



INSTITUT SUPERIEUR DE LA SANTE

Programme DESS Economie de la Santé

5^{ème} promotion (2002-2003)

**Analyse critique de la viabilité du projet
Couverture Maladie au Gabon**

Mémoire de fin d'études

Soutenu par

Dr. APLOGAN Denise née AGANO-ONGOTHA, Médecin de Santé Publique

Encadreur

YAZI Moussa, Sous Directeur ISC, CESAG

Bibliothèque du CESAG



Dakar, Août 2004

M0075DSES04

2



Dédicaces

Je dédie ce travail :

A mon époux le Docteur APLOGAN Aristide qui a financé cette formation, et qui m'a toujours soutenu et encouragé dans tout ce que j'entreprends, qu'il trouve ici le renouvellement de mon amour et de ma tendresse.

A mes enfants Olivier, Christel, Cardini et Cédric à qui je dis : « On apprend tout au long de la vie et, au bout de l'effort, il y a toujours le succès qui ouvre toutes les portes ».

A toute ma famille du Bénin et du Gabon pour l'infinie affection.

A Feue Docteur BARRY Liliane, ancienne Représentante de l'OMS qui m'a permis de vérifier, combien est exaltante, la vie d'une femme épouse, mère et professionnelle. Elle sera toujours présente dans mon cœur.

Remerciements

Je remercie :

Le Ministre chargé de la Santé du Gabon Monsieur BOUKOUBI Faustin pour ses bons conseils et ses encouragements.

Le Docteur INOUA Aboubacar, Directeur Général Adjoint de la Santé, Chargé de la réglementation et de la qualité des soins et Monsieur BIYOGO BI NDONG, Conseiller du Ministre de la Santé, qui ont orienté le choix de ce travail et permis d'avoir les informations nécessaires à sa réalisation.

Monsieur YAZI Moussa, Sous Directeur de Institut Supérieur Comptabilité et Monsieur ATIM Chris, Conseiller Régional PHR pour l'Afrique, Enseignants au CESAG, qui ont bien voulu encadrer ce travail.

Monsieur LAFARGE Hervé, Professeur à l'Université Paris Dauphine et M. DOUCOURE Fodiyé, Professeur à l'Université Cheik Anta Diop, Enseignants associés au CESAG, pour leurs conseils lors de la réalisation de ce travail.

Monsieur MENA MO, Directeur de l'Institut Supérieur de Santé et tous les enseignants du DESS Economie de la Santé, pour l'enseignement dispensé.

La Direction du CESAG et le personnel administratif, pour toutes les facilités qu'ils m'ont accordées lors de mon passage à l'Institut Supérieur de Santé.

Tout le personnel du CESAG, pour sa disponibilité et spécialement Mesdames GUEYE et BENG.

Mesdemoiselles LO Aïssatou et WADJI Ndack pour leur affection.

Mes collègues de la 5^{ème} promotion, pour leur amitié.

Tous ceux qui ne sont pas cités ici et qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Liste des abréviations et sigles

AMU :	Assurance Maladie Universelle
BIT :	Bureau International du Travail
BM :	Banque Mondiale
CA :	Conseil d'Administration
CEMAC :	Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale
FCFA :	Franc de la Coopération Financière en Afrique (zone BEAC)
FCFA :	Franc de la Communauté Financière d'Afrique (zone UEMOA)
CGPS :	Caisse Gabonaise de Prévoyance Sociale
CHL :	Centre Hospitalier de Libreville
CMG :	Couverture Maladie au Gabon
CMU :	Couverture Maladie Universelle
CNGS :	Caisse Nationale de Garantie Sociale
CNRS :	Centre National de Recherche en Santé
CNSS :	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
COMILOG :	Compagnie Minière L'Ogooué
CP :	Comité de Pilotage
CRDI :	Centre de Recherche pour le Développement International
CREDES :	Centre de Recherche et d'Etudes en santé
CT :	Cellule Technique
DMP :	Direction du Médicament et de la Pharmacie
DGCID :	Direction Générale de la Coopération Internationale et du Développement
IB :	Initiative de Bamako
IPM :	Institution de Prévoyance Maladie
IRAM :	Institut de Recherches et d'Applications des Méthodes de développement
MCI :	Medical Care International
MONP :	Main d'Etats-Unis Non Permanente
NHS :	National Health System
OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OI :	Organisation Internationale
OIT :	Organisation Internationale du Travail
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale

OPN :	Office Pharmaceutique National
PIB :	Produit Intérieur Brut
PNAS :	Plan National d'Action Sanitaire
PNB :	Produit National Brut
PNDS :	Plan National de Développement Sanitaire
RTG :	Régie Gabonaise de Tabacs
SIDA :	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SMIG :	Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
SOBRAGA :	Société des Brasseries du Gabon
SSP :	Soins de Santé Primaires
STEP :	Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté
TNSS :	Taxe Nationale de Solidarité Santé
TSN :	Taxe de Solidarité Nationale
TSNM :	Taxe de Solidarité Nationale Maladie
TVA :	Taxe sur la Valeur Ajoutée
US:	United States
USD:	United States Dollars

Listes des tableaux

	Pages
Tableau 1 : Préalables relatifs au démarrage de la CMG	46
Tableau 2 : Répartition des cotisations à la CMG selon la masse salariale par secteur d'activités en 2001	55
Tableau 3 : Répartition des assurés et des bénéficiaires de la CMG par secteur d'activités	55
Tableau 4 : Simulation de la source de financement de l'Etat par la taxation de certains produits et activités en 2001	57
Tableau 5 : Répartition de la contribution financière à la CMG selon le secteur d'activités (hypothèse 1)	58
Tableau 6 : Répartition de la contribution financière à la CMG selon le secteur d'activités (Hypothèse 2)	58
Tableau 7 : Mécanismes de gestion des risques de la CMG	70
Tableau 8 : Couverture maladie actuelle et couverture CMG souhaitée	71
Tableau 9 : Mécanismes de gestion pour la prise en charge des prestations	73
Tableau 10 : Besoin de financement selon le secteur d'activités (Hypothèse 1)	76
Tableau 11 : Tableau comparatif des deux hypothèses de financement de la CMG	77
Tableau 12 : Ressources financières de la CMG en milliards Fcfa	78
Tableau 13 : Evolution de quelques indicateurs économiques de 1992 à 2001 et prévisions de 2002 à 2006 (en milliards de Fcfa)	81
Tableau 14 : Quelques données financières du Gabon de 1998 à 2002 (en FCFA)	119
Tableau 15 : Quelques données économiques du Gabon de 1992 à 2003	119

Listes des figures

	Pages
Figure 1 : Modèle théorique de l'étude	30
Figure 2 : Architecture de la CMG	47
Figure 3 : Sources de financement de la CMG	51
Figure 4 : Evolution et prévision du PIB par la méthode de Holt-Winters non saisonnière	82
Figure 5 : Evolution et prévision des recettes de l'Etat par la méthode de Holt-Winters non saisonnière	83
Figure 6 : Evolution et prévision des recettes pétrolières par la méthode de Holt-Winters non saisonnière	84
Figure 7 : Evolution et prévision du budget de l'Etat par la méthode de Holt-Winters non saisonnière	85
Figure 8 : Evolution et prévision des dépenses totale de l'Etat par la méthode de Holt-Winters non saisonnière	86
Figure 9 : Evolution et prévision des dépenses de santé par la méthode de Holt-Winters non saisonnière	87
Figure 10 : Evolution et prévision de masse salariale du secteur formel par la méthode de Holt-Winters non saisonnière	88
Figure 11 : Répartition des assurés de la CMG selon le secteur d'activités en 2001	120
Figure 12 : Répartition de la contribution financière à la CMG en milliards CFA selon le secteur d'activités (Hypothèse 1)	120
Figure 13 : Répartition de la contribution financière à la CMG en milliards CFA selon le secteur d'activités (Hypothèse 2)	120

Liste des annexes

	Pages
Annexe 1 : Glossaire	108
Annexe 2 : Géographie de la couverture universelle	111
Annexe 3 : Cadre conceptuel pour l'analyse des dispositifs de financement	112
Annexe 4 : Collecte des données	113
Annexe 5.a : Dispositions légales du financement de la protection sociale au Gabon	116
Annexe 5.b: Réalités du financement de la protection sociale au Gabon	117
Annexe 6 : Estimation du financement de la CMG	118
Annexe 7 : Autres tableaux	119
Annexe 8: Autres figures	120
Annexe 9 : Textes de lois et coupures de presse	121

Table des matières

	Pages
Dédicaces	ii
Remerciements	iii
Liste des abréviations et sigles	iv
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vii
Liste des annexes	viii
Introduction générale	1
Première partie : Cadre théorique	2
1. Présentation de l'étude	3
1.1. Problématique de l'étude	3
1.2. But et objectifs de l'étude	6
1.3. Justification de l'étude	7
2. Etat des connaissances	8
2.1. Caractéristiques de l'assurance maladie	8
2.2. Différents dispositifs de prise en charge des soins	9
2.3. Assurance maladie en Afrique Subsaharienne	13
2.4. Risques en matière d'assurance maladie	14
2.5. Déterminants de la viabilité de l'assurance maladie	17
3. Modèle théorique, hypothèses de recherche et méthodologie	28
3.1. Modèle théorique de l'étude	28
3.2. Hypothèse de recherche	31
3.3. Méthodologie	31
3.4. Limites de l'étude	33
Deuxième partie : Cadre pratique	35
4 Cadre de l'étude : Le Gabon	36
4.1. Données démographiques et sanitaires du Gabon	36
4.2. Données économiques du Gabon	37
4.3. Protection sociale au Gabon	38
4.4. Dispositif actuel de prise en charge des soins au Gabon	41
5. Projet : Couverture Maladie au Gabon	44
5.1. Dispositif du projet CMG	44
5.2. Dispositif de la CMG	46
5.3. Financement de la CMG	52
6. Résultats de l'étude	60
6.1. Caractérisation de la CMG	60
6.2. Viabilité politique de la CMG	60
6.3. Viabilité institutionnelle de la CMG	63
6.4. Viabilité de l'organisation administrative et de gestion de la CMG	68
6.5. Viabilité financière et économique de la CMG	75

7.	Discussion des résultats	91
7.1.	Discussion de la méthodologie	91
7.2.	Discussion de la mise en place du projet CMG	91
7.3.	Discussion de la viabilité politique de la CMG	92
7.4.	Discussion de la viabilité institutionnelle de la CMG	93
7.5.	Discussion de la viabilité de l'organisation administrative et de gestion de la CMG	94
7.6.	Discussion de la viabilité financière et économique de la CMG	95
8.	Conclusion et recommandations	98
8.1.	Conclusion	98
8.2.	Recommandations	99
	Bibliographie	101
	Annexes	107

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Introduction générale

Les questions relatives au financement de la santé sont une préoccupation majeure dans le monde. Dans de nombreux pays occidentaux, les gouvernements jouent un rôle important dans le financement de la santé à travers des assurances régies par l'Etat ou des assurances à mandat social. Dans ces pays qui ont des revenus élevés et des traditions « sociales », le financement privé (paiement au fournisseur de soins) contribue faiblement aux dépenses de santé. En revanche, dans les pays en voie de développement, la contribution du financement privé aux dépenses de santé est plus importante (de l'ordre de 50%) avec de grandes variations régionales [BOYER et Col, CREDES, 2001]. Cette situation constitue un problème pour les populations de ces pays qui sont déjà pauvres et frappés par la crise économique.

En Afrique subsaharienne, l'une des priorités en matière de santé est l'extension des soins à toute la population qui actuellement n'en bénéficie pas. Les réformes économiques structurelles en cours dans la plupart des pays africains sont à l'origine des réformes du secteur de la santé. L'une des composantes majeures de ces réformes est le financement des soins de santé, axé sur la nécessité de rechercher des mécanismes alternatifs de financement pour compenser les efforts du secteur public. Les politiques de ces réformes visent donc à trouver des mécanismes pour réaliser le financement complémentaire des soins de santé de manière équitable et efficace, tout en élargissant l'accès à des soins de qualité, au plus grand nombre de personnes.

C'est dans ce contexte général, que le Gabon à l'instar des autres pays africains, s'est lancé dans la réforme de son système de protection sociale, dont l'un des axes majeurs est la mise en place d'une couverture maladie pour toute la population. Cette couverture maladie dénommée « Couverture Maladie au Gabon » est une assurance maladie universelle qui devrait résoudre le problème du financement de la santé des gabonais et notamment celui des économiquement faibles. C'est ainsi que le projet Couverture Maladie au Gabon (CMG) a été élaboré. Quel est l'avenir de ce projet dans le contexte actuel du Gabon ?

C'est pour répondre à cette question que nous avons réalisé cette étude intitulée « Analyse critique de la viabilité du projet Couverture Maladie au Gabon ». Cette étude comporte deux parties :

- le cadre théorique comprenant la problématique, les objectifs, la justification, l'état des connaissances, le modèle théorique, les hypothèses de recherche et la méthodologie.
- le cadre pratique comprenant le contexte de l'étude, la description de la CMG, l'analyse des différentes dimensions de la viabilité de la CMG, la conclusion et les recommandations.

Première partie : Cadre théorique

CESAG BIBLIOTHEQUE

1. Présentation de l'étude

1.1. Problématique de l'étude

Les populations, quelles que soient leurs catégories socio professionnelles sont soumises à des évènements aléatoires constituant des risques pour leur santé (maladie, maternité, invalidité, accident de travail, maladie professionnelle, vieillesse, décès). Ces risques sont une source de dépenses parfois insurmontables pour les ménages et les Etats. Face à ces risques, le salariat a mené des luttes à travers des syndicats de travailleurs. Suite à ces pressions et pour assurer la paix sociale, le patronat et les Etats ont mis en place des systèmes de protection sociale dont la couverture du risque maladie occupe une place importante [BEJEAN S. 1994 ; LE FAOU A-L, 2000].

Les Etats africains subsahariens francophones se sont inspirés du système français de protection sociale pour établir une certaine couverture sociale à leurs populations. Des Etats africains tels que le Sénégal, la Côte d'Ivoire et le Gabon disposent de systèmes de protection sociale, établis naguère par le colonisateur et qui ont été maintenus ou améliorés depuis les indépendances. Ces systèmes de protection sociale initialement développés pour les travailleurs, sont étendus à leurs familles puis à d'autres catégories sociales.

Toutefois, ces Etats ont dû prendre la mesure de leurs moyens et constater les limites d'une sécurité sociale moderne, qui ne peut toucher qu'une partie de la population relevant du secteur formel [ALIBERT J., 2001]. Cette protection sociale souvent incomplète, se fait de façon inégale selon les pays. Or la déclaration universelle des droits de l'homme en 1946 précise ce qui suit [S. BEJEAN, 1994 ; LE FAOU, 2000] :

- article 25 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille »
- article 22 : « Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale »

Par ailleurs, la convention 102 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) qui a déterminé en 1952 « la norme minimale de sécurité sociale » a été ratifiée par plusieurs pays dont le Gabon.

Dans le contexte d'un Etat providence, la sécurité sociale mise en place par l'Etat, producteur de normes, est liée à la notion de travail [LE FAOU, 2000, BERSNIAK et DURU, 1996, BEJEAN S., 1994]. C'est le cas pour le Gabon, où les cotisations prélevées sur les revenus du travail assurent la protection sociale des salariés du privé et du parapublic, des fonctionnaires, des militaires et des travailleurs indépendants, par le biais de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), du

Ministère des Finances et de la Caisse Nationale de Garantie Sociale (CNGS). L'extension de la protection sociale aux indigents est intervenue en 1983. Parmi les risques pris en compte par le système gabonais de protection sociale, le risque maladie est le moins bien couvert et le moins performant. En effet, la couverture du risque maladie des agents publics ne bénéficie pas d'une organisation et d'un financement appropriés. Pour les salariés du secteur privé, la seule contribution instituée, est celle du patronat qui permet à peine de couvrir leurs prestations de santé.

L'insuffisance des moyens financiers des Etats, a entraîné le délabrement des infrastructures et structures de prise en charge médicale des populations. Les plans d'ajustement structurel ont obligé la plupart des Etats africains, à réduire leurs dépenses. Il s'en est suivi une diminution des dépenses de santé qui passent de 41,863 milliards en 1997 à 18,630 milliards en 2000 et par conséquent, une régression dans la prise en charge des soins de santé des populations surtout rurales qui étaient déjà marginalisées dans les systèmes de protection sociale.

Au Gabon, la baisse relative des recettes de l'Etat depuis 1986, s'est traduite par le quasi arrêt du financement du système de protection sociale. En conséquence, les pouvoirs publics n'arrivent plus à offrir la protection sociale aux groupes pauvres et vulnérables [BM, 1997]. Or l'année 1987 est marquée au Gabon, par le maintien de la politique de gratuité des soins et le refus de l'initiative de Bamako. Il s'en est suivi, une difficulté croissante de financement des services de santé.

Selon les textes en vigueur, 52% de la population du Gabon a une protection sociale, alors qu'en réalité seulement 29% en bénéficie [BM, 1997 ; PNAS, 2002 ; Document Projet, 2003]. Cette faible couverture sociale de la population est consécutive au financement inadapté et insuffisant de la protection sociale et à la récession économique. On peut citer, comme causes de l'insuffisance du financement de la protection sociale : les barèmes de cotisation trop faibles, la diminution du nombre de cotisants (fermeture d'entreprises, compression de personnel), l'augmentation du nombre de retraités et le non recouvrement des cotisations des sociétés et entreprises publiques dont la CNGS. La récession économique que connaît le Gabon contribue à aggraver les difficultés financières des structures assurant la protection sociale. Ainsi, la CNSS ne reçoit plus de subvention de l'Etat et le budget de la CNGS est insuffisant pour répondre à la demande des éligibles. En 1994 par exemple, sur un budget prévisionnel de 263 millions de Fcfa, le trésor public gabonais n'a débloqué à la CNGS que 163 millions de Fcfa. La situation financière de la CNGS s'est dégradée au fil des années entraînant une quasi suspension des prestations sociales. Ceci a eu pour effet, l'augmentation de l'ardoise de la CNGS auprès de la

CNSS, qui refuse alors de soigner les porteurs de carte d'indigent¹ [BM, 1997 ; PNAS, 2002 ; Document Projet, 2003]. Par ailleurs, la prise en charge des soins des fonctionnaires et des militaires par l'Etat n'est plus totale. La conséquence de tout ceci est que 31,4% des dépenses de santé sont supportées par les ménages par le biais du paiement direct [OMS, 2002] et 30 à 40% des revenus des ménages sont dépensés pour les soins de santé [OMS, 1991 ; BM, 1997]. (Référence BM).

Cette situation a amené les pouvoirs publics à mener une réflexion qui en 1991 a abouti au vote d'une nouvelle constitution. Celle-ci confirme clairement le droit à la santé et à la sécurité sociale déjà énoncé dans les lois 6/75 portant code de la sécurité sociale et 10/82 portant code de garantie sociale. En 1995, le Gabon qui n'avait pas de politique de santé formalisée, concrétise cette réflexion par « l'ordonnance N°001 du 14 Janvier 1995 portant orientation de la politique de santé en République Gabonaise » qui stipule dans ses dispositions générales ce qui suit :

- « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et moral assurant à l'individu une croissance, un développement et une vie sociale harmonieux
- l'Etat selon ses possibilités garantit à tous, notamment, à la mère, aux vieux travailleurs et aux personnes handicapées la protection de la santé
- la nation proclame la solidarité et l'égalité de tous devant les charges publiques en matière de santé. Chacun doit participer, dans la mesure de ses ressources, au financement de ces charges
- la nation proclame en outre, la solidarité de tous devant les charges qui résultent des calamités et des catastrophes naturelles en matière de santé
- la politique sanitaire a pour objectif de doter la nation d'un système de santé efficace, souple et accessible à tous les citoyens, quelle que soit leur situation sociale et géographique ».

Des études sont réalisées en 1996 sur la réforme de la législation concernant la couverture des prestations de santé, la révision de la nomenclature des actes professionnels, l'évaluation du coût de revient des prestations et les mécanismes de régulation du système de soins. En 1998, le Président de la République prône l'avènement du Pacte National de Solidarité, qui est suivi au début de 1999, par la lettre de cadrage au Premier Ministre pour la mise en œuvre de la nouvelle politique sociale. Le gouvernement gabonais, conscient de l'iniquité de son système de sécurité sociale qui marginalise 71% de la population (travailleurs ruraux, chômeurs), a décidé de mettre en place un système plus équitable [BM, 1997 ; PNAS, 2002 ; Document Projet, 2003] conformément

¹ Au titre de la loi, est considérée comme indigente toute personne de nationalité gabonaise, non salariée dont le revenu monétaire est inférieur au SMIG et ne bénéficiant d'aucun régime de protection sociale.

aux objectifs du Plan National d'Action Sanitaire (PNAS), de la politique de santé et de la réforme de la protection sociale, dont les objectifs sont de :

- garantir l'égal accès géographique et financier des populations aux soins de base et de qualité
- assurer l'équité des contributions à l'effort de santé
- réaliser une meilleure solidarité en faveur des plus démunis
- assurer un fonctionnement efficace du service public de santé

L'un des axes stratégiques de la réforme du système de sécurité sociale entreprise par l'Etat Gabonais est la mise en place d'un système efficace et efficient de couverture maladie par l'instauration d'une assurance maladie universelle qui selon l'hypothèse actuarielle², devrait toucher toute la population. Cette assurance maladie sera obligatoire contributive pour tous les actifs et non contributive pour les personnes économiquement faibles³. Ce système de couverture maladie du Gabon devrait constituer une réponse concrète au problème de prise en charge de la maladie et du financement de la santé. Il devrait également déterminer la place d'un régime de couverture maladie dans le système de protection sociale du Gabon. Ce choix de l'Etat Gabonais est matérialisé par l'élaboration dès 2002 du Projet Couverture Maladie au Gabon que nous proposons d'analyser dans le cadre de notre étude.

1.2. But et objectifs de l'étude

1.2.1. But

Le but de l'étude est de contribuer à ce vaste chantier de la couverture maladie au Gabon en identifiant les éventuels points à améliorer dans le projet CMG en vue d'assurer sa viabilité.

1.2.2. Objectif général

L'objectif général de l'étude est d'analyser les composants de la viabilité du projet de Couverture Maladie au Gabon à partir de la monographie de ce dernier.

1.2.3. Objectifs spécifiques

Pour atteindre cet objectif général, l'étude consistera à :

- décrire le projet CMG
- analyser les composants de la viabilité politique, institutionnelle, de l'organisation administrative et de gestion, financière et économique du projet CMG

² Méthode de calcul statistique appliquée aux problèmes d'assurance. Elle consiste en la péréquation des risques qui devrait toucher l'ensemble de la population et limiter ainsi l'exposition de tout individu au coût moyen

³ Les économiquement faibles comprennent : les indigents, les chômeurs et tous ceux qui ont un revenu inférieur au SMIG

1.3. Justification de l'étude

Depuis la récession économique et l'avènement des programmes d'ajustement structurel au Gabon, le pays est en proie à des revendications sociales sans cesse renouvelées. La mise en place d'un système efficace et efficient de couverture maladie notamment la couverture maladie au Gabon (CMG), devrait constituer une réponse concrète et novatrice à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Cette CMG est porteuse d'espoir pour une population exposée tous les jours au risque maladie, avec des dépenses de santé croissantes et des revenus des ménages qui s'amenuisent au fil des jours. La CMG devrait permettre de :

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

La mise en place de la CMG est donc une œuvre majeure d'intérêt public qui interpelle les acteurs économiques et sociaux de la Nation dont, l'Etat au premier rang [Rapport Projet CMG, 2003].

Toutefois, l'Etat est confronté aux revendications sociales fréquentes et à la résistance des assurances privées commerciales qui freinent le processus de mise en œuvre du projet CMG. En somme, les partenaires sociaux et les assurances privées, acceptent difficilement cette nouvelle caisse maladie qui risque d'augmenter le pourcentage de leurs cotisations et diminuer ainsi leurs profits et revenus.

Par ailleurs, le démarrage du projet CMG prévu pour janvier 2003, est reporté pour 2006 puis pour 2008. Fort de ce qui précède et vu les contextes politiques et juridiques, l'organisation et les modes de financement proposés pour la CMG, il est légitime de se demander si toutes les conditions sont réunies pour assurer la viabilité de cette caisse maladie.

L'intérêt de cette étude est donc de faire une analyse critique du projet de la CMG en vue d'identifier les facteurs susceptibles d'entraver ou de compromettre sa viabilité.

2. Etat des connaissances

La politique sociale lancée en 1881 par BISMARCK est destinée à protéger les ouvriers de l'industrie dont les salaires sont bas et inférieurs à un seuil déterminé. Cette politique va aboutir en 1883 à la loi portant création de l'assurance maladie. Cette dernière est liée au travail et est fondée sur la solidarité. De là est né l'assurance maladie.

Ce chapitre traitera des définitions et concepts relatifs à l'assurance maladie (présentés dans un glossaire en annexe 1), des caractéristiques de l'assurance maladie, des différents dispositifs de prise en charge des soins, de l'assurance maladie en Afrique Subsaharienne, des risques en matière d'assurance maladie et des déterminants de la viabilité de l'assurance maladie.

2.1. Caractéristiques de l'assurance maladie

L'assurance maladie est définie comme la technique ou le mécanisme qui consiste à répartir entre les membres d'un groupe le préjudice subi par l'un d'entre eux suite à la survenue d'un risque [Le FAOU, 1997 ; BIT et COL, 1996].

Le principe de l'assurance maladie est le partage des risques. C'est une situation dans laquelle les bien portants payent pour les malades. Elle prémunit contre le risque d'insolvabilité, et évite la plongée dans la pauvreté lorsque le traitement est coûteux. Mais elle n'opère efficacement que lorsque le risque est dilué c'est-à-dire quand on a un grand nombre d'assurés avec un nombre de risques moindre.

La généralisation de l'assurance maladie en Afrique subsaharienne permet de :

- compléter la couverture des populations salariées du secteur formel estimées à environ 5-10% de la population totale de la zone de solidarité prioritaire [BOYER et Col, CREDES, 2001]
- étendre la couverture aux populations, à revenu modeste (qui n'ont pas les moyens de payer pleinement les services de santé). Par extension, l'assurance maladie peut permettre donc de rendre plus équitable les systèmes de santé, dans la mesure où l'assurance maladie ne se limite pas à une petite partie de la population (travailleurs du secteur formel)
- apporter des ressources importantes et stables au système de santé. Le besoin de ressources se fait particulièrement sentir dans les pays où les dépenses publiques de santé sont modestes et où la majeure partie de la population est trop pauvre pour faire face au risque santé sans une autre forme de solidarité sociale. En même temps, la mobilisation des ressources par l'assurance ne doit pas se faire au détriment d'investissements productifs fondamentaux. L'évolution des dépenses totales de santé doit rester cohérente avec celle des dépenses productives pour bénéficier de dynamiques positives (santé – nutrition – productivité – revenu)

- réunir en sa faveur un relatif consensus des principaux acteurs concernés. Le degré d'acceptabilité sera d'autant plus grand que le concept d'assurance maladie ne heurte pas de front la culture, les valeurs et les préoccupations des populations. Les populations doivent comprendre le mécanisme et croire à une amélioration de la qualité des prestations qui leur seront offertes
- répondre de façon efficace à la demande des populations. Les bénéficiaires de régimes d'assurance maladie peuvent autofinancer le niveau des soins de santé qu'ils veulent obtenir.
- libérer des ressources. Les systèmes d'assurance maladie peuvent aider à libérer le budget de l'Etat de la charge du financement de soins curatifs onéreux par exemple et, ce faisant, à dégager des ressources au profit de soins de santé préventifs et primaires [BOYER S. et Col 2001]

Plusieurs dispositifs de prise en charge du risque maladie existent. Ces dispositifs permettent à l'assurance maladie de mobiliser des ressources financières pour la réalisation de ses activités et l'atteinte de résultats (prise en charge des soins). Les ressources financières sont obtenues de différentes manières selon le type de dispositif.

2.2. Différents dispositifs de prise en charge des soins

2.2.1. Dispositif « Bismarckien »

Dans ce système, il est fait obligation aux entreprises de souscrire pour leurs employés une assurance maladie, qui est cofinancée par les employeurs et les employés. D'origine allemande, ce système a été promu par Bismarck en 1870 pour freiner les revendications ouvrières. Il se caractérise par une pluralité d'assurances, le plus souvent corporatistes, mais dans le système français, le monopole de l'assurance obligatoire est attribué à une institution publique. Ce système est prépondérant lorsque le secteur formel regroupe 80% de la population active, des assurances complémentaires pouvant être souscrites pour prendre en charge les tickets modérateurs de l'assurance obligatoire. L'Etat intervient pour prendre en charge les indigents [LE FAOU, 2000 ; BOYER et Col, CREDES, 2001 ; LAFARGE, 2003].

Selon LE FAOU [2000], [BOYER et Col, CREDES, 2001 ; A. BERESNIAC et G. DURU 2001], le modèle bismarckien, socle de nombreux systèmes d'assurance, repose sur trois principes fondamentaux :

- le caractère obligatoire de la participation à son financement ;
- le niveau de contribution qui n'est pas fonction du risque couvert mais proportionnel au salaire du cotisant. En outre, les prestations sont les mêmes pour tous ;
- la charge financière partagée entre les travailleurs et leurs employeurs

Ainsi en définitive, l'assurance maladie obligatoire Bismarckienne, est un système légal et obligatoire de prise en charge par les employeurs et les employés, des dépenses de santé d'un individu, dans le cadre d'un régime de sécurité sociale généralisé du secteur formel et organisé par l'Etat et les partenaires sociaux. Il s'agit donc d'une solidarité obligatoire qui assure dans les mêmes conditions, tout le groupe concerné, et exige en retour le versement de cotisations dont le montant lui est imposé [BIT et Col. 1996]. Ce système est retrouvé en particulier en France, en Allemagne, au Japon et en Corée.

