation de réticence à l'égard du paiement des soins, et si quelques modalités de paiement paraissent exister, cela demeure à une échelle informelle et restreinte.

Une mission dans une troisième province (Woleu Ntem) a été effectuée afin d'affiner notre analyse de la situation, de vérifier la pertinence et la faisabilité du plan d'action proposé et enfin de comprendre la nature de l'appui technique apporté par l'Université de Montréal à la Direction Régionale de la Santé et au Centre Hospitalier Régional. En effet, à la suite de deux semaines de mission, nous avons pensé important de vérifier le potentiel de réussite d'un projet d'appui à la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako par l'intermédiaire d'une coopération technique internationale. Or, la seule expérience actuelle de cette nature est canadienne et située dans cette province du Woleu Ntem. De surcroît, un département de cette province (Mitzic) avait été sélectionné par les autorités pour être intégré dans les 15

⁹ Voir le rapport de J. Mathonat et M. Audibert.

départements du projet de relance des SSP sous l'impulsion de l'OMS. Par conséquent, la collecte d'informations sur l'état actuel des effets de ce projet auprès des responsables encore en poste rendait particulièrement pertinent cette mission dans le Nord du pays. Il convient d'ajouter qu'un certain nombre d'entrevues ont été effectuées auprès de personnes clefs présentes dans la capitale Libreville.

Les outils de collecte de données sont essentiellement, mais pas exclusivement, d'ordre qualitatif. Compte tenu de l'approche pluraliste employée, du contexte local, des données disponibles ainsi que des objectifs de d'évaluation, l'utilisation de ces méthodes selon lesquelles les mots sont plus importants que les chiffres nous a paru la plus pertinente. Cela étant dit, le recours à des méthodes quantitatives afin de compléter, affiner et détailler les réponses à certaines questions s'est avéré nécessaire, comme cela est bien souvent le cas (36). Trois méthodes principales ont servi pour collecter les données : les entrevues, l'observation, et la documentation.

Afin de disposer d'une grande diversité de points de vue et perceptions des acteurs concernés par le paiement des soins, nous avons mené des entrevues auprès de 129 personnes. Selon le cas, il s'est agi d'entrevues individuelles ou de groupe, de type *focus group*. Ces entrevues semi-dirigées ont été réalisées à l'aide d'un guide préalablement construit, mais qui a évolué au grès des réponses des interviewés et des besoins analytiques. Lorsque l'on décide d'user d'une telle méthode de collecte de données cette évolution est indispensable afin de s'adapter contexte local de mise en œuvre du projet (37).

Tableau 8 : Nombre de personnes rencontrées lors des entrevues formelles

	Nombre de personnes
Population	73
Agents du ministère de la Santé	36
Responsables du ministère de la Santé	4
Responsables de l'Administration	3
Partenaires au développement	13
TOTAL	129

Source : auteurs

En plus de ces entrevues, nous avons visité et étudié le mode de fonctionnement de nombreuses formations sanitaires.

De nombreux documents produits par le ministère de la Santé publique, des projets de coopération ou d'autres organisations ont été étudiés. Certains ont été trouvés sur place et d'autres préalablement à notre mission sur le terrain.

IV. Résultats

Dans ce chapitre consacré aux résultats de la collecte de données, nous commençons par la présentation de la manière dont fonctionne le projet de santé communautaire de l'hôpital Schweitzer dans le Moyen-Ougoué. Compte tenu de l'histoire et l'exemplarité de ce projet au Gabon, nous lui dédions une partie entière de ce chapitre. Ensuite, une section est employée à décrire les pratiques de paiement des soins dans les formations sanitaires publiques des trois provinces. Enfin, une courte section explique la manière dont des congrégations religieuses de l'Ougoué-Ivindo proposent des médicaments aux populations.

1. Le projet de santé communautaire dans le Moyen-Ougoué

Dans les prochaines lignes, nous présentons quelques éléments de contexte de l'expérience entreprise par l'hôpital Schweitzer pour en établir les forces et les faiblesses et relever ainsi quelques leçons apprises de ce projet. Nous avons concentré nos efforts analytiques sur le projet réalisé au sein des dispensaires et non sur les pratiques de paiement existant dans

l'hôpital (25% du budget de 2 milliards de F CFA annuel seraient pris en charge par le paiement direct de la part des usagers (35).

a. Le contexte et le processus de mise en place

Pour bien comprendre les résultats actuels de la mise en œuvre du paiement des soins et des médicaments dans la province, il est important d'en connaître la genèse et le processus d'implantation. Pour cela, faute d'avoir eu accès à des documents relatant l'expérience tant au sein de l'hôpital Schweitzer que dans l'administration sanitaire, notre description se fonde sur les entretiens effectués auprès de plusieurs acteurs clefs.

L'origine du projet dit de « santé communautaire » dans la province semble provenir d'une conjonction de moyens de l'UNICEF et de l'hôpital Schweitzer à la fin des années 1990. En 1999, l'UNICEF souhaitait appuyer le gouvernement du Gabon dans la mise en œuvre de la politique des SSP par l'intermédiaire de dotation en MEG tandis que les responsables de l'hôpital Schweitzer recevaient de plus en plus de requêtes, dès 1997 semble-t-il, des populations villageoises pour étendre leurs activités et ne pas les limiter aux interventions préventives. En effet, les intervenants de cet hôpital oeuvrent dans 18 villages de la province, depuis de nombreuses années, à travers des activités préventives tels que la pesée des enfants, le suivi des femmes enceintes ou encore la vaccination. Or, lors de ces tournées effectuées en zone rurale, ces actions sont accomplies en utilisant le réseau de dispensaires publics qui, à l'époque, ne fonctionnaient pas.

Face à l'absence de services curatifs dans ces formations sanitaires, les populations ont émis le souhait de voir l'hôpital Schweitzer agir également. C'est ainsi que ce dernier, en collaboration avec le DRS et l'UNICEF, a accepté de participer à cet effort de redynamisation des centres de santé de première ligne. La contribution de l'UNICEF consistait en la fourniture des MEG (apparemment pour les besoins de 40.000 personnes) tandis que l'hôpital Schweitzer prenait la responsabilité de la mise en place du projet. Puisque ce type d'activité n'était pas à l'origine prévu dans le budget et les fonctions de l'hôpital, les responsables se sont tournés vers les associations américaine et allemande afin d'obtenir les ressources nécessaires. Un projet d'une durée initiale de deux ans pouvait ainsi démarrer sous la responsabilité d'un médecin allemand. A cette époque, il convient de noter que pour des considérations politiques, le gouvernement ne semblait pas avoir l'intention de prendre lui-même la responsabilité de tenter l'expérience du « recouvrement des coûts ». Aussi, pour éviter certaines plaintes et perceptions négatives de la population à l'égard du gouvernement, la solution de déléguer la responsabilité de l'expérience à une organisation caritative a été privilégiée.

Deux dispensaires ont été sélectionnés en mars 1999 en fonction de plusieurs critères :

- un bâtiment et des équipements en bon état nécessaires aux activités curatives
- un infirmier dont la présence dans le dispensaire est stable
- une population intéressée par la santé communautaire.

A ces deux dispensaires ruraux que sont Benguïé 2 et Benguïé 4, s'est ajouté en décembre 1999, le dispensaire urbain d'Isaac. Fin 2001, le projet de deux années touchant à sa fin et le ministère n'ayant toujours pas clairement affirmé son intention de prendre la responsabilité d'un tel projet, l'hôpital Schweitzer décide de poursuivre ces activités et de les étendre à d'autres dispensaires. D'autres associations de soutien à l'hôpital sont mobilisées pour obtenir le financement nécessaire. Cette activité de santé communautaire devient un service à part entière de l'hôpital regroupant ainsi les interventions curatives avec le « recouvrement des coûts » et les médicaments essentiels, d'une part, et les actions préventives avec la PMI, d'autre part. Quatre autres dispensaires sont ajoutés à la liste de ceux faisant partie du projet fin 2001, un cinquième venant tous juste, en mars 2005, de tenter l'expérience. Le tableau suivant dresse ainsi la liste des huit dispensaires intégrés dans ce projet.

Tableau 9 : Liste des dispensaires et date de démarrage du projet de santé communautaire

Bendié 2 (mars 1999)	Moumbakele (fin 2001)
Bendié 4 (mars 1999)	Tchad (fin 2001)
Issac (décembre 1999)	Saint Martin (fin 2001)
Kéry (fin 2001)	Atsié (février 2005)

Source : auteurs

Le processus d'implantation a parfois été directif et souvent assez peu participatif. Par exemple, les populations d'un village pensent que la personne responsable du projet n'a pour seul interlocuteur que les chefs de village et de regroupement. Selon elles, ce sont ces derniers qui gèrent les recettes du dispensaire. « *Avant de fixer le montant à payer, la responsable a discuté avec les chefs de quartiers qui eux s'entretenaient avec les populations. Cette dernière a finalement accepté le montant proposé par la responsable* » a expliqué un infirmier. Cela se justifie peut-être par le fait que la responsable du projet fasse confiance aux chefs de village. Selon elle, ce sont les chefs de village qui règlent les conflits qui se posent au niveau du comité de gestion. Mais d'une manière générale, la phrase souvent entendue est : « *c'est Mme X qui a instauré le système* ».

b. Les effets du projet

Selon les dires d'une personne connaissant un peu l'histoire et les effets de ce programme, « *le projet marche plutôt bien que mal* », ce qui demeure un jugement relativement imprécis. Faute de documents et de données probantes, nous avons été contraints de porter notre jugement évaluatif à la lumière d'entretiens avec les parties prenantes du projet, de visites dans six des huit dispensaires (75%) et de notre analyse de quelques registres accessibles dans ces formations sanitaires.

Les activités des dispensaires :

Au plan national, une étude effectuée sur un échantillon de 122 dispensaires dans le pays a montré que ces derniers effectuaient en moyenne deux consultations par jour (14). Nos observations dans quelques-uns des dispensaires visités confirment la fiabilité de ces données. A l'aide des registres de consultation¹⁰, nous pouvons fournir les informations suivantes.

Tableau 10 : Nombre de nouvelle consultation moyenne par jour dans quatre dispensaires du projet Schweitzer

Dispensaire	Période	Nombre de nouvelles consultations moyennes par jour
Isaac	Janvier à décembre 2004	3,1
Bengué 2	Juillet 2004 à juin 2005	2,0
Bengué 4	Juillet 2004 à juin 2005	1,7
Bifoun	Janvier à décembre 2004	1,5

Source : registres de consultations, compilation des auteurs

Il faut noter que le dispensaire d'Issac, disposant du plus grand nombre moyen de nouvelles consultations curatives par jour est situé dans un des quartiers de la ville de Lambaréné. Dans seulement deux dispensaires, nous avons été en mesure de connaître le nombre d'habitants composant la population de référence de l'aire de santé. Compte tenu de cette population (2 333 hab. et 2 496 hab.), les taux de consultation des dispensaires de Bengué 2 et de Bengué 4, sont respectivement estimés à 0,2 et 0,17 nouvelle consultation par an et par habitant. Ces taux sont relativement bas lorsque l'on compare cette situation avec d'autres pays africains (1) et loin de la « norme » OMS de 1.

¹⁰ En considérant 5 jours de travail par semaine, cette hypothèse est conservée dans le reste du document.

Dans le dispensaire de Benguié 2, il a été possible d'établir des statistiques concernant l'origine géographique des patients.

Tableau 11 : Origine géographique des patients du dispensaire de Benguié 2 en 2003

Distance	Nombre	Pourcentage
0 à 5 km	123	21%
6 à 10 km	84	14%
+ de 10 km	382	65%
Total	589	100%

Source : registres de consultations, compilation des auteurs

On remarque donc que la majorité des patients reçus dans ce dispensaire provient de plus de 10km, certains habitant dans des villages situés à plus de 30 km. La présence d'un infirmier et de médicaments en permanence sont des facteurs évidemment essentiels à l'utilisation des services par les populations très éloignées. Quelques personnes vivant dans des villages possédant un dispensaire public mais vide (p.e. Bifoun) n'hésitent pas à prendre la route pour venir se faire soigner.

Suivi et supervision :

L'ensemble du suivi et de la supervision des activités ayant cours dans ces huit dispensaires est exclusivement effectué par la responsable du projet de l'hôpital Schweitzer. Bien que le DRS actuel, contrairement à son prédécesseur, semble passer de temps à autre dans les formations sanitaires, la supervision technique des mécanismes de « recouvrement des coûts » est réalisée uniquement par cette responsable. Nous n'avons pas non plus eu d'indication concernant une éventuelle implication des médecins chef de département sanitaire. Suivant les directions géographiques fournies par les deux routes principales de la province, la supervision est effectuée une semaine sur deux dans les dispensaires de chacun de ces deux axes. Toutes les deux semaines, les infirmiers reçoivent donc la visite de la responsable du projet. Cette dernière étant également médecin, elle se charge de la supervision clinique, d'effectuer des consultations médicales lorsqu'il y a des patients ou de valider des décisions de références de patients à un niveau plus élevé de la pyramide sanitaire. La responsable du projet s'occupe également de la supervision administrative du système de « recouvrement des coûts » : médicaments, participation communautaire, aspects financiers, etc. Nous n'avons malheureusement pu avoir accès à aucun des rapports de supervision.

Financement des services :

- **Paiement** : Lors de leur présentation aux Etats Généraux de la Santé, les responsables de la fondation internationale de l'hôpital ont souligné que l'un des objectifs du paiement des soins de la part des populations était d'« *inculquer que la santé a un coût et qu'il faut le recouvrir* » (35). Le mode de paiement privilégié a été celui du forfait. Alors qu'au début du projet chaque patient devait s'acquitter du paiement d'un montant de 500 F CFA pour être consulté et recevoir les médicaments prescrits, ce forfait est aujourd'hui de 1 000 F CFA à la campagne et 1 500 F CFA en ville. Certains dispensaires semblent proposer également un tarif de consultation pour les enfants et/ou les élèves d'un montant de 500 F CFA. Lorsque les membres de l'équipe des activités préventives de l'hôpital se trouvent dans les dispensaires pour effectuer, par exemple des pesées des enfants, il leur arrive de procéder à des activités curatives. Dans ce cas, ces consultations dites « enfants malades » sont facturées 2 000 F CFA (MEG compris) aux parents, et l'argent est conservé par l'équipe et non dans le dispensaire.

A l'origine, le prix de 500 F CFA correspondrait au montant minimum permettant un réapprovisionnement du stock de MEG. Faute de document, nous n'avons pu vérifier l'exactitude de ce calcul. Cependant, aux dires de la responsable du projet, il n'y a eu

aucune décapitalisation du stock central de MEG à l'hôpital, et deux ou trois commandes ont déjà été passées depuis le début du projet.

Le doublement du tarif du forfait a été décidé à la suite de requêtes de plus en plus fortes des agents de santé et des membres des comités de gérance afin d'obtenir des primes. Il apparaît en effet que tant les prescripteurs que les habitants de villages ne veulent travailler bénévolement, « *je ne peux pas travailler si je ne suis pas motivé* », « *on ne peut pas travailler cadeaux* » nous disent deux infirmiers. Il existerait même une loi (1963 ?) au Gabon pour bannir le bénévolat. « *Le Gabonais n'aime pas le bénévolat* », nous a-t-on dit ailleurs. L'agent de santé affirme contribuer au bien-être financier du dispensaire en prescrivant des MEG, et les membres du comité avancent le même argument puisqu'ils travaillent en collaboration avec ce dernier. Aussi, pour leur donner une prime a-t-il été décidé de doubler les tarifs. Il est utile ici de rappeler que le décret portant sur la création des comités de gérance stipule clairement que les membres des comités doivent agir à titre gratuit.

Il faut noter que certains infirmiers ont décidé de faire payer d'autres prestations, comme par exemple les injections ou les pansements. L'argent collecté reste cependant leur propriété personnelle. « *Si quelqu'un vient se faire injecter alors qu'il a été consulté ailleurs, il paie 500 F. C'est moi qui prend cet argent car c'est moi qui court le risque* », a affirmé l'infirmier d'un dispensaire de ce projet.

- Utilisation des revenus : Compte tenu de cette augmentation, il est maintenant convenu une répartition égalitaire des sommes collectées. 50% des montants servent au réapprovisionnement en MEG et 50% aux primes du personnel du dispensaire. Les premiers montants sont déposés régulièrement dans un compte bancaire dont le titulaire est « *projet santé communautaire hôpital Albert Schweitzer* ». C'est la responsable du projet de Schweitzer qui s'occupe la plupart du temps des dépôts. Dans d'autres cas, c'est une personne du dispensaire qui dépose l'argent. La responsable remet ensuite, quelques temps après, une copie du bordereau de dépôt. Les seconds montants (50%) sont conservés localement et quasiment exclusivement employés pour les primes. Lors de rares exceptions, cet argent est utilisé pour acheter du petit matériel utile au fonctionnement du dispensaire.

- Reddition de compte : Aucune procédure d'information des communautés n'a été mise en œuvre pour rendre compte des sommes collectées et de leur utilisation. La responsable du projet n'a pas non plus de compte de résultat par dispensaire ou de toute autre information comptable concernant le projet. Si les infirmiers reçoivent une copie des bordereaux de dépôt des sommes collectées, ils n'ont aucune idée du solde total du compte en banque ainsi que de la manière dont l'argent est employé. « *Nous sommes emmerdés parce que la responsable du projet nous met à l'écart. Nous ne savons pas combien il y a dans le compte. On nous dit seulement qu'on a acheté des médicaments mais nous ne savons pas combien il reste dans le compte* », dit un infirmier. De surcroît, les bordereaux sont exclusivement conservés par l'infirmier qui ne semble pas véritablement s'en servir et encore moins en partager le contenu avec les membres du comité de gérance ou encore la population dans son ensemble.

- Gestion des médicaments : dans les dispensaires du projet subsiste un double système de distribution des médicaments. 1/ D'une part, les MEG fournis par le projet sont vendus dans le cadre du forfait de consultation. Lorsque l'on utilise le paiement par forfait, on court bien souvent le risque de voir les agents de santé prescrire de manière systématique des médicaments. Il semble que cela soit le cas dans les dispensaires visités par notre équipe. La gestion des médicaments du projet est minimale. Les responsables des dispensaires disposent de fiche de stocks, plus ou moins bien tenues, mais il leur manque de nombreuses données, comme par exemple la consommation moyenne mensuelle.

Les médicaments ne sont pas toujours bien rangés, il arrive parfois qu'ils soient déposés sur des lits d'observation ou des tables à chevet (voir photo 1 en annexe). La responsable du projet avance attendre depuis des années des investissements de la part de l'Etat pour l'organisation du rangement des MEG. Le projet ne souhaite pas investir dans ce domaine.

2/ D'autre part, les dispensaires continuent de recevoir très irrégulièrement des médicaments de l'OPN. Pour l'année 2005, la dernière distribution a, semble-t-il, eu lieu au cours du mois d'avril. La distribution de ces médicaments n'est pas très claire. Il semble qu'ils soient intégrés dans l'ensemble du stock, les gérants utilisant les mêmes fiches de stocks. Cependant, certains agents utilisent ces médicaments pour les distribuer gratuitement aux indigents ou à des personnes supposées l'être. La logique sous-jacente de ces dons est que ces médicaments ayant été donnés par l'OPN, il est logique de les donner puisque ceux du projet qui ont été achetés doivent impérativement être vendus. Etant donné que les livraisons de l'OPN sont très irrégulières et sont loin de répondre aux besoins des populations, ce type de pratique de distribution gratuite aux indigents dans le cadre du projet influence le comportement des usagers. En effet, la population est très rapidement au courant de l'arrivée de la livraison de l'OPN, et l'affluence au dispensaire s'en trouve très importante les jours suivants. Nous avons même constaté dans un dispensaire que, le lendemain de cette arrivée de médicaments, toutes les personnes ayant été consultées par l'infirmier ont été considérées comme indigentes et de fait, ont obtenu les médicaments gratuitement. Le 11 avril 2005, les sept consultations de la journée ont été gratuites et les patients ont reçu les médicaments nouvellement arrivés de l'OPN. S'il y avait certainement des indigents dans ce groupe de personnes, il nous paraît raisonnable de croire que la pression sociale est trop forte pour que l'infirmier ne consente pas à distribuer ces médicaments gratuitement, d'autant plus que cet agent de santé est natif du village où il travaille. Notons enfin que certains produits dont l'efficacité sur la réduction de mortalité infantile a été démontrée depuis longtemps (38) et qui devraient assurément être gratuits sont vendus dans ces dispensaires, comme par exemple les Sels de Réhydratation Orale (SRO).

La prise en charge des indigents :

L'un des risques les plus importants encourus par la mise en œuvre d'un système de paiement des soins lors de l'utilisation des services de santé est l'exclusion. En effet, tel que les promoteurs de l'initiative de Bamako l'avait précisé à l'origine, un certain nombre de personnes demeurent dans l'incapacité permanente de payer (39). Par conséquent, il est indispensable, dans un souci d'équité et de justice sociale, d'organiser des mesures d'exemption du paiement pour ces indigents. Faute de données et de système formellement mis en œuvre par le projet, nous n'avons pu obtenir que quelques informations à ce sujet, circonscrites dans le tableau suivant.

Tableau 12 : Nombre d'indigents pris en charge dans quatre dispensaires du projet Schweitzer

Dispensaire	Période	Nombre d'indigents pris en charge
Kerry	17 mars 2004 - 31 mars 2005	4
Atsié	1 mars 2005 - 21 juin 2005	5 sur 143 consultations (3,5%)
Benguié 2	1 juillet - 31 décembre 2004	0
Benguié 2	1 janvier - 30 juin 2005	17 sur 242 consultations (7%)

Source : registres de consultations, compilation des auteurs

La lecture de ce tableau doit se faire, notamment en ce qui concerne l'année 2005 à Benguié 2, à l'aune des phrases précédentes concernant la distribution des médicaments de l'OPN. Il est donc aisé de constater que la problématique des indigents, ce qui n'est pas une spécificité gabonaise (40), n'est pas une priorité des promoteurs de ce projet de santé communautaire.

c. Les comités de santé

Dans certains villages, les comités de gestion sont vieux et n'ont jamais été renouvelés. Selon la responsable du projet, ce sont les notables et les chefs de villages qui se réunissent pour désigner les membres du comité de gestion. Parfois les jeunes assistent aux réunions.

Il leur est demandé de choisir des hommes stables et qui sachent lire et écrire. Il n'y a pas d'élection, ils se concertent. Théoriquement, ces personnes sont choisies par la communauté pour leur sérieux. Mais il arrive que des remplacements soient effectués lorsque certaines personnes se désintéressent du système ou n'assistent plus aux réunions. Le désintéressement provient du fait qu'au départ, les populations pensaient qu'ils allaient gérer et gagner beaucoup d'argent. Partant du principe que celui qui travaille doit percevoir une contrepartie financière, le choix des membres du comité de gestion peut être difficile car chacun veut placer une personne de son entourage.

Dans un village, par exemple, le comité de gestion a été recomposé trois ou quatre fois depuis 1999. Certains membres se sont désistés parce qu'ils ne veulent pas faire du bénévolat. Ils partent quand ils trouvent des activités plus rémunératrices ailleurs. Dans un autre village on en est au deuxième comité de gestion. Le jour de la cérémonie de mise en place du deuxième comité de gestion la population n'était pas informée. Le premier président de ce comité de gestion a été remplacé pendant son absence.

Dans certains villages, les populations n'ont pas une bonne connaissance des membres ou de la composition du comité de gestion. Aussi, les populations, et parfois les agents de santé, ignorent les critères sur lesquels ils ont été choisis. « *On m'a dit qu'il y a un comité de gestion qui a été mis en place mais il ne s'est jamais réuni. Je ne sais pas sur quelle base les membres du comité de gestion ont été désignés* », a affirmé l'infirmier d'un dispensaire.

Le comité de gestion ignore ses prérogatives. Dans certains endroits, en lieu et place du trésorier du comité de gestion, c'est l'infirmier qui va verser l'argent du « recouvrement des coûts » à la banque. « *Je ne sais pas pourquoi ce sont ces gens qui ont été choisis pour faire partie du comité de gestion. Ils n'ont aucun regard sur ce que nous faisons* » a noté l'infirmier d'un dispensaire. En outre, il arrive parfois que les populations, et même les infirmiers, ignorent le rôle et les missions du comité de gestion. « *Je ne sais pas quelles sont les missions du comité de gestion. On ne m'a rien expliqué* » a noté un infirmier.

Cependant, les prérogatives sont d'autres fois bien explicitées bien qu'elles soient en pratique bien loin des directives énoncées dans le seul décret officiel, celui portant sur la création des comités de gérance. Un infirmier a affirmé que le rôle du comité de gestion est de gérer l'argent et les médicaments du dispensaire. Ils reçoivent les malades, prennent la tension, le poids et ils introduisent les malades au bureau de l'infirmier pour la consultation. Aussi, pour lui, le comité de gestion sensibilise le village sur la façon dont fonctionne le projet de santé communautaire. A l'occasion, il organise des réunions avec les villageois afin de les sensibiliser ou les éduquer par rapport à certaines maladies. En revanche, à quelques kilomètres de là, non seulement les populations ne connaissent pas les membres du comité de gestion de leur dispensaire, mais en plus elles pensent que « *le rôle du comité de gestion est d'aider l'infirmier à découvrir les malades dans les maisons et les orienter vers le dispensaire* », a affirmé un habitant du village.

D'une manière générale, le comité de santé ne communique pas assez avec la population. Parfois les populations ne comprennent pas grand chose aux montants à payer. Certains changements de tarifs (pour les enfants et les scolaires par exemple), n'ont pas été bien expliqués aux habitants des villages.

d. Perception du système de paiement par les populations

Il n'y a pas véritablement de réticence de la population vis-à-vis du recouvrement des coûts. Le projet a été bien accueilli. Au quartier Atisie, par exemple, lors de l'ouverture de leur dispensaire, les populations ont versé une caution de 300.000 F CFA afin que leur dispensaire ne manque pas de médicaments. Le recouvrement des coûts ne pose pas de problème car l'Hôpital Schweitzer pratique cette politique depuis longtemps. S'il y a une volonté à payer, la capacité à payer n'est pas toujours présente, car la population est pauvre. La seule chose que redoute les populations c'est le montant à payer. Aussi, les populations s'inquiètent du fait qu'au début du projet elles payaient 500 F CFA, aujourd'hui le montant est passé à 1.000-1.500 F CFA. Alors demain ne va-t-on pas leur demander de payer 2.000

F CFA et plus ? Les montants actuellement pratiqués dans les dispensaires sont souvent énoncés par nos interlocuteurs comme le maximum possible. Cela semble être plus une barrière psychologique que monétaire. Pourquoi, en effet, nous dire qu'ils sont prêts à payer plus s'ils peuvent payer moins.

Outre l'argent, il subsiste encore une barrière sociologique. Les populations n'ont plus confiance en une certaine « élite » car celle-ci détourne l'argent. Il faut donc remettre en place cette confiance. Les populations ont besoin d'être rassurées. Il est à noter que le véritable problème est qu'elles ne s'approprient pas le projet de santé communautaire. Ce volet est encore négligé.

L'une des difficultés auxquelles fait face la politique de « recouvrement des coûts » est la pauvreté des populations. En effet, le projet a été initié de façon isolée et non dans un processus global. Autrement dit, le projet a été initié sans d'autres activités qui procurent des revenus aux populations.

e. La synthèse

Dans cette section, conformément aux objectifs initialement fixés, nous souhaitons d'abord préciser les points forts et les points faibles du projet puis, ensuite, nous tenterons d'élaborer quelques leçons apprises de ce projet mis en œuvre par l'hôpital Schweitzer.

• Les points forts du projet :

- l'usage du médicament essentiel générique
- la permanence de la disponibilité du médicament essentiel générique
- le suivi et la supervision des activités
- l'intégration des activités préventives et curatives

• Les points faibles du projet :

- un processus de mise en œuvre et de reddition de compte peu participatif
- l'absence d'harmonisation des prix des services de santé
- des comités de gérance peu fonctionnels et ne communiquant que rarement avec la population
- des comités de gérance ne connaissant pas exactement leurs prérogatives
- la présence pléthorique et rémunérée de membres du comité de gérance
- la répartition (peu transparente) des fonds générés quasi exclusivement pour le personnel et les membres du comité
- l'absence de données financières accessibles et un calcul approximatif du prix du forfait
- l'absence de mécanisme formel d'exemption du paiement pour les indigents
- la faible fréquentation des services
- un personnel de santé pas toujours très motivé
- un manque de sentiment d'appartenance au projet de la part du personnel de santé
- le peu de collaboration et de communication entre la DRS et l'hôpital Schweitzer
- la vente de l'ORS
- des tarifs différents entre les activités en stratégie avancée et en fixe (consultation enfant).

A RETENIR :

Les leçons apprises du projet de santé communautaire de l'hôpital Schweitzer :

A la lumière des résultats de ce projet, de ses forces et de ses faiblesses, il nous semble que pour l'organisation d'un mécanisme de recouvrement des coûts, certaines leçons doivent être tirées de cette expérience au Gabon :

- l'importance de la supervision et du suivi
- l'obligation de régler la question de la rémunération des membres des comités de gérance au début du projet

- la volonté des populations à payer les soins de santé dans la mesure où des médicaments sont disponibles
- l'importance d'instaurer un système fondé sur la participation communautaire et la transparence dans la communication des informations
- l'importance d'organiser un système transparent et juste de prise en charge des indigents
- la nécessité de créer des outils de gestion et de former le personnel à son utilisation
- l'obligation d'intervenir de manière plus systémique (formation clinique, coordination, supervision, participation communautaire, etc) et pas uniquement sur les médicaments et le paiement des soins.

2. Les formations sanitaires publiques dans les trois provinces

Les résultats présentés dans les lignes suivantes sont issus de nos observations dans trois des neuf provinces du pays. Puisqu'il s'agit d'une même offre publique de services de santé, nous avons décidé d'en proposer les constats au sein du même chapitre, bien que les pratiques, nous le verrons plus bas, soient loin d'être uniformes.

a. L'utilisation des services

Nous avons déjà dit qu'il n'était pas véritablement aisé de disposer d'informations statistiques concernant les activités des formations sanitaires au Gabon. Ces problèmes ont largement été relevés par les observateurs avertis du système (12, 13, 21). Cela étant dit, nous avons tenté d'effectuer un relevé de l'activité des dispensaires visités lors de notre mission. Cela n'a pas toujours été possible faute d'accès aux données ou de temps imparti à nos séjours sur le terrain. Le tableau suivant présente ces données concernant plusieurs types d'offre de services. Nous n'avons pas pu obtenir d'informations relatives au bassin de population de référence pour calculer des taux de consultations curatives.

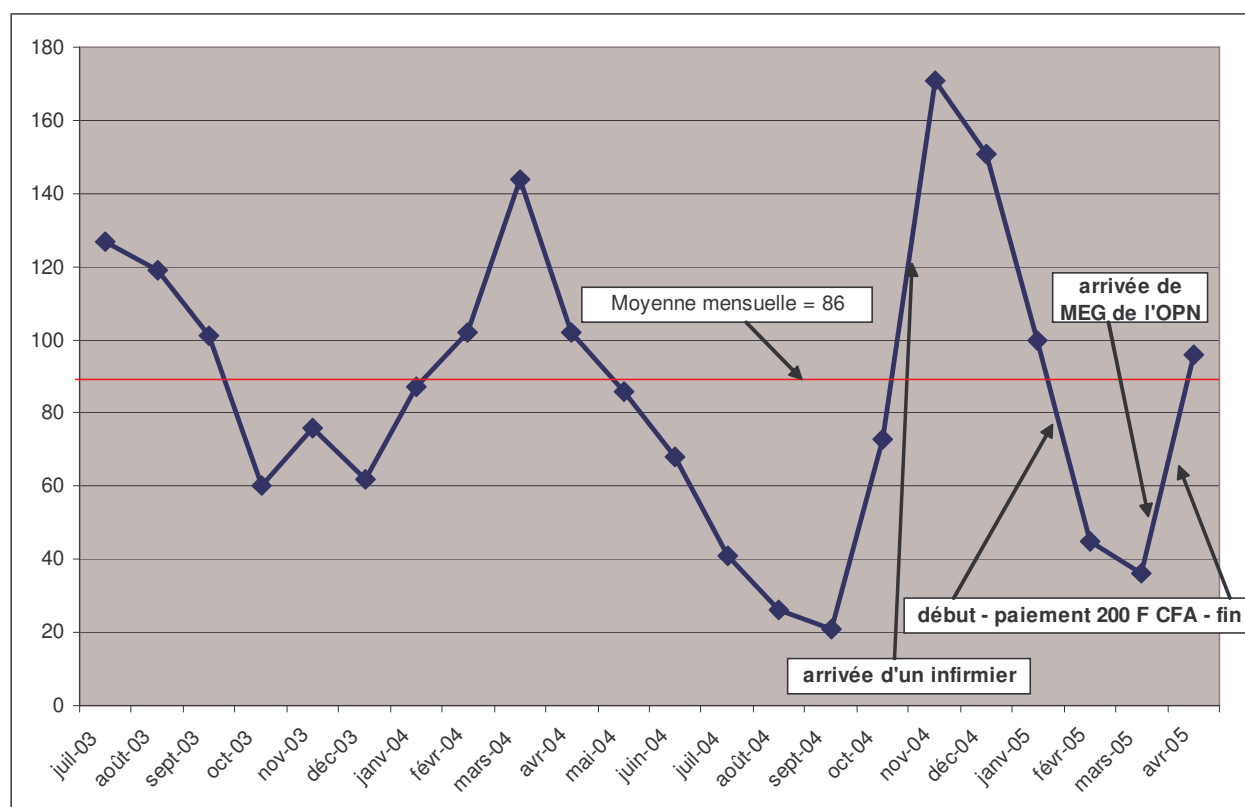
Figure 8 : Utilisation des services dans quatre formations sanitaires publiques

Formation sanitaire	Période	Consultation moyenne par jour
Dispensaire de Bifoun	Janvier - décembre 2004	1,5
Dispensaire de Mbomo	Juillet 2003 - décembre 2004	4,3
Centre médical de Mitzic	Janvier - juin 2005	1,5 (seulement la consultation du médecin)
Agent de santé villageois de Ntsenkele	Juillet 2003 - juin 2004	1,1

Source : registres de consultations, compilation des auteurs

A titre d'illustration de l'activité d'une formation sanitaire, nous avons collecté les données concernant l'utilisation des services d'un dispensaire de l'Ougooé-Ivindo. Il ne s'agit ni d'un idéal-type ni d'une preuve quelconque de la manière dont le système de santé fonctionne. Cependant, ce cas est relativement intéressant à exposer compte tenu du fait que : i) jusqu'en octobre 2004, seul un agent de santé était présent et a ensuite été remplacé par un infirmier (non diplômé d'Etat), ii) l'accès aux soins était gratuit, mais, face à des besoins de financement, ce nouvel infirmier a décidé fin février 2005 de demander le paiement d'un forfait de 200 F CFA, qui a ensuite été supprimé un mois après, la fréquentation du centre ayant chuté, avoue-t-il. De plus, « les populations ont du mal à accepter ce paiement, car elles ont cru qu'elles allaient enrichir l'infirmier », a-t-il compris. L'ensemble de ces éléments était suffisamment intéressant pour que nous proposons le graphique de l'activité du dispensaire de juillet 2003 à avril 2005.