2.2.2. Système national de santé

C'est le système « Beveridgien » caractéristique du système de financement des soins en Grande-Bretagne, il passe essentiellement par le budget de l'Etat. En 1945, Lord Beveridge a convaincu son gouvernement qu'un système national de santé (NHS) permettrait de promouvoir la prévention, et améliorerait la santé des Britanniques à moindre coût. L'Etat a donc nationalisé toute la médecine spécialisée et, finance les médecins généralistes par un système de capitation. Cependant, depuis une vingtaine d'années, ce dispositif évolue dans le sens d'un développement du secteur privé et, certains ménages aisés peuvent avoir recours aux assurances privées. Ce système favorise l'équité mais rend plus incertaine l'efficacité productive des prestataires qui sont souvent des fonctionnaires [LE FAOU, 2000 ; BOYER et Col ; CREDES, 2001 ; LAFARGE, 2003].

2.2.3. Système salarial et libéral

C'est un système de financement mixte en cours aux Etats-Unis et en Afrique du Sud. Le financement des dépenses de santé provient essentiellement de contrats d'assurances volontaires passés par les entreprises pour leurs employés. Ce système est cofinancé par les employeurs et les employés et, il est complété par un financement de l'Etat pour les plus défavorisés (pauvres et personnes âgées). Il faut noter que ce dispositif de financement ne conduit pas à une couverture universelle malgré la richesse du pays. En effet, les employés des petites entreprises, les personnes ayant des emplois intermittents, les chômeurs n'ont pas de ressources suffisantes pour adhérer à une assurance privée. Les employeurs sont très attentifs au niveau des primes proposées par les assureurs, ceci a conduit ces derniers à mettre en place des programmes très précis d'évaluation de l'efficacité des prestataires [LE FAOU, 2000 ; BOYER et Col., CREDES, 2001 ; LAFARGE, 2003].

2.2.4. Assurance santé nationale

Le Canada est l'exemple type d'un pays avec une assurance santé nationale financée conjointement par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. Le gouvernement fédéral fournit une somme fixe à chaque province et chaque gouvernement provincial utilise ses propres ressources fiscales pour financer le solde des fonds nécessaires au financement des soins de santé. Les patients ont la liberté de choisir l'hôpital et le spécialiste qui leur conviennent. Il existe en effet un réseau d'hôpitaux publics et privés et, les médecins pratiquent en tant qu'indépendants. Ils reçoivent les paiements sous la forme d'une somme fixe par service rendu. Et, pour contrôler la répartition des ressources et l'inflation des dépenses de santé, le Canada fait appel au principe de la source unique de paiement associé à un budget global. Il contrôle également l'offre des nouvelles technologies et le nombre de médecins [LE FAOU, 2000 ; BOYER et Col., CREDES, 2001 ; LAFARGE, 2003].

2.2.5. Couverture universelle

Actuellement, la couverture universelle est principalement en vigueur dans les Etats membres de l'OCDE, et elle est financée par une combinaison de subventions (les impôts), des cotisations et des contributions privées [DROR, 2003]. La géographie de la couverture maladie universelle (Annexe n° 2) nous montre sa répartition à travers le monde.

L'expérience des pays de l'OCDE, montre qu'il faut mettre en place des programmes obligatoires pour pouvoir assurer une couverture universelle. L'Etat peut en effet :

- décider de recourir aux taxes générales (impôt) ou à une assurance sociale (cotisations employeurs et salariés) administrée par lui pour assurer une couverture pour tous ;
- décréter que tout citoyen doit souscrire à un plan d'assurance public ou privé et, générer des subsides pour financer les primes des plus pauvres et des groupes à hauts risques comme les personnes âgées et les handicapés.

L'expertise des pays d'Europe occidentale a montré aussi, qu'en obligeant plusieurs compagnies d'assurances à se réunir et à adapter le risque, en spécifiant parfois le paquet de prestations requis, la couverture peut passer de partielle à universelle [DROR, 2003]. Par ailleurs, l'exemple des Etats-Unis illustre bien le fait, qu'il n'est pas possible de garantir une couverture universelle en comptant uniquement sur l'économie de marché. La compétition des prix dans un marché d'assurance, ainsi que la sélection adverse poussent les compagnies à assurer les personnes ayant les risques les plus faibles. En outre les pauvres n'ont pas les moyens de payer une assurance [David DROR ,2003].

En dehors des pays de l'OCDE qui ont déjà une longue expérience de l'Assurance Maladie Universelle, les pays d'autres régions du monde ont tenté de mettre en place l'Assurance Maladie Universelle (AMU) et certains ont rencontré des obstacles quant à la mise en place de celle-ci. Les exemples de la Colombie, de la Corée et de la Côte d'Ivoire en sont une illustration.

En Colombie, l'ancien système de santé (1945-1993) pouvait être qualifié de bismarckien. Il était divisé en trois sous-système : la Sécurité Sociale où l'Institut de Sécurité sociale avait le monopole des affiliations des travailleurs dans le secteur formel, le sous-système public qui était supposé fournir les soins de santé aux pauvres et aux populations à revenus moyens ou faibles et le sous-système privé, créé pour satisfaire la demande en soins de santé pour les groupes de populations à revenu moyens et élevés, aux frais du bénéficiaire ou des assurances privées de santé. Avec ce système, seule une minorité bénéficiait d'une couverture médicale, ainsi, 45% des citoyens et 80% de la population rurale n'avaient aucune prise en charge médicale. Ceci a eu pour conséquences : un niveau faible en couverture d'assurance médicale, une faible accessibilité des populations aux services médicaux, une distribution inéquitable des subventions publiques pour la santé ; une qualité médiocre de l'offre dans les établissements publics de santé.

En 1993, la Colombie s'est dotée de la loi n°100 qui a introduit une réforme radicale dans le système de protection sociale dans sa composante santé, avec pour principaux objectifs : une couverture universelle des soins de santé, l'efficacité dans la fourniture des services et un niveau acceptable dans la qualité des soins de santé [GONZALO Luis, LEBONNIEC Y., 2003]. L'universalisation progressive de ce système repose sur des objectifs de pari mutualiste et universel basés sur l'introduction de la concurrence parmi les assurances, pour améliorer la qualité des soins, la concurrence chez les fournisseurs de soins et l'augmentation des subventions publiques pour les besoins médicaux. Concernant l'assurance maladie, la dynamique de l'universalisation s'essouffle et, Yves Lebonniec [2003] pense qu'elle ne progressera plus, tant que des réponses ne seront pas apportées à la question de l'affiliation de la population et de la mise à niveau des prestations offertes. Par ailleurs, l'économie du système actuel reste fragile car trop dépendante des finances publiques, pour plus de la moitié de ces ressources, donc, à la merci des coupes opérées dans les dépenses sociales, au nom de la lutte contre les déficits publics.

Des pays africains tels que la Côte d'Ivoire et le Gabon veulent passer de l'assurance maladie sociale à l'assurance maladie universelle. La Côte d'Ivoire, premier pays d'Afrique subsaharienne à se doter d'un système d'assurance maladie universelle, dispose d'une loi (n° 2001- 636 du 9

octobre) portant institution, organisation et fonctionnement de l'assurance maladie universelle [SERY J-P, 2003] et des décrets d'application (avril 2002). Mais, le démarrage des activités prévu pour le milieu de l'année 2003 a été différé, en raison des événements politiques de septembre 2002, qui ont partagé le pays en deux, gelé son économie en raison de l'état de guerre qui y sévit [GOBERS D., 2003].

Quant au Gabon, l'assurance maladie universelle est seulement au stade de projet.

2.3. Assurance maladie en Afrique subsaharienne

En Afrique subsaharienne, il y a une mosaïque de dispositifs qui sont souvent des adaptations de ceux cités plus haut, auxquels se sont ajoutés de nouveaux mécanismes comme le recouvrement des coûts par le canal de l'Initiative de Bamako (IB) et ou la micro assurance avec des expériences diverses. Ces dispositifs présentent une certaine fragilité en raison de la faiblesse des capacités financières, des compétences managériales et de régulation [BOYER et Col, CREDES, 2001 ; DROR, 2003]. On note aussi l'existence d'assurances privées commerciales et au cours de ces dernières années, des tentatives de mise en place d'assurance maladie universelle. Le cas de la Côte d'Ivoire qui s'est lancée dans la mise en place de l'AMU met en évidence les difficultés qui peuvent survenir dans la mise en place d'un tel système, notamment : le manque de consensus politique, la faible participation démocratique, le faible taux des cotisations qui risque de mettre en cause la viabilité financière du projet, le manque d'études et de statistiques appropriés [KOFFI K.2003].

Au cours de ces dernières années, en Afrique de l'Ouest et du centre se sont développés des systèmes de micro assurance pour prendre en charge les dépenses de santé (mutuelles, caisse épargne santé, tontines). Ce sont des organisations créées sur la base de liens communautaires ou professionnels, pour prendre en charge les soins de santé. L'émergence de cette forme de financement de la santé a suscité l'intérêt des gouvernements, des Organisations Non Gouvernementales (ONG), des Organisations Internationales (OI). Ces mutuelles de santé donnent des réponses novatrices aux difficiles questions du financement de la santé et de l'accès aux soins dans la sous région [ATIM C., Mars 2000]. De nombreux pays africains tel que le Sénégal, Le Burundi, La Guinée, le Mali pour ne citer que ceux là [Séminaire WB, Abidjan 2002 ; Dakar, 2003], mènent des réflexions sur la création éventuelle d'une Caisse d'assurance maladie et ou sur l'élargissement au risque maladie des Caisses de Sécurité Sociale existantes. Mais, les systèmes d'assurance maladie existants n'ont pas répondu aux attentes pour diverses raisons, par exemple : gestion déficiente, effectifs pléthoriques, arriérés de cotisations dus par l'Etat et les entreprises

publiques, délais de remboursements excessifs, soins de mauvaise qualité, utilisation frauduleuse des ressources des caisses [BOYER et Col ; CREDES, 2001].

Par ailleurs, l'assurance maladie obligatoire ne peut concerner qu'une minorité de la population : les travailleurs et les retraités du secteur formel de l'économie (secteur privé et Etat). Les exemples suivants illustrent bien ce fait [BOYER et Col ; CREDES, 2001] :

- Sénégal (population = 9 millions, bénéficiaires = 1 300 000 soit 14% de la population)
- Mali (population = 11 millions, bénéficiaires = 800 000 soit 7%, assurés = 230 000)
- Togo (population = 4 millions, bénéficiaires = 200 000 soit 5%)

Quel que soit le dispositif d'assurance maladie, cette dernière est caractérisé par un certain nombre de risques encourus par l'assureur, à l'assuré ou au prestataire de soins. Dans le point suivant, nous allons examiner quelques risques relatifs à l'assurance maladie.

2.4. Risques en matière d'assurance maladie

Parmi les risques de l'assurance maladie on peut citer le risque moral, le risque de sélection adverse, le risque de fraude et d'abus, le risque de sur prescription et le risque de sur consommation.

2.4.1. Risque moral

Il désigne le comportement qu'a une personne assurée - du fait de l'élimination ou de la réduction de la barrière financière - à utiliser plus que de raison, les services de santé, contrairement à ce qu'elle aurait fait si elle n'avait pas souscrit à une assurance [BERESNIAK, 2001 ; ATIM, 2000b; BIT/STEP, 2000; LAMBO, 1997 ; BIT et AL, 1996; SHEPARD, 1992]. On observe ainsi une surconsommation des soins lorsque l'adhésion à l'assurance maladie donne droit à un accès, surtout non limité, aux services de santé. En général, les prestations telles que la consultation, les soins dentaires et optiques, les médicaments, ont un taux d'utilisation prononcé à l'absence d'une barrière financière [ATIM, 2000-a].

Le risque moral s'exprime lorsque les membres de l'assurance ou leurs bénéficiaires tendent à consulter précipitamment le médecin pour une affection mineure; se faire hospitaliser de manière inopportune; choisir des soins coûteux ou des installations coûteuses une fois hospitalisés [ATIM, 2000-b], ou demander des médicaments de confort [GALLAND et al; 1997]. LETOURMY [1996] fait remarquer que le secteur public des soins primaires n'est pas utilisé par les bénéficiaires des Instituts de Prévoyance Maladies (IPM), car la satisfaction de participants est plus grande au niveau des structures privées. Ce qui laisse penser que le choix du prestataire de soins est à

l'appréciation de l'assuré ou de l'IPM qui a signé la convention ou le contrat avec le prestataire privé.

Le recours des usagers au secteur privé s'explique, selon TANGCHAROENSATHIEN [1999], par la réputation qu'ont les structures privées de fournir des prestations médicales et non médicales de qualité. Il convient d'ajouter qu'une préférence générale, pour les médicaments de marque, associée de façon erronée à une meilleure qualité, constitue un obstacle à la mise en place d'une politique de médicaments génériques et essentiels qui serait synonyme d'une réduction des coûts de traitements [ATIM, 2000-a]. Lorsque les recettes ne suivent pas, la surconsommation des prestations met en danger la viabilité financière de l'organisme assureur et explique, en partie, les déficits financiers ayant entraîné la faillite de nombreux de systèmes, comme par exemple le système de prépaiement de Masisi en République Démocratique du Congo [LAMBO, 1997 ; ILUNGA, 1997], la Carte d'Assurance Maladie du Burundi [ILUNGA, 1997], la Mutualité de Kanage au Rwanda dont les membres utilisaient respectivement, les services du dispensaire et ceux de l'hôpital, 8,5 et 23,5 fois plus que les non membres [ROENEN et CRIEL, 1997].

2.4.2. Risque de sélection adverse ou d'anti-sélection

Une assurance à souscription volontaire est confrontée au risque de la sélection adverse ou anti-sélection lorsque les individus porteurs de maladies chroniques ou présentant de grandes chances de tomber malades, adhèrent dans une plus large mesure que n'adhèrent les personnes en bonne santé [SHEPARD et AL, 1992 ; BIT et AL, 1996]. Il est vraisemblable, selon SHEPARD et al. [1992], que les personnes quasi certaines de courir un risque plus grand de tomber malades souscriront massivement ; alors que les cotisations sont calculées sur la base de la probabilité statistique moyenne de la maladie, dans la population cible. Dans ces conditions, le coût d'un grand nombre de membres présentant de grands risques, pourrait être plus élevé que la somme des recettes. Ceci compromet l'équilibre financier de la structure d'assurance car, en pareille situation, on note une forte demande des soins onéreux. Le niveau des dépenses par membre augmente, et les cotisations calculées sur la base d'un taux moyen de risque pour le groupe cible, ne peuvent les couvrir [BERESNIAK, 2001 ; ATIM 2000-a et b ; LAMBO, 1997 ; GALLAND, 1997 ; BIT & col, 1996]. Cette forme d'anti-sélection, qui est difficile à combattre, eu égard à l'asymétrie de l'information entre « assureur et l'assuré, s'élimine automatiquement lorsque l'adhésion à l'organisme d'assurance est obligatoire ».

C'est le cas des IPM du Sénégal où la participation de l'employé est systématique [ATIM, 2000-b]. Selon ATIM [2000-b] ces IPM sont aussi menacées par une autre forme de sélection adverse

qui consiste, pour un employeur ayant un nombre croissant d'employés souffrant de maladies chroniques, à s'affilier à une IPM interentreprises au lieu de créer sa propre structure d'assurance. L'auteur ajoute aussi que l'anti-sélection peut être le fait de certains systèmes d'assurance maladie qui, du fait de la concurrence, ont tendance à sélectionner les personnes à bon risque c'est-à-dire présentant de faibles chances de tomber malades. Dans une assurance sociale ce risque de sélection adverse est minime puisque tous les adhérents payent obligatoirement, et en général, dans une assurance maladie volontaire, on recommande que l'unité d'affiliation soit le ménage afin de contenir la sélection adverse.

2.4.3. Risque de fraude et d'abus

Les différents acteurs de l'assurance maladie, en particulier les participants, les prestataires et les gestionnaires, sont parfois à l'origine de fraudes et d'abus qui font peser de graves menaces sur la viabilité du système (ATIM, 2000-a et b). Les fraudes et abus s'illustrent sous divers aspects, mais les assurés pour leur part, ont souvent tendance à faire profiter leurs voisins ou amis (n'ayant pas droit) des bénéfices de l'assurance sans qu'ils aient à supporter le coût correspondant (BIT / STEP, 2000 ; ROENEN et CRIEL, 1997). Cela s'explique selon ATIM (2000-a) par le fait que bien souvent, ces personnes ont l'impression que quelqu'un d'autre paye pour les services qu'ils utilisent. De tels comportements sont fréquents dans les systèmes d'assurance de grande taille et/ou obligatoire où la solidarité entre membres et le contrôle social sont quasiment absents (ATIM, 2000-b). Il a également été noté des cas où certains assurés, seul ou en complicité avec les prestataires, déclarent des maladies fictives et se font délivrer surtout des médicaments, puis se partagent la contrepartie monétaire versée par l'assurance (BIT & al, 1996) ou les revendent (lorsqu'ils agissent seuls) sur le marché informel du médicament (LETOURMY, 1996). Il est en outre possible que certains prestataires de soins, profitent de l'ignorance des malades ou de l'asymétrie de l'information pour facturer des soins qu'ils n'ont pas donnés.

2.4.4. Risque de sur prescription

L'assurance a la particularité de rendre les prestataires de soins et les patients moins sensibles aux prix des prestations; et cela est à l'origine de certains de leurs comportements respectifs, qui occasionnent une escalade des coûts c'est-à-dire, une augmentation dangereuse des coûts des prestations supportés par l'assurance [ATIM, 2000a et b]. En effet, si l'usager, par la sélection adverse, la fraude ou le risque moral, provoque une escalade des coûts, le risque moral en particulier, peut être également induit par les professionnels de santé à travers leur sur prescription [BIT/STEP, 2000; KUTZIN, 1997]. Les prestataires de soins, pour augmenter leur revenus

n'hésitent souvent pas à induire la demande de soins superflus soit par la prolongation inutile des séjours à l'hôpital [BIT/STEP, 2000; BIT & col, 1996] soit par la multiplication d'actes ou schémas thérapeutiques les plus chers [ATIM, 2000-a et b ; ROENEN et CRIEL, 1997].

2.5. Composants de la viabilité de l'assurance maladie

En reprenant les termes d'une publication de l'Association Médicale Canadienne [Novembre 2002], on peut dire que la viabilité de l'assurance maladie c'est sa capacité de vivre ou de survivre, et de se développer durablement. Pour qu'un système d'assurance maladie soit durable un certain nombre de conditions doivent être réunies, notamment : l'adhésion de la population au système, la qualité des prestations (soins et assurance) offertes, la gestion efficace et la permanence du financement [BOYER et COL, CREDES, 2001 ; SHAW, 1995]. L'assurance maladie est un mode de financement de la santé qui ne présente d'intérêt que si sa viabilité en tant qu'organisation est garantie [ATIM 2000 a]. Pour HSIAO [1999], la viabilité est le caractère d'un système de financement des soins de santé qui peut se suffire sans dépendre de contributions extérieures au système. On dira alors d'une structure qu'elle est viable, lorsque son environnement institutionnel et sa gestion la rendent capable de préserver de façon durable, son équilibre financier et économique, c'est-à-dire que ses ressources et ses charges s'ajustent durablement.

Parmi les déterminants de la viabilité d'une assurance maladie on peut citer : la viabilité politique, la viabilité institutionnelle, la viabilité économique et financière et la viabilité de l'organisation administrative et la gestion.

2.5.1. Composants de la viabilité politique de l'assurance maladie

Les aspects politiques sont essentiels dans la mise en place d'une institution telle que l'assurance maladie. Le Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 [OMS, 2000] montre l'importance des choix d'interventions et de l'engagement politique, dans le financement de la santé et l'accès de la population à des soins de santé surtout des populations vulnérables. Ceci est clairement établi dans « Colombie : un pari encore incertain » de Le BONNIEC [2003] citant LAUTIER B. [2002] qui écrit « Toute mise en place d'un système de protection sociale repose sur un « pari politique ». Dans le même contexte Le BONNIEC Y. [2003] montre comment la trajectoire historique de la protection sociale en Colombie illustre l'idée selon laquelle, il ne saurait y avoir de protection sociale sans politisation, et un déficit de politisation contribue à la sclérose d'un système tandis que, le type de politisation préside à l'apparition d'un nouveau système et en programme la portée et les limites. Le cas de la Corée du sud illustre également l'importance des aspects politiques

dans la mise en place d'un système de protection sociale, partant d'une assurance maladie. BIDEF E. [2003] montre en effet que ; pendant longtemps, la protection sociale a été sacrifiée à la seule croissance économique. Mais, depuis le milieu des années 1990, la protection sociale est devenue un enjeu majeur de société et, le pays s'est engagé dans la construction d'un système d'assurance sociale. Ce revirement est expliqué par la démocratisation politique du pays, amorcée depuis 1987. Ce dernier a entraîné l'apparition progressive d'un contexte politique et d'une participation citoyenne permettant l'expression d'attentes nouvelles dans le domaine social. En effet, les améliorations apportées au système de protection sociale se sont traduites par une extension légale du système d'assurance maladie obligatoire, à la totalité des professions non salariées en 1988, et, la population couverte a augmenté progressivement jusqu'en 1997, malgré une baisse amorcée en 1998 à cause de la crise économique. Aujourd'hui, près de 97% de la population est couverte par le système d'assurance maladie.

Letourmy [CNRS, 2003] dans son article « Etat et assurance maladie lors du forum de la concertation à Dakar » explique l'utilité du rôle de l'Etat dans l'assurance maladie et ceci pour les raisons suivantes :

- la pérennisation des régimes d'assurance maladie n'est pas seulement technique, elle dépend surtout des acteurs et des institutions qui en seront les promoteurs et les supports ;
- il est l'acteur fondamental.

Il soutient que l'Etat doit définir la configuration du régime, appuyer sa mise en place (cadre législatif), jouer le rôle de régulateur, de tutelle et de contrôle dans le fonctionnement.

Au regard de ce qui précède on peut dire que la viabilité politique de l'assurance maladie repose sur les valeurs sociales, la structure du pouvoir politique et les processus politiques. Ce sont donc les décisions d'ordre politique qui vont déterminer quels objectifs seront favorisés pour assurer cette viabilité.

2.5.2. Composants de la viabilité institutionnelle de l'assurance maladie

Ils regroupent l'ensemble des instruments qui régissent les activités et les comportements des différents acteurs. Ainsi, le cadre réglementaire est mis en place par des lois, des décrets des arrêtés officiels. KODJO [2001] précise dans son mémoire que, les textes du cadre réglementaire dans le cas des IPM du Sénégal portent sur le niveau d'implication des différents acteurs, le contrôle et l'appui technique des autorités, les relations de l'institution avec les prestataires et les autres partenaires.

Lors des journées d'études Institut de Recherches et d'Application des Méthodes de Développement (IRAM) [Septembre 2001] les débats menés rappellent que la viabilité d'une institution n'est jamais acquise, sinon à travers «un combat permanent», où depuis la réhabilitation, une croissance des ressources mal maîtrisée et des difficultés internes, aggravées par le manque de vision face à la montée des impayés, la maîtrise des coûts de gestion, la gestion des ressources humaines engendrent des situations de crises.

Selon W. HSIAO [1999], pour avoir une assurance sociale, il faut avoir un cadre légal. Cependant, la loi ne peut être observée que si un certain nombre de conditions nécessaires sont rassemblées, dont l'existence d'institutions, de réglementation, de systèmes de gestion, de ressources humaines et de finances.

La viabilité institutionnelle peut être mise en mal par une mauvaise application de la régulation du système et un manque de contrôle. A ce sujet, ALIBERT [2001] dans sa réflexion sur la protection sociale en Afrique subsaharienne, fait remarquer qu'un abîme sépare la construction légale et réglementaire et les réalisations officielles sur le terrain. C'est ainsi qu'on pourrait penser à la lecture des textes que la protection sociale y est très élaborée et, que la couverture des risques est bien assurée. Ainsi, pour beaucoup d'auteurs, la viabilité institutionnelle est assurée grâce à la reconnaissance juridique, à la qualité de l'organisation et de gestion, au suivi et contrôle effectif de l'institution.

2.5.3. Composants de la viabilité de l'organisation administrative et la gestion de l'assurance maladie

Nous allons aborder dans ce point l'organisation administrative, la gestion de l'assurance maladie et la gestion des risques en matière d'assurance maladie.

2.5.3.1. Organisation administrative de l'assurance maladie

L'assurance maladie comme moyen de prise en charge des soins ne présente un intérêt que si sa viabilité en tant qu'organisation est garantie [ATIM 2000a]. Aussi, les éléments du cadre institutionnel, les éléments permettant de déterminer le niveau des dépenses et des ressources, les critères techniques de performance financières et économiques de l'assurance doivent être définis.

Les dispositions légales doivent déterminer : les modalités de créations de l'assurance, la composition de l'assurance, les cotisants, le taux de cotisation, le taux de prise en charge des prestations, les ayants droits, l'utilisation des excédents, les pénalités, la facturation, le système d'information le suivi et le contrôle.

2.5.3.2. Gestion de l'assurance maladie

Nous allons examiner la gestion de l'assurance proprement dite et la gestion des risques.

a) *La gestion de l'assurance*

Le recours à l'assurance comme mode de financement des soins, nécessite l'indispensable acquisition d'une bonne habileté de direction et des capacités gestionnaires afin, non seulement de contenir l'incidence des risques, mais aussi, de déterminer les mécanismes de paiement appropriés et l'usage rationnel des ressources de l'organisation pour assurer sa durabilité [ATIM, 2000-b; LAMBO, 1997; KUTZIN, 1997; BLOOM & SHENGHANT, 1999]. Les auteurs cités en référence révèlent que beaucoup d'assurances ont échoué à cause de la mauvaise qualité du management.

Au Sénégal, les entreprises privées ont un grand nombre d'IPM. Et, BROUILLET et col [1997] considèrent que ces institutions sont peu soucieuses de leur gestion puisqu'elles n'arrivent que difficilement à préserver leur équilibre financier. En conséquence, l'extension de la prévoyance aux autres couches sociales du secteur non formel nécessite d'abord, un renforcement des IPM afin de crédibiliser l'assurance maladie. La nécessité de veiller, à la fois, à la viabilité du système d'assurance et l'accès des bénéficiaires aux services de soins, exige de la part des gestionnaires, la mise en place de mécanismes de paiement appropriés. Il s'agit en d'autres termes d'un mécanisme qui, d'une part définit l'unité de service ou la combinaison de services pour laquelle un prestataire est payé et qui d'autre part, détermine le montant et le flux d'argent entre le prestataire et l'assurance [HSIAO, 1999].

Il existe divers mécanismes de paiement dont le paiement à l'acte, par indemnité journalière, par cas ou épisode de maladie, par capitation, par budget global et par le salaire [ATIM, 2000-b; HSIAO, 1999]. Ces auteurs soulignent que ces mécanismes ne sont généralement pas appliqués chacun isolément. En outre, ils font respectivement basculer le risque financier selon le cas, soit chez l'organisme assureur soit chez le prestataire, puis induisent chez celui-ci, des incitations particulières. Le mécanisme de paiement à l'acte associé au tiers payant rétrospectif est une association connue pour induire considérablement l'escalade de coûts [LETOURMY, 1996]. Cependant, cette association offre l'opportunité au patient de se faire traiter sans déboursier immédiatement le ticket modérateur ou quote-part. Il incombe à l'assurance de payer le prestataire et se charger ensuite de récupérer la quote-part du participant. Il est en effet démontré que le paiement à l'acte, pousse les prestataires à induire la demande par sur prescription de soins, ce qui

a pour conséquences d'élever les charges de l'assurance maladie [KUTZIN, 1997]. Le paiement par capitation quant à lui permet d'une part, de transférer le risque financier chez le prestataire de soins, et de minimiser les coûts administratifs, ce qui permet à l'assureur de maîtriser ainsi ses coûts [TANGCHAROENSATHIEN, 1999]. Cependant, en l'absence de tout contrôle, le prestataire aura tendance à augmenter ses revenus au détriment de la qualité des soins [ATIM, 2000-b].

Enfin, un organisme social d'assurance maladie a besoin d'être organisé et géré de façon à ce que le coût de fonctionnement de la structure, soit le plus bas possible [KUTZIN, 1997 ; LAMBO, 1997]. Cela implique aussi, qu'il faut éviter les cas de détournement de fonds [LETOURMY, 1996] et de complicité de pratiques abusives pour lesquels certains gérants ou responsables de la gestion des organismes d'assurance maladie, sont souvent mis en cause [C. ATIM, 2000-a].

ATIM [2000.b] suggère que les frais de fonctionnement de l'institution ne doivent pas excéder 10% des recettes totales; et pour atteindre l'efficacité administrative, ce taux devrait être inférieur ou égal à 5% [ATIM, 1999]. Selon LAMBO [1997] et SHEPARD et Col [1992] ; l'expérience de la mutuelle de Bwamanda, en République Démocratique du Congo où les coûts de fonctionnement tournent autour de 5% des recettes témoigne de l'efficacité administrative de la structure; contrairement aux IPM du Sénégal pour lesquels LETOURMY, [1996] a observé que la moyenne des frais administratifs se situe à 17% de recettes, avec des pics à 55%. LETOURMY, [1996]; RON, [1999]; suggèrent que périodiquement, une attention soit portée sur les changements de besoins et de préférences des membres afin d'ajuster le paquet d'avantages. Cela va certainement exiger que les cotisations soient ajustées mais doivent rester dans un intervalle raisonnable reflétant les changements de coûts et l'inflation.