Figure 9 : Nombre de consultation mensuelle de juillet 2003 à avril 2005, dispensaire de Mbomo



Source : registres de consultations, compilation des auteurs

Si la moyenne mensuelle du nombre de consultation est de 86, nous constatons que l'arrivée de l'infirmier coïncide avec un accroissement très important de l'activité. Le premier mois de présence de ce dernier a provoqué un niveau d'utilisation du dispensaire encore inconnu depuis juillet 2003. Puis, on remarque qu'une fois les populations rassurées et la plupart des malades soignés, l'activité retrouve un processus normal, proche de la moyenne. Ensuite, lorsque l'infirmier décide de faire payer les patients, l'activité poursuit sa chute. Mais comme la tendance (à la baisse) se maintient, il est délicat d'affirmer que c'est le paiement du forfait qui influence 100% de cette chute. On ne peut que constater que la tendance perdure. Cela étant dit, le rôle du paiement dans la baisse du nombre de consultation peut être en partie confirmé par le fait qu'une fois cette demande financière arrêtée fin mars 2005, l'activité semble reprendre comme avant, bien qu'il faille noter qu'en même temps des médicaments aient été distribués par l'OPN.

En somme, sans pour autant disposer de données probantes parfaitement claires et irréfutables, l'étude de l'évolution de l'activité de ce dispensaire *indique* trois éléments importants pour notre étude : 1) les populations qui ont besoin de fréquenter une formation sanitaire le font facilement lorsqu'un professionnel compétent est présent, 2) faire payer les services de santé a un effet négatif sur leur utilisation (mais ces données ne permettent pas de savoir pour qui, bien qu'il y ait de fortes chances que ce soit pour les plus pauvres¹¹), 3) l'arrivée de médicaments de l'OPN incite les populations à fréquenter les formations sanitaires.

b. L'illusion de la gratuité et la volonté à payer

Nous n'avions évidemment ni le temps ni les ressources pour effectuer une étude rigoureuse de la volonté à payer, tel que conseillé (45). A l'aide de nos entrevues individuelles et collectives, il a cependant été possible de disposer de bonnes indications. Ainsi, il faut

¹¹ Pour des démonstrations sur le sujet, voir (2, 41-44)

d'emblée dire, dans ce rapport, que contrairement à la croyance dominante au Gabon, il y a bien longtemps que la population ne croit plus à « *l'hôpital cadeau* ». Si, dans les textes législatifs¹² les soins sont normalement accessibles financièrement sans débours un F CFA, dans les faits, cela fait bien longtemps que les patients paient. Il existe, certes, quelques exceptions où les jours suivant une dotation de l'OPN, un infirmier d'un dispensaire donne les médicaments nécessaires aux patients sans demander de paiement. Mais cela ne dure qu'un temps. Aussi, les patients doivent contribuer, par exemple, au financement des médicaments lorsque ces derniers manquent dans les centres de santé, ce qui semble plus la norme que l'exception. Les agents de santé doivent leur donner une ordonnance. Ils sont ainsi contraints, depuis des années, à fréquenter les pharmacies et officines privées pour obtenir les produits nécessaires à leur guérison, qu'ils soient en consultations externes ou hospitalisés. Faute de moyen, il n'est pas rare que certains se trouvent dans l'obligation de faire des choix entre les produits, sans toujours beaucoup de pertinence. L'observance thérapeutique est donc limitée. Aussi, nous dit un haut responsable du Ministère de la santé, les gens « *payent déjà très cher leur santé* » et l'on pratique la « *politique de l'autruche* » en perpétuant l'idée que tout est gratuit. Les affiches (voir photo 2 en annexe) trouvées dans les dispensaires pour préciser aux patients qu'ils doivent payer les soins ne sont plus d'actualité. Ils le savent et le subissent depuis longtemps. Contrairement à ce que dit le responsable de l'hôpital Schweitzer, il n'est plus la peine d'« *inculquer que la santé a un coût* » (35), tout le monde le sait. Nous n'évoquons évidemment pas ici les autres frais engagés pour se rendre à la formation sanitaire (frais de transport, de séjour, de manque à gagner par l'absence au travail, etc.).

Ainsi nous verrons dans une section subséquente que les habitants ne semblent, dans leur ensemble, pas réfractaires au paiement des soins et à son officialisation. Ce qu'ils veulent, c'est plus de considération et de services, car « *les gens sont déjà obligés de payer, de manière sournoise, et en plus la qualité des soins et des prestations n'y sont pas* », nous dit-on. Ils réclament surtout des médicaments : « *les gens vont accepter [de payer] mais il faut d'abord amener les produits* » nous dit un villageois.

Outre le paiement des médicaments et des frais indirects, les patients payent aussi de temps à autres les consultations. Dans quelques dispensaires, les responsables ont pris la décision de faire payer les consultations aux usagers. Il est arrivé que cette décision ait été prise à la suite d'une demande d'un ressortissant du village, aujourd'hui Ministre du gouvernement¹³. Personne n'est officiellement au courant et l'agent de santé ne rend des comptes à personne. Cette décision émanant directement des agents de santé est souvent perçue par ces derniers comme une réponse au manque de régulation du système de santé. Un infirmier nous explique avoir posé le problème à sa direction régionale et lui a demandé ce qu'il fallait faire pour pallier le manque d'argent pour les frais de fonctionnement du dispensaire. Puisqu'il n'existe aucune directive officielle, « *le gestionnaire m'a dit d'aller me débrouiller* » et de faire comme les autres.

En conséquence, bien qu'ils ne disposent pas de médicaments supplémentaires à ceux fournis épisodiquement par l'OPN, les infirmiers facturent les consultations entre 200 et 1 000 F CFA. Mis à part un infirmier qui nous dit avoir employé une partie de l'argent pour la confection d'une potence, la totalité des sommes ainsi collectées est conservée par les agents en complément de leur salaire.

D'autres pratiques informelles semblent exister. Certains infirmiers nous ont dit acheter avec leur argent des seringues et les revendre aux patients.

Pour les personnes qui ne sont pas en mesure de payer, certaines catégories disposent d'une gratuité officielle. Il s'agit habituellement des détenus, du personnel de santé et de leur

¹² Un certain nombre de documents de politiques publiques entérinent le paiement direct de la part des usagers, mais ils sont toujours restés vagues et n'ont encore jamais été véritablement rendus opérationnels

¹³ Ce dernier aurait même demandé d'organiser un paiement différent pour les gens du village (200 F CFA) et pour les autres (500 F CFA), voir section « des paiements inéquitables ».

ayant droit (cette notion paraissant prêter souvent à débat¹⁴), des élèves et des indigents. Pour les élèves, la prise en charge varie. Si parfois ils ne payent que 50% du prix normal, d'autres fois l'accès aux soins est gratuit. La situation des indigents fait l'objet d'une section spécifique plus bas.

c. La raison d'être du paiement et l'utilisation des sommes collectées

Alors que la pratique du « recouvrement des coûts » n'est toujours pas officielle dans le pays, certains agents de santé ou responsables de service hospitalier ont pris la décision de faire payer les actes pour atteindre trois buts principaux : i) améliorer les salaires du personnel¹⁵, ii) disposer de ressources pour acheter des produits médicaux, iii) sanctionner certains patients de leurs pratiques néfastes à la santé. Pour les hôpitaux, il semble qu'un texte officiel réclame la restitution de 25% des sommes au Trésor Public, ce qui aujourd'hui n'est plus respecté.

i) Dans les formations sanitaires publiques visitées, la règle plutôt que l'exception est la distribution des sommes collectées aux agents de santé. Partant du principe souvent évoqué que ce sont les prescripteurs qui génèrent ces fonds, il devient donc logique, nous dit-on, que ces derniers soient rétribués en contrepartie. La plupart du temps, le vocable employé pour qualifier ces pratiques est celui de « *quote-part* », terme suffisamment explicite pour préciser que « *tout travail mérite salaire* ». En effet, il s'agit « *que j'ai au moins mon dû* », précise un professionnel de santé. Il semble que les fonctionnaires du Ministère de la santé prennent exemple de ce point de vue sur certaines pratiques de leurs collègues d'autres Ministères, comme ceux des Douanes ou des Eaux et Forêts. En effet, ces derniers reçoivent des sommes supplémentaires à leur salaire, nommées des « *ristournes* » ou des « *fonds communs* ». Ajoutons à cela que le paiement des salaires des agents du Ministère de la santé n'est pas toujours exemplaire. Lors de notre mission dans la région de l'Ogooué-Ivindo, tous les infirmiers des dispensaires de la région n'étaient pas à leur poste en milieu rural. Ils étaient à la capitale régionale depuis plusieurs jours pour attendre le règlement par le Trésor Public de leur « prime de garde ». Ces primes sont de l'ordre de 40.000 F CFA par mois, ce qui est important pour un infirmier. Il n'est pas rare, nous ont-ils dit, qu'ils attendent plus de 15 jours de la sorte¹⁶.

Cela étant dit, les clefs de répartition des sommes collectées pour les agents sont variables d'une organisation à une autre. Dans un laboratoire d'un hôpital, les 2/3 de 25% des recettes sont restitués au personnel du service. Le premier trimestre 2004 a ainsi permis une répartition de 270.000 F CFA entre les six membres de l'équipe. Certains problèmes, ce qui n'est pas propre à cette formation sanitaire, semblent avoir existé au sein de l'équipe à propos de cette répartition, puisque le responsable a récemment été changé. Dans un CM, ce sont 25% qui sont restitués sous la forme de prime aux prescripteurs, mais uniquement sur les actes qu'ils ont effectués. Au CHRO, suivant des conseils officieux des conseillers du Ministre de la Santé, ce sont 50% des sommes collectées qui sont utilisées pour les employés. En moyenne, 5 millions de F CFA de primes sont distribuées par mois, dont 3,5 couvrent les astreintes¹⁷ du personnel (4 000 F CFA par astreinte pour le personnel de la

¹⁴ Nous l'avons vécu lors d'une visite prolongée dans un centre de santé où un infirmier demandait à la personne chargée de l'administration financière de bien vouloir venir dans son bureau pour voir « *comment on allait faire* » face au paiement engendré la prise en charge d'un de ses parents au sein de cette formation sanitaire.

¹⁵ Dans le secteur public, un médecin en début de carrière reçoit un salaire mensuel d'environ 400 000 FCFA, un infirmier 130 000 F CFA et un auxiliaire 80 000 F CFA. Dans le secteur privé, une secrétaire de direction peut recevoir 850 000 F CFA après deux ans d'ancienneté.

¹⁶ D'autres difficultés administratives impliquent l'absence des infirmiers à leur poste. Un infirmier travaillant en région éloignée qui attend son intégration dans la fonction publique doit se rendre à Libreville pour faire avancer son dossier. L'étude de son registre de consultation de janvier à juin 2005 montre qu'il a été absent pendant près de 2,5 mois au total alors que lors de sa présence il effectue plus de 100 consultations par jour, témoignant des besoins curatifs des populations.

¹⁷ Travail le samedi, le dimanche et la nuit

fonction publique et 3 000 F CFA pour les autres). Le reste des sommes collectées (1,5 millions) est distribué sous la forme de prime aux responsables (ou prime de « performance », sans pour autant que les critères de performance soit précisés, puisque ces primes paraissent être données de manière systématique). Par exemple, un infirmier major reçoit une prime de 25 000 F CFA par mois. Ces primes sont octroyées en fonction du nombre de consultations effectuées (prime de 25%) et des actes réalisés (prime de 10%). Si les sommes peuvent être importantes dans certaines structures, elles paraissent dérisoires dans d'autres. Dans la maternité d'une autre formation sanitaire, les sages-femmes se sont réparties à la suite du premier trimestre d'expérience la somme de 10 000 F CFA chacune. Dans certains dispensaires, c'est la totalité des sommes collectées qui est reversée aux infirmiers. L'une des dérives possibles à cette pratique faisant en sorte que la rémunération des agents est liée au paiement par les utilisateurs est la tendance à vouloir absolument faire payer tout le monde et tous les services. Un agent nous dira qu'il y a « *trop de laxisme, il y a un manque à gagner* ».

Le corollaire à ces pratiques est une certaine inégalité entre les membres du personnel de santé puisque ceux ne participant pas aux activités curatives génératrices de revenu se trouvent *de facto* mis à l'écart de cette distribution pécuniaire. Par exemple, les responsables de l'entretien ou même la comptable d'un hôpital ne reçoivent aucune rémunération supplémentaire à leur salaire. Il arrive donc que « *les gens qui font la vaccination se sentent les parents pauvres, donc ils font payer la vaccination, la CPN ou la post-natale* ». L'existence d'un système de paiement direct officieux et hors de tout contrôle implique donc ce type de comportements néfastes à la santé des populations.

ii) La seconde raison d'être de l'instauration du paiement s'explique par les carences très importantes de l'Etat gabonais dans la gestion de son circuit de distribution de médicaments et consommables médicaux aux formations sanitaires. Il en est de même dans la gestion des équipements médicaux et matériels logistiques¹⁸. L'objectif n'est pas de faire des bénéficiaires, nous dit un responsable de service, mais « *de réduire les charges de l'hôpital* ». Les laboratoires d'analyses sont ainsi en mesure d'acheter quelques réactifs chimiques auprès de fournisseurs privés pour continuer d'assurer les services demandés par les prescripteurs médicaux. Au CHRO, les 40% des recettes sont consacrées au frais de fonctionnement et 10% aux investissements.

iii) Un troisième but du paiement des soins a été mis au jour au Gabon. Pour certains agents de santé, il a été décidé de demander à des femmes de payer les soins en vue de les sanctionner. Autrement dit, puisque ces femmes ont eu des comportements néfastes pour leur santé, qui ont provoqué leur besoin de se rendre au centre de santé, et donc d'en consommer ses ressources, il est nécessaire de les réprimander. Nous en parlerons en détail ci-dessous dans une section sur les paiements inéquitables.

d. Les modalités de paiement

Les tarifs pratiqués dans les formations sanitaires reposeraient sur des considérations de coûts et de capacité à payer des populations. Cependant, mis à part une exception au CHR de la région sanitaire Nord¹⁹ (46), aucune décision tarifaire ne semble avoir été prise à la suite d'un processus rigoureux de calcul de ces deux éléments. Aucune personne rencontrée n'a été en mesure de nous fournir de données chiffrées pour justifier les prix pratiqués. Ces derniers ont été précisés selon une procédure très subjective et ne peuvent correspondre aux coûts, la formule « recouvrement des coûts » est donc une nouvelle fois galvaudée.

¹⁸ Voir les rapports CREDES de M. Anthony Di Stefano et M. Patrick Touzeau.

¹⁹ Il ne nous a pas cependant été fourni de données expliquant clairement comment les résultats de cette étude de fin 2003 avaient été pris en compte dans l'organisation de la grille tarifaire actuelle.

Dans le tableau de l'annexe 6, nous reproduisons quelques modalités de paiement rencontrées dans les formations sanitaires, qui montrent la grande variabilité des pratiques.

Au CHRO, le paiement des services de santé rapporterait de l'ordre de 5 à 9 millions de F CFA par mois, sans que nous ayons pu obtenir plus de précisions et de documents comptables²⁰. De nombreux problèmes semblent exister, quant au recouvrement des factures. De nombreux dossiers restent en suspens dans les bureaux administratifs, les patients étant partis sans payer. Plus de 1 500 dossiers seraient en attente de règlement depuis l'ouverture de l'hôpital, dont on estime le coût de 15 à 20 millions de F CFA. Une procédure informatique a été implantée pour que, lors de la prochaine visite de ces personnes, le système signale les dettes et permette un certain niveau de recouvrement. Il faut ajouter qu'au sein même de la formation sanitaire, les responsables financiers font face à de sérieuses difficultés dans la mise en œuvre de leur système de paiement fondé sur une caisse unique, rompant avec le système d'une caisse par service d'auparavant. Par la mise en place d'un tel système, les contrôles sont plus faciles, les paiements informels deviennent plus délicats à organiser et les bénéficiaires se trouvent face à un manque à gagner. Des réunions collectives avec l'ensemble du personnel de l'hôpital ont eu lieu à plusieurs reprises pour discuter de ces éléments et notamment comprendre certaines statistiques (mises en évidence grâce à cette caisse unique) montrant que, malgré l'augmentation du nombre de consultations, les recettes officielles se réduisaient.

D'une manière très surprenante, il semble que le paiement du forfait de consultation externe de 2 000 F CFA au CHRO ne donne pas droit à l'ensemble du traitement nécessaire à la guérison. Mis à part certains produits (par. ex. fer, vermifuge, antipaludéens), ce n'est pas la totalité du traitement qui est donnée aux patients après le paiement des 2 000 F CFA, mais seulement deux jours de prise en charge. Cela est notamment le cas pour les antibiotiques, nous dit la pharmacienne de l'hôpital. Il y a donc fort à parier que l'observance médicamenteuse soit faible pour les patients les moins nantis, incapables d'acheter le reste du traitement nécessaire dans une pharmacie privée, sans compter les problèmes liés au changement de marques de médicaments par exemple.