En somme, la gestion efficace d'une structure d'assurance nécessite que l'attention soit portée sur le système d'enregistrement et de facturation, la détermination du montant et du mode de collecte des cotisations, la détermination du paquet de soins, l'établissement de contrat avec les prestataires, le marketing social, la comptabilité et la tenue des livres, la budgétisation ainsi que la gestion des fonds [ATIM, 1999].

b) La gestion des risques en matière d'assurance maladie

La viabilité des systèmes d'assurance dépend, pour une grande part, de la capacité des dirigeants à utiliser un ensemble de techniques pour contenir l'incidence des risques auxquels ils sont confrontés. La première technique couramment utilisée est l'instauration d'une contribution financière dissuasive qui peut prendre la forme, soit :

- d'un ticket modérateur, qui est un pourcentage fixe des frais médicaux que doit prendre en charge le malade [ATIM 2000-a et b; BIT/ STEP, 2000; BLOOM & SHENGHANT, 1999 ; GALLANT, 1997 ; CARRIN et al, 1997; ILUNGA, 1997; LAMBO, 1997; BIT et al, 1996]. On recommande toutefois, que le ticket modérateur, qui concerne le plus souvent les soins ambulatoires et les médicaments [ILUNGA, 1997], soit moins important que la part supportée par l'assurance afin de ne pas rendre, les services de santé inaccessibles [ATIM 2000-b ; CARRIN et Col, 1997].
- d'une franchise ou déductible, qui est un montant fixe que doit payer le patient assuré quel que soit le montant des frais médicaux ; l'assurance n'intervient que si le montant payé par l'assuré n'arrive pas à couvrir l'ensemble des frais. Il peut donc arriver des cas où l'assurance n'ait rien à déboursier car la totalité des frais médicaux peut être couverte par l'assuré [STEP, 2000; ATIM 2000-a et b; BLOOM, 1999 ; SHEPARD, 1992].
- d'un plafond des prestations garanties c'est-à-dire, une limite de la consommation accordée aux patients assurés. La limite de consommation peut être estimée en nombre de consultations par personne et par an, en un montant total des prestations prises en charge. Par exemple la plupart des mutuelles de santé de la région de Thiès au Sénégal limitent leur couverture en soins hospitaliers, aux dix premiers jours d'hospitalisation [ATIM, 2000a ; RON, 1999].

Le ticket modérateur, la franchise et le plafond des prestations garanties permettent à l'assurance maladie de contenir le risque moral. Cependant cette contribution dissuasive peut avoir un effet inverse chez des assurés qui découragés peuvent ne pas recourir aux soins appropriées au moment opportun, et aggravant ainsi leur maladie vont entraîner des coûts supplémentaires à l'assurance.

La mise en place d'un système de référence obligatoire fixant les règles d'accès aux soins d'un échelon à un autre supérieur peut permettre d'éviter les recours faciles et inopportuns à de soins coûteux qui peuvent induire une surconsommation [STEP 2000 ; ATIM, 2000 a ; LAMBO, 1997 ; ROENEN et CRIEL, 1997 ; BIT, 1996].

L'identification des membres et leurs ayants droits, le contrôle des documents d'identification et les lettres de garanties par l'administration de l'assurance et le prestataire de soins sont des bons moyens pour lutter contre la fraude et l'abus [STEP 2000 ; ATIM, 2000 a ; LAMBO, 1997 ; ROENEN et CRIEL, 1997 ; BIT, 1996].

Les techniques telles que : le plafonnement des montants ou le nombre de jours d'hospitalisation pris en charge, la standardisation des schémas thérapeutiques et leur contrôle par un médecin conseil, la rémunération des prestataires par capitation, l'obligation faite aux médecins de prescrire des médicaments essentiels sont recommandés pour la gestion de la sur prescription [STEP/ BIT, 2000 ; ATIM, 2000 a ; TANGCHAROENSATHIEN, 1999 ; BIT, 1996].

2.5.4. Composants de la viabilité financière et économique

Pour les auteurs de Cadre d'analyse et grille de la viabilité sociale de l'Institut de Recherche et d'Applications des Méthodes de développement lors de leur rencontre à Montpellier septembre 2001], « la viabilité financière et économique d'une organisation est déterminée par : l'origine des ressources, le volume des activités, la maîtrise des impayés et des charges, le dynamisme économique, l'adaptation des services financiers aux activités et aux publics, les règles de fonctionnement compatibles avec les normes sociales, les compromis entre les différents acteurs et de l'insertion de l'institution dans son environnement ».

SHAW [1995] dans le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance, note que les facteurs déterminant la viabilité d'un financement de l'assurance maladie selon qu'ils se rapportent à l'offre ou à la demande de soins et d'assurance.

2.5.4.1. Pour l'offre :

a) Le dosage des établissements et praticiens publics et privés

On a plusieurs situations : si on a un système public de santé avec des services gratuits, l'Etat va s'efforcer de fournir par des prestations directes, une assurance maladie à but « social ». Dans ce cas, il faudra rendre payant les services qui ne l'étaient pas ; S'il s'agit, d'une remise en état d'un système ou prédominent les établissements du secteur public, l'introduction d'un système moderne d'assurance nécessite, la mise en place de la tarification des prestations médicales et d'un cadre réglementaire.

b) La capitalisation du système d'assurance.

Avant d'encaisser suffisamment de recettes pour faire fonctionner le système d'assurance, ce dernier va faire des dépenses. Il faut donc trouver de quoi financer ces coûts initiaux. La capitalisation peut se faire par la vente des prises de participation ou tout autre mécanisme.

c) Les services à offrir.

La forme la moins coûteuse de couverture contre le risque, consiste à protéger contre l'éventualité, des dépenses de caractère catastrophique. Le coût des services à prendre en charge par l'assurance peut être calculé sur cette base, en prenant en compte le fait que le prix du minimum d'assurance nécessaire soit abordable.

d) La contribution des bénéficiaires.

La franchise et le ticket modérateur permettent aux bénéficiaires de ne pas abuser du système et de mettre ainsi en péril la situation financière de l'assurance.

e) La constitution de pools de risques.

On peut offrir l'assurance par l'intermédiaire de groupes ciblés (associations professionnelles, syndicats), afin de prévenir le problème d'antisélection qu'on peut contenir par le plafonnement des prestations.

f) Les coûts administratifs de l'assurance maladie.

Au Mali par exemple le coût administratif du programme de protection sociale représentait jusqu'à 50% des recettes du système au cours des années 1980. Au Zimbabwe, le coût administratif des sociétés d'aide médicale n'atteint pas 10% des recettes [VOGEL, 1993].

2.5.4.2. Pour la demande

Dans ce cadre, il est important d'évaluer la disposition des gens à payer pour s'assurer et, la capacité des organismes d'assurance à constituer des pools de risques solvables afin de déterminer les coûts administratifs. La demande d'assurance est fonction des prix, des niveaux de revenus des assurés potentiels, du type de services et de prestations offerts et du niveau actuel des dépenses de santé.

a) La prime d'assurance et les dépenses de santé.

La prime d'assurance doit être moins élevée que le coût de l'utilisation de services de soins.

b) Le revenu des ménages.

La demande d'assurance volontaire est fortement et positivement corrélée au revenu et les ménages à faibles revenus ne sont pas disposés à en payer le prix. On peut y remédier partiellement, en transformant les subventions publiques aux structures publiques de soins en subventions ciblées, destinées aux ménages à faibles revenus afin de leur permettre de se procurer une assurance.

c) Les dépenses de santé.

L'information relative aux dépenses courantes de santé fournit des données précieuses, pour la conception d'un plan d'assurance. Ces données peuvent être : le montant des dépenses des ménages en soins médicaux et médicaments, les services et prestations de santé les plus utilisés, la part des dépenses destinée à couvrir des soins catastrophique chaque année. La configuration des dépenses et des risques peut aider à déterminer les types de service pour lesquels les ménages sont prêts à payer, comment évoluent les dépenses par catégories de revenu.

d) *La taille des pools de risques.*

La taille des « grands nombres » peut montrer que la maladie est un évènement aléatoire prévisible dans les groupes d'une certaine taille. Avec un groupe suffisamment large, un assureur peut calculer une prime correspondant à l'expérience moyenne de la maladie dans le groupe, et à un écart type par rapport à la moyenne. Le produit total des primes devrait être suffisant, pour couvrir les coûts de la maladie à l'intérieur du groupe [VOGEL, 1993].

Ces considérations de l'offre et de la demande d'assurance maladie ne sont pas figées à la conception et, la qualité des soins, la gamme des services offerts par un plan d'assurance, peuvent être adaptées en fonction de la situation financière du groupe assuré [SHAW, 1995].

e) *Les facteurs influençant le niveau des ressources*

En analysant les taux d'utilisation des services de santé par les membres du système d'assurance maladie "GONOSASTHYA KENDRA" au Bangladesh, DESMET et Col [1999] observent qu'en général, les plus pauvres utilisent plus les services de santé que les plus riches. On note aussi que la taille de la famille influence le niveau des dépenses. Ceci explique les mesures prises par certaines institutions d'assurance maladie afin que les cotisations varient en fonction du nombre de personnes en charge. C'est le cas du système d'assurance maladie "ORT Health Plus Scheme" aux Philippines qui a instauré trois niveaux de contributions en fonction de la taille de la famille [RON, 1999]. Au niveau des IPM du Sénégal, quelle que soit la taille de la famille, la contribution ne dépend que du niveau du salaire. HSIAO [1999] ; KUTZIN [1997] ; LAMBO [1997] pensent que les ressources d'une assurance maladie dépendent aussi du nombre de bénéficiaires qui doit être assez élevé pour que les risques de survenue de maladies graves, souvent coûteuses soient suffisamment partagés, et d'autre part, que les cotisations soient moins élevées mais suffisantes. Mais, il n'y a pas de normes standard et les avis divergent considérablement sur la question. Au Sénégal par exemple la loi fait obligation à toute entreprise de plus de 100 employés permanents de créer une IPM d'entreprise, ce qui laisse présager qu'une telle structure est viable. Pour d'autres, le bon fonctionnement de telles structures requiert un nombre minimum de 1000 cotisants [LETOURMY, 1996], ou que l'ensemble des bénéficiaires se situe entre 5 000 et 10 000 [HSIAO, 1999].

Les cotisations constituent la principale source de financement de tout système d'assurance sociale; par conséquent, elles doivent être régulières et suffisantes pour couvrir, au moment opportun, l'ensemble des charges [LAMBO, 1997]. Pour les IPM du Sénégal, la loi fixe les cotisations

patronales et salariales respectivement, à un taux maximum de 3% du salaire brut, plafonné à 60 000 FCFA. Les cotisations précomptées sur le salaire de l'employé et celles de l'employeur, sont versées mensuellement à l'IPM. Mais l'une des causes de déficit financier au niveau des IPM, semble être l'insuffisance des cotisations, due à la rigidité de la fourchette du taux et du plafonnement des cotisations [SENGHOR et Col, 1996], alors que l'inflation et le recours aux technologies modernes entraînent la croissance des coûts des prestations.

- Sécurité financière de l'assurance

La constitution d'un fonds de réserve et d'un fonds de garantie, peut conférer au système une plus grande sécurité. Ces fonds prévus par la loi sont alimentés par une partie des excédents annuels pour ce qui concerne le fonds de réserve, et un certain pourcentage prélevé sur l'ensemble des cotisations encaissées pour ce qui concerne le fonds de garantie. Les modalités de fonctionnement du fonds de garantie doivent être définies par décret [ATIM, 2000-b]. En Chine par exemple, la "Rural Coopérative Médical System" n'a d'ailleurs pu résoudre les problèmes des malades dits « cas catastrophiques », coûteux que par une allocation de 5% de ses revenus à un fonds de garantie [CARRIN & Col, 1996].

- Fiabilité des sources de financement

Par ailleurs, une source de financement fiable est une source stable et tendanciellement croissante. La stabilité de la source dépend de la stabilité des revenus du financeur, mais aussi de ces priorités car, il peut choisir d'allouer son pouvoir d'achat à d'autres priorités que la santé. Dans le cas d'un dispositif de financement par un « intermédiaire », la fiabilité du financement inclut non seulement la source primaire, mais la stabilité des priorités de l'intermédiaire [CREDES, 2001 ; IRAM, 2001 ; CARNOT N. et TISSOT B., 2002 ; LAFARGE H., 2003].

L'examen du cadre conceptuel du financement (annexe n° 3) nous permet de déduire que si les sources primaires de financement sont fiables, elles permettent alors d'assurer la viabilité financière des organismes financeurs des soins en l'occurrence celle de l'assurance maladie qui nous intéresse dans cette étude. Cependant, « le financement par l'intermédiaire des assurances surtout volontaires s'enracine essentiellement dans le secteur formel et, le financement passant par le budget de l'Etat s'adresse essentiellement au secteur public des soins ce qui permet la viabilité des services médicaux » [BOYER et Col, CREDES, 2001 ; LAFARGE H., 2003].

- Dynamisme économique

Le secteur formel ayant tendance à se développer, cette source peut être fiable sur le moyen terme. Cependant, les profits des entreprises ont tendance à subir d'assez fortes fluctuations en fonction de la conjoncture, car toutes les charges ne sont pas compressibles en cas de ralentissement de l'activité. De plus, la politique d'ouverture des frontières aux capitaux privés peut conduire l'Etat à réduire ce prélèvement pour attirer ces derniers [CREDES, 2001 ; LAFARGE H., 2003].

L'impôt sur le revenu est largement assis sur les revenus du secteur formel. Il représente une source tendancielle stable de financement de l'Etat. Les revenus salariaux ont moins tendance à fluctuer que les profits. Cependant, les politiques d'ajustement structurel ont remis en cause la stabilité de la masse salariale des fonctionnaires et des entreprises publiques. La privatisation de ces dernières ou leur meilleure gestion a conduit à des réductions d'effectifs. Toutefois, cet ajustement devrait permettre la redynamisation du secteur privé et, un potentiel important de développement de cette source réside dans l'extension de l'assiette fiscale aux revenus du secteur informel [CREDES, 2001 ; LAFARGE H., 2003].

Les taxes spécifiques à certains produits peuvent paraître comme particulièrement justifiées pour les consommations préjudiciables à la santé (alcool, tabac). La connaissance de l'élasticité de la demande permet d'anticiper le rendement d'une hausse des prix induit par la hausse de la taxe [CREDES, 2001]. Concernant les taxes sur les exportations, on sait que les prix mondiaux des productions tropicales sont très fluctuants et probablement orientés à la baisse en raison de l'énorme potentiel de gain de productivité de ces activités dans les pays en développement. L'effet d'une hausse des quantités sur la hausse de la valeur globale reste incertain, ce qui rend cette source instable. Les taxes sur les importations dont le montant est assez stable devraient croître avec le développement des activités formelles et de la consommation. Cette source est de ce fait fiable» [BOYER et Col, CREDES, 2001 ; LAFARGE H., 2003].

Pour conclure la revue de la littérature, on peut dire que la viabilité de l'assurance maladie c'est sa capacité de vivre ou de survivre. Cette dernière dépend de la viabilité politique, institutionnelle, organisationnelle et de gestion, financière et économique.

L'examen de la revue de la littérature ne nous a pas permis d'identifier des études spécifiques sur la viabilité de l'assurance maladie universelle, ni un cas spécifique d'assurance au stade de mise en place, mais plutôt diverses informations et études relatives à l'assurance maladie et à l'AMU.

3. Modèle théorique, hypothèses de recherche et méthodologie

3.1. Modèle théorique de l'étude

Au terme de notre revue, nous proposons pour notre étude un cadre conceptuel inspiré de HSIAO que nous complétons par un quatrième élément ; la viabilité institutionnelle. Notre modèle théorique conforme à la conclusion de notre revue se présente comme suit : la viabilité du projet CMG dépend de la viabilité politique, de la viabilité institutionnelle, de la viabilité managériale et, de la viabilité financière et économique. Ces différentes dimensions de la viabilité de la CMG sont des variables intermédiaires de la CMG. Cependant, le modèle économétrique libellé comme tel n'est pas réalisable vu que notre travail porte sur l'analyse d'une monographie. Aussi, nous allons nous référer au modèle théorique ci-dessous présenté pour réaliser notre étude. Nous allons déterminer dans un premier temps la viabilité selon chacune des dimensions repérées et dans un deuxième temps celle du projet CMG. La viabilité du projet CMG est « la capacité de Etat à mettre en place un système politiquement et financièrement durable, bien organisé et géré de façon à répartir les ressources nécessaires sur une base fiable pour atteindre les objectifs qui lui sont assignés ».

La viabilité politique est déterminée par les décisions politiques relatives au projet. Ces décisions créent le projet et déterminent les ressources, les montants des taxes générales disponibles et leur affectation. Ces décisions dépendent de la stabilité et de la longévité du gouvernement qui les prend. Les paramètres suivant vont nous permette de déterminer la viabilité politique :

- Documents de politique sociale et de politique de santé ;
- Régimes d'assurance choisis ;
- Taux de cotisation fixés ;
- Types de financement choisis ;
- Proportion du financement de l'Etat ;
- Décisions prises par l'Etat pour mise en place CMG ;
- Appui technique de l'Etat pour mise en place CMG ;
- Adhésion des partis politiques à la CMG.

La viabilité institutionnelle est la capacité, à mettre en place un ensemble d'instruments qui pourront régir de la meilleure façon possible les activités et les comportements des différents acteurs du projet. Il en résultera ainsi l'efficacité de l'organisation interne du projet, l'insertion dans le cadre juridique et réglementaire, la régulation du secteur financier, la sécurité des

transactions financières et les rapports avec les prestataires. Nous examinerons pour cela les éléments suivants :

- Cadre réglementaire de la CMG ;
- Prestations de soins choisies pour la CMG ;
- Relations de la CMG avec les structures d'appui technique ;
- Relations de la CMG avec l'Etat ;
- Relations de la CMG avec les prestataires de soins ;
- Relations de la CMG avec les caisses (CNSS, CNGS) ;
- Mécanismes de contrôle de la CMG.

La viabilité administrative et de gestion est la capacité conférée au projet CMG par la mise en place de procédures administratives et managériales pour garantir la mobilisation des ressources, leur utilisation rationnelle et pour contenir les risques. Pour le vérifier, nous allons étudier les éléments suivants :

- Organisation administrative ;
- Techniques choisies pour la gestion des risques ;
- Types de couverture des risques choisis ;
- Mécanismes choisis pour la prise en charge des soins (système de référence recours, liste des prestataires de soins agréés, modes de paiement des prestataires, délai moyen prévu pour le paiement des prestations de soins, durée moyenne prévue pour le recouvrement des recettes ;
- Mécanismes prévus pour maîtriser le nombre de cotisants et de bénéficiaires de la CMG ;
- Plan de formation des agents de la CMG ;
- Système d'information de la CMG.

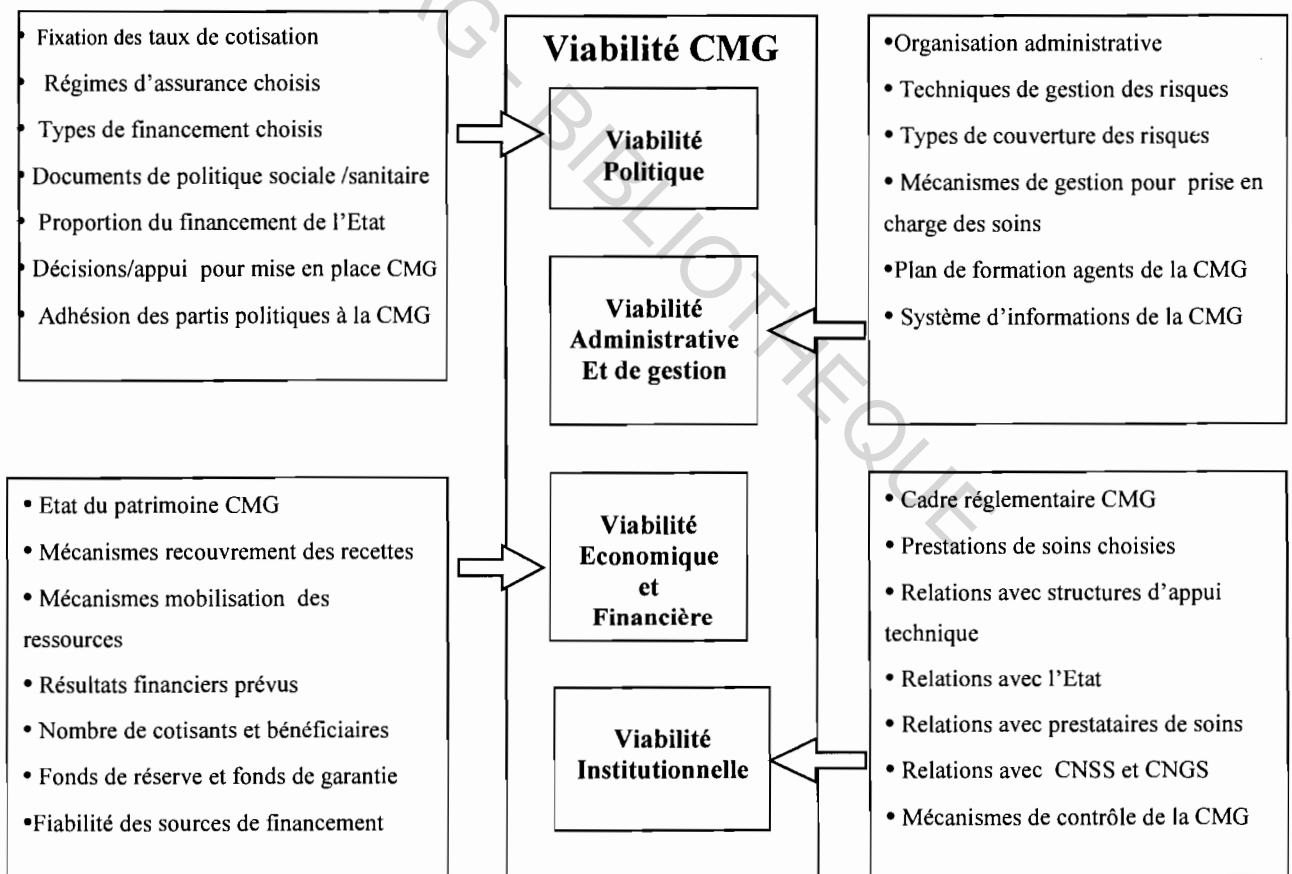
La viabilité financière et économique est la capacité de la CMG à mobiliser des ressources suffisantes, afin d'assurer la prise en charge du risque maladie de tous ses adhérents. Elle dépend de l'origine des ressources et de leur stabilité, du nombre de cotisants, des taux appliqués, de la maîtrise des impayés et des charges, du dynamisme de l'économie, de la compatibilité, des règles de fonctionnement aux normes, des compromis entre les différents acteurs de la CMG. Et pour cela, nous allons examiner les indicateurs suivants :

- Patrimoine de la CMG ;
- Mécanismes choisis pour le recouvrement des recettes ;
- Mécanismes choisis pour la mobilisation des ressources ;
- Mécanismes choisis pour la maîtrise des dépenses ;
- Résultats financiers prévus ;

- Nombre de cotisants prévus ;
- Nombre de bénéficiaires prévus ;
- Existence d'un fonds de réserve et d'un fonds de garantie ;
- Mécanismes choisis pour inciter à utiliser les structures publiques de soins ;
- La fiabilité des sources de financement.

La fiabilité des sources primaires de financement dépend de la situation économique du pays (PIB), du budget de l'Etat (recettes, dépenses), de la masse salariale totale (traitements et salaires publics, parapublics et privés), des recettes fiscales issues de certains produits d'exportation et activités. Nous allons également étudier l'évolution des dépenses de santé.

Figure 1 : Modèle théorique de l'étude



3.2. Hypothèse de recherche

Au regard de la situation socioéconomique du pays, de la revue de la littérature sur l'assurance maladie et de l'importance du projet CMG pour le Gabon, nous énonçons l'hypothèse de recherche suivante : la viabilité politique, la viabilité institutionnelle, la viabilité administrative et de gestion, la viabilité économique et financière de la CMG telle que proposée seraient capables d'assurer la viabilité de la CMG.

3.3. Méthodologie de l'étude

3.3.1. Stratégies et devis de recherche

Les stratégies que nous avons adoptées pour cette étude sont : une recherche synthétique de cas ou étude de cas et une recherche de simulation dans la mesure où elle permettra de prévoir l'évolution des différentes sources de financement d'ici à 2006.

Cette étude présente une validité interne, du fait que la CMG est un cas spécifique et toutes les caractéristiques de cette recherche ne s'applique qu'à elle. Les résultats obtenus dépendent d'un contexte particulier et de la situation particulière créée par notre étude. En effet, l'étude que nous proposons a un potentiel élevé de validité interne susceptible de rendre nos résultats utilisables au niveau des organes chargés de la mise en place de la CMG. Les conclusions de cette étude étant spécifiques à la CMG, ceci peut limiter sa validité externe. Toutefois, compte tenu de la similitude des problèmes socio sanitaires et de leur résolution dans les pays francophones d'Afrique subsaharienne la présente étude pourrait avoir une validité externe.

3.3.2. Méthode de collecte des données

Nous avons choisi de façon raisonnée les différentes sources de données et utilisé deux techniques de collecte des données (annexe n° 4) :

- Entretien semi structuré téléphonique avec :
 - Des membres de la Cellule Technique de la CMG (Directeur Général Adjoint de la santé chargé de la réglementation et de la qualité des soins, le Conseiller Juridique du Ministre de la Santé et le Directeur Général du ministère des affaires sociales de la solidarité nationale et du bien être)
 - Un cadre du Ministère de la Planification et de l'Aménagement du Territoire (Directeur Général des Etudes Economiques et de la Statistique)
 - Des cadres du Ministère de l'Economie, des Finances, du Budget et de la Privatisation (un cadre du service de la solde et un cadre du Budget.

➤ Revue documentaire notamment :

- des documents officiels des caisses de prévoyance, du système actuel de prise en charge maladie au Gabon, des compagnies d'assurance, du projet CMG
- des rapports des études sur la réforme du système de santé, de l'enquête démographie et santé, des organismes internationaux (OMS, BM, UNICEF, FNUAP)
- des rapports statistiques du ministère de la santé
- des documents du tableau de bord de l'économie
- des revues et des manuels spécialisés

3.3.3 Analyse des données

L'analyse des données comporte trois phases :

- la description et l'analyse des informations disponibles sur le projet CMG qui, permettront de faire une étude critique des différentes dimensions de la CMG
- l'étude de l'évolution de certains indicateurs économiques et financiers pour la période de 1992 à 2002-2003 en fonction de la disponibilité des informations. Notre choix s'est porté sur l'année 1992 comme début de la période d'étude uniquement pour avoir une série de données sur dix ans. Cette période de dix ans est le minimum qu'il faut dans une série pour obtenir des projections valables et fiables. L'étude des différentes sources primaires de financement de la CMG et leur évolution est faite à partir du logiciel EVIEWS.03.
- la prévision sur 3 ans (2004-2006) des indicateurs économiques et financiers retenus permet déterminer leur évolution afin d'apprécier la stabilité et la durabilité des sources primaires de financement de la CMG. Cette prévision qui est faite selon la méthode de HOLT WINTERS non saisonnière, est calculée à partir d'un modèle explicité sur la période observée et la connaissance des valeurs prises par les variables sur la période à prévoir. La méthode de HOLT WINTERS non saisonnière est basée sur la décomposition d'une série selon la tendance et le facteur non saisonnier, elle ne s'applique qu'aux chroniques tendanciennes et non saisonnières.

Pour analyser la viabilité politique nous nous assurerons de l'engagement des autorités politiques par le niveau des décisions prises à partir de l'étude des variables énoncées dans le modèle théorique. Pour la viabilité institutionnelle, nous nous intéresserons au cadre réglementaire mis en place à savoir les lois, les décrets et les arrêtés officiels.

La viabilité administrative et de gestion sera analysée à travers l'existence de procédures administratives (organigramme, fonctionnement) et de gestion (gestion de l'assurance et des risques) prévues pour garantir la mobilisation des ressources et des prestations efficaces.

Concernant la viabilité financière et économique, nous analyserons les dispositifs de financement prévus pour la CMG et la fiabilité des sources primaires de financement qui sont la subvention de l'Etat, les cotisations des salariés de tous les secteurs, la taxe de solidarité nationale maladie et le ticket modérateur. Les indicateurs économiques étudiés sur une période de 10 ans pour apprécier la fiabilité des sources primaires de financement sont : le PIB, le budget, les dépenses totales et les recettes de l'Etat, la masse salariale, les recettes pétrolières et les dépenses de santé. La base du financement de la CMG repose sur : la masse salariale dont sont issus les cotisations des salariés ; le budget de l'Etat d'où proviennent les cotisations de ce dernier comme employeur ; les recettes pétrolières qui constituent selon les hypothèses de l'étude la principale source fiscale pour le financement des économiquement faibles, les chiffres d'affaires des employeurs du secteur privé et des travailleurs indépendants. Mais, nous n'avons pas pu avoir ces chiffres d'affaires.

3.3.4. Limites de l'étude

Cette étude s'est faite uniquement sur le projet et le travail réalisé par la cellule technique. L'extension de l'entretien semi structuré aux autres acteurs : employeurs, employés, les responsables des deux caisses, les prestataires aurait certainement permis de mieux cerner toute la question de recherche.

De plus, la CMG étant une structure en gestation, elle n'a aucune expérience pratique.

Le manque de données chiffrées et la rétention d'informations par certains responsables n'ont pas permis d'approfondir notre analyse.

Deuxième partie : Cadre pratique

4. Cadre de l'étude : le Gabon

Logé dans le golfe de Guinée, à cheval sur l'équateur, le Gabon a une superficie de 267 667 km². Il est limité au nord par le Cameroun, à l'est et au sud par le Congo et à l'ouest par l'Océan Atlantique. Sur le plan administratif, le Gabon est composé de 9 provinces, 47 départements, 152 cantons, 50 communes, 26 arrondissements, 26 districts et 3 304 villages. Le Gabon est un Etat indépendant depuis le 17 Août 1960, caractérisé par un régime politique présidentiel et dirigé par trois pouvoirs : exécutif, législatif et judiciaire.

4.1. Données démographiques et sanitaires du Gabon

Selon le dernier recensement général de la population et de l'habitat (juillet 1993) le Gabon comptait 1 014 976 habitants (3,8 habitants au km²) avec un taux moyen annuel de croissance de 2,4%. Cette population est répartie comme suit : 41% âgée de moins de 15 ans, 46% âgée de 15 à 49 ans. Par ailleurs 73% de la population vit en zone urbaine dont 40% à Libreville et sa périphérie et le reste de la population est dispersé à l'intérieur du pays en particulier le long des axes routiers et fluviaux. Selon l'Enquête Démographie Santé 2000, la population du Gabon est passée à 1 208 410 habitants avec près de 80% dans les zones urbaines et une espérance de vie à la naissance de 55 ans. Les taux de mortalité au cours de cette même année étaient les suivants :

- maternelle : 519 décès pour 100 000 naissances vivantes
- infantile : 57 décès pour 1 000 naissances vivantes
- infanto - juvénile : 89 décès pour 1 000 naissances vivantes

La situation sanitaire est caractérisée par une couverture sanitaire correcte avec les ratios suivants :

- 1 médecin pour 2 758 habitants
- 1 sage-femme pour 2 892 habitants
- 1 infirmier diplômé d'état pour 1 911 habitants
- 1 pharmacien pour 24 755 habitants
- 1 chirurgien dentiste pour 126 872 habitants

Selon l'OMS les indicateurs des comptes nationaux de la Santé en 2000 sont :

- dépenses totales de santé : 3 % du PIB
- dépenses publiques de santé : 68,6 % des dépenses totales de santé et 8,9 % des dépenses publique totales
- dépenses privées de santé : 31,4 % du total des dépenses de santé
- ressources extérieures pour la santé : 5,8 % des dépenses publiques de santé

- paiement direct : 31,40 % du total des dépenses de santé
- dépense totale de santé par habitant : 85 500 Fcfa
- dépenses publiques de santé par habitant : 58 500 Fcfa

L'offre de soins est constituée par un réseau de formations sanitaires publiques, parapubliques, privées à buts lucratifs et non lucratifs. Les analyses successives de la situation sanitaire du Gabon depuis 1996 ont permis d'identifier les dysfonctionnements responsables de la dégradation de l'offre de soins, parmi lesquels on peut citer :

- un financement des hôpitaux inadapté et insuffisants pour assurer un fonctionnement optimal
- une dégradation de la qualité des soins
- une démotivation du personnel
- une mauvaise gestion des formations sanitaires
- une évaluation quasi inexistante du système de prestations de soins.

Cette situation nécessite, la mise en place des nouvelles organisations des hôpitaux avec les conseils d'administrations, la formation des personnels à la gestion des nouvelles structures sanitaires et la mise en place des services de comptabilité intégrant les facturations. Cette situation a permis d'entreprendre les réformes notamment :

- la mise en place du plan national d'action sanitaire (PNAS) depuis 1998
- la préparation du plan national de développement sanitaire (PNDS).

Le PNAS regroupe plusieurs programmes : le système national d'information sanitaire, la couverture sanitaire, le fonctionnement des programmes de santé, l'accessibilité aux médicaments essentiels, les ressources humaines, le fonctionnement des directions régionales, l'efficacité du niveau central, la gestion financière et les modalités de financement. La réalisation de ces programmes doit concourir à améliorer l'accès de la population à des soins de qualité à moindre coût

4.2. Données économiques du Gabon

Sur le plan économique, le développement du Gabon se distingue par la croissance puis la décroissance de plusieurs industries extractives. L'exploitation forestière basée sur l'abondance de l'okoumé et diverses essences tropicales rares, a été le premier secteur commercial. Après les indépendances, ce secteur a pris moins d'importance en raison de l'augmentation de la production minière de manganèse et d'uranium. Lorsque la production minière a plafonné, l'exploitation du

pétrole est devenue le principal moteur de l'économie. Grâce donc à ses ressources en pétrole, le Gabon a connu une période de prospérité ayant entraîné un développement socio-économique substantiel.

Depuis 1986, le Gabon traverse une crise due à la combinaison de divers facteurs : la baisse du prix du baril de pétrole, la diminution progressive de ses réserves pétrolières (la production est passée de 18,5 millions de tonnes en 1997 à 12,6 millions de tonnes en 2000), la dévaluation du franc CFA en 1994 et la morosité économique actuelle qui touche surtout les pays en voie de développement. Les effets de la crise économique et le taux de chômage sans cesse croissant, freinent la mise en œuvre de nombreux projets de développement. Il existe une grande disparité des revenus entre les zones urbaines et les zones rurales. La population des villes dispose de revenus provenant du secteur moderne de l'économie (fonctionnaires, salariés, travailleurs indépendants), tandis que la population rurale vit en majorité d'économie de subsistance. En effet, l'agriculture caractéristique du milieu rural est peu développée. En quatre décennies, la contribution de l'agriculture à la production nationale est passée de 16% du PIB en 1960 à 2,5% en 1974, 6% en 1995 et 4% en 2001 [Tableau de bord, 2002 ; Banque Mondiale, 1997]. Le salaire minimum dans le secteur formel est de 64 000 Fcfa par mois (SMIG) alors qu'en milieu rural le revenu mensuel d'un ménage varie entre 37 000 et 40 000 Fcfa. La Banque Mondiale, reprenant les données d'une enquête " budget consommation " de 1993, indique dans son rapport d'évaluation de la pauvreté au Gabon que près de 20% de la population de Libreville et de Port-Gentil vit en dessous du seuil absolu de pauvreté. En 2000, le Produit National Brut (PNB) par tête d'habitant au Gabon est de 3 010 Dollars US avec un taux de croissance de - 2,9% et un taux d'inflation de 1%. Avec cet indicateur de PNB, le Gabon fait partie des pays à revenu intermédiaire. La dévaluation du franc CFA en 1994 avec la hausse du prix des produits importés ont entraîné une nouvelle baisse du pouvoir d'achat et une augmentation du chômage de 20% environ [Banque Mondiale, 1997 ; Tableau de bord de l'économie, 2002].

4.3. Protection sociale au Gabon

Le Gabon est doté d'un système de protection sociale géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) et la Caisse Nationale de Garantie Sociale (CNGS). Annexe n° 5.

4.3.1. Historique de la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS)

En 1963, la Caisse Gabonaise de Prévoyance Sociale (CGPS) est créée pour assurer la couverture sociale du secteur privé (accident de travail et maladies professionnelles, vieillesse, prestations familiales). En 1975, par la loi n° 6/75 du 25 novembre 1975 portant code de sécurité sociale, la CGPS devient la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) qui assure des prestations sociales aux salariés du secteur privé (prestations familiales, risques professionnels, pensions, hospitalisations, évacuations sanitaires et médicaments). La CNSS assure à ses cotisants des prestations familiales de 3 000 FCFA par enfant et par mois (dès le premier enfant et jusqu'à l'âge de 20 ans) et une prime de rentrée scolaire de 10 000 FCFA. Pour la santé, les assurés ne paient que le ticket modérateur. Les tarifs de consultation s'élèvent à 1 500 FCFA pour les assurés contre 5 000 FCFA pour les non assurés. En cas d'hospitalisation, les assurés doivent régler 15 à 20% des frais suivant leur revenu, et sont pris en charge totalement quand ils touchent le SMIG. La CNSS ne reçoit aucune subvention de l'Etat et ses adhérents disposent par définition de ressources régulières. Selon les informations données par les cadres de la CNSS, 80% de ses affiliés auraient un salaire mensuel compris entre 80 000 et 120 000 FCFA. Plusieurs facteurs ont concouru à mettre la CNSS en difficulté financière :

- l'obligation faite par l'Etat de construire des dispensaires et des hôpitaux (2 hôpitaux à Libreville et 1 à Port Gentil, 14 centres médico-sociaux) qui ont rapporté des recettes de 5 milliards de FCFA mais qui ont occasionné des dépenses de 14 milliards de FCFA
- l'obligation de construire des habitations à loyer modéré (HLM), qui ont également fait investir des milliards et ne rapporter que 300 à 400 millions de FCFA
- des barèmes de cotisations trop faibles
- la dette des sociétés et entreprises publiques (dont la CNGS) qui ne pourront s'en acquitter tant que l'Etat n'aura pas réglé sa dette intérieure auprès de ces dernières.

La crise économique actuelle du pays a aggravé les problèmes financiers de la CNSS. Le nombre de ses cotisants a diminué (120 000 à 68 000) en raison des fermetures d'entreprises et des compressions de personnel, tandis qu'augmente le nombre de retraités. La branche vieillesse est déficitaire depuis plusieurs années. De nombreuses personnes qui ont cotisé durant leur vie active ne bénéficient pas aujourd'hui d'assurance vieillesse. Compte tenu du rôle important que jouent les prestations sociales (allocations familiales, retraite, santé) dans la survie des familles à faibles revenus, le Gouvernement s'est engagé à restructurer le système de sécurité sociale et a déposé un projet de loi à cet effet. Ce projet comprend la création d'une cotisation supplémentaire spécifique

payable par les travailleurs pour l'assurance santé. Les conditions seraient également changées pour la retraite : la période d'immatriculation a été supprimée ; la pension de retraite actuellement directement calculée en appliquant un taux annuel de 2% au salaire cotisé, sera désormais calculée à partir d'un salaire de référence (lui-même en fonction du salaire cotisé). Cette dernière mesure vise à assurer une retraite décente aux assurés ayant eu un faible salaire. De plus, la CNSS se désengagerait des centres médico-sociaux et ne garderaient que les formations sanitaires.

4.3.2. Historique de la caisse nationale de garantie sociale (CNGS)

Suite à la loi n° 10/82 du 24 janvier 1983 portant code de garantie sociale, la Caisse Nationale de Garantie Sociale (CNGS) a commencé à fonctionner en juillet 1983. Outre la protection sociale qu'elle cherche à offrir à tous les indigents nationaux, la CNGS assure également des prestations aux agents contractuels de l'Etat et aux travailleurs indépendants qui lui versent des cotisations. Jusqu'en 1986, malgré de nombreux problèmes, la CNGS a pu venir au moins partiellement en aide aux indigents. En 1982, les indigents recensés étaient en quasi-totalité des ruraux et à 75% des personnes de 55 ans et plus. Durant cette période, des équipes mobiles allaient dans les provinces pour recenser les indigents et effectuer le versement des prestations. Les indigents bénéficiaient de :

- prestations familiales : 1 000 FCFA par enfant et par mois (jusqu'à l'âge de 20 ans) versés à la mère de famille (exceptionnellement au père quand la famille maternelle est inexistante)
- prime de rentrée scolaire : 5 000 FCFA par enfant qui est passée à 10 000 FCFA en 1996
- prime à la naissance : layette
- soins de santé gratuits dans les formations sanitaires publiques.

Depuis 1987, la situation financière de la CNGS s'est dégradée. Actuellement les dotations de l'Etat ne permettent de couvrir que 10 à 20% de ses besoins budgétaires. Les indigents ne reçoivent les prestations familiales que de façon occasionnelle. La CNGS a un découvert de 5 milliards de FCFA auprès de la CNSS, qui refuse de continuer à soigner les porteurs de cartes d'indigents. La CNGS a des difficultés pour régler les salaires des agents payés sur dotation budgétaire. Pour remettre en place un système de protection sociale et lui assurer des sources de financement suffisantes et régulières, la CNGS a déposé un projet de loi en septembre 1995. Malgré le caractère social de ce projet, on peut craindre que les frais de fonctionnement de la CNGS n'absorbent une grande part des ressources affectées à la protection sociale. En 1993, sur une dotation budgétaire de 1 100 millions de FCFA accordée par l'Etat, 45% étaient consacrés à la gestion administrative, tandis que seulement 55% finançaient les prestations sociales.

4.3.3. La protection sociale des Fonctionnaires de l'Etat

Les prestations sociales des fonctionnaires sont assurées par l'Etat notamment : les allocations familiales, l'allocation de rentrée scolaire, la retraite, les évacuations sanitaires à l'intérieur et à l'extérieur du pays, les soins de santé.

4.4. Dispositif actuel de prise en charge des soins au Gabon

4.4.1. Cadre institutionnel du dispositif de prise en charge des soins

La prise en charge de la maladie est régie par plusieurs lois et ordonnances qui sont :

- la loi N° 3/91 du 26 mars 1991 portant Constitution ; c'est un ensemble de textes modificatifs subséquents qui dans leur article 1^{er} alinéa 8 garantissent à tous la protection de la santé et la sécurité sociale;
- l'Ordonnance 001/95 du 14 janvier 1995 portant orientation de la politique de santé au Gabon qui précise l'orientation de la constitution. En effet dans son article 3 il est dit : « L'Etat selon ses possibilités garantit à tous...la protection de la santé », et dans son article 5, « La nation proclame la solidarité et l'égalité de tous devant les charges publiques en matières de santé. Chacun doit participer, dans la mesure de ses ressources, au financement de ces charges... ». Par ailleurs cette ordonnance définit les modalités de financement du service public de santé, qui est assuré par l'Etat, les collectivités locales, les tiers payants publics et privés, le ticket modérateur des usagers et les particuliers non assurés.

Suite à cette orientation de la loi fondamentale et de l'ordonnance 001/95, plusieurs dispositions ont été prises au profit de certaines catégories socio professionnelles.

4.4.1.1. Les fonctionnaires

- la loi 8/91 du 26 septembre 1991 portant statut général des fonctionnaires dans son article 122 prévoit la gratuité des soins externes et instaure un ticket modérateur pour les hospitalisations dans les structures publiques pour les fonctionnaires civils et militaires et leurs ayants droits.
- le décret 889/PR/MSPP du 28 novembre 1969 régleme les évacuations sanitaires des fonctionnaires vers les hôpitaux étrangers avec la participation du budget de l'Etat
- le décret 00605/PR/MFB/MSPP met à la charge des bénéficiaires d'évacuations sanitaires ou d'hospitalisations à l'étranger un pourcentage des frais engagés par l'Etat.

Concernant les médicaments, l'Etat Gabonais prône la gratuité des médicaments dans les structures publiques. Cette prise en charge de la maladie concerne les 40 000 fonctionnaires et leurs ayants droits soit un total de 160 000 bénéficiaires. Chaque fonctionnaire ayant droit à une prise en charge pour 4 enfants. Cette prise en charge des fonctionnaires est assurée par l'Etat par l'entremise du Ministère des Finances, notamment le trésor public qui joue ici le rôle d'une caisse. Il n'existe pas de cotisations des fonctionnaires pour la maladie.

4.4.1.2. Les salariés du secteur privé, la main d'œuvre non permanente de l'Etat, les gens de maison

Ils sont régis par la Loi 6/75 du 25 novembre 1975 portant Code de Sécurité Sociale qui crée la CNSS. Ils bénéficient d'une couverture sociale décrite plus haut. La branche maladie est assurée par un financement uniquement patronal de 4,10%. Cette cotisation patronale génère 9 milliards par an et est répartie comme suit : consultations (0%), hospitalisations (1,5%), évacuations sanitaires (0,60%) et médicaments (2%). Les employés ne cotisent pas pour la maladie. Les soins externes sont couverts à 100% pour les assurés et, il existe un ticket modérateur pour les hospitalisations et les évacuations sanitaires. Ces dernières sont régies par l'Ordonnance 28/71 du 19 avril 1971 portant création d'un fond spécial pour les évacuations sanitaires en faveur des travailleurs salariés et leurs familles légitimes. Pour assurer les prestations sanitaires, la CNSS dispose de trois grands hôpitaux et une dizaine de centre médico-sociaux dans lesquels sont assurés l'essentiel des prestations sanitaires aux assurés. Cette couverture concerne aujourd'hui près de 92 739 assurés pour 226 515 bénéficiaires [Document projet, 2004].

4.4.1.3. Les agents contractuels de l'Etat, les travailleurs indépendants et les indigents

Ils sont régis par la loi 10/82 du 24 janvier 1983 portant Code de Garantie Sociale décrite également plus haut. Cette caisse qui assure selon la loi les prestations familiales, la retraite et la maladie couvre aujourd'hui une population de 140 063 assurés pour 300 047 bénéficiaires [Document projet, 2004]. Les prestations sanitaires prises en compte sont les consultations externes, les hospitalisations et les évacuations sanitaires. Le financement de cette caisse est assuré essentiellement par le budget de l'Etat et les cotisations des agents contractuels de l'Etat. Il n'existe pas de cotisations salariales en ce qui concerne les prestations de santé. La loi n° 03/94 du 21 novembre 1994 portant Code du Travail en République Gabonaise dans ses articles 221 à 223, rend obligatoire la création d'un service de santé dans toute entreprise ou tout établissement. Ce service

de santé doit fournir les premiers secours et les soins d'urgence aux travailleurs victimes d'accidents ou de malaises sur les lieux de travail.

Depuis quelques années des prestataires privés en matière d'assurance maladie existent.

En 2002, ils géraient 22 000 assurés pour 65 000 bénéficiaires pour un montant total annuel de 10 139 345 000 Fcfa.

4.4.2. Fonctionnement du dispositif de prise en charge des soins

Les prestations de soins étaient plus ou moins couvertes par ces organismes jusqu'au début des années 90. A ce jour, aucun de ces organismes ne fournit effectivement ces prestations prescrites par la loi. En réalité, seuls l'Etat et les employeurs assurent un financement des prestations de santé puisqu'il n'y a aucune couverture de la maladie et les ménages ne participent à ce financement que par le mécanisme du paiement direct. Devant l'insuffisance de ces financements, la part des particuliers à leur frais est devenue de plus en plus importante entraînant d'une part une inégalité d'accès aux soins notamment chez les plus démunis et d'autre part une dégradation de l'offre de soins. Aussi concernant les fonctionnaires le paquet de services couverts est aujourd'hui réduit, les consultations ne sont plus prises en charge même dans les structures publiques. Si les hospitalisations sont toujours assurées, il faut signaler la baisse de l'offre et de la qualité de soins ; ce qui oblige les fonctionnaires à ne pas fréquenter la majorité de ces structures, d'où l'ambitieux projet de construction de nouveaux hôpitaux initiés par le Ministère de la santé. Au niveau de la CNSS l'offre et la qualité des soins sont également dégradées et le paquet de services est aujourd'hui amputé des médicaments qui ne sont plus distribués gratuitement. A la CNGS, il n'existe plus de prestations médicales prises en charge ou du moins les prises en charge délivrées par cet organisme sont refusées par les hôpitaux et cliniques de la place et de l'étranger. Ce qui fait qu'aucun assuré de la CNGS ne bénéficie d'une couverture maladie.

5. Projet Couverture Maladie au Gabon (CMG)

La création de la CMG fait l'objet d'un protocole d'accord entre l'Etat et les partenaires sociaux (patronat, syndicats) concernés. Ce protocole fixe le cadre contractuel de l'accord entre l'Etat et les partenaires sociaux sur la création et l'organisation d'un système de couverture maladie au Gabon. La création et l'organisation générale du système de couverture maladie au Gabon font l'objet de lois en cours de signature.

5.1. Dispositif du projet de la CMG

Pour la mise en œuvre de la CMG, un décret pris en Conseil des Ministres, institue et organise une Commission Interministérielle placée sous la présidence du Premier Ministre, Chef du Gouvernement. Cette Commission Interministérielle est constituée de deux organes : le Comité de Pilotage (CP) et la Cellule Technique (CT).

Le Comité de Pilotage est présidé par le Premier Ministre, Chef du Gouvernement, assisté de deux vice-présidents, le Ministre chargé de la Sécurité Sociale et le Ministre chargé de la Santé Publique. Le Comité de Pilotage se réunit chaque fois que de besoin, sur convocation de son président. Le Comité de Pilotage est chargé de :

- donner des orientations sur la mise en œuvre d'un système de CMG ;
- mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la CMG ;
- piloter et contrôler l'action de la Cellule Technique ;
- valider les travaux de la Cellule Technique ;
- soumettre au Gouvernement les projets de lois et règlements sur la mise en œuvre du système de la CMG.

Le Comité de Pilotage est composé comme suit :

- Président : Premier Ministre
- Vice-présidents : Ministre chargé de la Sécurité Sociale, Ministre chargé de la Santé Publique
- Membres : Ministre chargé des Finances, Ministre chargé de la Fonction Publique, Ministre chargé du Travail, Ministre chargé de l'Intérieur et de la Décentralisation, Ministre chargé de la Défense Nationale, Ministre chargé de la Justice Garde des Sceaux, Ministre chargé de la Famille, Ministre du Contrôle d'Etat des Inspections de la Lutte contre la Pauvreté, un représentant par Confédération Patronale, un représentant par Confédération Syndicale et un représentant par partenaire au développement.

La Cellule Technique est chargée :

- de réaliser ou de faire réaliser toutes les études ayant trait à la mise en œuvre du système de Couverture Maladie au Gabon ;
- d'élaborer l'ensemble des textes législatifs et réglementaires portant sur la mise en œuvre du système de CMG ;
- d'assurer le secrétariat du Comité de Pilotage.

La Cellule Technique est composée des mêmes représentants des départements ministériels et partenaires que le CP, à raison d'un représentant chacun. La Cellule Technique peut faire appel à toute autre expertise nécessaire à l'accomplissement de ses missions. Elle peut notamment recourir à l'appui de l'Assistance Technique. Les membres de la Cellule Technique sont désignés par décision du Premier Ministre sur proposition des Ministres concernés. La Cellule Technique est animée par une coordination composée des représentants du Ministère de la Sécurité Sociale, de la Santé Publique et des Finances. La Cellule Technique dispose d'un personnel d'appui pour les tâches de secrétariat. Elle dispose en outre d'une dotation budgétaire alimentée par le budget général de l'Etat et les contributions des organismes de protection sociale et des autres partenaires au développement.

Pour le démarrage des activités de la CMG, en dehors des préalables institutionnels et d'organisation administrative et de gestion, certaines conditions doivent être remplies notamment, la réhabilitation, l'équipement des formations sanitaires, le règlement de la situation des caisses existantes et les préalables présentés par les partenaires sociaux. Les coûts de certains de ces préalables sont évalués et présentés sur le tableau n° 1.

Certains de ces préalables ont déjà été réglés. On peut citer :

- le désengagement de la CNSS de ses hôpitaux, qui depuis un an sont gérés par un consortium gabono-autrichien.
- l'équipe dirigeante de la CNSS a été changée et désormais, le directeur adjoint est nommé par le patronat gabonais
- l'évaluation du système sanitaire réalisée en 2004
- la mise en service de certains hôpitaux publics
- l'autonomisation de certains hôpitaux publics
- le règlement de la dette de l'Etat auprès de la CNSS qui se poursuit dans cadre de l'apurement de la dette intérieure de l'Etat.

Le solde de la dette de l'Etat auprès des hôpitaux de la CNSS soit 26,483 milliards, pourrait être intégré dans les plans de restructuration ou de privatisation desdites entreprises et/ou faire l'objet d'une étude sur les modalités d'un règlement sur plusieurs exercices, à partir des ressources affectées à la dette intérieure [document CMG, 2002].

Tableau n° 1 : Préalables relatifs au démarrage de la CMG

Rubrique	Milliards Fcfa	Observations
Hôpitaux publics :	10,075	
• Réhabilitation des plateaux techniques	2,000	En cours
• Approvisionnement en médicaments	6,000	ND
• Informatisation des Hôpitaux	0,500	ND
• Formation des personnels	0,075	ND
• Avances de fonctionnement des hôpitaux	1,500	ND
Hôpitaux de la CNSS	26,483	En cours
Système d'information	-	
Formation des agents de la CMG	-	Conception et mise en place
Préalables des partenaires sociaux :	-	
• Dette directe de l'Etat à la CNSS	6,700	Règlement en cours
• Dettes entreprises publiques auprès de la CNSS	29,782	Règlement en cours
• Arriérés d'allocation familiale de l'année 2000	-	ND
• Arriérés de paiements dus par la CNGS	2,236	En cours de règlement
• Désengagement de la CNSS des hôpitaux	-	Effectifs depuis 2003
• Changement de l'équipe dirigeante de la CNSS		Effectifs depuis 2003
• Réforme CNSS et CNGS		En cours
Total Partiel	36,558	

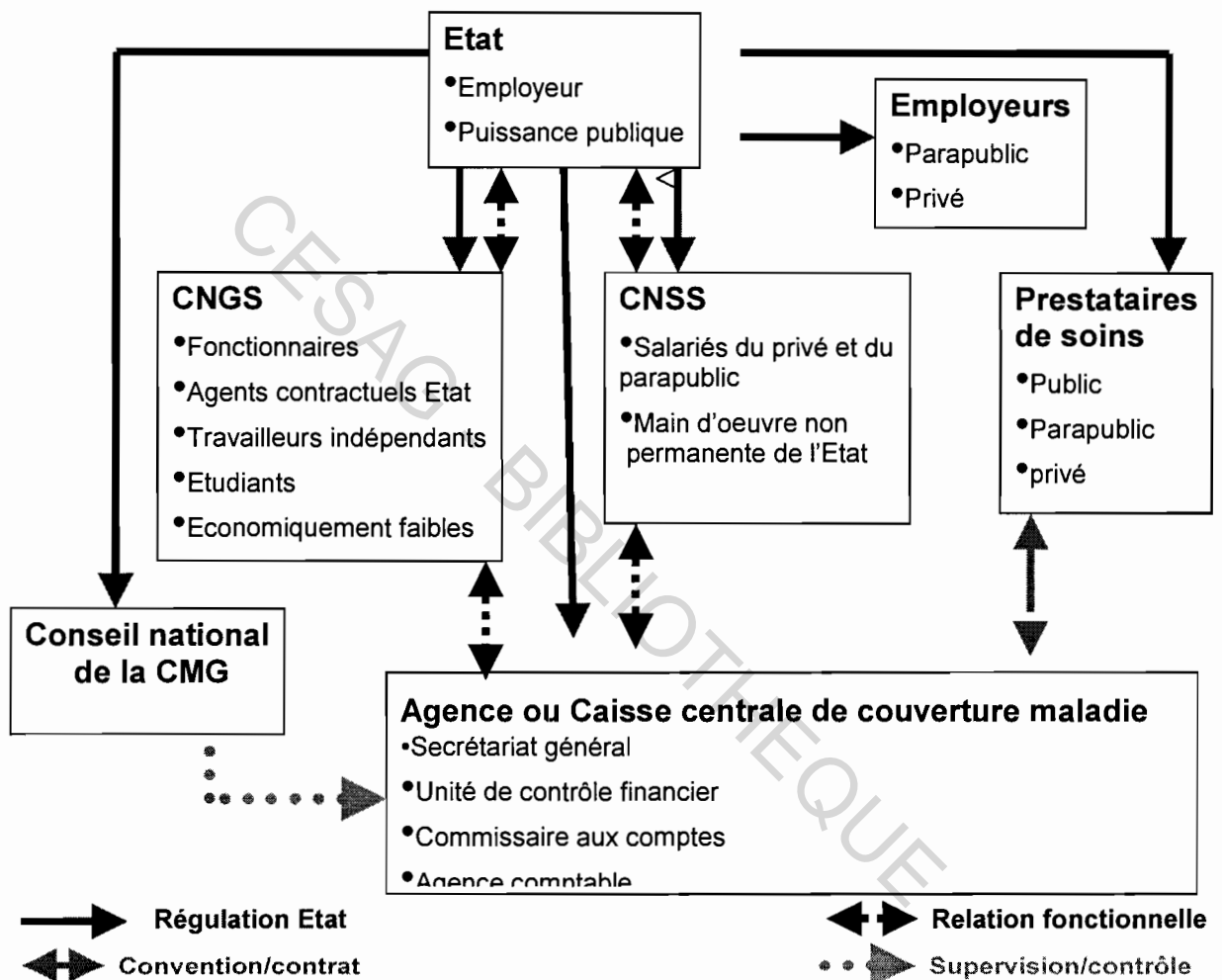
Source : Notre étude à partir du document de projet CMG

5.2. Dispositif de la CMG

Le système de couverture maladie au Gabon s'adresse à l'ensemble de la population gabonaise et aux travailleurs étrangers en situation régulière (environ 1 200 000). Il concerne la médecine préventive, les consultations, les soins dentaires, les frais d'hospitalisation, les actes médicaux et paramédicaux, les frais pharmaceutiques y compris les vaccins, les frais d'appareils, les frais d'examens de laboratoire et de radiologie, les évacuations sanitaires. La liste des prestations qu'il garantit et le niveau de leur prise en charge, ainsi que celle des Etablissements de santé agréés

seront fixés par arrêté conjoint du Ministre chargé de la Santé Publique et du Ministre chargé des Affaires Sociales. Elle est révisable annuellement. La médecine traditionnelle ne pourra être prise en compte que lorsque son organisation et son fonctionnement seront réglementés par les autorités compétentes. Le système de couverture maladie au Gabon est placé sous la double tutelle technique des Ministères chargés des Affaires Sociales et de la Santé Publique.

Figure n° 2 : Architecture de la CMG



L'administration de la CMG est assurée par :

- Le Conseil National de la CMG. : organe politique chargé, sous la présidence du Premier Ministre, Chef du Gouvernement, de l'orientation de la politique de la CMG et de la supervision de sa mise en œuvre. Sorte d'Assemblée Générale des actionnaires, le Conseil national est constitué des représentants de l'Etat au niveau ministériel, des représentants du patronat et des confédérations syndicales des travailleurs et des représentants des travailleurs indépendants.

- Une Agence ou une Caisse Centrale de Couverture Maladie : organe technique d'exécution, chargé du pilotage de la mise en œuvre du système, du recouvrement et de la répartition des ressources, du contrôle de leur gestion, du contrôle de la réalité et de la qualité des prestations, de la centralisation des opérations d'identification des assurés, de la normalisation des règles, des procédures et des documents.

La caisse centrale assure également le Secrétariat Général nommé par décret du Président de la République, sur proposition du Conseil National.