Pour l'ensemble de la région Nord, le programme d'appui de l'ACDI à la DRS a développé récemment un projet de tarification des actes dans les Centres Médicaux. Les dispensaires ne seraient pas concernés pour le moment, le temps d'habituer la population au paiement direct. D'autres pensent que compte tenu de la très faible utilisation des dispensaires et du peu d'habitants habitant à proximité de ces formations sanitaires, il n'est pas pertinent techniquement de demander le paiement. Toujours est-il que dans les CM, il est prévu les tarifs suivants.

Figure 10 : Projet de tarification des actes (extrait) dans les centres médicaux de la région Nord

	Adulte	Enfant 0-11 ans
Consultation externe (laboratoire, médicaments, consultation)	1 500	1 000
Consultation prénatale (examens de laboratoire, médicaments, carnet de santé)	2 500	
Consultation post-natale	0	
Hospitalisation	0	0
Hospitalisation en néonatalogie	-	5 000
Accouchement (forfait 3 jours d'hospitalisation)	2 000	
Césarienne (forfait 3 jours d'hospitalisation)	50 000	
Avortement thérapeutique	15 000	
Avortement (complications)	15 000	
Hystérectomie	50 000	

²⁰ Le Directeur Administratif et Financier du CHRO nous a demandé, pour nous fournir ces renseignements, une lettre officielle, ce que nous n'avons pas le temps de faire et croyant que l'ordre de mission signé par le conseiller du Ministre de la Santé suffisait pour obtenir de telles données publiques.

G.E.U	50 000	
Révision utérine	0	
Abcès du sein	0	
Hernie	50 000	
Appendicectomie	50 000	

Source : DRS Nord

e. La prise en charge des indigents

Les pratiques de prise en charge des indigents sont très variables d'une formation sanitaire à une autre. Certaines, comme au Centre Hospitalier Régional d'Oyem, ont (depuis trois mois seulement) organisé un véritable service social pour identifier les indigents. Outre les indigents qui disposent d'une carte officielle, les autres personnes en difficulté peuvent obtenir un rabais. Ils doivent d'abord se rendre au service social et exposer leur situation. Pour étudier cette condition, le responsable du service utilise, depuis trois mois, un document nommé « test de situation ». Il s'agit d'un document composé de deux parties (i) identification, ii) situation, qui permet au responsable d'attribuer une cote et de déterminer le pourcentage d'exemption octroyé. Pour évaluer la situation du patient, huit critères sont pris en compte :

1. Habitat (statut, type)
2. Condition de vie (eau, éclairage, toilette, mode de cuisson)
3. Equipement domestique
4. Lieu d'habitation
5. Mode de transport
6. Ressources du milieu (soutien financier)
7. Personnes à charge du ménage
8. Revenu du ménage

Ce document, signé par le bénéficiaire, donne droit à une exemption de 0 à 100%. Cependant, la prise en charge à 100% paraît exceptionnelle puisque, selon l'assistant social, « *chaque usager doit contribuer* », il faut « *éviter que les gens s'habituent à avoir tout gratuit, donc prôner la santé participative* ». Aussi, il demanderait systématiquement au minimum une contribution de 2 000 F CFA. Si l'administration de l'hôpital ne connaît pas vraiment le nombre de personnes ainsi prises en charge par le service social, l'étude de ses dossiers a permis au responsable de nous dire que 66 patients ont obtenu une réduction tarifaire en juin et juillet 2005, mais aucun une prise en charge à 100%. Les vrais indigents, ceux qui sont dans l'incapacité totale de payer les soins, se retrouvent donc forcément exclus du CHRO. Aucune restriction budgétaire n'a été imposée au responsable du service social, il n'a donc pas de plafond à respecter concernant le nombre de personnes et les montants gracieusement accordés.

Dans d'autres formations sanitaires, en fait la plupart, rien n'a été mis en œuvre et les professionnels de santé agissent, lorsqu'ils daignent le faire, plus ou moins « *à vue d'œil* » pour décider si la patiente ou le malade peut bénéficier d'une exemption du paiement.

f. Des paiements inéquitables

Le principe de l'équité du financement du système de santé implique que l'on réclame un paiement des services en fonction des capacités à payer des usagers et non d'autres considérations de genre, de profession, de religion ou de nationalité, par exemple (47, 48). Nous avons déjà discuté de la difficulté de l'accès aux soins pour les indigents. Dans cette section, il nous a paru important de relever d'autres pratiques inéquitables qui semblent perdurer au sein du système de santé gabonais pour certaines catégories de personnes.

- *Les femmes*²¹ : nous avons constaté dans plusieurs formations sanitaires de régions différentes la facturation onéreuse des actes médicaux effectués à la suite d'avortements provoqués en dehors des structures médicales. Alors que peu d'actes sont facturés dans les maternités, ces réparations délicates sont devenues payantes pour les jeunes filles (entre 16 et 22 ans apparemment) ayant été contraintes d'agir de la sorte. Pour les agents de santé, les sages-femmes en majorité, de telles pratiques néfastes relèvent de la responsabilité des femmes. Faire payer les actes à des tarifs très élevés (40 000 F CFA) permet de les « sanctionner », nous disent-elles. Il faut « faire en sorte que les gens aient du mal à payer, les décourager ». Dans le même ordre d'idée, les femmes qui décident de venir accoucher à l'hôpital alors qu'elles ne sont jamais venues assister aux consultations prénatales (ce que l'on constate dans les carnets de santé) sont sanctionnées également par un tarif de l'accouchement plus élevé que les autres (soit 15 000 F CFA). Or, il convient de noter que les CPN et le bilan prénatal (examens de laboratoire) ne sont pas gratuits pour les futures mères. Si dans certains centres les consultations post-natales sont gratuites, la CPN peut être facturée de l'ordre de 1 000 F CFA et le bilan prénatal de 8 000 F CFA. Dans un CM adoptant la même politique, le médecin responsable nous explique qu'« on faisait des pénalités pour les femmes qui ne faisaient pas les examens ». Ces frais, qui pourraient finalement être qualifiés de taxes, viennent s'ajouter au coût d'un accouchement normal que les femmes doivent supporter puisque les maternités manquent habituellement des produits nécessaires. Une estimation du coût moyen d'achat de ces produits dans les pharmacies privées montre que les femmes doivent déboursier au minimum 25 000 F CFA pour l'achat de divers produits et matériels médicaux lors d'un accouchement à l'hôpital. A la demande des responsables du projet canadien de Oyem, les CM ont rendu les accouchements gratuits.

- *Les étrangers* : dans de nombreux centres de santé des tarifs discriminants sont implantés pour les étrangers, qualifiés d'expatriés. La plupart du temps, ces derniers doivent déboursier deux fois plus que les Gabonaises et Gabonais lorsqu'ils utilisent les services de santé. Alors que la matrone d'une maternité nous dit que les accouchements sont gratuits pour les Gabonaises, elle affirme également, à mots couverts cependant, que les expatriées doivent déboursier 10 000 F CFA. On n'en saura pas plus sur l'utilisation de cet argent. Au CHRO, cette pratique semble avoir été abandonnée, face à la complexité de sa mise en œuvre.

- *Les employés des compagnies privées* : il arrive certaines fois que les dispensaires et hôpitaux soient situés non loin d'un chantier d'une compagnie forestière, par exemple. Aussi, il est souvent décidé dans ce cas de faire payer les employés de cette dernière un peu plus cher que les autres, sous prétexte des moyens supplémentaires dont disposeraient ces entreprises ou des délais de paiement plus long. Au CHRO il avait été ainsi décidé que les « assurés » (travaillant pour COLAS, la SEEG ou encore Gabon Télécom) soient facturés 13 500 F CFA par jour d'hospitalisation les cinq premiers jours tandis que les Gabonais devaient payer 4 500 F CFA, soit trois fois moins. Or, face à la complexité administrative d'un tel processus, les responsables ont décidé de surseoir à cette pratique.

g. L'accès aux médicaments

Nous avons vu plus haut que nombre d'observateurs du système de santé reportent depuis bien longtemps les difficultés de fonctionnement de l'OPN et les approvisionnements sporadiques des formations sanitaires du pays. Nos rencontres et visites ont largement confirmé ces constats maintes fois présentés.

Des difficultés d'acheminement : l'approvisionnement en médicaments est médiocre, et plusieurs infirmiers nous ont rapporté se rendre directement à Libreville pour obtenir un stock de la part de l'OPN. Lors de notre passage dans une province, les habitants d'un village

²¹ Voir le rapport CREDES de M. Jérôme Mba Bitome et Mlle Sonia Menon.

venaient même de remettre la somme de 60 000 F CFA à l'infirmier du dispensaire pour lui permettre de voyager (et d'attendre) dans la capitale et apporter de quoi soigner les patients. Lorsqu'ils ne trouvent pas la solution seuls, les agents de santé vont parfois demander aux responsables politiques de leur région d'intervenir auprès de l'OPN. Certains utilisent leurs véhicules personnels pour transporter ces médicaments de Libreville au dispensaire. Interrogant quatre responsables de dispensaire de la même région, nous apprenons que seulement un a reçu des médicaments par l'intermédiaire de la DRS, les trois autres ont été servis grâce à l'intervention d'un personnage politique ou d'une association locale. Dans une des régions visitées, le président de l'Assemblée Départementale affirme acheter annuellement un stock de médicaments pour la somme de 200 000 F CFA²². Ces médicaments sont ensuite distribués dans les formations sanitaires de sa région.

Des problèmes de qualité et quantité : lorsque les médicaments de l'OPN arrivent à bon port, les produits envoyés ne sont pas toujours pertinents en qualité et en quantité. La photo n°3 présentée en annexe illustre les ruptures de stock importantes dans les hôpitaux du pays. Un infirmier nous apprend que, sa formation sanitaire étant répertoriée comme étant une case de santé, il reçoit un stock de MEG en conséquence alors que selon lui, il travaille dans un dispensaire et fait bien parvenir à l'OPN un bon de commande « dispensaire ».

Il arrive très souvent que certaines molécules soient en rupture de stock. Faute de temps nous n'avons pas pu effectuer de calcul²³, mais une récente mission de l'OPN est explicite de ce point de vue. En dehors des constats nationaux (27) concernant les ruptures de stock déjà rapportés dans la partie consacrée au contexte de ce rapport, une étude réalisée fin 2004 a confirmé la permanence de ces carences (50). Dans la région du Moyen Ogooué, l'indice de disponibilité concernant une liste de 10 produits vitaux était de 0.73%. Dans la région Sanitaire du Centre Sud (Ngounié), ce même indice était de 0,77% pour la pharmacie du centre hospitalier de Mouila (50). Si l'OPN s'est doté d'un système de surveillance vidéo pour limiter les vols, les pharmacies des formations sanitaires périphériques ne sont pas exemptes de risques de détournements. Nous avons souvent entendu des faits relatant de telles disparitions également à l'intérieur du pays.

Des carences d'informations : pour pallier ces difficultés d'approvisionnement, l'Etat a prévu la construction d'antennes régionales de l'OPN. Nous avons en effet vu plusieurs bâtiments en construction, ce qui devrait résoudre en partie les problèmes. Cependant, force est de constater un certain manque de communication au sein du ministère de la Santé, car il semble que certaines antennes en construction ne soient pas connues à Libreville.

h. La perception des populations à l'égard du paiement des soins

Dans la région d'Oyem, avant l'arrivée des Canadiens, les populations avaient pris l'habitude de payer les soins. Mais aujourd'hui, elles ont de la difficulté car tout est formalisé. Elles n'arrivent plus à plus comprendre, même si plusieurs émissions de radio ont été organisées pour expliquer, d'une part, que l'hôpital n'est pas une clinique privée et, d'autre part, que les patients payaient bien plus cher à l'ancien hôpital (faute de médicaments, il fallait se rendre dans les officines). Bien que préalablement sensibilisées, dans la commune de Mitzi, les populations ont été réticentes quand le CM a initié la politique de recouvrement des coûts. De nombreuses personnes sont allées se plaindre auprès des autorités politiques et administratives locales. Le médecin chef du CM a d'ailleurs été convoqué à plusieurs reprises afin de s'expliquer sur la politique de recouvrement des coûts qui avait été initiée. Il en a été de même à Makokou par exemple, où les populations se retournent souvent vers les hommes politiques pour se plaindre de la pratique du recouvrement des coûts. Ces

²² Il y aurait une obligation légale faite aux Assemblées Départementales d'octroyer 10% de leur budget aux secteurs de la santé et de l'éducation.

²³ Alors que le calcul des ruptures de stock pour les 10 principaux médicaments devrait être une pratique de routine (49), la région Nord du pays appuyée par un projet de coopération canadienne ne semble collecter ces informations que depuis 4 mois. Inutile donc de dire qu'il est fort peu probable que les autres régions détiennent de telles données.

derniers, en retour, interviennent en leur faveur en demandant d'arrêter cette pratique. « *Quand on a appliqué le recouvrement des coûts au CHR de Makokou, les populations rurales ont abandonné l'hôpital* », a affirmé un responsable de l'Administration. Les populations du village La Scierie ont effectivement affirmé qu'elles refusent d'aller à l'hôpital par manque de moyens. Au village Mbomo, l'infirmier avait demandé aux patients de payer 200 F CFA en contrepartie de la consultation et des médicaments. Mais la population a réagi négativement, elle ne fréquentait plus le dispensaire et l'infirmier a supprimé ce forfait.

Toutefois, « *généralement, dans les dispensaires, la population n'a pas une réaction négative. Après explication du projet, elle est contente car elle aura désormais la même transaction qu'à l'hôpital outre la consultation et le médicament* » a souligné un ancien membre de la cellule d'appui aux SSP. Dans de nombreuses régions du pays, les populations attendent le projet de recouvrement des coûts car elles connaissent déjà l'expérience de l'hôpital Schweitzer. « *Si on explique bien, les populations sont prêtes à contribuer, tout dépend de ce qu'on leur propose, de la prise en charge des indigents* », nous dit un haut responsable du ministère de la Santé. « *La population est prête à payer mais elle ignore tout simplement le bien-fondé du recouvrement des coûts* », confirme le directeur d'un CHR. Dans la majorité des villages visités, le principal argument qui milite en faveur du refus du recouvrement des coûts est la pauvreté. Elles reconnaissent que l'initiative du recouvrement des coûts est bonne au regard des avantages qu'elle comporte. Malheureusement, la population étant pauvre, elle aura du mal à payer. « *Nous ne refusons pas de payer, mais nous manquons de moyens* », a dit un habitant d'un village. La détermination du montant à payer sera donc d'une importance cruciale.

Par ailleurs, les populations s'interrogent sur le recouvrement des coûts parce qu'elles ignorent la destination réelle des recettes qui en proviennent. « *Lorsque j'avais initié l'idée de payer, les populations avaient accepté, mais, après, elles acceptaient moins parce qu'elles pensaient que cet argent me revenait. Ainsi, elles venaient de moins de moins au dispensaire* », a dit l'infirmier d'un dispensaire ayant tenté l'expérience.

i. Les comités de santé et la solidarité villageoise

Malgré l'existence d'un texte portant sur l'organisation des comités de gérance, la manière dont ils fonctionnent pose de nombreux problèmes. Ces comités ne fonctionnent pas vraiment, tant dans la région Nord que dans l'Ogooué Ivindo.

A Mitzic, par exemple, il existe bel et bien un comité de gérance dont le rôle, nous a-t-on dit, est de contrôler la gestion des médicaments, des crédits alloués au CM, de résoudre les problèmes du CM. Ce comité comprend un président (l'élu du conseil départemental), un représentant du conseil municipal, le médecin chef du CM, un représentant de la main-d'œuvre non permanente, un représentant des médecins, deux représentants des notables. Dans la mise en place de ce comité de gérance, chaque entité désigne son représentant. Pour ce qui est des notables, ce sont les chefs de quartier qui le désignent suivant le principe de la rotation des quartiers. Mais ce conseil de gérance ne fonctionne pas véritablement. Selon le médecin chef du CM, « *ce comité de gérance ne fonctionne pas bien car ils font du bénévolat. La dernière réunion remonte à 6 mois* ». Face à cette situation, il souhaiterait qu'une prime provenant des recettes du recouvrement leur soit versée après chaque réunion.

Toutefois, il ressort de notre enquête que les populations sont capables de s'organiser et de soutenir les projets de santé communautaire à travers l'organisation de comités de gestion. Un certain nombre d'expériences d'organisations collectives ont été effectivement identifiées dans les villages.

- participer aux travaux collectifs pour entretenir les abords du dispensaire
- loger et nourrir les instituteurs du village, nouvellement nommés donc n'ayant pas encore reçu leur salaire

- cotiser pour payer le transport de l'infirmier à Libreville pour acheter les médicaments du dispensaire
- organiser des groupes d'animation politique ou d'activités socio-culturelles (football)
- cotiser en faveur des personnes défavorisées.

j. L'intervention politique

Les responsables politiques ne vont pas à l'encontre de l'opinion publique qui pense encore que l'Etat a suffisamment de moyens pour éviter de demander aux patients de payer. Ils soutiennent les propos de l'opinion publique pour des raisons électorales. Certains hommes politiques, quand ils vont rencontrer leurs électeurs, nous a-t-on rapporté dans les villages, affirment que le Gabon est riche et qu'on ne devrait pas leur faire payer les soins de santé. Il est arrivé, par exemple, qu'un gouverneur interdise le recouvrement des coûts dans un hôpital régional.