- Des organismes de protection sociale chargés de la gestion des assurés sociaux bénéficiaires des prestations de la CMG., avec la répartition ainsi envisagée : la Caisse Nationale de Garantie Sociale (CNGS) : les agents publics de l'Etat et des collectivités locales, les élèves, les étudiants et les personnes économiquement faibles ; la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) : les travailleurs salariés des secteurs parapublic et privé et de la main d'œuvre non permanente de l'Etat ainsi que les travailleurs indépendants.
- Des structures sanitaires chargés de la fourniture des prestations dans le cadre de la politique de la CMG.

L'organisation et le fonctionnement du Conseil National, du Conseil d'Administration et du Secrétariat Exécutif sont fixés par voie réglementaire. Afin de les adapter à l'organisation et aux règles de fonctionnement du nouveau système de couverture maladie au Gabon, la CNSS, la CNGS et les prestataires des soins de santé font l'objet d'une restructuration en cours. A cet effet, une révision des textes qui les instituent, les organisent et en réglementent le fonctionnement est nécessaire.

L'ensemble des ressources de la CMG sera recouvert par une structure spécialisée du Secrétariat Exécutif du système qui se charge de leur répartition selon des modalités définies par voie réglementaire. Les opérations d'immatriculation des assurés sociaux ont commencé à Libreville au mois d'octobre 2002 et les prélèvements des cotisations à la fin du mois de janvier 2003. Elles s'étendent progressivement dans les capitales provinciales puis dans les départements. La prise en charge des prestations de santé devait entrer en vigueur au plus tôt le 1^{er} janvier 2003.

Le système de la couverture maladie au Gabon fait intervenir une pluralité d'acteurs dans son fonctionnement. Il s'agit des prestataires de soins, des bénéficiaires des prestations de santé et des organismes de protection sociale (CNSS et CNGS). Les prestataires sont nombreux et

appartiennent à différents secteurs de la santé du Gabon. Ils doivent être listés et réorganisés et agréés pour répondre aux besoins de la CMG. Ce sont l'Office Pharmaceutique National, les hôpitaux publics, confessionnels et de la CNSS, les centres de santé publics, les dispensaires publics, les centres médico-sociaux de la CNSS, les laboratoires d'analyses médicales, les centres d'imagerie médicale, les cabinets médicaux privés, les cliniques privées et les pharmacies privées.

Les relations entre les Caisses et les bénéficiaires (l'immatriculation) : chaque citoyen ou étranger en situation régulière est immatriculé par sa Caisse d'affiliation (CNSS, CNGS). Cette immatriculation est attestée par une carte qui permet d'identifier le bénéficiaire et ses ayants droit.

Les Conventions entre les Caisses et les prestataires de soins : les Caisses et les prestataires passent des conventions qui définissent les obligations et les droits des parties contractantes, notamment les prestations à fournir, les modalités d'exécution, de paiement des actes, de contrôle de l'effectivité et de la qualité des soins.

Les relations entre les bénéficiaires et les prestataires de soins : le patient muni de sa carte se présente chez un prestataire agréé par sa Caisse d'affiliation. Il est identifié sans erreur grâce au lecteur d'empreintes digitales. Si le prestataire n'est pas informatisé, les informations sont consignées dans un formulaire fourni par la Caisse. Ce formulaire est adressé au centre de santé informatisé le plus proche, celui-ci se chargeant de faire la saisie pour le prestataire des soins. Les prestations couvertes par la CMG sont fournies et facturées. Le patient paie le ticket modérateur.

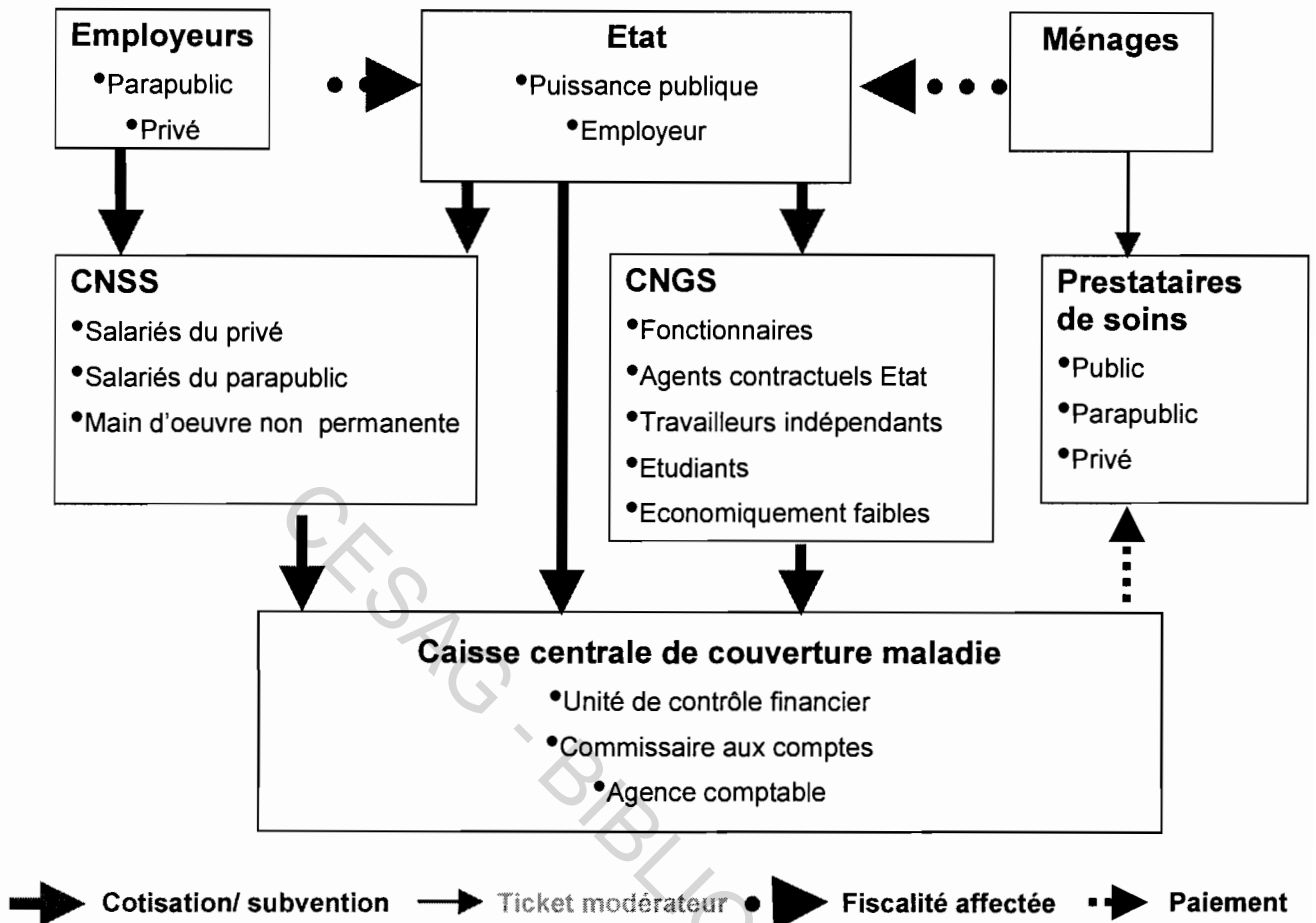
Le financement de la CMG est assuré par les cotisations de l'Etat, les employeurs, les salariés du secteur moderne de l'économie et les ménages par l'intermédiaire du ticket modérateur. Le ticket modérateur pour la prise en charge des prestations n'est pas uniforme, il sera fixé en fonction de la pathologie. Certaines affections très onéreuses seront exonérées du ticket modérateur, mais à ce jour, ces pathologies et leurs niveaux de prise en charge ne sont pas déterminés. Le taux et l'assiette de la cotisation patronale et salariale et des cotisations forfaitaires sont proposés comme suit : employeurs 6%, employés 4% aussi bien pour le secteur privé que pour le secteur public. Pour les travailleurs indépendants, les cotisations seraient proportionnelles à leur chiffre d'affaires. Les étudiants verseraient une cotisation forfaitaire estimée à 2% de leur bourse et les personnes économiquement faibles seront prises en charge par la solidarité nationale.

A la CNSS, la couverture maladie est financée par une double cotisation patronale et salariale dont le taux et l'assiette sont déterminés par décret pris en Conseil des Ministres, sur proposition du Ministre chargé de la Sécurité Sociale, après avis du Ministre chargé des Finances et des représentants des partenaires sociaux (patronat et syndicats).

A la CNGS, la couverture maladie sera financée par :

- une double cotisation patronale et salariale pour les agents publics (fonctionnaires) ;
- des cotisations forfaitaires pour les étudiants et les travailleurs indépendants ;
- une taxe de solidarité nationale (TSN) prélevée sur certains produits et activités présentant un risque avéré pour la santé, pour les citoyens en situation économiquement faible et à titre de ressource complémentaire pour les étudiants. Cette taxe sera constituée par les revenus des droits d'assises prélevés, aussi bien à l'importation que sur l'industrie et l'activité locale, sur les produits et services agréés par la Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC) et représentant un caractère de nocivité ou de menace avérée pour la santé physique, mentale et morale des individus. Ces produits sont les tabacs, les alcools, les drogues, certains produits chimiques, armes et munitions, téléphones cellulaires, communications téléphoniques et lignes électriques haute tension (liste non exhaustive). Certains de ces produits sont déjà soumis à un droit d'assises qui alimente le budget général de l'Etat. Et, il s'agit ici de mettre en place une fiscalité adaptée à la CMG, dont les revenus lui seraient directement affectés. A cet effet, sur le plan symbolique et dans un souci de clarté, l'ensemble des droits d'assises institués et perçus par l'Etat, au profit de la CMG, sera regroupé sous la dénomination appropriée de « Taxe Nationale de Solidarité Maladie ou Taxe Nationale de Solidarité Sanitaire ». Le taux de la Taxe de Solidarité Nationale Maladie (TSNM) ou Taxe Nationale de Solidarité Santé (TNSS), la liste des produits et activités qui lui sont assujettis ainsi que les modalités de son recouvrement et de sa répartition sont définis par la loi qui crée cette taxe, sur proposition conjointe des Ministres chargés de la Sécurité Sociale et des Finances, après avis des partenaires sociaux.

Figure 3 : Sources de financement de la CMG



Le système de couverture maladie du Gabon (CNSS et CNGS) va bénéficier de contributions exceptionnelles du budget général de l'Etat, en sa qualité de puissance publique. Il s'agit d'une dotation d'équilibre de fonctionnement et d'une dotation d'investissement et d'équipement. Les contributions exceptionnelles du budget général de l'Etat sont arrêtées dans la loi de Finances annuelle, sur rapport d'une commission technique ad hoc qui en apprécie l'opportunité et en détermine les montants. La commission technique ad hoc est instituée et organisée par arrêté conjoint des Ministres chargés de la Sécurité Sociale, de la Santé et des Finances.

Actuellement, en 2004 ce projet conçu par les ministères de la Santé Publique et celui des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale a déjà été présenté aux plus hautes autorités de l'Etat à savoir le Président de la République, Chef de l'Etat et au Premier Ministre Chef du Gouvernement et a obtenu l'appui politique nécessaire à sa poursuite.

Aujourd'hui seul le bouclage financier est à l'étude au Ministère des Finances qui lui même est conditionné par les négociations en cours entre le Gabon et le Fond Monétaire International.

Deux faits nouveaux confortent le projet :

- l'invite faite par les syndicats de l'ensemble des secteurs lors de la signature par le Gouvernement de la trêve sociale en faveur de la mise en place rapide de cette assurance maladie.
- les conclusions du rapport KOUCHNER sur la situation du système de santé Gabonais dont la principale recommandation est la mise en place d'une assurance maladie.

5.3. Besoin de financement de la CMG

Le besoin de financement de la CMG a été estimé à partir d'un calcul actuariel, réalisé par le ministère des Finances, les services compétents du Ministère de la Santé, de la CNSS avec l'appui technique de Medical Care International (MCI) Afrique. Ce calcul repose sur des données et des hypothèses. Ces données sont :

- la prévalence des maladies dans la population, par lieu et par statut socioprofessionnel
- le nombre de consultations et d'actes médicaux par maladie et par nature d'acte dans l'année
- le niveau de consommation pharmaceutique et des actes de laboratoire dans l'année
- les différents tarifs appliqués en République Gabonaise
- le coût annuel de fonctionnement et de gestion d'une unité administrative de santé (source: budget de l'Etat), de la branche maladie d'un organisme de sécurité sociale (CNSS), d'une unité médicale et hospitalière (clinique privée pour approcher les coûts réels).

Les hypothèses ayant servi pour le calcul du besoin de financement de la CMG reposent sur :

- les barèmes de prise en charge par la CMG des consultations, des actes médicaux et des vaccinations ;
- le nombre moyen des sollicitations par nature et par ayant droit des unités médicales, des officines pharmaceutiques, des laboratoires de radiologie et des laboratoires d'analyses médicales;
- le nombre d'assurés par cotisant salarié fixé pour les salariés à 6 et pour les étudiants à 2.
- le coût direct des prestations de santé estimé à 85 millions de Fcfa (annexe n° 6)
- les frais de gestion de la CMG (coûts fixes de fonctionnement) estimés à 17 millions de Fcfa soit 20% du coût direct.
- les assurés qui sont répartis en six catégories distinctes selon la Direction Générale de l'Economie :
 - les salariés des secteurs privé et parapublic estimés à 56 000 personnes
 - la main d'œuvre non permanente (MONP) de l'Etat estimée à 10 000 personnes

- les agents de la Fonction Publique d'Etat, estimée à 41 000 personnes
- les travailleurs indépendants estimés à 40 000 personnes
- les étudiants avec une population estimée à 10 000
- la population des personnes économiquement faibles estimée à 49 666 personnes par déduction.

En tenant compte du financement assuré par le ticket modérateur fixé à 15% du besoin total annuel permanent de financement soit 13,5 milliards de Fcfa, le besoin de financement couvert par le tiers payant s'élève à 86,7 milliards de Fcfa. Le besoin de financement annuel moyen pour la couverture d'un ayant droit est en conséquence évalué à 72 250 Fcfa le ticket modérateur non compris, et de 85 000 Fcfa avec prise en compte de ce dernier.

L'information qui suit est importante à deux titres :

- la part de l'Etat, dans le présent projet de financement de la CMG a été fixée sur la base des montants dégagés pour le secteur de la santé en 2001 soit 40,687 milliards de Fcfa répartis comme suit :
 - Fonctionnement : 16,288 milliards de Fcfa
 - Investissement : 8,18 milliards de Fcfa
 - Salaires : 12,982 milliards de Fcfa
 - Subvention Hôpital Schweitzer : 0,5 milliard de Fcfa
 - Prestations santé assurés CNGS : 1,135 milliard de Fcfa
 - Prestations santé fonctionnaires : 1,602 milliard de Fcfa
- la part des employeurs des secteurs privé et parapublic dans le présent projet de financement de la CMG est estimée à partir des cotisations existantes dans le domaine de la santé à la CNSS soit 9,259 milliards de Fcfa répartis comme suit :
 - Médicaments (2%) 4,489 milliards de Fcfa
 - Hospitalisations (1,5%) 3,367 milliards de Fcfa
 - Evacuations sanitaires (0,60%) 1,403 milliards de Fcfa.

Pour déterminer les besoins de financement de la CMG, une étude de faisabilité a été réalisée sur la base des deux hypothèses :

Première hypothèse :

Les cotisations des employeurs (6% de la masse salariale), des salariés (4 % de la masse salariale) du secteur moderne de l'économie et des travailleurs indépendants avec une contribution financière de l'Etat d'origine fiscale spécifique pour les économiquement faibles, plus un ticket modérateur (15% du financement prévu) auraient la capacité de financer la Couverture Maladie du Gabon.

Les données ont été émises par l'hypothèse selon laquelle, chaque assuré a droit à 6 bénéficiaires (l'assuré compris), à l'exception de l'assuré étudiant qui n'a droit qu'à 2 bénéficiaires (lui même compris). Ainsi, les catégories de population ci-dessus énumérées permettent de couvrir une population de 1 200 000 de bénéficiaires. La contribution nécessaire pour les populations salariées a été estimée à 10% de la masse salariale imposable.

Pour les travailleurs indépendants, un forfait de 18 292 Fcfa par mois et par assuré a été arrêté. Pour les étudiants, la contribution a été estimée à 10% de la dotation globale de la bourse. La contribution au financement des assurés économiquement faibles par l'Etat a été arrêtée à 18 292 Fcfa par mois et par assuré. Le ticket modérateur représente 15% du financement. Les éléments retenus pour cette première hypothèse permettent de dégager 88,759 milliards de Fcfa/an représentant les cotisations issues de la masse salariale totale annuelle. Ces cotisations sont calculées en fonction du secteur d'activité se présentent comme suit :

- 34 milliards de Fcfa à verser à la CNSS pour la couverture des salariés du secteur privé, parapublic et des collectivités locales soit 20,4 milliards pour la part employeurs et 13,6 milliards pour la part des employés.
- 2 milliards de Fcfa à verser à la CNSS pour la couverture des salariés de la Main d'œuvre Non Permanente soit 1,8 milliards pour la part employeur et 0,8 milliards pour les employés.
- 22 milliards de Fcfa versé à la CNGS pour la couverture des agents publics de l'Etat (fonction publique) soit 13,2 milliards, pour l'Etat employeur et 8,8 milliards pour les fonctionnaires
- 6,78 milliards de Fcfa versés à la CNGS pour la couverture des travailleurs indépendants
- 1,5 milliards de Fcfa du montant total annuel de la bourse pour la couverture des étudiants dont 1,2 milliard représentant la part de l'Etat et 0,5 milliard celle des étudiants.
- 10,9 milliards de Fcfa pour la couverture des économiquement faibles et versé par l'Etat à la CNGS
- 11,577 milliards de Fcfa pour le paiement du ticket modérateur.

La répartition des cotisants de la CMG selon la masse salariale et le secteur d'activité en 2001, est présentée sur le tableau n°2 et visualisée sur l'annexe n°7.

Tableau n° 2 : Répartition des cotisations à la CMG selon la masse salariale par secteur d'activités en 2001

Entité Institutionnelle	Salaire et	Part Cotisation		Part Cotisation		Total
	bourse	Assurés / an		Employeurs / an		
	milliards FCFA	milliards FCFA	%	milliards FCFA	%	milliards FCFA
Privé, Parapublic, Collectivités	340	13,6	4	20,4	6	34
Main d'œuvre non permanente	20	0,8	4	1,2	6	2
Fonction publique	220	8,8	4	13,2	6	22
Travailleurs indépendants	-	6,78	-	-	-	-
Etudiants	15	0,3	2	1,2	8	1,5
Sous total	595	30,28	-	36,0	-	66,28

Source : notre étude 2004

Le tableau suivant montre la répartition des assurés et des bénéficiaires de la CMG par secteur d'activités en 2001

Tableau n° 3 : Répartition des assurés et des bénéficiaires de la CMG par secteur d'activité en 2001

Catégorie de population	Nombre de Bénéficiaires		Nombre d'Assurés	
	en milliers	%	en milliers	%
Privé, Parapublic, Collectivités Locales	336 000	28.0	56 000	27.1
Main d'œuvre non permanente	60 000	5.0	10 000	4.8
Fonction publique	246 000	20.5	41 000	19.8
Travailleurs indépendants	240 000	20.0	40 000	19.4
Etudiants	20 000	1.7	10 000	4.8
Economiquement faibles	298 000	24.8	49 666	24.0
Total	1 200 000	100	206 666	100

Source : Notre étude, 2004

La population du Gabon fixée à 1 200 000 habitants pour les besoins de l'étude a été répartie en fonction du secteur d'activité. Le nombre total de salariés cotisants ou assurés est de 206 666 soit 17,22% de la population.

- Les secteurs privé, parapublic et les collectivités locales comptent 56 000 personnes soit 27,1% des cotisants avec 280 000 ayants droit soit 336 000 bénéficiaires représentant 28% de la population.
- La main d'œuvre non permanente de l'Etat compte 10 000 assurés soit 4,8% des cotisants avec 50 000 ayants droit représentant en tout 60 000 bénéficiaires.
- Les agents de la Fonction publique 41 000 cotisants (19%) avec 201 000 ayant droits soit 246 000 bénéficiaires.
- Les travailleurs indépendants comptent 40 000 assurés 19,4% des cotisants, 200 000 ayants droit soit 240 000 bénéficiaires représentant 20% de la population.
- Les étudiants et leur ayant droit totalisent 20 000 bénéficiaires soit 1,7% de la population, 4,8 % des cotisants.
- Les bénéficiaires économiquement faibles 298 000 personnes soit 24% de la population comptent 49 666 assurés soit 24% des contributeurs.

Ainsi, la contribution au financement de la couverture maladie selon le secteur d'activité se présente comme il ci-dessous et est visualisé en annexe 7:

- Etat : 26,5 milliards de Fcfa, soit 29,8%⁴
- Employeurs du privé et parapublic : 20,4 milliards de Fcfa, soit 22,98%
- Salariés et Travailleurs indépendants: 29,98 milliards de Fcfa, soit 33,73%⁵
- Etudiants : 0,3 milliard de Fcfa, soit 0,33%
- Ticket modérateur : 11,577 milliards de Fcfa, soit 13,04%

En 2001, le montant du financement de la santé se chiffrait à 49,946 milliards de Fcfa. Le besoin de financement par une source de l'Etat pour les étudiants et les économiquement faibles est estimé à 12,1 milliards de Fcfa. Le financement de la protection sociale des populations économiquement faibles repose sur deux principes : la solidarité des citoyens et la solidarité de la Nation. La solidarité des citoyens est matérialisée par la contribution de ces derniers à travers les prélèvements assis sur certains biens et services. La solidarité des citoyens représente ici 13,56 milliards de Fcfa, soit 42%. La solidarité de la nation quant à elle, induit un prélèvement arrêté à

⁴ Etat employeur et Puissance publique

⁵ Tous les salariés : secteur public, parapublic, privé et les travailleurs indépendants

1% sur les exportations de certaines matières. La solidarité de la nation représente ici 17,26 milliards de Fcfa, soit 58%. La finalité de cette opération est de mettre la richesse de la nation au service de la protection des plus faibles. L'apport de la solidarité nationale calculée à partir des différents taux de prélèvement fixés est présenté dans le tableau qui suit. Les bases taxables sont issues de diverses sources : Tableau de bord de l'économie, Rapport d'activités des Douanes Gabonaises, Régie Gabonaise des Tabacs au cours de l'année 2001.

Parmi les revenus issus de la fiscalité, les recettes fiscales prévues de l'exportation (15,09 milliards de Fcfa) sont les plus importantes, soit plus de 50% des apports fiscaux qui s'élèvent à 30,82 milliards de Fcfa). Ces apports fiscaux sont destinés à financer la protection sociale des économiquement faibles à savoir le paiement des allocations familiales et la couverture maladie. Selon les données du recensement effectué en 1993, le nombre d'enfants à charge était de 124 484. En considérant la somme de 5 000 Fcfa par mois et par enfant, le coût annuel des allocations familiales s'élèvent à 7,469 milliards de Fcfa. Il reste donc 23,351 milliards de Fcfa pour la couverture maladie des économiquement faibles.

Tableau n° 4 : Simulation de la source de financement de l'Etat par la taxation de certains produits et activités en 2001

Produits taxables	Base taxable Milliards CFA	Prélèvement en %	Recettes Milliards CFA	Organisme de recouvrement
Cigarettes	23,80	10	2,38	RGT
Bières locales	50,75	10	5,28	SOBRAGA
Boissons gazeuses	38,50	10	3,85	SOBRAGA
Téléphone cellulaire communication	46,00	2	0,92	Opérateurs
Importation de boissons	13,30	10	1,33	Douanes
Assurance risques corporels	-	-	-	Opérateurs
Exportation manganèse	27,60	1	0,28	COMILOG
Exportation de pétrole	1 508,70	1	15,09	Douanes
Exportation de grumes d'okoumé	115,30	1	1,15	Douanes
Exportation de grumes d'ozigo	1,80	1	0,02	Douanes
Exportation d'autres grumes	72,80	1	0,73	Douanes
Total			30,82	

Source : Document Projet CMG

Ainsi pour l'hypothèse 1 le financement de la CMG se présente comme suit :

Tableau n° 5 : Répartition de la contribution financière à la CMG selon le secteur d'activité (Hypothèse 1)

Contributeurs	Montant en Milliards Fcfa	%
Etat Employeur	14,40	16,2
Etat puissance publique	12,10	13,6
Employeurs secteurs privé et parapublic	20,40	23,0
Employés secteurs privé et parapublic	13,60	15,3
Agents publics	9,60	10,8
Travailleurs indépendants	6,78	7,6
Etudiants	0,30	0,3
Ticket modérateur	11,577	13,1
Total	88,757	100

Source : Notre étude

Deuxième hypothèse

Les crédits dégagés par l'Etat pour le secteur de la santé en 2001 (40,187 milliards de Fcfa), plus les contributions du secteur formel (48,4 milliards de Fcfa), plus un ticket modérateur fixé à 10% du total des contributions suscitées (4,84 milliards de Fcfa), auraient la capacité de financer la couverture maladie du Gabon. Cette contribution du secteur formel est répartie comme le montre le tableau ci- après.

Tableau n° 6 : Répartition de la contribution financière à la CMG selon le secteur d'activité (Hypothèse 2)

Contributeurs	Montant (milliards F cfa)	%
Etat	41,187	43,6
Employeurs privés et parapublics	20,4	21,60
Employés privés et parapublics	13,6	14,4
Agents publics d'Etat	9,6	10,17
Travailleurs indépendants	4,8	5,08
Sous - total	89,587	-
Ticket modérateur = 10% des tiers payants (48,4)	4,84	5,08
Total	94,427	100

Source : notre étude

Les sommes dégagées par l'Etat en tant que puissance publique (40,687 milliards de Fcfa) seraient sa contribution au financement de la santé des économiquement faibles. Si on considère cette deuxième hypothèse, la prise en compte du financement actuel de la santé, avec un ticket modérateur à 10%, on peut dégager environ 94 milliards de Fcfa, sans recourir à la fiscalité pour financer la CMG.

Pour les membres de la cellule technique, le bouclage financier à l'étude au Ministère des Finances constitue la seule entrave au démarrage du projet. Mais la décision du Ministère des Finances est conditionnée par les négociations en cours entre le Gabon et le Fonds Monétaire International pour le rééchelonnement de la dette.

En somme, le financement d'un système de santé comprend trois fonctions interdépendantes qui sont : la mobilisation et la collecte des ressources financières, la mise en communs et la gestion des ressources dans une perspective des partages des risques et l'achat des prestations des soins par des organismes, des individus ou des établissements sanitaires. Généralement, les organismes impliqués sont : le ministère de la santé, l'organisme de la sécurité sociale, les groupements de type communautaire, et les caisses privées d'assurance maladies.

Au Gabon, ce financement du système de santé est financé par le ministère de la santé, la sécurité sociale et les sociétés d'assurances privées. Ces derniers coexistent dans le système de santé gabonais et se combinent sur une logique d'économie publique fondée sur un régime de sécurité sociale (système bismarckien) et de marché reposant sur un système d'assurance privée de moindre importance.

Cette organisation est fondée sur un système de soins de santé public, parapublic et privé, financée par l'impôt, les cotisations sociales et le paiement direct. Cette organisation n'a pas permis d'attendre les objectifs suivants :

- améliorer l'état de santé du plus grand nombre,
- produire des soins adaptés aux besoins,
- favoriser l'équité dans le financement et l'accès aux soins des pauvres,
- améliorer la qualité des soins,
- contrôler les soins,
- améliorer l'efficacité du système.

Aussi pour remédier à cette situation, la CMG constitue un instrument approprié.

6. Résultats de l'étude

6.1. Caractérisation de la CMG

La CMG telle que présentée dans le cadre de l'étude est une assurance maladie :

- *Publique* à gestion professionnelle privée. Elle relève exclusivement de la souveraineté de l'Etat Gabonais.
- *Obligatoire* parce qu'elle s'impose à toute la population du Gabon y compris les étrangers en situation régulière.
- *Contributive* parce que le financement est assuré par les cotisations patronales, salariales, la contribution de l'état et les ménages. Tout bénéficiaire de prestation est un contribuable du système puisqu'il a l'obligation morale de remplir un devoir et, l'ensemble de la collectivité nationale contribue pour les plus démunis au nom de la solidarité.
- *Sociale* parce qu'elle est basée sur la solidarité pour les indigents.
- *Universelle* parce qu'elle touche tout le monde, découle d'une conception bismarckienne basée sur la logique professionnelle, financée par les cotisations patronales et salariales. Elle passe à une conception beveridgienne puisqu'elle prône l'accès à toute la population par la solidarité et, elle est financée par l'impôt et la fiscalité.

Par ailleurs, la prise en charge des dépenses de santé par des initiatives privées (compagnies d'assurance) existe déjà au Gabon. Elle représentait 31,4% des dépenses totales de santé en 2000 et, le projet de mise en place de la CMG ne remet pas en cause cet état de fait, mais le recommande plutôt pour la prise en charge des prestations non couvertes par elle. Le recours à une assurance complémentaire est libre et volontaire. Ceci nous permet de dire que le système de couverture maladie au Gabon prévu par la réforme de la protection sociale est une Couverture Maladie Universelle.

6.2. Viabilité politique de la CMG

La viabilité politique comme définie plus haut est déterminée par toutes les décisions politiques prises pour la mise en place et la pérennisation de la CMG. Pour la mesurer, nous examinerons, les paramètres que nous avons définis dans le modèle théorique. Le Gouvernement Gabonais a pris un certain nombre de décisions devant garantir la viabilité politique de la CMG. Il s'agit entre autres de :

6.2.1. Existence de structures chargées de la protection sociale et de la santé

- un ministère chargé de la sécurité sociale et de la solidarité nationale
- un ministère chargé de la santé
- une CNSS pour les salariés
- une CNGS pour les travailleurs indépendants et les indigents.

6.2.2. Existence d'une politique sociale et sanitaire

- un tableau de bord social mis en place depuis les années 1990 pour suivre l'évolution des secteurs sociaux et qui sert d'instrument d'aide à la décision
- deux décrets adoptés le 20 Avril 2001, dont le premier instaure une journée nationale de la solidarité au cours de laquelle la nation, à travers ses diverses composantes manifeste sa solidarité aux personnes en difficulté par des dons de toutes natures ou par toutes autres actions bénévoles. Le deuxième décret porte création, attributions, organisation et fonctionnement de la commission spéciale des indigents et assimilés qui est chargée de trouver des mécanismes de renforcement de la protection des droits des indigents et assimilés
- un décret adopté en 2001, fixant attributions, organisation et fonctionnement du comité national d'insertion des personnes handicapées
- un décret adopté le 5 octobre 2001, portant création et organisation du programme national de construction de logements des agents civils de l'Etat
- deux textes de loi adoptés le 27 juin 2001, dans le domaine de la formation professionnelle et portant respectivement sur l'orientation générale de la formation professionnelle et la création d'un fonds national de la formation professionnelle
- une décision en 2001, pour réduire les prix des anti-rétroviraux utilisés dans le cadre de la lutte contre le SIDA afin de les rendre accessibles à la majorité des malades
- un programme triennal (2002-2004) de lutte contre la pauvreté de 180,223 milliards de Fcfa
- le choix des priorités du gouvernement pour l'année 2002, à savoir la santé, l'éducation, l'habitat, la formation professionnelle, l'emploi et la lutte contre l'insécurité
- l'adoption de la loi d'orientation n°1 du 15 janvier 1995, déterminant la politique de santé y compris celle des médicaments au Gabon

6.2.3. Choix du régime d'assurance par le Gouvernement

Le régime choisi pour la CMG est un régime d'assurance maladie obligatoire et universel parrainé par les employeurs, les employés, l'Etat employeur, l'Etat puissance publique (impôt), la solidarité nationale (fiscalité) et les travailleurs indépendants.

6.2.4. Fixation des taux de cotisation par le Gouvernement

Les taux de cotisation sont fixés par le Gouvernement comme suit :

- 10% de la masse salariale (6% pour les employeurs et 4% pour les employés),
- 10% de la masse de la bourse (8% pour l'Etat et 2% pour les étudiants)
- forfait selon le chiffre d'affaires pour les travailleurs indépendants
- 15% ou 10% pour le ticket modérateur en fonction de l'hypothèse qui sera retenue
- l'Etat paie le reliquat pour les économiquement faibles.

6.2.5. Choix des types de financement par le Gouvernement

L'Etat Gabonais a choisi un système de financement mixte. La couverture maladie au Gabon est cofinancée par les employeurs, les employés et il est complété par un financement de l'Etat pour la couverture des économiquement faibles et des étudiants. Le financement est donc d'une part, assuré par la contribution des travailleurs du secteur moderne de l'économie et d'autre part par l'impôt et la fiscalité (ressources de l'Etat).

6.2.6. Proportion du financement de l'Etat dans la CMG

Le besoin de financement de la CMG a été estimé à 86,7 milliards de Fcfa. Pour couvrir ce besoin, 2 situations ont été proposées et la part de l'Etat dans le financement de la CMG varie de 48,564 milliards de Fcfa (49,5% du financement) à 40,68 milliards de Fcfa (43,4% du financement). Quelle que soit l'hypothèse retenue, la part de l'Etat représente plus de 40% du financement du projet CMG, ce qui est important en terme d'engagement politique du Gouvernement et marque l'effort du gouvernement dans la mesure l'effort fiscal à consentir s'ajoute à ce que l'Etat apporte déjà dans le secteur de la santé.

6.2.7. Appui de l'Etat pour la mise en place de la CMG

Parmi les décisions politiques prises par le gouvernement en faveur de la mise en place de la CMG on peut citer :

- la réforme du système de protection sociale
- la mise en place d'une couverture maladie pour concrétiser le discours et la législation de protection sanitaire pour tous
- la mise en place d'un groupe de travail multisectoriel pour les discussions préliminaires avant l'élaboration du projet CMG
- l'institution d'une commission interministérielle comprenant un comité de pilotage et une cellule technique pour la mise en place du projet CMG
- l'attribution d'un budget de fonctionnement pour la cellule technique
- la formation des membres de la cellule technique sur l'assurance maladie
- le financement d'études et de voyages d'études
- le financement de l'expertise internationale notamment de la Medical Care International et de la Banque Mondiale

6.2.8. Adhésion des acteurs politiques à la CMG.

- le soutien politique du Président de la République et du Premier Ministre
- le soutien de tous les partis politiques notamment ceux de l'opposition qui ont salué l'initiative de la mise en place de la CMG.
- l'adhésion de l'ensemble des partenaires sociaux (patronat et syndicats) qui se traduit par leur participation aux différentes étapes de la mise en place, à l'élaboration et à la signature des protocoles d'accord.
- l'appui des bailleurs de fonds telle que la Banque Mondiale : il est traduit par son implication dans la formation des cadres du pays et son financement depuis 2002. En effet des cadres des Ministères de la Santé, des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, du Travail et de l'Emploi des Finances ont suivi des formations.

Les points 6.2.1. et 6.2.2. désignent des mesures antérieures à la CMG, mais ils montrent qu'il existe un environnement favorable qui peut contribuer à l'implantation de la CMG. En effet, toutes les mesures sociales énoncées montrent la volonté politique des dirigeants à mettre la population à l'abri des situations catastrophiques, même si ces mesures n'ont pas toujours atteints les résultats attendus.

Par ailleurs, on note un engagement politique du gouvernement sous la pression démocratique. Cet engagement est matérialisé par la réalisation de certains préalables des partenaires sociaux notamment :

- le désengagement de la CNSS de ses hôpitaux, qui depuis un an sont gérés par un consortium gabono-autrichien.

- l'équipe dirigeante de la CNSS a été changée et désormais, le directeur adjoint est nommé par le patronat gabonais
- l'audit sur le médicament réalisé en 2004 et qui a abouti une demande d'évaluation du système sanitaire la mise en service de certains hôpitaux publics
- la mise en fonction de nouveaux hôpitaux publics notamment : ceux de Port-Gentil, Koulamoutou, Mouila et Franceville.
- le règlement de la dette de l'Etat auprès de la CNSS qui se poursuit dans cadre de l'apurement de la dette intérieure de l'Etat.

6.3. Viabilité institutionnelle de la CMG

La CMG est instituée dans l'article 156 de la loi portant sur la réforme administrative générale, qui détermine les dispositions qui mettent en place la Couverture maladie du Gabon. Le cadre législatif et réglementaire de la CMG est régi par une batterie de textes législatifs et réglementaires devant permettre la régulation et le fonctionnement du régime. Une liste non exhaustive de ces textes est énoncée ci-dessous. Un certain nombre de textes devant faire l'objet d'une adoption en Conseil des Ministres et/ou au Parlement pour la bonne marche de la CMG sont définis ; on peut citer :

- Révision de la loi portant code de la Sécurité Sociale ;
- Révision de la loi portant code de la Garantie Sociale
- Protocole d'accord sur la mise en place d'un système de couverture maladie au Gabon.
- Protocole d'accord sur le fonctionnement de la CNSS et de la CNGS
- Modalités de fonctionnement du système de couverture maladie au Gabon
- Projet de financement du système de couverture maladie au Gabon
- Décret portant création de la Taxe de Solidarité Nationale, et fixant la liste des produits et activités qui lui sont assujettis, les modalités de son recouvrement et sa répartition
- Décret portant organisation et fonctionnement des hôpitaux
- Décret portant organisation et fonctionnement du Centre Hospitalier de Libreville
- Décret portant organisation et fonctionnement de l'Office Pharmaceutique Nationale (OPN)
- Décret portant organisation et fonctionnement de la Direction du Médicament et la Pharmacie
- Toutes ces structures étant dotées de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion
- Décret portant tarification des actes
- Arrêté portant sur les modalités de fixation du ticket modérateur et la liste des maladies et prestations exonérées du ticket modérateur
- Arrêté définissant les normes techniques des formations sanitaires susceptibles d'être agréées
- Elaboration des différentes conventions et contrats

Les éléments suivants permettront de déterminer si la viabilité institutionnelle de la CMG est assurée.

6.3.1. Cadre réglementaire de la CMG

Le cadre institutionnel et réglementaire de la CMG est constitué de quatre (4) niveaux organiques :

- Un conseil national de la CMG, placé sous la présidence du Premier Ministre, Chef du Gouvernement. C'est l'organe politique chargé de l'orientation de la politique de la CMG, de la supervision de sa mise en œuvre. Sorte d'assemblée générale des actionnaires, le conseil National est constitué de représentants de l'Etat au niveau ministériel, de représentants du patronat et des confédérations syndicales des travailleurs.
- Une agence ou caisse centrale de couverture maladie, organe technique d'exécution des politiques et de la gestion du système, elle est chargée du pilotage de la mise en œuvre du système de CMG, du recouvrement et de la répartition des ressources, du contrôle de la réalité et de la qualité des prestations, de la centralisation des opérations d'identification des assurés et de la normalisation des règles, des procédures et des documents. La caisse centrale de couverture maladie assure également le secrétariat du conseil National. Elle dispose d'une agence comptable, d'une unité de contrôle financier et d'un commissaire aux comptes. Elle est placée sous l'autorité d'un directeur général nommé par décret du Président de la République, sur proposition du conseil national.
- Des organismes spécialisés dans la gestion des assurés et bénéficiaires des prestations du système de CMG à savoir la CNSS et la CNGS. Chacun de ces organismes dispose selon les textes en cours d'adoption, d'un conseil d'administration avec une représentation paritaire employeurs / employés. Le conseil d'administration est placé sous la présidence rotative d'un de ses trois groupes « d'actionnaires » que sont l'Etat, le secteur privé représenté par le patronat et les travailleurs salariés représentés par les syndicats, à raison de deux représentants par groupe. Le conseil d'administration est un organe de régulation, de décision et de contrôle.
- Des structures de santé chargées de la fourniture des prestations dans le cadre de la politique de la CMG. Les structures de soins ne sont pas les seuls qui constituent l'offre ; il y a aussi les structures de santé ou plutôt les prestataires de santé, les pharmacies et l'Office Pharmaceutique National (grossiste répartiteur et distributeur de médicaments), les laboratoires et les centres d'imagerie médicale. Ces prestataires font l'objet d'une restructuration et les textes qui les instituent, les organisent et en réglementent le fonctionnement sont déjà en cours de révision.

6.3.2. Prestations couvertes par la CMG

Les prestations à couvrir par la CMG sont ainsi définies : consultations générales et spécialisées, hospitalisations (hôtellerie, actes médicaux), médicaments et appareillages, examens de laboratoire et radiologiques, soins dentaires et ophtalmologiques, évacuations sanitaires (transport, actes médicaux), maternité (examens prénataux, accouchement), ambulance (transport) et certains vaccins. Le panier de prestations semble donc très large, mais ces prestations ne sont pas encore définies avec certitude puisque leur identification varie d'un document du projet à l'autre et leur niveau de couverture n'a pas été déterminé.

Les relations entre les différents acteurs de la CMG s'articulent autour des objectifs qui lui sont assignés et dont le but essentiel est la prise en charge des dépenses de santé de tous les gabonais et résidents étrangers en situation régulière au Gabon. Elles sont partiellement décrites dans la session précédente sur les relations entre les acteurs de la CMG.

6.3.3. Relations de la CMG avec les structures d'appui technique

Pour mettre en place une organisation telle que la CMG, une expertise dans le domaine de l'implantation de l'assurance maladie est nécessaire. Le Gabon a donc eu recours à l'expertise internationale notamment celle de la Banque Mondiale, de la Medical Care International (MCI) Afrique et de la Sécurité Sociale Française. A ce jour, l'appui technique est matérialisé par la formation des membres de la cellule technique au processus d'implantation de la CMG, l'appui pour l'étude de faisabilité d'une couverture maladie au Gabon et l'accréditation des formations sanitaires et du système de santé Gabonais.

6.3.4. Relations de la CMG avec l'Etat

L'Etat assure la tutelle du projet CMG. Il supervise et contrôle tout le processus de mise en place par l'intermédiaire du conseil national de la CMG. La cellule technique envoie régulièrement des rapports d'activités sur l'évolution du processus de mise en place.

La cellule technique a une liste d'activités à mener mais, il n'y a pas un chronogramme élaboré permettant le suivi et l'évaluation des activités.

6.3.5. Relations de la CMG avec les prestataires de soins

A ce stade du projet, la seule relation relevée entre la CMG et les prestataires est l'évaluation de ces derniers qui est en train d'être menée. Aucun document à ce jour ne formalise ces relations.

6.3.6. Relations de la CMG avec les caisses : CNSS et CNGS

Les différentes caisses participent au processus de mise en place de la CMG. Pour son fonctionnement, la CMG fait intervenir les différents acteurs selon les étapes suivantes :

- l'immatriculation, elle marque les relations entre les caisses et les bénéficiaires. Chaque assuré est immatriculé par sa caisse d'affiliation, CNSS ou CNGS. L'immatriculation est attestée par une carte permettant d'identifier le bénéficiaire et ses ayants droit.
- les conventions, elles déterminent les relations entre les caisses et les prestataires. Ces conventions définissent les droits et les obligations des parties contractantes notamment : les prestations à fournir, les modalités d'exécution des procédures de paiement des actes, de contrôle de l'effectivité et de la qualité des prestations. A ce jour, aucune convention n'existe.

Pour ce qui est des relations entre le prestataire et le bénéficiaire, ce dernier muni de sa carte se présente chez un prestataire agréé par sa caisse d'affiliation. Il y est identifié sans erreur grâce à un lecteur d'empreintes digitales.

6.3.7. Existence de mécanismes de contrôle

Le contrôle de la qualité des prestations fournies, de l'activité des prestataires, de la consommation des prestations et des coûts de prestations sera assuré par l'assistance technique extérieure, jusqu'à ce que la CMG et les caisses aient l'expertise nécessaire à la réalisation de ces opérations. Le temps nécessaire à l'acquisition de cette expertise n'a pas été déterminé.

Le cadre législatif et réglementaire est caractérisé par une liste de textes dont la plus part ne sont pas élaborés. Les procédures et les normes qui doivent régir la CMG, les relations avec ses partenaires ne sont pas formalisées. Or ces éléments constituent la base de la CMG, s'ils ne sont pas encore définis, il sera difficile à la CMG de jouer son rôle de façon efficace et efficiente.

Le Conseil National de la CMG tel que constitué est un organe justifié pour la phase préliminaire de mise en place, mais son fonctionnement n'est pas décrit dans le document du projet et il est difficile d'en faire une analyse poussée. En effet, il n'est pas possible de dire par exemple à quelle occasion le conseil national se réunit, avec quelle périodicité. Cependant, le fait qu'il soit sous la présidence du Premier Ministre, chef du gouvernement avec de nombreux représentants à tous les niveaux montre que se sera une structure lourde, dont la mobilisation des membres sera très difficile.

Par ailleurs, on constate aussi que l'organe maîtresse qui va gérer la CMG n'est pas encore déterminé avec précision puisqu'on en est encore à l'appeler agence ou caisse centrale.

Les relations fonctionnelles de la CMG avec les organismes spécialisées dans la gestion des assurés sociaux ne sont pas non plus décrites alors qu'elles constituent un des éléments essentiels de la régulation du système de couverture maladie au Gabon. Quant aux prestataires de soins, ils viennent seulement d'être évalués au début de l'année 2004 ; ce qui laisse penser que le projet CMG est susceptible subir de profondes modifications en fonction des résultats obtenus.

La détermination du panier de soins est un élément essentiel dans l'estimation du besoin de financement de l'assurance. En effet, c'est lui qui permet de fixer le niveau des cotisations, s'il est trop large, il va entraîner des coûts très importants pouvant engendrer le déséquilibre financier de la CMG, s'il est trop restrictif, le patient va se retrouver avec un ticket modérateur ou une franchise importante qui ne changera pas sa situation par rapport à celle actuelle. A ce stade du projet, les prestations constituant le panier de soins devraient être déjà connues.

En dehors de ce qui précède, on note une contradiction dans les documents du projet. En effet, le protocole d'accord sur la mise en place d'un système de couverture maladie au Gabon dans son article 3 « Organisation et administration du système CMG », stipule que son administration est assurée par les organes ci-après :

- Un Conseil National tripartite, organe d'orientation politique placé sous la présidence du Président de la République ou du Premier Ministre, chef du gouvernement ;
- Un Conseil d'Administration, tripartite, organe de régulation, de décision et de contrôle ;
- Un Secrétariat Exécutif, organe d'exécution de politique et de gestion du système CMG, assurant le secrétariat du conseil d'Administration ;
- La CNSS et la CNGS, organes de gestion des assurés sociaux
- Les prestataires des soins de santé.

Un rapport de la commission ad hoc du Ministère des Finances sur le financement de la CMG indique dans le cadre institutionnel d'administration de la CMG que ce dernier est constitué de quatre niveaux organiques

- un Conseil National, tripartite, organe politique d'orientation placé sous la présidence du Chef de l'Etat ou du Premier Ministre, Chef du Gouvernement ;
- une agence ou caisse centrale de Couverture Maladie, tripartite, organe de régulation, de décision et de contrôle ;
- un Secrétariat Exécutif, organe d'exécution de politique et de gestion du système, assurant le secrétariat du Conseil d'Administration ;
- la CNSS qui gère les assurés sociaux suivants
- les prestataires de soins de santé.

Ces contradictions traduisent des incohérences dans la structuration du projet et montrent que celui-ci n'est pas bien mûri. La CMG est-elle une organisation administrative ou un système. Les instances de régulation et le cadre réglementaire sont quasiment inexistantes et ou confus . Par ailleurs, il ne semble pas pertinent pour une organisation telle que la CMG d' avoir une Caisse Centrale pour assurer la gestion et la comptabilité car cela ne facilite pas le contrôle L'idéal serait de les séparer. Tout ceci peut compromettre la viabilité de la CMG.

6.4. Viabilité de l'organisation administrative et de gestion de la CMG

La gestion administrative de la CMG sera assurée par la caisse centrale de la couverture maladie du Gabon qui est l'organe technique d'exécution. Cette dernière est sous la direction d'un Directeur Général et disposera d'une agence comptable, d'une unité de contrôle financier et d'un commissaire aux comptes. Les procédures internes de gestion et de fonctionnement de la CMG ne sont pas encore définies.

6.4.1. Techniques de gestion des risques prévisionnelles de la CMG

La mise en place d'un système d'assurance maladie requiert des mécanismes spécifiques, pour faire face aux différents risques encourus par cette dernière. Les mécanismes de gestion des risques décrits dans cette session sont représentés dans le tableau n° 7.

6.4.1.1. Le risque moral

La CMG est une assurance maladie universelle et de ce fait, seul le risque moral est contrôlé par le ticket modérateur. Des études antérieures à la nôtre [UNICEF, 1996 ; BM, 1997 ; PNAS, 1998, 2000 ; EDS, 2000] laissent penser qu'au Gabon, l'utilisation des services de santé par une grande partie de la population est limitée en raison de la barrière financière. En effet, dans une structure publique une consultation de médecine générale varie de 3 000 à 5 000 Fcfa et une consultation spécialisée de 10 000 à 15 000 Fcfa. Dans le privé, ces prix sont respectivement multipliés par 2 et 2,5 voire 3 sans la prise en compte des médicaments. La mise en place de la CMG va probablement entraîner une augmentation de l'utilisation de ces services et par conséquent une augmentation de la fréquentation de ces services. Ceci aura pour conséquence une surconsommation des soins et des médicaments induite par le développement de l'assurance. Cette surconsommation a deux dimensions : une, logique c'est l'amélioration de l'accessibilité aux soins souhaitable et recherchée et une autre dimensions qui entraîne un risque moral de la part d'une

certaine catégorie de cotisants, qui peut mener la caisse à la dérive par l'augmentation des coûts qu'elle induit. Le ticket modérateur va probablement limiter la sur utilisation, mais seulement pour les cotisants qui ont des faibles revenus donc ceux pour lesquels l'augmentation des coûts aurait été utile. Les économiquement faibles et les plus riches pourraient surconsommer les prestations si une autre barrière n'est pas définie d'où l'intérêt des plafonds.

6.4.1.2. La sélection adverse

La sélection adverse est ici sans objet puisque la CMG est une assurance obligatoire pour toute la population. Par ailleurs, il n'y a pas de période d'observation. Cette dernière a pour but essentiel la constitution d'un fonds de réserve, mais dans le cas de la CMG, le fond de réserve est constitué par une autre source provenant de l'Etat.

6.4.1.3. L'existence d'une liste de médicaments essentiels

L'existence d'une liste de médicaments essentiels et leur prescription est un moyen efficace de lutter contre l'augmentation des coûts induits par la sur prescription. La liste de médicaments essentiels participe donc au processus de maîtrise des coûts, mais son existence seul peut ne pas avoir d'impact puisqu'on peut sur prescrire des médicaments essentiels. Il faut y adjoindre d'autres mécanismes tels que les médecins conseils et ou contrôleurs qui vont superviser et contrôler les prescripteurs. En effet une liste de médicaments essentiels existe depuis 1997 au Gabon, mais elle n'a aucun caractère d'obligation pour les prescripteurs qui continuent à prescrire des spécialités, contribuant ainsi à l'augmentation des dépenses de santé. L'accréditation du système de santé y compris le secteur des médicaments donnera probablement d'autres pistes pour une lutte plus efficace contre la sur prescription.

6.4.1.4. La fraude et les abus

Pour lutter contre la fraude et les abus de tout genre, il est nécessaire d'avoir des médecins conseillers ou des médecins contrôleurs et des contrôleurs de gestion.

Tableau n°7 : Mécanismes de gestion des risques de la CMG

Risques	Mécanismes de gestion	Commentaires
Risque moral	Ticket modérateur	Fixé à 15%, il ne sera pas uniforme mais fonction des pathologies qui ne sont pas encore déterminées.
	Plafond des prestations	Chaque année, une délimitation du nombre de prestations prise en charge par le système et le plafond de leur montant est prévue, mais ne sont toujours pas définis.
	Référence obligatoire	Une carte sanitaire a été élaborée depuis 1998. Les normes thérapeutiques et les niveaux de soins y sont définis mais, la référence recours n'est pas organisée jusqu'à ce jour.
	Forfait	Non déterminé car sans objet.
Sélection adverse	Période d'observation	Sans objet ici, elle s'élimine avec l'adhésion obligatoire à la CMG de toute la population.
Sur prescription	Prescription de médicaments essentiels	Non déterminé
Fraude et abus	Médecin conseil, contrôleurs de gestion	Non déterminé. Aucune procédure de lutte contre les abus et la fraude n'est élaborée à ce jour.
Augmentation des coûts	Liste de médicaments essentiels	Une liste de médicaments essentiels existe depuis 1996-1998. Elle est révisable tous les deux ans.

Source : notre étude 2004

6.4.2. Types de couverture des risques choisis

La CMG est une assurance publique obligatoire, contributive pour les salariés et leurs ayants droit qui représentent 30% de la population, et non contributive pour les (70%). Les risques couverts sont essentiellement les maladies, les affections professionnelles et la médecine préventive notamment la maternité et les vaccinations. Par rapport à la situation actuelle, on peut visualiser la situation de la CMG sur le tableau comparatif ci-dessous.

Tableau n° 8 : Couverture maladie actuelle et couverture CMG souhaitée

Couverture institutionnelle actuelle			Projet CMG		
Type de couverture	Prestations couvertes	Population couverte	Type de couverture	Prestations couvertes	Population couverte
Assurance publique non contributive	Consultations Hospitalisations Evacuations	34,43%	Assurance publique non contributive obligatoire	Consultations Para cliniques Hospitalisations Médicaments Evacuations	70%
Assurance publique contributive	Consultations Hospitalisations Médicaments Evacuations	16,18%	Assurance publique contributive obligatoire	Consultations Hospitalisations Para cliniques Médicaments Evacuations	30%
Assurance privée	Pas information	7,25%	Assurance privée complémentaire	Non déterminé	

Source : Document projet avril 2003

La situation actuelle est caractérisée par le fait que 50,51% de la population a actuellement une couverture médicale dont 34,43% représentent les agents permanents de l'Etat, les travailleurs indépendants (professions libérales, artisans, commerçants, secteur informel etc ...), les indigents et leurs ayants droit et 16,18% représentent les salariés du privé, la main d'oeuvre non permanente et leurs ayants droit. Mais cette couverture théorique qui n'est en pratique que de 29% environ. De plus, cette couverture pour les prestations n'est que partielle, sinon inexistante depuis un certain nombre d'années, surtout pour les catégories de population économiquement faibles. Dans le cas de l'assurance publique non contributive, les agents de l'Etat paient les consultations, les médicaments et 33% environ du coût des hospitalisations. Malgré l'existence d'une liste de médicaments essentiels, beaucoup de prestataires continuent à prescrire les spécialités dans les structures de soins publiques. En définitive les patients paient plus que les 33% réglementaires leurs hospitalisations puisqu'ils paient en plus les médicaments. Dans le cas de l'assurance publique contributive, la situation est similaire et les assurés sociaux paient désormais un ticket modérateur qui est fonction du statut de l'assuré. Le prix du ticket modérateur s'élève à 3 000 Fcfa pour les assurés encore en activité et à 1 500 FCFA pour les assurés retraités. Les médicaments ne sont plus systématiquement offerts.

La CMG par contre couvre 100% de la population dont 30% pour les salariés du secteur moderne de l'économie (salariés du public, du privé, les travailleurs indépendants et leurs ayants droit et 70% pour les économiquement faibles et leurs ayants droit. La CMG va donc garantir la couverture, non seulement des contributeurs obligatoires (tous les actifs de la population et leur

ayants droit) c'est à dire 30% de la population, mais également celle des 70% non contributeurs (les économiquement faibles et leurs ayants droit) par l'universalisation.

6.4.3. Plan de formation des agents de la CMG

Les agents du Ministère de la Santé ont peu ou pas de compétences dans le domaine de l'assurance maladie. Au Ministère des Finances, seuls les agents du service Assurance en ont et ces compétences sont plus administratives et juridiques que gestionnaires. Il n'a que le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité avec les deux caisses (CNSS et CNGS) qui a une relative compétence dans le domaine de l'assurance maladie. En général, les questions d'assurance quelles qu'elles soient relèvent du Ministère du Commerce. A ce jour, seul les membres de la cellule technique, chargés de la mise en place de la CMG ont reçu des formations. Le personnel devant travailler à la CMG n'est pas encore déterminé, un plan de formation de ce personnel ne se justifie pas à ce stade. Cependant, un plan de sensibilisation et d'information sur le projet CMG, à l'intention des partenaires sociaux, des prestataires de soins, de la population est exécuté par la cellule technique du projet.

6.4.4. Système d'information de la CMG

Dans le cadre de la CMG, il est prévu un système d'informations informatisé qui comprend :

- Un système d'enregistrement des adhérents
- Un système de recouvrement des ressources
- Un système de règlement
- Un système de facturation
- Un système de gestion
- Un système de contrôle.

Le système d'information est un outil essentiel et, il constitue un préalable incontournable pour une gestion adéquate de la CMG. La conception de ce système n'est encore que prévisionnelle. Le coût de la conception et de la mise en place n'est pas encore estimé et la recherche de financement fait l'objet d'études en cours.

6.4.5. Mécanismes de gestion prévus pour la prise en charge des prestations

La situation actuelle quant aux mécanismes de gestion prévus pour la prise en charge des prestations de soins est présentée dans le tableau suivant.

Tableau n°9 : Mécanismes de gestion pour la prise en charge des prestations

Mécanismes de gestion pour la prise en charge des prestations	Existe	Commentaires
Existence d'un système de référence recours	Non	Institué lors de la relance des SSP depuis 1998 mais il est très peu appliqué. C'est plutôt les évacuations sanitaires qui sont de cours, et la cellule technique CMG n'a pas encore étudié les contours de ce sujet.
Existence d'une liste de médicaments essentiels	Oui	La liste existe depuis 1997, et elle est révisée tous les deux ans.
Modalités de prises en charge	Non	Elles sont définies par le tiers payant et le ticket modérateur
Incitation à l'utilisation de l'offre publique	Non	Le niveau de prise en charge des prestations n'est pas encore défini.
Liste des prestataires de soins agréés	Non	Cette liste ne pourra être établie qu'après l'évaluation des prestataires qui est en cours actuellement
Durée moyenne prévue pour le recouvrement des recettes	Non	Des sanctions sont prévues pour les retards de paiement, mais elles ne sont pas spécifiées. Il en est de même pour les délais de recouvrement des recettes.
Maîtrise du nombre de cotisants et de bénéficiaires	Oui	Elle est réalisée par le système d'immatriculation qui effectue l'empreinte digitale des bénéficiaires. C'est une opération fiable pour la maîtrise des adhérents si elle est bien exécutée. Démarrée en octobre 2002, le dénombrement des cotisants du secteur formel est terminé et la mise à jour des fichiers les concernant sont à jour, seul celui des indigents, des cotisants éventuels du secteur formel et des économiquement faibles reste à effectuer. Cette opération pourra être finalisée dans un avenir proche avec la diffusion des résultats du recensement général de la population qui en cours d'analyse.
Mode de paiement des prestataires	Non	Il n'est pas encore défini
Délai moyen pour le paiement des prestations	Non	Il n'est pas encore déterminé

Source : Notre étude 2004

Le niveau organisationnel du projet de la CMG est faible à ce jour : le circuit administratif (organigramme), la comptabilité, la lutte contre la fraude, le contrôle des coûts des prestations pour assurer une viabilité financière ne sont pas clairement établis. Les structures publiques et parapubliques de prestation de soins connaissent des problèmes d'organisation, de gestion, de formation et surtout de démotivation du personnel. Ces différents éléments ont contraint les populations à se rabattre sur les structures de soins privées. Or le système d'assurance ne peut pas

baser ses relations uniquement sur le secteur privé dont les prestations sont d'une relative meilleure qualité mais coûteuses. Il est donc impérieux de régler ses questions qui sont en suspens depuis plusieurs années. Indépendamment de l'évaluation du système de santé Gabonais, les niveaux de prise en charge du panier de soins doivent être définis. Les études réalisées lors de l'élaboration du PNAS ont permis de réaliser la carte sanitaire et les niveaux de référence recours. Il est important de réactiver ces éléments en tenant compte des résultats de l'accréditation. Il y a également le problème de la réhabilitation des formations sanitaires qui doit être résolu avant le démarrage du projet. Si la population n'a pas confiance aux structures publiques et parapubliques de santé, la CMG n'atteindra pas ses objectifs car la population qu'elle est sensée couvrir ne fréquentera pas les structures agréées de soins. L'accréditation du système de santé gabonais doit déboucher, sur une analyse complète et sans complaisance des capacités du système et des besoins réels en santé de la population.