« *Le médicament est devenu une arme politique* », affirme une responsable du ministère de la Santé publique. Il est arrivé que les hommes politiques remettent aux populations des médicaments sous forme de dons alors qu'il s'agissait en fait de la dotation semestrielle de l'OPN aux formations sanitaires de sa localité. L'intervention politique dans la distribution des médicaments avait déjà été relevée par le ministère lors de l'élaboration du PNAS (27) il y a un lustre.

Il en est parfois de même pour les infrastructures, qui sont, soit politiquement récupérées, soit anarchiquement construites. L'Etat construit un bâtiment devant abriter un dispensaire et un responsable politique dit à la population que ce bâtiment a été construit par lui. « *Actuellement un ministre de la république est en train de construire un dispensaire dans un quartier de la ville sans avoir au préalable consulté officiellement la DRS. Il a des visées électorales alors que moi je suis technicien. Si je vais le voir pour m'y opposer en tant que technicien, je serai persona non grata ou encore il va demander mon départ* », a dit un DRS.

Dans certains villages, les populations trouvent que les hommes politiques se mêlent trop de la gestion des comités de santé. En effet, lors de la mise en place du deuxième comité de santé d'un village, le directeur régional de santé et la responsable du projet de santé communautaire de Schweitzer sont arrivés avec les hommes politiques afin de désigner les nouveaux membres du comité de santé. Ce sont ces hommes politiques qui ont désigné les membres de ce comité. Certaines personnes ont été contactées afin de faire partie de ce comité, mais elles ont refusé car elles n'étaient pas convaincues qu'elles allaient bénéficier d'un salaire du moment où les hommes politiques s'y étaient mêlés. En fait, la population se méfie de l'actuel comité de santé car ses membres ont été cooptés par des responsables du parti politique majoritaire, dont ils se méfient.

Les membres du comité manquent de légitimité car ils n'ont pas été choisis par la population.

k. La synthèse

Après l'analyse des données collectées dans ces trois provinces, il convient, avant d'élaborer un résumé de la situation générale, de relever quelques forces et faiblesses des pratiques de « recouvrement des coûts ».

• Les forces des pratiques de paiement :

- la volonté des populations à payer les soins de santé en échange de services de qualité
- l'adhésion du personnel de santé au paiement des soins
- l'établissement d'un service social pour les indigents au CHRO
- l'unicité de caisse au CHRO
- l'informatisation du système de paiement au CHRO
- les pratiques de reddition de compte devant le personnel du CHRO en cas de difficultés.

• Les faiblesses des pratiques de paiement :

- les interventions négatives des responsables politiques
- l'absence ou le dysfonctionnement des comités de gérance
- le manque de communication entre les formations sanitaires et les populations
- la diversité des modalités de paiement et d'utilisation des sommes collectées
- des ruptures de stock de médicaments encore trop fréquentes
- certaines activités préventives encore payantes : CPN, ORS, etc.
- des pratiques de paiement inéquitables eu égard aux femmes et aux étrangers
- l'obligation pour les prescripteurs de recevoir une quote-part
- un lieu de paiement mal placé au CHRO et l'attente parfois longue avant d'être consultés
- certaines difficultés de recouvrement des impayés au CHRO
- le manque de moyens pour la stratégie avancée et le suivi des indigents dans les familles
- le manque d'homologue gabonais aux conseillers techniques canadiens au CHRO.

A RETENIR :

Au regard de l'ensemble des données préalablement présentées, nous croyons utile de fournir en quelques points le résumé de la situation dans les formations sanitaires publiques des trois provinces visitées :

- faire payer les services de santé peut avoir un effet négatif sur leur utilisation
- quasiment plus rien n'est gratuit dans les services de santé, un véritable système de paiement informel, mais connu de tous, est en place au Gabon
- les usagers (et les agents de santé) ne sont pas réfractaires au paiement des soins, mais ils veulent en contrepartie être bien soignés par du personnel qualifié et obtenir les services et les médicaments nécessaires
- les prescripteurs ne peuvent concevoir le paiement de leurs actes par les patients sans une rétribution pour leurs actes tarifés
- la répartition des sommes collectées est inégalitaire, opaque et peut entraîner la facturation d'actes (préventif) qui devraient être gratuits pour des raisons de santé publique
- les modalités de paiement sont très variables d'une région à une autre et d'une formation sanitaire à une autre
- certains paiements sont inéquitables au détriment des femmes et des étrangers
- l'organisation informelle du paiement des soins a été mise en oeuvre pour : i) améliorer les salaires du personnel, ii) obtenir des ressources pour acheter des produits médicaux, iii) sanctionner certaines patientes de leurs pratiques néfastes à la santé
- aucun système d'exemption du paiement pour les indigents n'est implanté, une tentative prometteuse (mais encore trop administrative et peu communautaire) est en cours au CHRO
- l'accès géographique et financier aux médicaments essentiels est dérisoire
- les responsables politiques interviennent trop souvent, et de manière rarement pertinente, dans le système de santé.

3. Les pharmacies religieuses dans l'Ougoué-Ivindo

Dans la ville de Makokou, à quelques centaines de mètres de l'hôpital régional²⁴, deux congrégations religieuses offrent des médicaments aux populations. Si l'une fonctionne comme une officine privée classique (il y en a d'autres dans la ville) en vendant majoritairement des produits de marque, l'autre ne dispose quasi-exclusivement que de MEG.

La première pharmacie achète les médicaments chez les grossistes privés de Libreville et les vend aux clients avec une marge bénéficiaire de 30%, à laquelle s'ajoutent les frais de transport depuis la capitale. Lors des six derniers mois, nous avons pu vérifier dans le cahier de vente que les sœurs responsables de cette officine reçoivent une moyenne de 15

²⁴ Une officine privée vient, quant à elle, d'ouvrir juste à côté de l'hôpital, témoignant de nouveau des carences de l'OPN.

personnes par jour. Il semble que l'ouverture récente d'autres officines en ville ait eu pour impact de réduire sensiblement la fréquentation de leur magasin. Les religieuses affirment fournir gratuitement des médicaments à trois ou quatre indigents chaque jour, identifiés en fonction de leur accoutrement et d'un rapide questionnement de leur condition de vie.

La seconde pharmacie, celle de prêtres, située à 100 mètres de l'autre, paraît se fournir en médicaments essentiels auprès d'un réseau de Libreville qui, à son tour, importe des médicaments d'une des grandes centrales d'achat en MEG d'Europe (Action Medeor). Nous n'en savons malheureusement pas plus sur le système, car les responsables étaient absents et la vendeuse présente, lors de notre passage, n'a pas pu nous renseigner à ce sujet.

Dans quelques villages éloignés, nous avons appris qu'une congrégation religieuse (« des prêtres ») distribue des médicaments essentiels. Des villageois se seraient même cotisés, à hauteur de 15 000 F CFA, pour acheter le stock initial. Ces médicaments sont conservés par une personne, souvent un ancien agent de santé villageois, qui les vend à des prix modiques (par ex : 100 F CFA pour deux comprimés de Paracétamol) aux habitants de la localité. Certaines personnes nous ont même affirmé le bien-fondé d'une telle pratique de recouvrement des coûts en indiquant que « si l'Etat avait l'idée des prêtres cela nous aiderait ».

La synthèse

Résumons les forces et les faiblesses de ces activités dans les points suivants.

- *Le point fort :*
 - l'usage du médicament essentiel générique.

- *Les points faibles :*
 - l'absence de suivi et de supervision des activités
 - l'absence de collaboration avec la DRS
 - le manque de données accessibles sur les stocks et les ressources générées
 - des activités préventives payantes (SRO).

A RETENIR :

Aussi, les leçons apprises de ces activités des congrégations religieuses sont que :

- les populations sont prêtes à se mobiliser pour disposer de médicaments
- les populations sont prêtes à consommer des médicaments essentiels génériques.

4. La synthèse générale des constats

A la suite de notre évaluation en profondeur du système de santé gabonais à l'aide de l'examen des principaux documents, de la réalisation d'entrevues auprès des principaux acteurs et de l'observation des pratiques de paiement des soins dans trois des neuf provinces du pays, il est possible de résumer l'ensemble des constats dans la figure suivante.

A RETENIR :

A l'aide de notre collecte partielle de données, nous croyons utile de résumer la situation actuelle du système de santé par l'intermédiaire des points suivants :

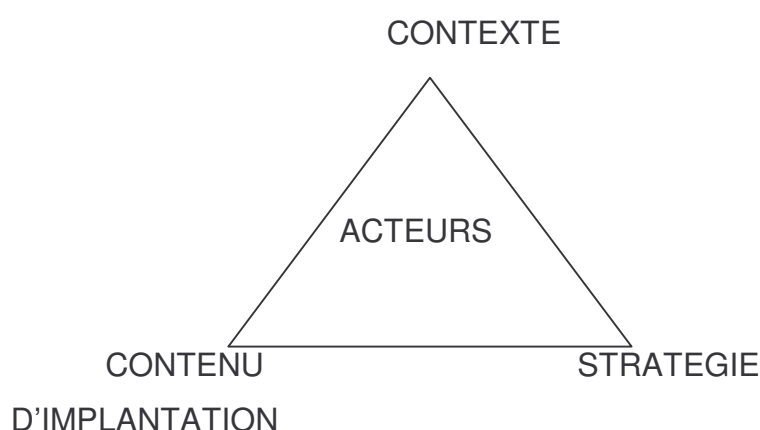
- un système de santé centré sur l'hôpital et peu fréquenté
- des dispensaires ruraux géographiquement mal distribués et disposant d'une aire de santé d'une densité de population très faible
- l'existence de mécanismes informels et non coordonnés de paiement des soins dans les formations sanitaires publiques
- un manque de disponibilité des médicaments essentiels génériques

- une absence de moyens humain et matériel pour les DRS afin d'effectuer les supervisions
- une absence de directive nationale claire concernant le système de paiement des soins et notamment de l'utilisation des fonds générés
- des populations rarement impliquées dans les prises de décisions et disposant de peu d'informations sur le système de santé
- une intervention politique fréquente et souvent nuisible au système de santé
- des activités préventives rares et trop souvent payantes
- des mécanismes de paiements des soins encore trop inéquitables.

V. Discussion et proposition d'un plan d'action en lien avec le PNDS

Dans ce dernier chapitre du rapport, nous proposons des recommandations d'amélioration des activités initialement prévues dans le PNDS 2006-2010. Cependant, avant cela, nous croyons nécessaire de préciser l'importance de prendre en compte les analyses effectuées à propos des échecs des réformes sanitaires passées en Afrique. En effet, il a été démontré que les échecs des réformes de santé de la dernière décennie s'expliquent en grande partie par le fait que les responsables de leur application se sont beaucoup trop concentrés sur le contenu et pas assez sur le contexte, le processus et les acteurs concernés (51, 52). Le PNDS et sa composante d'implantation d'un mécanisme de « recouvrement des coûts » constituent indubitablement une réforme de santé dont la mise en œuvre est influencée d'une façon concomitante par quatre facteurs (53).

Figure 11 : Les facteurs à prendre en compte dans la mise en œuvre des réformes sanitaires



Source : Walt et al. (51, 53)

Aussi, en premier lieu, il convient de déterminer les éléments contextuels gabonais ainsi que les parties prenantes qu'il faut absolument prendre en compte pour que ces propositions d'action pour le PNDS puissent éventuellement être efficaces. En second lieu, nous résumons les quelques leçons apprises des processus de mise en place des mécanismes de « recouvrement des coûts » dans d'autres pays de la région africaine. La troisième et dernière section de ce chapitre sera consacrée à la présentation détaillée du plan d'action que nous proposons pour la période 2006-2010 du PNDS.

1. Les éléments de contexte et les acteurs à considérer pour le Gabon

Face au constat dressé dans les précédentes pages, nous croyons qu'il est aujourd'hui indispensable dans le contexte actuel du Gabon de prendre en compte les éléments suivants dans les propositions de recommandations d'actions :

- Formaliser et officialiser le système de paiement direct, tout en le rendant plus équitable
- Restaurer la confiance des populations à l'égard de leur système de santé

- Améliorer la motivation du personnel de santé dans la réalisation de ses tâches
- Trouver une stratégie permettant aux responsables politiques de s'approprier le contenu des réformes de santé
- Tirer profit des leçons apprises des expériences vécues dans le pays de manière formelle (Cellule SSP-Schweitzer-CHRO) ou informelle.

Sans considération pour ces éléments de contexte dans la formulation des activités, dont les responsables politiques et les populations sont des parties intégrantes, il y a fort à parier qu'elles ne seront pas adaptées et que leur potentiel de succès sera particulièrement limité.

Cela étant dit, il paraît impossible dans l'état actuel de la situation du système de santé gabonais, et peu pertinent, de vouloir organiser un système de paiement direct des soins, même de manière décentralisée, à l'échelle du pays. Aussi, nous croyons essentiel, tant pour des raisons techniques, stratégiques que politiques, de procéder par étapes et de graduellement mettre en œuvre le système de paiement. Cette stratégie des « petits pas » permettra :

- de tester l'expérience à une échelle tenant compte des capacités locales
- d'adapter progressivement le système de paiement au contexte du Gabon
- de sensibiliser graduellement l'ensemble des parties prenantes à l'intérêt d'un tel système de paiement
- de permettre la participation (pas uniquement financière !) de la population et des agents de santé par un processus de réforme décentralisé, communautaire et participatif
- d'effectuer un processus de plaidoyer à l'intention de toutes les parties prenantes, notamment des responsables politiques, en faveur du système préconisé avant d'étendre l'expérience
- de tenir compte de l'évaluation de l'expérience avant de l'étendre à l'ensemble du territoire.

2. Les leçons apprises des processus lors des expériences internationales

Avant de présenter les quelques leçons apprises des processus de mise en œuvre des mécanismes de « recouvrement des coûts », il convient de rappeler de quoi nous parlons exactement (les deux idéaux-types du paiement des soins) et quels sont les effets constatés de ces modalités de paiement.

a. Le type de paiement des soins : décentralisé et communautaire

Avant d'instaurer un système de paiement des soins par les usagers des services de santé, il faut tenter de répondre à certaines questions (54) :

- Pourquoi vouloir instaurer un système de recouvrement des coûts ?
- Comment faire en sorte que le paiement ne réduise pas l'utilisation des services pour les plus pauvres ?
- Certains services doivent-ils être gratuits ?
- L'argent collecté peut-il être utilisé sur place pour augmenter la qualité des services ?
- Quelle augmentation de la qualité peut justifier le paiement des services ?
- Comment organiser le partage entre les dispensaires des régions riches et celles des régions pauvres ?
- Comment instaurer un système transparent ?
- Comment impliquer la communauté ?

S'il existe plusieurs modalités de paiement des soins (direct, pré-paiement, taxes, etc.²⁵, voir schéma de l'annexe 6 où le paiement direct est nommé « paiement à la charge des

²⁵ Pour des détails conceptuels et études empiriques européennes voir (55) et pour un excellent ouvrage pédagogique sur l'économie de la santé dans les pays du Sud voir (56).

usagers »), nous devons dire qu'il existe aujourd'hui deux idéaux-types de paiement direct des services de santé en Afrique (57) :

1. Un paiement centralisé sous le contrôle de l'administration publique ;
2. Un paiement décentralisé sous surveillance communautaire.

Compte tenu de l'état actuel des connaissances quant à l'organisation du financement et du paiement des services de santé en Afrique et eu égard au contexte local au Gabon, il paraît judicieux de tenter l'expérience d'un système de paiement du second type, autrement dit de l'initiative de Bamako (IB), décentralisé et communautaire ; plutôt que d'organiser un processus centralisé, le premier type, sous la seule responsabilité de l'administration publique.

Si les populations gabonaises payent déjà leur accès aux services de santé et sont prêtes à continuer, elles désirent recevoir des prestations de qualité et savoir ce que l'on fait de leur argent. Le second type d'organisation (IB) permettra certainement de redonner confiance aux usagers des services de santé car il y a fort à faire de ce point de vue au Gabon. De surcroît, l'importance de cette démarche d'approche communautaire a été préconisée dans le document intermédiaire de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) au Gabon (8). Elle doit constituer, selon les autorités nationales, un principe fondateur de l'amélioration de l'accès au système de santé pour les plus pauvres. Il est certes ici utile de rappeler les objectifs spécifiques de l'initiative de Bamako (39) :

- renforcer les mécanismes de gestion et de financement au niveau local ;
- promouvoir la participation communautaire et renforcer les capacités de gestion locale ;
- renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d'utilisation des médicaments essentiels ;
- assurer des sources permanentes de financement pour le fonctionnement des unités de soins.

Pour atteindre ces objectifs, huit principes directeurs ont été élaborés, encore rappelés lors de la revue de l'IB en mars 1999 (58) :

1. les gouvernements doivent faire en sorte que toutes les communautés aient accès aux activités de soins de santé primaires ;
2. il faut décentraliser la prise de décisions des districts (départements au Gabon) de santé, notamment en ce qui concerne la gestion des soins de santé primaires ;
3. il faut décentraliser la gestion financière afin que les ressources produites localement soient gérées par les communautés concernées ;
4. les principes relatifs au financement communautaire des services de santé doivent être appliqués à tous les niveaux du système de santé ;
5. les gouvernements doivent apporter une contribution substantielle aux soins de santé primaires et prévoir suffisamment de fonds à l'intention des services de santé locaux ;
6. le concept de médicaments essentiels doit être intégré dans les politiques nationales de santé fondées sur les soins de santé primaires ;
7. des mesures telles que des exonérations et des subventions doivent être prises pour garantir l'accès aux couches sociales les plus démunies aux soins de santé ;
8. des objectifs intermédiaires doivent être clairement définis ainsi que des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis.