En dehors de la gestion des risques qui est partiellement déterminée, toutes les procédures de gestion de la CMG, son organisation et son fonctionnement qui sont à la base de l'assurance maladie ne sont pas élaborées mais juste énoncés.

Les incohérences constatées dans le cadre institutionnel ne permettent pas de construire un organigramme clair de la CMG. L'organisation de l'administration et de la gestion se résume à des énoncés des organes de la CMG sans contenu réel ce qui limite la vision du projet et on se demande comment ce dernier va fonctionner.

Le processus de mise en place de ce projet a démarré en 2002 et à ce jour, des textes déjà élaborés depuis plus d'un an un seul a été voté. Cette situation peut s'expliquer par le fait que l'évaluation du système de santé n'était pas encore réalisée et ceci a probablement limité l'élaboration du cadre organisationnel administratif et de gestion du projet. Cependant les procédures administratives et de gestion, les mécanismes de contrôle, de suivi et d'évaluation de la CMG devraient déjà être élaborés et éventuellement réaménagés au fur et à mesure de l'évolution du projet.

D'autre part, la cellule technique chargée de la mise en place du projet n'a pas un calendrier de travail précis avec un système de suivi de leurs activités avec des rapports d'activités périodiques permettant de faire le point. Ce calendrier est un outil essentiel pour assurer une coordination entre les différents membres qui ont déjà d'autres activités au sein leur ministère.

6.5. La viabilité financière et économique de la CMG

Nous allons étudier les deux hypothèses de l'étude de faisabilité réalisée par une commission mise en place au niveau du Ministère des Finances pour déterminer les sources de financement de la CMG. Puis nous examinerons les éléments retenus dans le modèle théorique.

6.5.1. Analyse des simulations des besoins de financement de la CMG

Les simulations du besoin de financement de la CMG portent sur les hypothèses décrites dans le financement de la CMG et sont le résultat de l'étude actuarielle diligentée par la commission interministérielle en 2002.

Hypothèse 1

En 2001, année de base de l'étude, on note que les résultats de l'étude de faisabilité présentent les ressources de la CMG comme cela est indiqué sur le tableau n°10.

Ces ressources de la CMG sont issues des cotisations des travailleurs du secteur moderne de l'économie et de la taxe nationale de solidarité (TNS) pour les économiquement faibles par le biais d'une fiscalité affectée.

Pour cette première hypothèse, on note qu'il existe une capacité contributive du secteur formel de 64,70 milliards de Fcfa (72,88% du financement total de la CMG) dont 24 milliards de Fcfa pour l'Etat (27% du financement total).

L'examen de cette hypothèse suscite plusieurs remarques :

- Le montant du besoin de financement indiqué dans le document du projet est légèrement plus élevé (88,759 milliards de F CFA) que le montant que nous avons trouvé (88,757 milliards de F CFA). Cette différence est probablement due soit à une erreur de calcul soit à des arrondis au chiffre supérieur effectués.
- Le ticket modérateur énoncé est de 15% du montant du besoin de financement couvert par les tiers payants (77,182 milliards de F CFA), mais il est en réalité de 13,01%.
- Si les travailleurs indépendants sont au nombre de 40 000 et le montant de leur cotisation est estimé 18 292 F CFA/ mois, le montant leur cotisation annuel s'élève donc à $40\,000 \times 18\,292 \times 12 = 8,780$ milliards de F CFA au lieu de 6,78 milliards.

L'hypothèse 1 présente de nombreuses erreurs de calcul ou de transcription. Ceci laisse l'impression d'un travail réalisé à la hâte et qui n'a pas fait l'objet de vérification minutieuse et

c'est un point négatif qui peut avoir des répercussions sur la promotion du produit CMG. En définitive le montant du besoin de financement se présente comme suit.

Tableau n° 10 : Besoin de financement de la CMG selon le secteur d'activité (Hypothèse 1)

Contributeurs	Montant en Milliards Fcfa	%
Etat Employeur	14,40	15,81
Etat puissance publique	12,10	13,28
Employeurs secteurs privé et parapublic	20,40	22,40
Employés secteurs privé et parapublic	13,60	14,93
Agents publics	9,60	10,54
Travailleurs indépendants	8,78	9,64
Etudiants	0,30	0,32
Sous- total	79,18	-
Ticket modérateur = 15% Sous- total	11,877	13,04
Total	91,057	100

Source : Notre étude

Dans l'hypothèse 1, la capacité contributive du secteur formel est de 67,08 milliards soit 73,67% du financement de la CMG. Ce montant est déjà disponible

Hypothèse 2

L'hypothèse 2 présentée au tableau n° estime le besoin de financement à 94,42 milliards de FCFA. Ce dernier comprend les dépenses de santé de l'Etat en 2001 et les contributions des tiers payants avec un ticket modérateur à 10%.

La capacité contributive du secteur formel est ici de 48,4 milliards soit 51,26% du financement de la CMG déjà disponible.

Suite à ces deux hypothèses l'examen du tableau comparatif suivant permet de faire les remarques suivantes :

- En comparant les deux hypothèses, on note que les cotisations de la première hypothèse sont plus importantes de 22,41% que la deuxième hypothèse.
- Dans la contribution, l'Etat puissance publique participe à hauteur de 12,102 milliards dans l'hypothèse 1 avec un ticket modérateur de 11,577 milliards tandis que pour l'hypothèse 2 on a la contribution que grâce au ticket modérateur qui s'élève à 4,84 milliards.

- Les dépenses en santé en 2001 ne figurent que sur l'hypothèse 1 et elles sont estimées à 41,187 milliards soit 43,6% du financement de la CMG.
- Le coût du financement de la CMG est plus élevé pour la deuxième hypothèse de 3,363 milliards de F CFA.

Tableau n°11 : Tableau comparatif des deux hypothèses de financement de la CMG

Rubriques	Hypothèse 1 milliards CFA	%	Hypothèse 2 milliards CFA	%
Cotisations:	67,08	73,67	48,4	51,26
- Secteur public (14,4 + 9,6 + 0,3)	24,3		9,6	
- Secteur privé et parapublic (20,4 + 13,6)	34		34	
- Travailleurs indépendants	8,78		4,84	
Contributions :	23,679	26,678	4,84	5,123
- Etat puissance publique (10,902 + 1,2)	12,102		-	
- Ticket modérateur	11,577		4,84	
Dépenses de santé publique en 2001	-		41,187	43,60
Total	91,057	100	94,42	100

Source : Notre étude

NB :

- Hypothèse **H1** : Le secteur public est constitué par l'Etat employeur, les salariés et les étudiants. L'Etat puissance publique représente la part des économiquement faibles et la part patronale des étudiants.
- Hypothèse **H2** : Le secteur public ne représente que les cotisations des salariés.

Tableau n° 12 : Ressources financières de la CMG en milliards Fcfa

Financement		Cotisations				Contributions		Total
		Employeur	Employé	Elève et étudiant	Travailleur indépendant	Elève et étudiant	Economiquement faible	
Public	Etat	10,040	-	-	-	3,827	14,213	28,080
	Agent public	-	5,900	-	-	-	-	5,900
	Elève Etudiant MONP*	-	-	0,580	-	-	-	0,580
		1,200	0,800	-	-	-	-	2,00
	<i>Sous total 1</i>	<i>11,240</i>	<i>6,700</i>	<i>0,580</i>	-	<i>3,827</i>	<i>14,213</i>	<i>36,56</i>
Privé et parapublic	Entreprise et organisme	20,400	-	-	-	-	-	20,400
	Salarié	-	13,600	-	-	-	-	13,600
	<i>Sous total 2</i>	<i>20,400</i>	<i>13,600</i>	-	-	-	-	<i>34,000</i>
Autre	Travailleur indépendant	17,340	-	-	6,780	-	-	24,120
Total		47,780	20,300	0,580	6,780	3,827	14,213	94,48

Source : Documents Projet CMG

* Main d'œuvre non permanente

6.5.2. Récapitulatif du financement de la CMG selon les sources

Plusieurs sources sont prévues pour financer le système de couverture maladie au Gabon : les cotisations patronales et salariales du secteur formel, les cotisations forfaitaires des travailleurs indépendants, la taxe nationale de solidarité, le ticket modérateur et en cas de nécessité les contributions exceptionnelles issues du budget général de l'Etat en sa qualité de puissance publique. Ces sources de financement sont représentées dans le tableau ci-dessus sont :

- *la cotisation patronale*. Elle s'élève à 31,640 milliards de Fcfa et comprend :
 - la cotisation du secteur privé et para public, estimée annuellement à 20,4 milliards de Fcfa
 - la cotisation de l'Etat Employeur estimée à 11,240 milliards de Fcfa
- *la cotisation salariale*. Elle est estimée à 23,200 milliards de Fcfa et jouit des mêmes prérogatives que la cotisation patronale. Son impact est fonction de l'évolution de la masse salariale totale.
- *la cotisation des travailleurs indépendants*. Elle est estimée à 17,340 milliards de Fcfa.
- *les différentes contributions attendues de l'Etat*, au titre du financement du fonctionnement du système en phase opérationnelle, sont estimées à 28,08 milliards de Fcfa par an. Elles sont à rapprocher des interventions actuelles de l'Etat en faveur du secteur de la santé et peuvent faire l'objet d'un transfert immédiat à la CMG. En 2002, les interventions de l'Etat représentaient

près de 27,64 milliards de Fcfa de crédits budgétaires et auraient pu être réaffectées au profit du nouveau système. Ceci n'aurait entraîné aucun accroissement de la dépense publique au plan budgétaire. Le solde de 440 millions de Fcfa (28,08 milliards - 27,64 milliards) aurait été couvert par le produit du rétablissement légal des droits de douane et de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) à l'importation sur les médicaments et autres produits de santé (2,876 milliards de Fcfa en 2001) décidé par l'Etat dans le cadre de la diversification des sources de financement de l'Etat.

Le financement de la CMG est donc constitué trois composantes : un financement classique ordinaire (cotisations), un financement classique extraordinaire (subvention de l'Etat puissance publique) et un financement exceptionnel pour le démarrage du projet.

- *Financement classique ordinaire*

Il est destiné à couvrir partiellement le besoin annuel permanent évalué ci-dessus à 88,757 milliards de Fcfa au profit des personnes disposant d'une capacité contributive et de leurs ayants droits.

- *Financement classique extraordinaire*

Ce financement, exclusivement assuré par la puissance publique est destiné à couvrir la partie permanente du besoin annuel (12,48 milliards de Fcfa) pour les populations économiquement faibles. Il correspond à la taxe nationale de solidarité couverte par la fiscalité.

- *Financement exceptionnel*

Il est destiné à couvrir les frais de démarrage de la CMG, les besoins non permanents en équipements et infrastructures et les préalables des partenaires sociaux. Il permettra de prévenir les dysfonctionnements inhérents au décalage entre le début des prestations et la disponibilité effective des contributions des tiers payants. Une dotation exceptionnelle du budget de l'Etat d'un montant de 14,450 milliards de Fcfa est prévue. Il correspond à deux mois de fonctionnement de la CMG, et représente en outre une avance sur la contribution annuelle de 28,08 milliards de Fcfa.

Au regard de tout ce qui précède sur le financement de la CMG, qu'elle est la situation des éléments retenus dans le modèle théorique de l'étude ?

6.5. 3. Analyse des déterminants de la viabilité économique et financière

6.5.3.1. Fiabilité des sources primaires de financement de la CMG

La stabilité et durabilité des sources de financement déterminent comme nous l'avons vu dans la revue de littérature la fiabilité de ces sources aussi, nous allons l'étudier dans ce qui suit.

a) Analyse des sources

Les cotisations salariales et patronales peuvent à elles seules assurer plus de 70% du financement de la CMG. Elles sont tributaires de l'emploi, une activité économique florissante va entraîner une amélioration des indicateurs du marché du travail (effectifs des salariés et les salaires augmentent, le chômage diminue) ce qui aura pour conséquence l'augmentation des cotisations. Cette source peut être considérée comme fiable tant qu'une activité économique intérieure se maintient.

Les travailleurs indépendants sont sous représentés en raison de l'ampleur pris par le secteur informel mal maîtrisé par les pouvoirs publics. De ce fait, les statistiques sont en dessous de la réalité et sont peu fiables. Ici ne sont pris en compte que les travailleurs qui se déclarent. Le nombre de travailleurs indépendants est également fonction de la situation économique. En période d'expansion économique leur nombre aura tendance à augmenter et à diminuer en période de récession ce qui entraînera une réduction du nombre de cotisants de ce secteur d'activité. La fiabilité de cette source de financement est tributaire de la situation économique

Les bourses des étudiants (2% de la masse de la bourse) représentent une partie infime du financement. Elles peuvent être considérées comme une source fiable tant qu'elles seront payées et du fait que le prélèvement se fait à la source. Cependant l'expérience du passé montre que cette situation peut changer. En effet avant 1986 tous les élèves et étudiants gabonais étaient automatiquement boursiers dès l'entrée au collège. L'apparition de la crise a fait que la distribution de la bourse a été revue, elle n'est plus attribuée qu'à ceux qui en ont le mérite (moyenne). Ceci permet de dire que cette source peut devenir non fiable. Aussi, une diminution de la masse de la bourse va diminuer le financement, mais ce montant est si infime dans le financement total qu'il n'aura pas un impact important.

Le ticket modérateur, il est payé par tous les bénéficiaires y compris les économiquement faibles, estimé à 10 ou 15% du financement. Le manque d'informations sur les revenus des ménages, le nombre moyen d'épisodes maladie n'a pas permis d'approfondir la question de l'accessibilité financière liée à ce ticket modérateur. Toutefois à la lecture du projet ce ticket modérateur est le même pour tout le monde quelque soit le revenu et sera différent seulement en fonction de la pathologie. Tant que les contours de ce ticket ne sont pas définis il est difficile de faire une analyse approfondie.

b) *Analyse des indicateurs économiques retenus*

Nous analyserons l'évolution au cours des prochaines années de certains paramètres retenus pour notre travail. Ceci nous permettra de déterminer si ces sources de financement de la CMG sont fiables c'est-à-dire stables et durables. Pour cela nous ferons une prévision de trois ans sur six séries de 1992 à 2003 puis sur la masse salariale de 1995 à 2002 par la méthode de Holt-Winters non saisonnière. Cette méthode est utilisée pour calculer les séries à tendance et sans relation avec les fluctuations conjoncturelles.

Si nous formulons l'hypothèse selon laquelle, les tendances macroéconomiques du Gabon resteront les mêmes au cours des trois prochaines années, toutes les conditions à partir de l'année de base de notre étude (2001) restant égales par ailleurs, nous pouvons considérer que les sources de financement resteront stables ou évolueront vers la hausse par conséquent, les variables retenues pour la prévision évolueront dans le même sens.

Tableau n°13 : Evolution de quelques indicateurs économiques de 1992 à 2003 et prévision de 2004 à 2006 (en milliards de Fcfa)

Années	PIB ¹	Recette ² totale Etat	Budget ³ total Etat	Dépense ⁴ totale Etat	Dépense de santé Etat	Recette pétrolière Etat	Masse ⁵ salariale
1992	1480,300	349,0000	484,0000	418,4000	ND	156,9000	ND
1993	1530,800	354,9000	491,8400	438,2000	22,18000	157,3000	ND
1994	2326,800	354,0000	320,5400	592,4000	25,32000	157,3000	ND
1995	2475,200	835,7000	443,8400	650,9000	29,27305	469,2000	708,6800
1996	2912,800	874,7000	459,8400	670,1000	34,37238	533,6000	731,7900
1997	3109,100	1030,1000	498,1400	788,2000	41,86319	644,2000	625,3400
1998	2645,000	912,2000	531,0400	1080,0000	37,87894	498,7000	636,8100
1999	2871,000	813,6000	1172,3400	583,6000	20,99969	368,6000	627,7000
2000	3606,300	1207,7000	1406,9950	574,0000	18,63010	814,8000	647,9000
2001	3454,100	1173,6000	1768,7890	758,2000	20,15359	752,9000	672,8000
2002	3438,600	1089,0000	1364,5020	807,4000	27,32615	609,0000	695,7600
<i>2003</i>	<i>3716,122</i>	1024,2000	<i>1372,3420</i>	684,7000	<i>30,24331</i>	514,6000	<i>703,0078</i>
<i>2004</i>	<i>3848,592</i>	<i>1560,4710</i>	<i>1380,1820</i>	<i>1305,9200</i>	<i>33,16046</i>	<i>914,4088</i>	<i>718,2505</i>
<i>2005</i>	<i>3981,062</i>	<i>1677,7530</i>	<i>1388,0220</i>	<i>1379,8800</i>	<i>36,07762</i>	<i>961,7532</i>	<i>733,4931</i>
<i>2006</i>	<i>4113,531</i>	<i>1795,0360</i>	<i>1395,8620</i>	<i>1453,8400</i>	<i>38,99477</i>	<i>1009,0980</i>	<i>748,7358</i>

Sources des données : DGB, DGE, FMI ;

¹ Pib à prix courant

³ Budget hors apport et dette extérieurs ;

⁵ Secteur formel

Source des prévisions : Notre étude

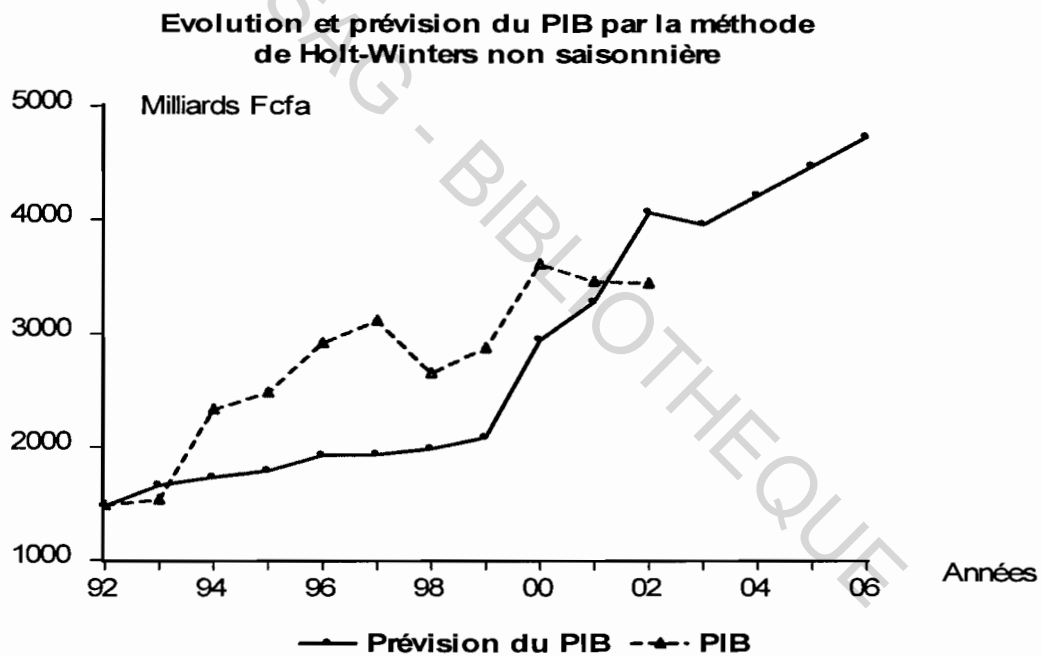
² Recettes propre de l'Etat ;

⁴ Dépenses : fonctionnement et investissement

➤ Evolution du PIB

L'étude du PIB ici nous permet d'apprécier la santé économique du pays. L'examen de ce graphe nous montre une tendance croissante de la courbe du PIB. De 1992 à 1998, on remarque que la croissance du PIB est très lente et elle devient franche à partir de 1998, avec un ralentissement à partir de 2000 avec une stabilisation de 2001 à 2002. Cette contraction du PIB est due au recul amorcé par le secteur pétrolier depuis 1998, à cause du vieillissement de plusieurs champs pétroliers et en l'absence de découverte de nouveaux gisements depuis une décennie. Ce ralentissement est amoindri par la reprise dans d'autres secteurs de l'économie notamment le secteur bois, la mise en place de nouveaux codes d'investissement et de réformes structurelles. C'est l'effet conjugué de ces derniers éléments qui explique l'évolution et la prévision positives de 2003 à 2006. Les prévisions des cours du dollar lors des prochaines années.

Figure 4 :

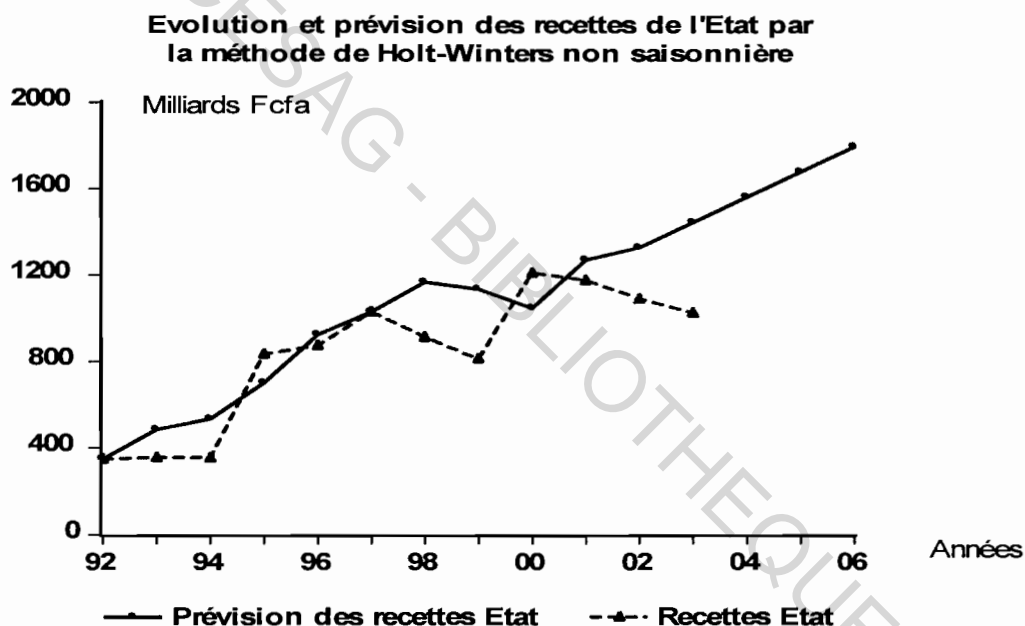


➤ Evolution des recettes de l'Etat

L'examen de l'évolution des recettes de l'Etat de 1992 à 2003, montre une tendance à la hausse avec une encoche importante de la courbe de 1997 à 1999. Cette encoche correspond à une baisse des recettes de l'Etat. Cette baisse d'environ 10% (912,1 en 1998 à 816,6 en 1999) est consécutive à la forte diminution de la production pétrolière due à l'épuisement des gisements en cours d'exploitation et à la dépréciation du cours du dollars (610 FCA pour 1\$ US en 2003 contre 696,643 FCA en 2002). [Tableau de Bord de l'Economie, Perspectives 2003-2004].

L'augmentation des recettes observée en 2000 n'a pas poursuivi la progression qu'on pouvait envisager et on a un repli au cours des trois années suivantes. Ce recul est dû au faible rendement des impôts du domaine pétrolier. En effet les recettes pétrolières ont continué leur baisse amorcée en 2001 après l'embellie de 2000, elles sont passées de 7052,9 milliards de francs CFA à 609 milliards. Après une stabilisation des cours internationaux moyens à 24\$/baril de pétrole en 2003, on prévoit une descente de ces cours mondiaux au dessous de la barre des 23\$/baril au cours de cette année 2004. Ainsi la prévision optimiste constatée pour les recettes de l'état sur notre graphique est due à l'augmentation des recettes du secteur non pétrolier qui se sont accrues en 2002. Ceci va dans le même sens que la prévision du PIB et laisse présager une évolution économique favorable pour les trois prochaines années.

Figure 5 :



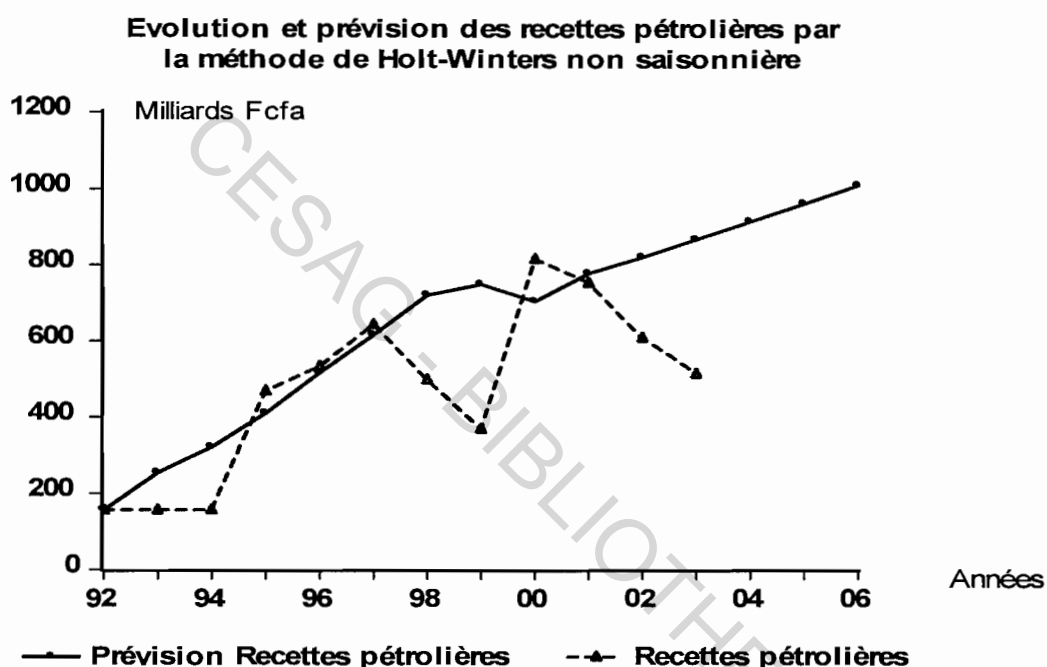
➤ Evolution des recettes pétrolières

L'examen de l'évolution des recettes pétrolières de 1992 à 2001, montre que la tendance est à la hausse. Par ailleurs, la courbe des recettes de l'Etat et celle des recettes pétrolières ont la même allure ce qui suggère que les recettes de l'Etat et les recettes pétrolières évoluent dans le même sens. Ceci est dû au fait que les recettes pétrolières représentent environ les deux tiers (2/3) des recettes totales de l'Etat.

Cependant, malgré la diminution de la production pétrolière (13,61 millions de tonnes en 2000, 12,89 millions de tonnes en 2001, 12,563 millions de tonnes en 2002, et 12,337 millions de tonnes

en 2003 et 11,885 millions de tonnes prévus pour 2004), et la baisse des exportations de pétrole, la prévision des recettes montre une augmentation de ces dernières au cours des trois prochaines années. Cela peut s'expliquer par la fluctuation du prix du baril de pétrole comme nous l'avons expliqué dans le point précédent et la découverte d'autres gisements de pétrole. En effet, par rapport aux prévisions antérieures, la baisse de la production a été atténuée par l'amélioration du rendement des vieux champs pétroliers et la mise en exploitation de cinq nouveaux champs.

Figure 6 :



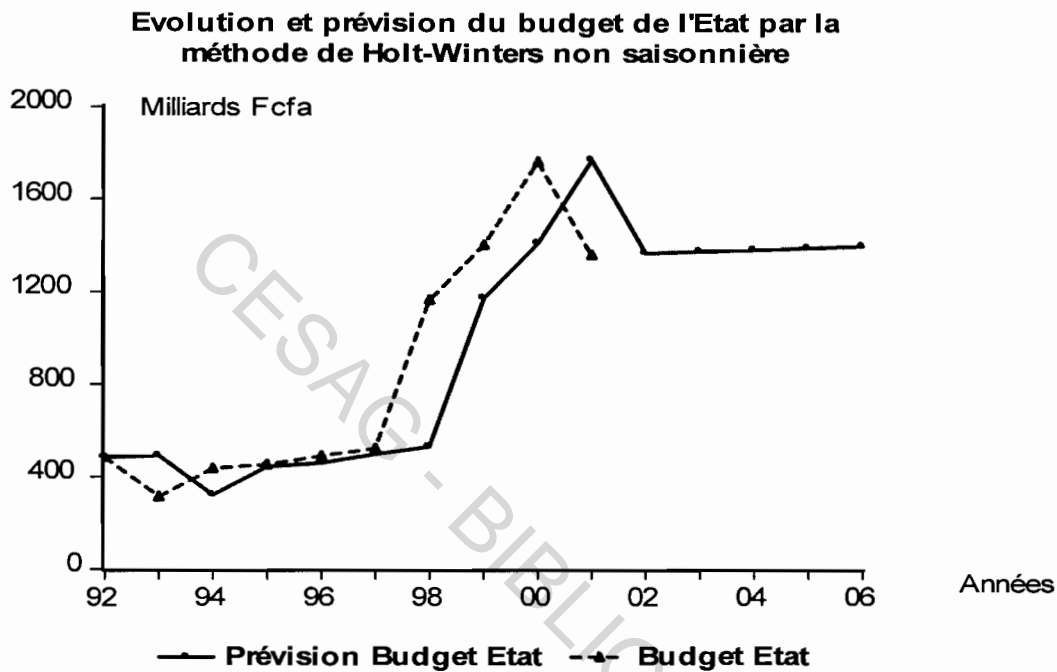
➤ Evolution du Budget de l'Etat

Sur le graphique suivant, on note une dépression de la courbe du budget en 1993, et sur la prévision en 1994. Cette dépression est due à la loi de finances rectificative suite à la dévaluation du franc CFA de janvier 1994. La dépression observée depuis 1992, montre la situation du budget de l'Etat traduisant déjà les difficultés économiques du pays, qui ont conduit à cette dévaluation.