Nous soulignons le point n°5, car trop souvent les gouvernements ont tendance à croire que le paiement direct est un palliatif au financement de l'Etat alors qu'il doit nécessairement être un complément des subventions d'Etat (salaires, investissements) et non un remplaçant²⁶.

²⁶ L'expérience de la Mauritanie a montré que l'IB a multiplié les ressources accessibles au niveau régional par une moyenne de trois et au niveau des centres de santé par six. Cette augmentation n'a pas été accompagnée, contrairement à d'autres pays, par une diminution de la part du budget étatique consacré au secteur de santé (passant de 1,9% à 2,6% du PNB de 93 à 95). C'est ainsi que les établissements, en plus du recouvrement des coûts, ont vu leur budget public croître de 33%, dont 60% serait dû au paiement des frais par les usagers (59).

Le point n°7 est également mis en évidence car il est encore généralement oublié par les responsables de la mise en œuvre de l'IB dans les pays ayant décidé d'implanter des réformes sanitaires selon ces principes directeurs.

b. Les résultats de l'IB 15 ans après son lancement

A l'aide d'une analyse détaillée des études (voir 1) concernant la mise en place de l'IB en Afrique, nous croyons que ce sont malheureusement les questions d'administration et de gestion de l'IB qui ont pris le pas sur les préoccupations d'accès aux soins. Dit autrement, l'aspect équitable de l'IB a été négligé, et les préoccupations premières des acteurs ont été concentrées sur l'efficacité de l'organisation à mettre en place. La mise en œuvre de l'IB a été vue sous l'angle néolibéral, et la santé est devenue un produit comme un autre soumis à la loi de l'offre et de la demande qui régule le marché. Les experts de l'OMS Afrique et de l'UNICEF, membres du récent « Groupe de travail sur l'IB » aboutissent aux mêmes considérations : « *s'occuper de la question de l'équité d'accès géographique et financier aux soins de santé demeure un défi* » (p. 28) et ils veulent donc que « *la problématique de l'équité et la manière d'atteindre ceux qui ne le sont pas deviennent une priorité dans le futur* » (60, p.14). Voilà pourquoi certaines voix s'élèvent maintenant pour réclamer, non pas des « *réformes du secteur de la santé orientées vers le marché* » (61, p.833) mais « *une nouvelle vague de réformes intenses orientées vers l'équité* » (62, p.720) pour que les systèmes de santé soient plus équitables (63).

Il faudra donc que les réformes au Gabon prennent en compte cette problématique particulière, si les responsables politiques ne veulent pas accroître les inégalités d'accès d'ores et déjà existantes. Les prestataires de soins sont souvent plus motivés par la maximisation de leur revenu (64) que par la redistribution de ce dernier en vue de l'amélioration de l'accès aux soins. Les données collectées lors de cette mission au Gabon confirment cette vision. L'ensemble des Etats africains et leurs partenaires au développement ont récemment reconnu cet état de fait lors de la revue de l'IB en mars 1999. Les délégués de plus d'une quarantaine de pays se sont rencontrés et ont ensemble affirmé que malgré certaines expériences réussies, « l'agenda » reste inachevé puisque les plus démunis demeurent exclus des services de santé. Ces délégués sont revenus aux principes des SSP et de l'IB en demandant aux gouvernements de « *garantir l'équité de l'accès aux soins* » (58, p.3).

Certains auteurs pensent que la transition de l'équité des SSP à l'efficacité de l'IB est principalement due au déclin du rôle des Etats africains. Nous ne pouvons évidemment nous empêcher de lier cette affirmation aux préoccupations initiales, lors du lancement de l'IB en 87. Certains, avaient en quelque sorte devancé l'appel, en attirant notre attention sur le fait que le rôle des gouvernements par cette nouvelle politique n'était pas explicitement présenté et que le flou entourant la question de la responsabilité allait très certainement susciter l'enthousiasme des Etats (65). Nous devons ajouter à cela le fait que le transfert de la responsabilité aux communautés a pu, dans certains cas, renforcer l'accroissement des inégalités d'accès aux soins, non seulement à l'intérieur de ces mêmes communautés mais également entre les différentes régions. Le rôle de l'Etat gabonais demeure donc crucial dans la garantie d'un accès universel aux soins et il devra prendre ses responsabilités en augmentant sensiblement la part du budget consacré au secteur de la santé et en redistribuant le personnel de santé et les ressources physiques plus équitablement. Le paiement direct de la part des usagers ne doit pas dédouaner l'Etat de ses responsabilités.

c. Tirer profit des processus lors des expériences passées

Les expériences tentées au Niger, depuis 1993, en matière de mise en œuvre de l'IB, ont montré qu'il fallait nécessairement, pour s'assurer d'une plus grande réussite d'un tel système (66) :

- un système efficace d'approvisionnement en médicaments ;

- des mécanismes d'exemption du paiement efficaces pour éviter l'exclusion des plus pauvres ;
- un strict suivi (et une formation des agents) des protocoles thérapeutiques ;
- un paiement par épisode (pour les médicaments) sans paiement pour les consultations ;
- un processus de participation communautaire exhaustif et intensif ;
- un processus de supervision et de contrôle financier de la part des équipes de districts et des communautés ;
- un ministère de la Santé qui assume ses responsabilités de régulation avec souplesse et décentralisation.

De plus, en fonction de l'étude de la mise en place de l'IB dans plusieurs pays, les experts (67, 68) ont récemment formulé le souhait que l'on prenne en compte les recommandations suivantes avant d'organiser un tel système :

- formuler clairement l'organisation du système en précisant que l'argent doit être conservé majoritairement sur place avec une subvention croisée pour certains services (des services facturés plus cher pour que d'autres le soient moins ou deviennent gratuits) ;
- formuler un cadre légal et politique pour renforcer la mise en œuvre ;
- s'assurer que des actions concomitantes sont mises en œuvre, comme la disponibilité des médicaments et les processus de prises de décisions décentralisées ;
- fournir des consignes claires et précises sur les prix et l'utilisation des revenus ;
- assurer des formations en administration et en clinique ;
- superviser le personnel de santé ;
- encourager le personnel de santé à réaliser un monitoring de la performance des formations sanitaires locales ;
- impliquer les organisations communautaires locales dans les prises de décision avec un soutien approprié ;
- générer au sein du pays un soutien favorable au changement à travers des mesures incitatives et des améliorations durables ;
- maintenir le soutien gouvernemental au moins pour les salaires du personnel et utiliser les fonds des donateurs pour soutenir d'une manière flexible l'ensemble du processus ;
- adopter une mise en œuvre graduelle et progressive.

A RETENIR :

Compte tenu du contexte et des acteurs gabonais ainsi que des connaissances internationales quant au processus de mise en œuvre de l'IB, les recommandations d'action pour le PNDS doivent considérer les éléments suivants :

- **formaliser et officialiser le système de paiement direct, tout en le rendant plus équitable**
- **restaurer la confiance des populations à l'égard de leur système de santé**
- **améliorer la motivation du personnel de santé dans la réalisation de ses tâches**
- **trouver une stratégie permettant aux responsables politiques de s'approprier le contenu des réformes de santé**
- **tirer profit des leçons apprises des expériences vécues dans le pays de manière formelle (Cellule SSP-Schweitzer-CHRO) ou informelle**
- **pour des raisons techniques, stratégiques et politiques, il faut que le système soit organisé de manière progressive, en procédant par étapes**
- **le système de paiement choisi doit être du type de l'initiative de Bamako (IB), décentralisé, communautaire et participatif**
- **l'Etat gabonais ne doit pas voir le paiement direct comme un palliatif, il doit consentir en même temps plus de ressources au secteur de la santé et les distribuer plus équitablement**
- **certaines expériences internationales ont permis aux experts de formuler des recommandations claires qui sont prises en compte dans les propositions pour le PNDS 2006-2010.**

3. Tenter une expérience dans deux provinces du Gabon

Il est donc possible de constater, à l'aune de ce qui s'est déroulé ailleurs en Afrique, que la mise en œuvre d'un tel système n'est pas simple et ne se réduit pas uniquement au paiement des soins. Un certain nombre de conditions préalables à l'organisation d'un tel mécanisme de financement doivent donc être réunies, comme par exemple l'accès aux médicaments essentiels génériques (objectif n°7 du PNDS), la qualité de l'accueil et des soins (objectif n°8), la présence d'un personnel de santé bien formé (objectif n° 10), l'organisation d'un processus de suivi et d'évaluation (objectif n°12) ou encore la mise en place des comités de santé villageois.

Tel que nous venons de le dire, il y a donc un certain nombre de conditions nécessaires avant que l'organisation de l'IB soit possible : disponibilité de MEG, équipe technique expérimentée pour la formation et la mise en place, ressources pour le suivi et la supervision, etc. Si les réformes sanitaires vont, nous l'espérons, porter leurs fruits dans quelques temps au Gabon, il paraît encore trop aléatoire d'attendre leur développement pour démarrer une expérience de « recouvrement des coûts ». Par exemple, il ne semble pas que, malgré les constructions actuelles d'antennes régionales, l'OPN soit en mesure, dans les prochains mois, de fournir en MEG les provinces qui devront participer à ce test. De même, la mise à disposition d'un véhicule de supervision pour les DRS n'est pas forcément une activité qui verra le jour rapidement. Aussi, pour des raisons déjà évoquées et pour celles dont nous venons de parler, il apparaît nécessaire d'organiser l'IB à l'aide d'une expérience pilote dans deux provinces du pays sous la forme d'un projet d'appui avec l'aide d'un partenaire au développement expérimenté en la matière²⁷. Cela étant dit, compte tenu des expériences passées et actuelles de coopération au développement (12, 13), il faudra que le ministère de la Santé Publique et l'Etat gabonais rassurent ses partenaires quant à ses velléités réelles de mise en œuvre des réformes sanitaires. Les partenaires devront, de leur côté, s'assurer de la qualité technique mais aussi humaine de leurs assistants techniques ainsi que la disponibilité de l'ensemble des ressources nécessaires. L'échec de la relance des SSP et de la cellule créée à cette occasion ne doit pas être reconduit. Pour cela, il demeure essentiel qu'une relation de confiance s'instaure entre les deux parties.

Aussi, pour la période du PNDS 2006-2010, nous proposons l'organisation d'un plan d'action en deux phases. Une étape préliminaire, sous la forme d'un atelier national, devra être organisée au cours de l'automne 2005. Les détails de l'ensemble des actions à entreprendre ainsi que leur chronologie sont fournis dans le tableau de la dernière page.

- Etape préliminaire : un **atelier national** à l'automne 2005 pour déterminer les modalités techniques de l'expérience à mener avec la présence de la population, des agents de santé, des responsables politiques, des partenaires au développement, etc.
- Phase 1 (2006-2007) : la **première phase expérimentale** aura une durée de 18 mois dans deux provinces pilotes. Compte tenu du peu de formations sanitaires dans les provinces à l'intérieur du pays, nous croyons possible que l'expérience ait lieu dans l'ensemble des centres de santé de la région. Elle sera implantée selon une logique d'expérimentation afin i) de produire des données probantes locales quant au système de paiement des soins de type IB et ii) d'effectuer un processus de plaidoyer en faveur d'un tel mécanisme. Cette phase 1 devra être évaluée de manière indépendante et participative afin de porter un jugement sur le processus de mise en œuvre (relever les forces et les faiblesses, les meilleures pratiques) et les effets de l'expérience.

²⁷ Outre la coopération bilatérale, des ONG internationales comme PSF-CI (France) ou MSH (États-Unis d'Amérique) sont spécialisées en la matière. Il en existe évidemment d'autres.

- Phase 2 (2008-2010) : la **seconde phase de généralisation** devra tirer profit de l'expérience et, en fonction des leçons apprises de cette dernière, une extension nationale du système de paiement direct décentralisé et communautaire pourra être envisagée. Elle ne pourra se faire qu'après la formulation des décrets d'application, des outils de gestion, des directives de mise en oeuvre, des contenus de formation, etc.

Décrivons maintenant avec un peu plus de détails la manière dont nous préconisons l'organisation du paiement direct de type IB à l'intérieur du pays.

a. Etape préliminaire et phase 1

A. Une expérience pilote : cette première phase verra la mise en œuvre d'un système de paiement des soins de type IB dans deux provinces pilotes du pays durant 18 mois.

1) Préalablement à cette implantation, un atelier national devra être organisé au cours de l'automne 2005 avec l'ensemble des parties prenantes du système de santé (populations, professionnels de santé, responsables administratifs, responsables politiques, partenaires au développement). Pour des raisons stratégiques, nous croyons plus pertinent de faire en sorte que les éléments techniques de l'expérience de « recouvrement des coûts » soient formulés lors d'un atelier national plutôt que par les consultants ayant réalisé cette mission. Cela devrait permettre une meilleure appropriation des modalités de mise en œuvre et une plus grande adaptation des décisions prises. Ceci étant dit, l'appui d'une personne-ressource expérimentée en matière de financement des services de santé serait la bienvenue lors de cet atelier. Un certain nombre d'experts africains existent et serait certainement utiles pour cela. Cet atelier de deux ou trois jours, organisé selon un processus participatif, devra permettre de :

- choisir les deux provinces pilotes en fonction des critères (non exhaustifs) suivants :
 - présence d'une assistance technique expérimentée
 - habitude préalable du paiement des soins
 - disponibilité d'une antenne régionale de l'OPN ou d'une capacité de stockage en médicaments
 - présence continue d'une équipe complète de la DRS pour la durée de l'expérience (18 mois)
 - ressources matérielles de la DRS pour effectuer les supervisions et les contrôles
- définir précisément les composantes techniques de l'expérience²⁸ :
 - pertinence de la création d'une cellule (informelle) de mise en place et de suivi de l'IB au sein du ministère
 - modalités de paiement (forfait, actes...)
 - tarifs à pratiquer (ce qui nécessitera une étude préalable à l'atelier concernant le coût moyen d'une ordonnance en médicaments essentiels (voir avec Schweitzer, Bongolo, CHRO)
 - lieu de rétention de l'argent collecté (localement, en banque...)
 - clef de répartition de l'utilisation de l'argent collecté (MEG, primes du personnel, membres du comité, frais de fonctionnement, etc.)
 - circuit de commande et de distribution du médicament (par le projet ou via l'OPN)
 - mécanismes d'exemption pour les indigents (critères, pourcentage, définition communautaire, etc.)
 - précision des services gratuits pour des raisons de santé publique (tuberculose, CPN, ORS, accouchement, etc.)

²⁸ Il sera également possible de laisser les communautés décider de certains éléments techniques de l'expérience, tel que les tarifs (en se basant cependant sur les tarifs minimum calculés préalablement), les exemptions, etc.

- modalité de restitution des résultats financiers auprès de la population (information semestrielle)
 - besoins en formation technique et médicale
 - besoins en outils techniques
- préciser les modalités de monitoring et d'évaluation de l'expérience :
 - définition des outils de monitoring
 - des indicateurs de monitoring et de suivi
 - éléments techniques du contrôle financier trimestriel
 - contenu des supervisions formatives trimestrielles
 - formaliser les besoins en appuis techniques de la part de partenaires au développement expérimentés dans ce type de projet :
 - quantité et qualité des assistances techniques nécessaires
 - durée de leur mission
 - budget approximatif.
- 2) Une fois cet atelier tenu, un document de synthèse relatant l'ensemble des éléments constitutifs de l'expérience à organiser devra être rédigé et signé par les instances officielles. Il s'agira également, par exemple et éventuellement, de revoir le contenu du décret portant sur la création des comités de gérance. Il faudra d'abord régler le fait que des membres de ces comités puissent être rémunérés. Ensuite, il serait avantageux de changer le qualificatif de « gérance » par celui de « santé » pour éviter l'implantation d'une vision exclusivement gestionnaire de ces comités, comme cela est le cas dans d'autres pays d'Afrique. Cela étant dit, il est aussi possible d'envisager de ne pas toucher à ce décret pour le moment, d'agir de manière expérimentale (et donc dérogatoire) et de le réviser simplement après l'expérience des 18 mois. Dans le contexte gabonais, la formalisation de tels documents apparaît comme une condition nécessaire à l'éventuelle réussite du projet pilote. L'implication des plus hautes instances sera un avantage certain.
- 3) Ensuite, l'expérience pourra démarrer et l'ensemble des activités proposé dans le plan d'action plus bas pourra être mis en œuvre durant 18 mois.
- 4) Enfin, outre un suivi permanent de l'intervention, une évaluation des processus et des effets de l'expérience dans les deux provinces pilotes devra être implantée à la fin des 18 mois de mise en œuvre. Cette évaluation, qui devra documenter en détail ces tentatives provinciales, pourra être confiée à une équipe de consultants externes au ministère de la santé. Ils devront cependant intervenir selon une approche participative, pour s'assurer de l'appropriation des résultats (69). Les résultats de cette évaluation devront être restitués lors d'un second atelier national qui sera, non seulement l'occasion de débattre des effets de l'expérience et des leçons apprises, mais également de préciser les conditions d'une éventuelle extension du système à l'échelle du pays.

B. Un plaidoyer : outre ces quatre temps de l'expérimentation, un processus concomitant et continu de plaidoyer provincial et national devra être entrepris en faveur d'un tel système de paiement direct de type IB. On insistera sur l'importance de la décentralisation, sur la participation des communautés à l'ensemble du système et pas uniquement au paiement, sur l'obligation de se préoccuper des solutions favorisant l'accès pour ceux qui ne sont pas en mesure de payer, sur le processus de reddition de compte à mettre en œuvre, etc. Le plaidoyer pourra être organisé à travers l'organisation de journées parlementaires et de tables-rondes, la diffusion de bulletin d'information, la réalisation d'émissions de radio et de télévision, etc. La collaboration active du ministère de l'Education populaire sera recherchée.

b. Phase 2

Cette seconde phase pourra démarrer fin 2007 à la lumière des résultats de l'expérience des 18 mois passés. Il s'agira préalablement à son extension et son adaptation à l'ensemble du

pays de rédiger un document de politique nationale en matière de paiement direct de type IB. Il faudra notamment penser à intégrer l'ensemble de ces éléments dans les plans de formation des agents de santé dans les différentes écoles sanitaires du pays. Il ne faudra pas non plus oublier les *curricula* de formation des médecins. Dans le cadre de l'extension nationale, l'organisation d'une formation spécifique pour les médecins chefs de département (district) sera nécessaire à effectuer. Il faudra que systématiquement tous ces médecins et leurs collègues des équipes de district soient formés aux principes de l'IB mais également à la gestion d'un district, processus qui existe depuis bien longtemps dans d'autres pays africains sur lesquels le Gabon pourrait s'appuyer.

Il est cependant trop tôt pour que nous présentions les détails de cette seconde phase.

A RETENIR :

Pour l'organisation d'un système de paiement direct des soins de santé de type « initiative de Bamako », nous préconisons que soient intégrées dans le PNDS 2006-2010 les activités suivantes (détaillées plus bas) :

- l'organisation d'un atelier national à l'automne 2005 pour déterminer les modalités techniques d'une expérience à mettre en place dans le contexte gabonais (avec la présence de la population, des agents de santé, des responsables politiques, etc.). L'atelier pourrait être animé par un expert africain
- l'implantation d'une expérience pilote dans deux provinces du pays en 2006 et 2007 à l'aide d'un projet d'appui de la part d'un partenaire au développement pour pallier l'absence de conditions préalables indispensables (présence de MEG, disponibilité d'expertise, ressources logistiques pour la supervision, etc.)
- un partenaire au développement qui doit être rassuré quant aux velléités de coopération du Gabon mais qui doit s'assurer d'apporter les ressources nécessaires et pertinentes. Une relation de confiance doit sous-tendre la coopération au développement.
- une évaluation indépendante (et participative) des processus et des effets après 18 mois de mise en œuvre
- une prise de décision fin 2007 quant à la généralisation de l'expérience à l'échelle du pays avec la formulation des décrets d'application, des outils de gestion, des directives de mise en œuvre, des contenus de formation, etc.

c. Plan d'action et objectifs révisés du PNDS

Dans le tableau suivant, sont détaillées toutes les actions qu'il faudra entreprendre au cours des prochaines années pour la mise en œuvre des phases 1 et 2 proposées par les consultants. Ces activités doivent devenir des parties intégrantes du PNDS, et précisément pour l'atteinte de l'objectif n°6 : « améliorer l'accès financiers aux soins pour tous »).

Il existe évidemment un lien très étroit entre les activités que nous proposons et l'atteinte de l'objectif n°7 du PNDS (« améliorer l'accès aux médicaments pour tous »). En effet, le principe même du paiement des soins dans la mise en œuvre de l'IB est qu'il doit favoriser la pérennité de la disponibilité des médicaments, tant pour ceux qui sont en mesure de payer que pour les indigents pour lesquels des mesures spécifiques doivent être organisées. Cependant notre proposition ne saurait faire l'économie pour le ministère de la Santé publique du développement et de la mise en œuvre des autres activités nécessaires à l'amélioration de l'accès aux médicaments. Le plan que nous proposons pourra contribuer à l'atteinte de cet objectif n°7, mais de nombreux efforts devront être fournis pour renforcer les capacités de l'Office Pharmaceutique Nationale (OPN). La phase 1 de notre plan d'action devra être mise en place de manière relativement indépendante de la réforme de l'OPN tandis que la phase 2 devra obligatoirement être implantée de concert avec l'OPN dans sa version renforcée.

VI. Annexes

Tableau 13 : Proposition d'activités à intégrer au PNDS 2006-2010

Liste des activités de l'objectif n°6 du PNDS	2005	2006				2007				2008				2009	2010
	Trimestre T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4		
Phase 1 : Etape préliminaire et expérimentations dans deux provinces															
Atelier national de définition de l'expérience	X														
Document officiel formalisant les modalités de l'expérience	X														
Démarrage de l'expérience dans deux provinces		X													
Dotations d'un véhicule de supervision		X													
Commande et dotation en médicaments essentiels génériques pour l'ensemble de la province pour une consommation de six mois de 200.000 pers.		X	X												
Nomination d'un superviseur au sein de la DRS		X													
Formation des équipes départementales de santé		X													
Approche communautaire autour des formations sanitaires		X	X												
Etablissement des comités de santé des formations sanitaires		X	X												
Décisions communautaires de certaines modalités pratiques (tarifs, exemptions, gestion, répartition des sommes collectées, etc.)		X	X												
Réalisation des outils de gestion			X												
Formation des membres des comités de santé			X												
Formation sur la prescription rationnelle des agents de santé				X											
Début de la tarification des actes				X											
Réalisation des outils de contrôle et de supervision				X											
Contrôle trimestriel				X	X	X	X								
Supervision formative trimestrielle				X	X	X	X								
Restitution semestrielle auprès de la population					X		X								
Evaluation finale de l'expérience								X							
Phase 1 : Plaidoyer national et provincial															
Journée parlementaire et table-ronde		X				X									
Production d'un bulletin trimestriel			X	X	X	X	X	X	X						
Emissions de radios et de télévisions		X				X									
Phase 2 : Extension nationale															
Atelier de restitution de l'évaluation finale									X						
Formalisation de l'ensemble des outils techniques									X						
Formalisation de l'ensemble des textes législatifs									X						
Adaptation et extension à l'ensemble du pays										X					
Evaluation de l'extension nationale															X

Source : auteurs

Annexe 1 - Calendrier de la mission

Juin	
Samedi 25	- Départ vers le Gabon
Dimanche 26	- Voyage
Lundi 27	- Arrivée à Libreville - Lecture de la documentation - Rencontre à la BAD - Réunion de travail à la COSP
Mardi 28	- Lecture de la documentation - Réunion de travail à la COSP
Mercredi 29	- Rencontre à l'UNICEF - Réunion de travail VR, ME - Rencontres Banque Mondiale - Réunion de travail à la COSP
Jeudi 30	- Rencontre OPN - Rencontre FED - Voyage vers Lambaréné - Rencontre avec le DRS
Juillet	
Vendredi 1	- Réunion de travail avec le DRS - Visites et rencontres dans les dispensaires de Nombakélé, Kéry, Atsie - Rencontre responsable santé communautaire hôpital Schweitzer
Samedi 2	- Visites et rencontres dans les dispensaires d'Isaac, Benguié 2, Benguié 4, Bifun - Voyage vers Libreville
Dimanche 3	- Repos
Lundi 4	- Rencontre à la COSP - Rencontre assistant technique Coopération Française à l'OPN - Rencontre au Secrétariat Général de la santé, questions médicales
Mardi 5	- Voyage vers Makokou
Mercredi 6	- Rencontres à la DRS et le CHR de Makokou - Visites du CHR et entretiens - Rencontres dans deux dépôts pharmaceutiques religieux
Jeudi 7	- Rencontres officielles (Assemblée Départementale, Gouvernorat) - Visites et rencontres dans les dispensaires de Bakwaka, Makébé, Mbomo
Vendredi 8	- Rencontres au village de La scierie - Rencontre avec le responsable du dispensaire de Mbomo
Samedi 9	- Rencontres au village de Ntsenkele, rencontre avec l'Agent de santé villageois - Visite du Centre Médical d'Ovan - Voyage vers Libreville
Dimanche 10	- Arrivée à Libreville - Rencontre avec le coordinateur du projet Canadien de Oyem
Lundi 11	- Rencontre de travail à la COSP et précision des besoins - Préparation de l'aide-mémoire provisoire à remettre à la COSP
Mardi 12	- Préparation de l'aide-mémoire provisoire à remettre à la COSP
Mercredi 13	- Préparation de l'aide-mémoire provisoire à remettre à la COSP - Rencontre à la COSP et présentation de l'aide-mémoire provisoire - Rencontre à l'hôpital Mbomo de la responsable du PEV - Rencontre au Ministère de la santé
Jeudi 14	- Analyse documentaire - Rencontre avec un consultant gabonais en santé communautaire - Rencontre avec un expert du CREDES - Rencontre avec deux experts du CREDES
Vendredi 15	- Départ sur Oyem - Rencontre avec l'équipe du centre hospitalier régional d'Oyem - Rencontre avec un médecin de l'hôpital
Samedi 16	- Visite de l'hôpital

	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontre avec une infirmière d'un centre médical - Analyse documentaire
Dimanche 17	<ul style="list-style-type: none"> - Repos à Oyem
Lundi 18	<ul style="list-style-type: none"> - Visite de l'hôpital - Rencontre avec quelques membres du personnel de l'hôpital - Rencontres et visite du centre médical de Mitzic - Retour sur Libreville
Mardi 19	<ul style="list-style-type: none"> - Préparation de l'aide mémoire et coordination de l'écriture du rapport - Analyse documentaire
Mercredi 20	<ul style="list-style-type: none"> - Rencontres à la COSP - Rencontres avec les experts du CREDES
Jeudi 21	<ul style="list-style-type: none"> - Réunion de restitution provisoire de la mission à la COSP - Rencontres avec les experts du CREDES Départ vers le Canada
Vendredi 22	<ul style="list-style-type: none"> - Voyage vers le Canada

Annexe 2 - Liste des personnes rencontrées

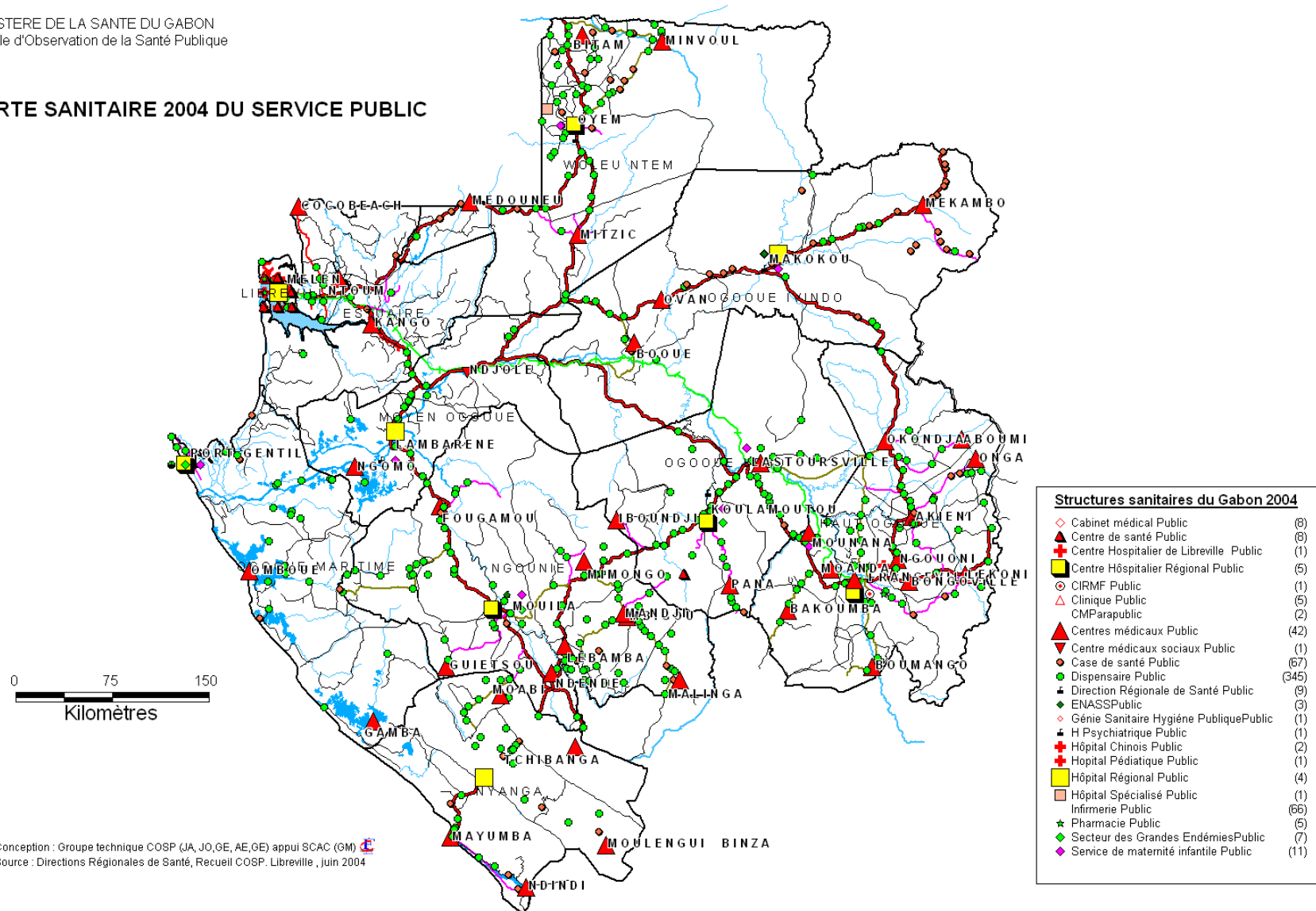
- Sobhane Dhoni, administrateur projet DSS BAD
- Iga Eric, BAD
- Biyogo, Gaston, vice-président comité de suivi des États Généraux
- Mme Fayette, conseillère SMI du Ministre
- Medar Toung, Directeur PNLT
- Khouilla, Jean, Coordinateur COSP
- Obame Edou, Saint Yves Chargé des questions médicales au Secrétariat Général
- Garo Jacques, Inspecteur régional de la santé
- Mouguengui, directrice de l'OPN
- Noel Ndongh Minko, DRS Moyen-Ougoé
- Diallo, responsable du projet de santé communautaire de l'hôpital Schweitzer
- Infirmier responsable du dispensaire de Nombakélé
- Ancien président du comité de santé de Nombakélé
- Infirmier responsable du dispensaire de Kéry
- Infirmier responsable du dispensaire d'Atsie
- Président du comité de santé d'Atsié
- Trésorière du comité de santé d'Atsié
- Infirmier responsable du dispensaire d'Issac
- Infirmier responsable du dispensaire de Benguié 2
- Infirmier responsable du dispensaire de Benguié 4
- Infirmier responsable du dispensaire de Bifun
- Infirmier responsable du dispensaire de Bakwaka
- Infirmier responsable du dispensaire de Makébé
- Infirmier responsable du dispensaire de Mbomo
- Angoué Edouard, Agent de santé villageois de Ntsenkele
- Keba Moukoumi Anasthase, directeur du CHR de Makokou
- Sougou Boulingue Patrick, responsable du laboratoire du CHR de Makokou
- Sage-femme, responsable de la maternité du CHR de Makokou
- Atsame Julienne, responsable du PEV, Libreville
- Mbadinga Mouiri Aime Lucien, directeur régional de la santé du Woleu-Ntem
- Mitsame Mba, chef du service social du CHRO
- Mintza Félicien, chef du service de médecine préventive du CHRO
- Guy Raymond Nteme Ndong, chef du service de recouvrement du CHRO
- Chantal Minkué Mi Oyono, comis comptable du CHRO
- Léontine Eyang, directrice des soins infirmiers du CHRO
- Mitsame Mba Jeanne Sylvie, pharmacienne du CHRO et de la DRS
- Richard Juneau, directeur administrateur et financier du CHRO, USI de l'université de Montréal
- Prospère Abessolo Mengue, inspecteur régional de la santé du Woleu-Ntem
- Daniel Abessolo Ndong, Médecin chef département de Mitzic
- Mba Jean, Chirurgien au CHRO
- Responsable de la PMI du CM de Mitzic
- Infirmier du CM de Mitzic
- Diberot Moudsinga, Gouverneur de l'Ougoué-Ivindo
- Moukoko, Président de l'Assemblée départementale de l'Ougoué-Ivindo
- Ngolo Felix, chef de canton de Bakwaka
- Editchi Basile, notable de Bakwaka
- Monkoko Bernard, chef de village de Makeke
- Babenangoye Laady, notable de Makeke
- Ndouana Paulier, notable de de Makeke
- Assemba Raymond, chef de village La Scierie
- Awong Basile, chef du village de Ntsenkele
- Sœurs responsables du dépôt pharmaceutique des Filles des Divines Amours, Makokou
- Responsable du dépôt pharmaceutique des prêtres de la mission catholique Notre Dame des Victoires, Makokou
- Marcelin Mezui-Nguema, administrateur de projet santé, UNICEF

- Rick Tsouck Ibounde, économiste résident Banque Mondiale
- Firmin Gyslain Lendoye, FED
- Jean-Christophe Pelissier, Conseiller Technique Coopération Française à l'OPN
- Daniel Campeau, coordinateur de projets, USI de l'université de Montréal
- Adrien Moukabi, consultant en santé communautaire

Annexe 3 - Carte sanitaire 2004

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU GABON
Cellule d'Observation de la Santé Publique

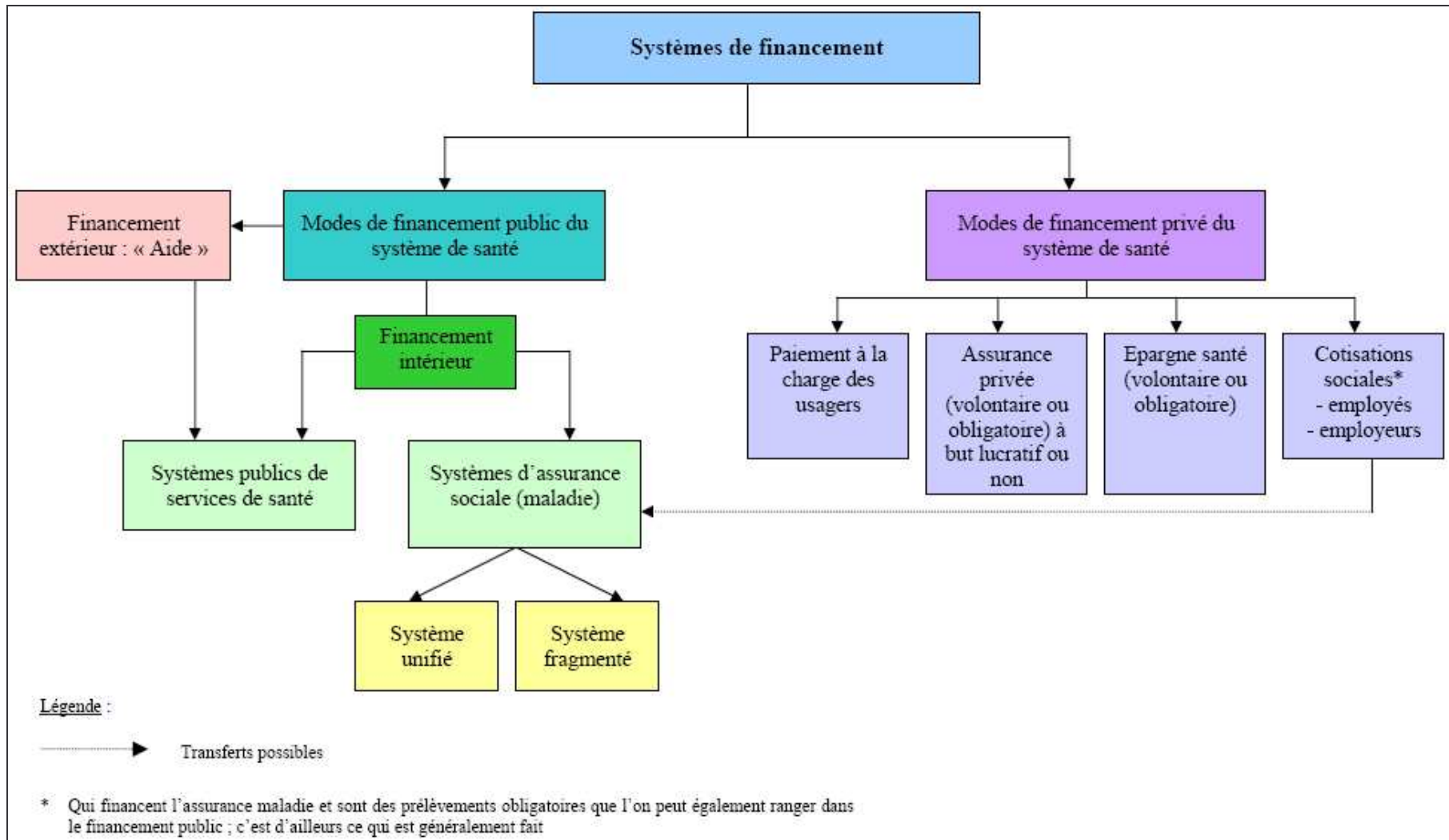
CARTE SANITAIRE 2004 DU SERVICE PUBLIC



Annexe 4 - Exemple de tarifs pratiqués dans quelques formations sanitaires

<i>En F CFA</i>	Hôpital régional	Dispensaire	Centre médical	CHRO	Clinique privée
Consultation d'un médecin pour adulte			2 000	2 000	5 000
Consultation infirmière pour adulte		1 000	1 000		
Consultation infirmière pour enfant		500			
Petite chirurgie			0		
Petite chirurgie (plaies et blessures <10% du corps)				6 000	
Abcès				3 000	
Hospitalisation par jour (j 1 à 5) en salle			0	4 500	
Hospitalisation par jour (j 1 à 5) en VIP			0	7 500	
Radiologie				3 à 8 000	
Accouchement			0	10 000	
Césarienne				50 000	
Avortement thérapeutique				15 000	
Hernie				50 000	
G.E.U				50 000	
Avortement provoqué	40 000		10 000		
Grossesse non suivie	15 000		15 000		
Déclaration de naissance	1 000				
Bilan prénatal	8 000				
Certificat d'accouchement	3 000				
Carnet de santé	1 500				
Certificat médicaux			5 000		
Examen labo goutte épaisse			1 000		

Annexe 5 - Mode et organisation d'un système de financement des services de santé



Source : (70)

Annexe 6 - Références et documents consultés

1. Ridde V. L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Washington: World Bank; 2004.
2. Ridde V. Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. Bulletin of World Health Organization 2003;87(7):532-538.
3. Soucat A, Levy-Bruhl D, Gbedonou P, Drame K, Lamarque J-P, Diallo S, et al. Local cost sharing in Bamako Initiative systems in Benin and Guinea : assuring the financial viability of primary health care. International Journal of Health Planning and Management 1997;12(suppl.1):S109-S135.
4. Knippenberg R, Traore Nafoussi F, Osseni R, Camara YB, El Abassi A, Soucat A. Increasing Client's Power to Scale Up Health Services for the Poor: The Bamako Initiative in West Africa; Background paper to the World Development Report. Washington: World Bank; 2003 July, 1.
5. OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2000, pour un système de santé plus performant. Genève; 2000.
6. Murray CJL, Frenck J. A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the WHO 2000;78(6):717-731.
7. UNDP. Human development report 2004. New York: UNDP; 2004.
8. Banque Mondiale. Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté. Libreville; 2005.
9. World Bank. Memorandum of the President of the International Development Association to the executive directors on a regional integration assistance strategy for Central Africa. Report No. 25328. Washington; 2003 10 January 2003.
10. Evans RG, Stoddart GL. Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 1996.
11. Ministère de la Santé Publique. Politique Nationale de Santé. Libreville; 2004.
12. Damour C, Marx M, de Pas G. Evaluation de la coopération Française dans le secteur santé au Gabon (1990-2001). Libreville; 2002.
13. Université de Montréal, Inc. ME. Projet d'appui technique à la région sanitaire Nord-Gabon. Bilan et analyse sectorielle Santé. Région Sanitaire Nord. Montréal; 2002 mai 2002.
14. COSP. Tableau de bord général de la santé 2004. Cartes sanitaires 2004 (en annexes). Libreville: COSP, MSP; 2004 Juin 2004.
15. Danons E, Malkin J-E, Stroebel I. Le Système de Santé au Gabon. Un Besoin de Solidarité Nationale. Rapport de Mission. 1/ Le Constat. Libreville: International Medical Alliance; 2004 Février 2004.
16. Ministère de la Santé Publique. Etats généraux de la santé. Plan Nationale de Développement Sanitaire du Gabon 2006-2010. Version courte. Libreville: COSP; 2005.
17. Ministère de la Santé Publique. Plan national d'action sanitaire révisé (2000-2002). Libreville; 2000.
18. Direction du médicament et de la pharmacie. Politique pharmaceutique nationale. Libreville: DMP, MSPP; 1999 Juillet 1999.
19. Ministère de la Santé Publique. Guide national sur les soins de santé primaires au Gabon. Libreville: Direction Général de la Santé; 2001.
20. Ministère de la Santé Publique. Politique nationale de santé de la reproduction 2003-2015. Libreville; 2003 Avril 2003.
21. Ministère de la Santé Publique. Etats généraux de la santé. Les actes. Libreville: COSP; 2005.
22. Banque mondiale. Santé et pauvreté au Burkina Faso : progresser vers les objectifs internationaux dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté. Washington; 2003 Juin 2003.
23. Ekanmian GK. Revue des dépenses publiques du secteur santé au Gabon. Version provisoire. Libreville: Banque Africaine de Développement; 2005 Mai 2005.
24. Dugbately K. National health policies : sub-saharan African case studies (1980-1990). Social Science and Medicine 1999;49:223-239.
25. Litvack JI, Bodart C. User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon. Social Science and Medicine 1993;37(3):369-383.
26. Haddad S, Fournier P. Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre. Social Science and Medicine 1995;40(6):743-753.
27. Nkogho Mengue P-G. L'évaluation de l'utilisation des médicaments et les déterminants de la prescription de médicaments génériques dans les soins de santé primaires au Gabon. Mémoire de Msc. Faculté de pharmacie de l'université Laval, Québec, Canada; 2000.
28. Degui H, Jourdan F. Recouvrement des coûts du médicament. Dossier technique financier, budgétaire et comptable (période 1999-2001). Libreville: OPN, MSPP; 1998 Mai 1998.
29. Ministère de la Santé Publique. Réforme de la protection sociale (projet de mise en place d'un système de couverture maladie au Gabon) (C.M.G.). Libreville; sans date.

30. WHO. WHO Statistical Information System (WHOSIS). Core Health Indicators. Comparison on core health indicator indicator within WHO Region. www.who.int (consulté en juillet 2005); 2005.
31. WHO. The World Health Report 2005. Geneva; 2005.
32. Ridde V. L'évaluation de programme en santé internationale : qu'est-ce que c'est, comment la planifier et utiliser une approche participative ? Développement et Santé 2004;169:23-29.
33. Yin RK. Case Study Research Design and Method. second edition ed. London, New Delhi: Sage Publications; 1994.
34. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. 3rd -- ed. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications; 2002.
35. Hôpital Schweitzer. Présentation de la fondation international de l'hôpital Schweitzer lors des Etats Généraux de la Santé. Diapositives Power Point. Libreville: mars-avril 2005; 2005.
36. Péladeau N, Mercier C. Approches qualitative et quantitative en évaluation de programmes. Sociologie et Sociétés 1993;XXV(2):111-124.
37. Poupart J, Deslauriers J-P, Groulx L-H, Laperrière A, Mayer R, Pires A, editors. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal: Gaëtan Morin Editeur; 1997.
38. Levine R, What Works Working Group. Millions saved. Proven Successes in Global Health. Washington: Center for Global Development; 2004.
39. WHO. Guidelines for implementing the Bamako Initiative. Regional Committee for Africa, 38th session, Brazzaville, 7-14 septembre, AFR/RC38/18 Rev.1. Tel que cité par Mc Pake et al. (1992); 1988.
40. Ridde V, Girard JE. Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé pour les indigents africains. Santé Publique 2004;15(1):37-51.
41. Fabricant S, Kamara C, Mills A. Why the poor pay more : household curative expenditures in rural Sierra Leone. International Journal of Health Planning and Management 1999;14(3):179-199.
42. Gilson L. The lessons of user fee experience in Africa. Health Policy and Planning 1997;12(4):273-85.
43. Haddad S, Nougara A, Ridde V. Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. Santé, Société et Solidarité 2004;2:199-210.
44. Nyongator F, Kutzin J. Health for some ? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. Health Policy and Planning 1999;14(4):329-341.
45. Russel S. Ability to pay for health care : concepts and evidence. Health Policy and Planning 1996;11(3):219-237.
46. Jérôme J-H. Les coûts de la prise en charge de différents problèmes de santé dans la région sanitaire Nord du Gabon. Montréal: Université de Montréal. M3E; 2003 Décembre 2003.
47. WHO. Equity in health and health care : a WHO/SIDA initiative. Geneva: WHO; 1996.
48. Braveman P. Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. Journal of Health Population Nutrition 2003;21(3):181-192.
49. Galland B, Fontaine D, Rasidy K. Évaluer la viabilité des centres de santé: ReMeD, AFVP, CIDR, Medicus Mundi France, Coopération Française; 1997.
50. Pelissier J-C. Rapport de mission. Evaluation de la politique régionale du médicament et de l'information sanitaire. (Moyen Ogooué - Ngounié du 07 décembre au 10 décembre 2004). Libreville: OPN; 2004 17 décembre 2004.
51. Walt G. Implementing health care reform : a framework for discussion. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C, editors. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham Philadelphia: Open University Press; 1998. p. 365-384.
52. Mills A, Bennett S, Russell S, Attanayake N. The challenge of health sector reform : what must governments do? Houndmills ; New York: Palgrave; 2001.
53. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries. The central role of policy analysis. Health Policy and Planning 1994;9:353-370.
54. Newbrander W, Collins D. Guidelines for acheving equity : ensuring access of poor to health services under fee systems. Arlington, Va.: for USAID by the BASICS project; 1999.
55. Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J, editors. Funding health care: options for Europe: Open University Press; 2002.
56. Witter S, Ensor T, Jowett M, Thompson R. Health economics for developing countries. A pratical guide. London and Oxford: MacMillan Education Ltd; 2000.
57. Nolan B, Turbat V. Cost recovery in public health services in Sub-saharian africa. Washington, DC: World Bank; 1995.
58. OMS. Revue de l'Initiative de Bamako, 8-12 mars 1999 à Bamako (Mali) Recommandations générales et rapports des gouvernements du Mali et du Niger: OMS (Afrique); 1999.

59. Audibert M, Mathonnat J. Cost recovery in Mauritania : initial lessons. *Health Policy and Planning* 2000;15(1):66-75.
60. OMS/AFRO. The Bamako Initiative Working Group. The first meeting 11-14 october 1999. Harare: WHO/AFRO, UNICEF; 1999.
61. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet* 2001;358(9284):833-6.
62. Gwatkin DR. The need for equity-oriented health sector reforms. *International Journal of Epidemiology* 2001;30:720-723.
63. Gwatkin D, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004;364(October 2):1273-1280.
64. Tizio S, Flori Y-A. L'initiative de Bamako : "santé pour tous" ou "maladie pour chacun"? *Revue Tiers Monde* 1997;XXXVIII(152):837-858.
65. Chabot J. The Bamako Initiative - Letter. *Lancet* 1988;december 10.
66. Meuwissen LE. Problems of cost recovery implementation in district health care: a case study from Niger. *Health Policy Plan.* 2002;17(3):304-313.
67. Gilson L, Kalyalya D, Kuchler F, Lake S, Organa H, Ouendo M. The equity impacts of community financing activities in three African countries. *International Journal of Health Planning and Management* 2000;15:291-317.
68. Gilson L, Kalyalya D, Kuchler F, Lake S, Organa H, Ouendo M. Strategies for promoting equity : experience with community financing in three African countries. *Health Policy* 2001;58(1):37-67.
69. Ridde V, Baillargeon J, Ouellet P, Roy S. L'évaluation participative de type empowerment : une stratégie pour le travail de rue. *Service Social* 2003;vol 50(1):263-279.
70. ministère des Affaires étrangères. Le financement des systèmes de santé - Quelles approches dans les pays de la Zone de Solidarité Prioritaire ? Paris: DGCID; 2001 Octobre 2001.



Photo 1 : stocks de MEG dans deux dispensaires du projet de santé communautaire de l'hôpital Schweitzer

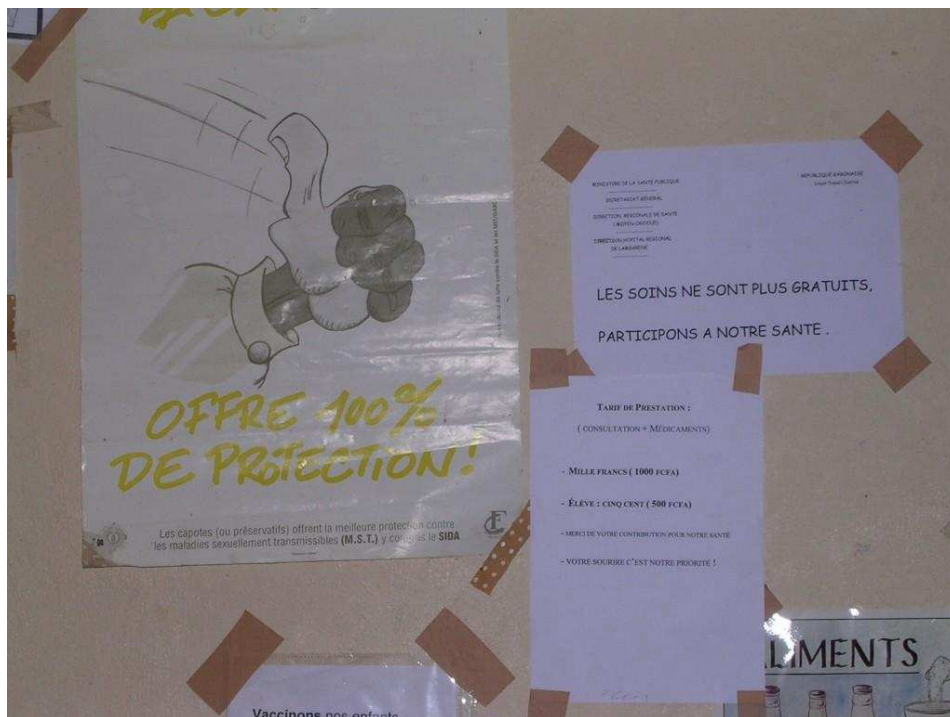


Photo 2 : L'information des usagers concernant le paiement des soins dans un dispensaire public



Photo 3 : Stock de Co-trimoxazole en suspension orale dans la pharmacie du CHR de Makokou (juillet 2005)