De 1998 à 1999, on a une forte pente de la courbe qui traduit une hausse du budget de l'Etat relative à une embellie de l'économie. Cette embellie est consécutive à la hausse des revenus non pétroliers de l'état qui passe de 413,8 milliards de Fcfa en 1997 à 445 milliards en 1999 (loi de finances rectificative). Les recettes non pétrolières sont constituées par les recettes douanières (23,3%), les droits et taxes à l'importation (26,9%), les taxes sur les biens et services et la TVA (22,1%), l'impôt direct (14,9%) et les autres recettes fiscales.

Par ailleurs, la prévision montre un plateau de 2001 à 2006, ce qui traduit une stagnation du Budget de l'Etat au cours de la période. Le plateau peut également traduire la politique de restriction budgétaire de l'Etat basée sur une meilleure maîtrise des dépenses publiques.

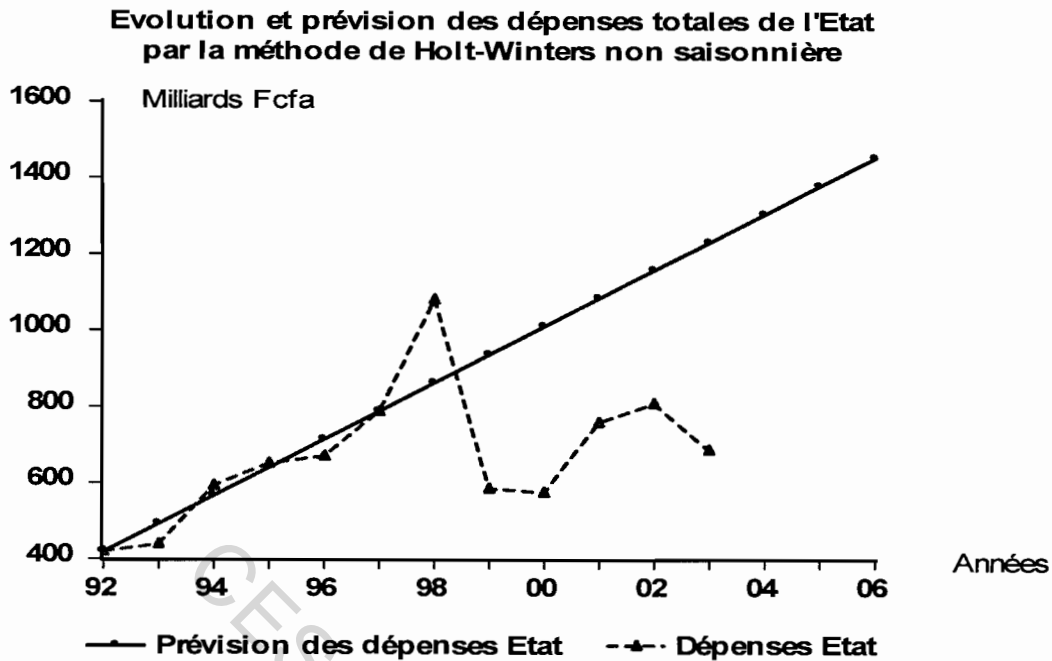
Figure 7 :



➤ **Evolution des dépenses totales de l'Etat**

Les dépenses budgétaires de l'Etat ont une tendance à la hausse, malgré la politique budgétaire restrictive entreprise par le Gouvernement ces dernières années. L'examen du graphique montre un ralentissement de la dette de 1998 à 1999 et une forte augmentation de 1999 à 2001. La forte régression des dépenses de l'Etat de 1998 à 1999 fait suite à deux lois de finances rectificatives, afin de tenir compte des fluctuations du taux de change du dollar et du prix du baril de pétrole.

Figure 8 :

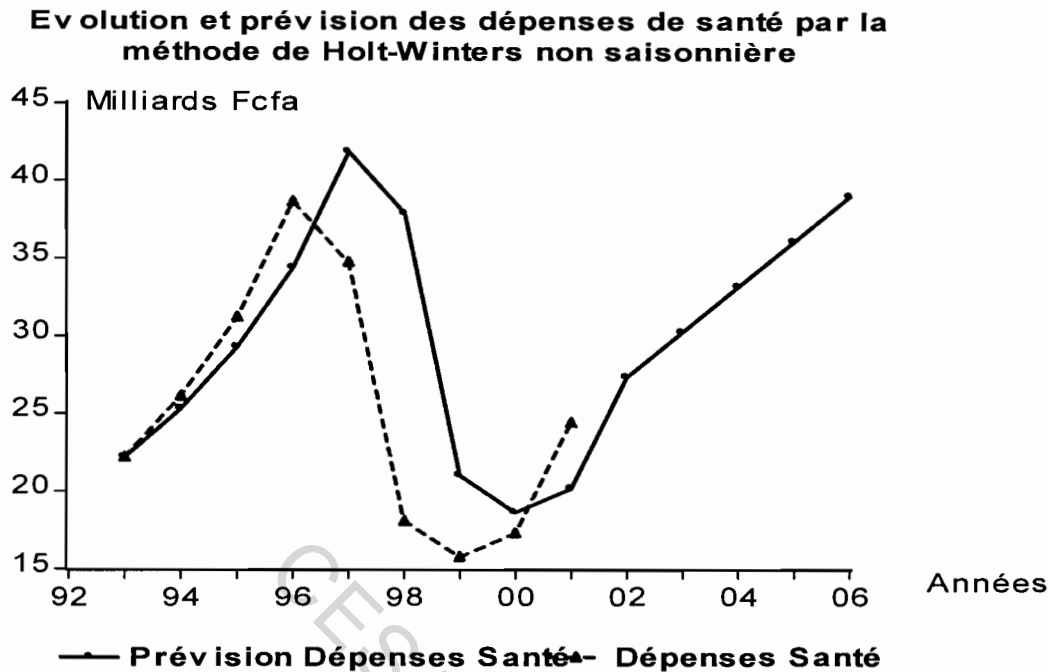


➤ Evolution des dépenses de santé

Les dépenses de santé publiques de 1993 à 2001 montrent une courbe ascendante jusqu'en 1996 qui traduit l'augmentation croissante des dépenses de santé. Puis la courbe amorce une descente rapide ; en effet, ces dépenses passent de 38 milliards de Fcfa à 16 milliards en 1999 avant de remonter à 24 milliards en 2001.

Cette courbe des dépenses de santé marque un accident dans son parcours qui a tendance aussi à la hausse. Cet accident de parcours traduit les rectificatifs respectifs intervenus pendant la période à la loi de finances qui sont des réductions budgétaires drastiques. La prévision montre que l'amorce d'augmentation qui a débuté en 2000 va se poursuivre jusqu'en 2006. Ceci étant le résultat de l'amélioration de la situation économique et financière de l'Etat.

Figure 9 :



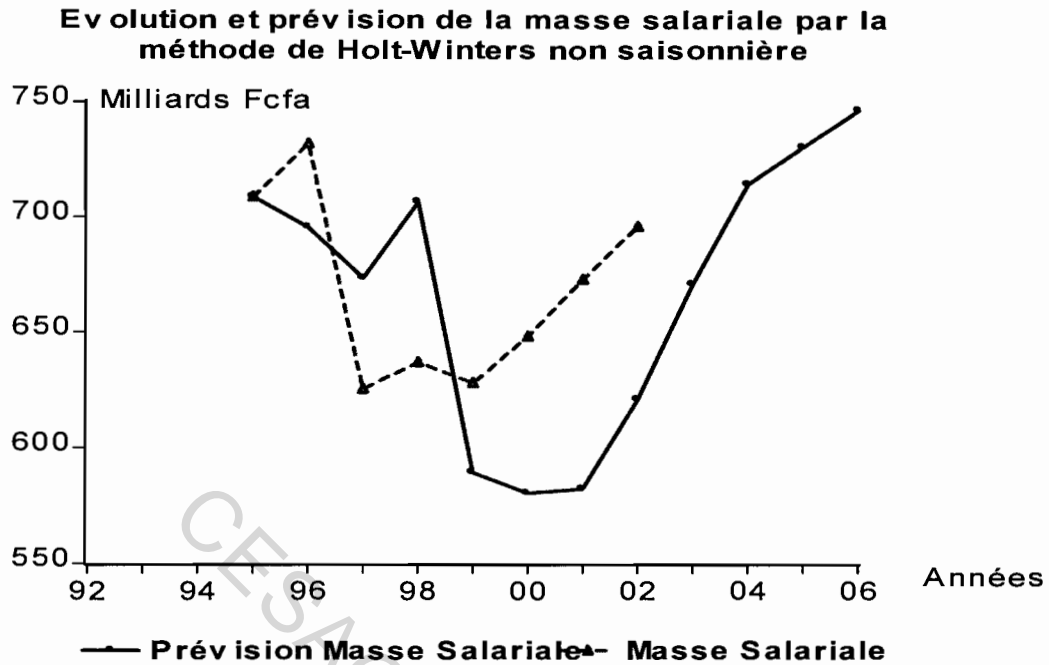
➤ **Evolution de la masse salariale globale du secteur moderne**

Après une diminution globale de la masse salariale de 1996 à 1999, on note une augmentation à partir de 2000. La morosité économique a entraîné des pertes d'emplois, et en 2002, on a observé une diminution de 2,9% de la masse salariale globale du secteur moderne de l'économie en raison d'une diminution de 3,1% des rémunérations versées dans le secteur privé. Au cours de cette même période, on a constaté un recul de 2,5% des traitements et salaires dans le secteur public. Ce recul étant conforme à la politique du gouvernement orientée vers la maîtrise des dépenses publiques, malgré la hausse des effectifs intervenue dans l'administration centrale.

L'étude de la situation des salaires au cours des cinq dernières années, montre une hausse la masse salariale dans l'administration centrale chaque année au niveau du secteur public, mais une baisse globale au niveau du secteur moderne de l'économie. Ceci s'explique par le fait que la morosité économique occasionne des pertes d'emplois, ce qui entraîne une diminution des salaires versés dans le secteur privé.

Le secteur public malgré l'augmentation constatée, connaît un recul conformément à la politique du gouvernement orientée vers la maîtrise des dépenses publiques, qui se traduit par une diminution des effectifs. Les dépenses totales de l'Etat représentent les dépenses de fonctionnement (salaire, bien, service, transfert, subvention), d'investissements et les prêts nets.

Figure 10 :



Au total, les indicateurs économiques que nous avons soumis à notre étude sont toutes des séries à tendance, souvent à la hausse, ou mixte et c'est le cas des dépenses de santé. Ces indicateurs nous permettent de présager une santé meilleure de l'économie du pays, malgré les difficultés actuelles dues notamment à la diminution de la production pétrolière. Le redressement de la situation économique actuel appliqué par le gouvernement, l'amélioration des ressources non pétrolières de l'Etat et les projections sur trois ans que nous venons de réaliser, montrent que toutes les séries ont globalement une tendance à la hausse. Ceci permet d'espérer des jours meilleurs, et de présager une stabilité des ressources de l'Etat au cours des prochaines années. Par conséquent, une fiabilité des sources de financement de la CMG est envisageable.

6.5.3.2. Etat du patrimoine de la CMG

A ce jour, ce patrimoine représenté par les biens matériels et financiers de la CMG est inexistant, Les équipements et infrastructures ne sont pas encore déterminés, les ressources financières ne sont qu'au stade de la prévision.

6.5.3.3. Mécanismes choisis pour la mobilisation et le recouvrement des recettes

L'ensemble des ressources de la CMG sera recouvert par une structure spécialisée du secrétariat exécutif qui se chargera de leur gestion. Mais, ni la structure, ni les modalités de recouvrement et de répartition de ces ressources ne sont encore déterminées.

6.5.3.4. Mécanismes choisis pour la maîtrise des dépenses

En dehors du ticket modérateur, il est prévu une délimitation annuelle du nombre de prestations prises en charges par le système de couverture et un plafond annuel de leur montant. Ces éléments ne sont pas encore déterminés.

Par ailleurs, il est stipulé que le ticket modérateur n'est pas uniforme et qu'il est fonction de la pathologie et que certaines pathologies très coûteuses pouvant être exemptes de ce ticket. Ces éléments ne sont pas encore précisés.

6.5.3.5. Nombre de cotisants prévus

Le nombre des cotisants est estimé à 206 666 (17,22% de la population) pour 993 334 ayants droit. Ces cotisants comme précédemment énoncer sont réparties en quatre catégories : les employeurs, les employés, les travailleurs indépendants et les étudiants. Parmi eux, 157 000 (13,8% de la population) cotisent selon le mode de financement classique ordinaire :

- Assurés du secteur privé et parapublic : 56 000 personnes (4% de la population)
- Assurés de la Main d'œuvre Non Permanentes : 10 000 personnes
- Assurés de la Fonction Publique : 41 000 personnes (3,4% de la population)
- Travailleurs indépendants : 40 000 personnes (3,3% de la population)
- Etudiants : 10 000 personnes.

L'Etat selon le mode de financement classique extraordinaire cotise pour les 49 666 personnes économiquement faibles.

6.5.3.6. Nombre de bénéficiaires prévus

Le nombre de bénéficiaires est de 1 200 000 personnes c'est-à-dire toute la population : les 206 666 assurés et leurs ayants droit (5 pour chaque assuré et 1 pour chaque étudiant), les économiquement faibles et leurs ayants droit.

6.5.3.7. Existence d'un fonds de réserve et d'un fonds de garantie

Les fonds de réserve et de garantie sont pris en compte dans le financement exceptionnel du projet.

- Le fonds de réserve sera constitué par une dotation exceptionnelle du budget de l'Etat fixée à 14,450 milliards de Fcfa et, correspondant approximativement à deux mois de fonctionnement de la CMG (86,7 milliards/12 mois x 2 mois).

- Le fonds de garantie est représenté par les créances de l'Etat à recouvrer par la CNSS et les arriérés de paiements de la CNGS.

6.5.3.8. Mécanismes choisis pour inciter à utiliser les structures publiques de soins

Les prestataires de soins ne sont ni listés, ni choisis. Et aucun mécanisme n'est défini pour l'incitation des populations à l'utilisation des structures de soins publiques les plus nombreuses et les mieux réparties à travers le pays. Les structures privées sont retrouvées uniquement dans trois grandes villes mais elles sont coûteuses et aucune action particulière n'est portée à leur intention dans le présent projet.

Les données sur la masse salariale, la contribution de l'Etat et la taxe nationale de solidarité sont parcellaires et ne permettent pas d'étudier leur stabilité et leur durabilité. Toutefois, les indicateurs économiques et financiers étudiés ont permis de percevoir de façon indirecte l'évolution de ces variables qui ont une tendance à la hausse.

Au total, les deux hypothèses de financement étudiées montrent que 13,8% de la population représentant le secteur formel, a une capacité contributive de plus de 70% du montant total du financement de la CMG et, l'Etat puissance publique a aussi la capacité de subventionner les 30% restant du financement total. Ceci confère à la CMG une viabilité financière.

Par ailleurs, l'analyse de la fiabilité des sources primaires de financement montre que ces sources sont fiables donc, capables d'assurer une viabilité économique et financière au projet CMG.

Cependant les mécanismes de mobilisation et de recouvrement des ressources, les mécanismes pour maîtriser les coûts de la CMG ne sont pas déterminés. La Viabilité financière et économique de la CMG n'est que partielle.

De plus, le démarrage des activités de la CMG nécessite le règlement de nombreux préalables d'ordre financier qui, s'ils ne sont pas régularisés peuvent remettre en cause cette viabilité économique et financière de la CMG.

7. Discussion des résultats

Les résultats précédents offrent un aperçu de la situation actuelle du projet CMG, et ils permettent d'estimer sa viabilité en fonction du niveau d'atteinte des dimensions retenues dans le modèle théorique de l'étude. Nous discuterons successivement la méthodologie et chacune des dimensions de la viabilité de la CMG.

7.1. Discussion de la méthodologie

Nous avons réalisé l'analyse d'une monographie et la méthodologie que nous avons adoptée nous a permis de vérifier l'hypothèse de notre étude et de relever les points positifs et les faiblesses du projet CMG dans son état actuel. Les résultats obtenus peuvent permettre à la Cellule Technique de prendre les mesures correctrices avant le démarrage effectif du projet. Par ailleurs, ces résultats peuvent être utiles à d'autres pays qui veulent mettre en place une assurance maladie universelle.

Cependant, le Gabon par rapport aux autres pays de la sous région présente une spécificité liée à

- la faiblesse de sa population ;
- une population majoritairement urbaine (80%) contrairement aux autres pays africains où la population est en majorité rurale (80%).
- la richesse relative du pays (PIB le plus élevé de l'Afrique subsaharienne après la Libye)
- le niveau de salaire relativement élevé entraînant un niveau de contribution plus élevé.

Au total, compte tenu de tout ce qui précède la méthodologie utilisée est adaptée pour atteindre les objectifs de l'étude.

7.2. Discussion de la mise en place du projet CMG

Pour les pays en développement, le financement de la santé est devenu un élément essentiel, dans les réformes entreprises pour améliorer l'état de santé des populations, au regard de leur pauvreté et de tous les programmes de lutte qui s'y rattachent. Et, on note un engouement des Etats pour la couverture maladie, ceci sous diverses formes : assurance maladie, assurance santé, micro assurance, mutuelles de santé, régimes obligatoires. Ainsi, comme le fait remarquer Alain LETOURMY [CERMES, CNRS, Janvier 2003], cet engouement des Etats pour l'assurance maladie figure dans l'agenda politique de la plupart des gouvernements, et le Gabon n'est pas en reste dans ce processus.

La Banque Mondiale qui attache une importance particulière au développement des dispositifs de financement de la santé, appuie un programme de lutte contre la pauvreté au Gabon. C'est dans ce

contexte qu'elle soutient la mise en place d'un système de couverture maladie au Gabon. Le Gouvernement du Gabon a opté pour une couverture maladie universelle dénommée, « Couverture Maladie au Gabon ». Cette dernière ambitionne de pallier à l'embryon de couverture existante en vue de garantir à toute la population l'accès à des soins de santé de qualité et de maintenir l'assurance volontaire qui existait déjà pour une partie marginale de la population.

La démarche de mise en place de la CMG a-t-elle été suivie, et quel est l'apport de l'Etat dans ce processus ? Si nous nous référons à Letourmy dans « Etat et assurance maladie dans les pays africains », on peut dire que l'Etat a joué un rôle important dans la création et la définition de la configuration de la CMG. En effet, il en est le promoteur, il a défini les paramètres fondamentaux en indiquant les personnes couvertes et les risques couverts. Il a déjà indiqué, qui va gérer le régime et selon quelle organisation. Mais, le fonctionnement de l'organisation et sa gestion constituent encore un maillon faible du projet. Ceci peut être expliqué par le manque de maîtrise de la situation réelle, de l'ensemble du système de santé. Très peu d'études existent dans ce domaine et les statistiques sanitaires sont parcellaires, voire absentes.

Contrastant avec le passé, de la couverture obligatoire des fonctionnaires, de la CNSS et de la CNGS, il y a eu une concertation entre les ministères impliqués (Santé, Affaires Sociales et Solidarité, Emploi et Finances) et les partenaires sociaux. Seule une information envers les populations fait défaut à ce jour. En effet, l'avis des bénéficiaires et des prestataires de la CMG n'apparaît nulle part dans le projet. Ceci peut être considéré comme un point faible de la mise en place. L'examen de la démarche suivie, montre que l'existence du régime et ses caractéristiques définies par l'Etat, sont fixées dans une loi en cours d'adoption (article 156 de la loi portant réforme générale de l'administration) et, il y a une série de textes réglementaires énumérés dans ce travail, qui montrent l'appui de l'Etat à la mise en place de ce régime. L'Etat a tout intérêt à appuyer le régime CMG, puisque ses exigences vont dans le sens de la politique sociale qu'il prône.

7.3. Discussion de la viabilité politique de la CMG

Nous avons noté tout au long du processus de mise en place du projet, qu'il existe de nombreux points forts en faveur d'une viabilité politique de la CMG. Aussi pour abonder dans le même sens que LETOURMY [2003] dans son article « Etat et assurance Maladie » qui soutient que l'Etat doit définir la configuration du régime, appuyer sa mise en place et jouer le rôle de régulation et de contrôle dans le fonctionnement, on constate que l'Etat Gabonais appuie effectivement la mise en

place malgré la lenteur avec laquelle évolue le processus de mise en place. Concernant le fonctionnement, la régulation et le contrôle ils ne seront appréciés qu'après le démarrage effectif de la CMG par une évaluation. Par ailleurs, la situation de la CNGS a montré la faiblesse de la tutelle de l'Etat surtout en matière de contrôle et de régulation. De plus, étant un mauvais payeur, l'Etat a fortement contribué à la mise en péril du système de sécurité sociale et du système sanitaire existants. Comme l'a fait remarquer LAUTIER dans « Colombie : un pari incertain », toute mise en place d'un système parlant de protection sociale, repose sur un pari politique et la CMG est dans cette situation. En effet, dans l'élan des réformes en cours, des éléments concrets ne permettent de montrer la capacité réelle du gouvernement à assurer la viabilité politique de la CMG, mais tout ceci reste encore « un pari politique ». En effet le cas de la Côte d'Ivoire [GOLBERT, 2003], où la mise en place de l'assurance maladie universelle est en panne, illustre l'importance de la viabilité politique dans un tel processus.

Cependant, de tout ce qui précède, il ressort que la viabilité politique de la CMG semble assurée car l'ensemble des conditions du modèle théorique de l'étude sont réunies. Ceci prouve à suffisance le niveau d'implication du gouvernement et l'engagement de tous les acteurs politiques dans la mise en place de la CMG.

7.4. Discussion de la viabilité institutionnelle de la CMG

La loi créant la CMG n'étant pas encore promulguée, le cadre législatif et réglementaire qui fixe les droits et obligations respectifs des assurés et des organismes assureurs n'est pas encore disponible. Cependant, on note une avancée significative de l'institutionnalisation de la CMG, au regard du répertoire de textes que nous avons présenté dans les résultats. La stabilité politique du pays confère une relative stabilité aux institutions, mais nous connaissons la lenteur et la lourdeur administratives caractéristiques des services publics et l'attribution parfois inadéquate des domaines de compétence.

Au niveau de l'implication des acteurs, on note un point important à prendre en compte, c'est le manque d'implication de certains bénéficiaires. Certes les syndicats portent la voix des salariés, mais que pensent les autres (indépendants, chômeurs, indigents) de la CMG ? Savent-ils les conséquences de la prise en charge de leurs dépenses de santé ? Aucune étude permettant de répondre à ces questions n'a été réalisée à ce jour. Dans le cadre de la CMG, les décrets et arrêtés ministériels qui doivent fixer la liste des prestataires agréés, celle des prestations couvertes et leur niveau de prise en charge, les différents modes de paiement des prestataires et de remboursement

des bénéficiaires ne sont pas encore élaborés. La régulation et le contrôle comme on l'a vu plus haut sont juste énoncés. Lorsqu'on sait le long circuit pris par un texte de loi depuis sa présentation au parlement par le gouvernement à sa promulgation (6 mois à 1 an voire plus avec les allers et retours), la lenteur du processus de mise en place, on se pose la question de son démarrage effectif pour janvier 2008.

La viabilité institutionnelle est assurée grâce à la reconnaissance juridique, à la qualité de l'organisation, de la gestion, du suivi et contrôle effectif de l'institution. Le projet CMG a donc besoin à ce stade de la reconnaissance juridique et d'un cadre réglementaire adéquat pour lui assurer un suivi et un contrôle effectif. Letourmy fait remarquer dans sa communication [9-10 janvier 2003] que le Ministère chargé de la Santé est institutionnellement faible, dans les pays africains sur les questions relatives aux régimes d'assurance maladie. Cette thématique est relativement récente et traditionnellement dévolue au Ministère chargé du travail et ou de la Sécurité Sociale. La mise en place rapide du cadre institutionnel et réglementaire va mettre en lumière les relations fonctionnelles, organisationnelles et financières entre les Ministères des Finances, de la Santé, des Affaires Sociales et de la Solidarité et les autres partenaires. Mais, comme le soulignent plusieurs auteurs tels que Kodjo [2001], [IRAM, 2001], [BOYER, CREDES, 2001], [DROR, 2003], le cadre institutionnel et réglementaire ne suffit pas pour déterminer la viabilité d'une institution.

Par ailleurs, ALBERT [2001] dit qu'un abîme sépare la construction légale et réglementaire, des réalisations sur le terrain. Aussi, les concepteurs de la CMG devraient tenir compte de cette réalité du terrain pour la mise en place de la CMG afin de prévenir les mauvaises et non applications des textes.

Selon les conclusions des journées d'études de l'IRAM [Septembre 2001], la viabilité d'une institution n'est jamais acquise, sinon à travers « un combat permanent ». Cette assertion rappelle le parcours que les promoteurs doivent suivre pour que la CMG deviennent une institution viable.

Les textes définissant la configuration du régime et son fonctionnement ne nous permettent pas à ce jour de déterminer la viabilité institutionnelle de la CMG. En effet, tous les textes législatifs ne sont pas adoptés et les textes d'application ne sont pas rédigés ou ne le sont que partiellement. Tout le cadre institutionnel et réglementaire permettant la régulation de la CMG n'est pas encore disponible.

7.5. Discussion de la viabilité de l'organisation administrative et de gestion de la CMG

Les résultats de l'étude montre la situation réelle du projet et sa capacité d'organisation et de gestion actuelle. La gestion de l'assurance comme nous l'avons vu dans la revue, nécessite l'acquisition d'une habileté de direction et des capacités managériales pour lui assurer une durabilité [ATIM, 2000-b; LAMBO, 1997; KUTZIN, 1997 ; BLOOM & SHENGHANT, 1999].

Au niveau de la CMG, toutes les conditions pour un management efficace ne sont pas réunies. En effet les mécanismes de paiement des prestataires, pour une utilisation rationnelle des ressources et les mécanismes de contrôle ne sont pas encore déterminés.

L'expérience du fonctionnement des caisses (CNSS et CNGS) au Gabon montre que ces frais absorbent jusqu'à 45% de leur budget. Aussi, les 20% du montant du financement annuel attendu fixés pour le fonctionnement de CMG ne peuvent donc être qu'une valeur indicative qui sera réajustée au fur et à mesure de l'évolution de la CMG. Or concernant les frais de fonctionnement, ATIM [2000] suggère que ces frais n'excèdent pas 10% des recettes, LAMBO [1997] et SHEPARD et COL[1992] trouvent que l'efficacité administrative est atteinte avec des coûts de fonctionnement à 5% des recettes, en République Démocratique du Congo.

En somme, c'est la part des frais du fonctionnement de la CMG dans ses recettes qui déterminera l'efficacité de sa gestion. Il faudra donc accorder une attention particulière au système d'enregistrement, à la facturation, au mode de collecte des cotisations, à la détermination du paquet de soins offert, aux conventions et contrats passés avec les prestataires, à la comptabilité, pour ne citer que ces éléments.

Le ticket modérateur est partiellement défini et tous ses contours (pour quel paquet de prestations, gratuit pour quelle pathologie) ne sont pas expliqués. Ceci ne permet pas de déterminer si le ticket modérateur est moins important que la part supportée par l'assurance comme le préconise [ATIM 2000-b ; CARRIN et al, 1997]. D'autre part le calcul du taux du ticket modérateur ne permet pas d'envisager l'étude relative à son équité ni sur quelles bases il a été fixé.

La viabilité de l'organisation administrative et de gestion de la CMG n'est pas encore une réalité. En effet, de nombreux paramètres restent à définir et ou à concevoir pour que cette viabilité soit effective.

7.6. Discussion de la viabilité financière et économique de la CMG

- Pour l'hypothèse 1, les cotisations représentent plus des 2/3 du financement de la CMG alors qu'elles ne constituent que la moitié du financement dans la deuxième hypothèse. Ces cotisations assises sur la masse salariale formelle fluctuent peu. Elles sont orientées à la hausse puisque le salariat formel tend à s'étendre. Ces cotisations constituent donc une source plutôt fiable.
- L'Etat puissance publique intervient dans le financement de la CMG par le biais de la fiscalité affectée dénommée Taxe Nationale de Solidarité Maladie (TNSM) pour plus de 12 milliards dans l'hypothèse 1 tandis que pour la deuxième hypothèse, elle n'intervient pas du moment que l'Etat participe à hauteur de 41 milliards pour les dépenses en santé en 2001. Les deux caisses qui existent déjà (CNSS et CNGS) se retrouvent toujours avec des problèmes de déficit du fait du non recouvrement des cotisations de l'Etat et des entreprises qu'il garantit, on peut comprendre aisément à quoi la CMG devrait s'attendre au niveau de l'hypothèse 2. La TNSM serait donc plus fiable que les dépenses en santé.

Compte tenu de tout ce qui précède, on peut considérer que la première hypothèse serait plus viable que l'hypothèse 2.

La CMG est un système contributif des assurés basé sur le tiers payant et le ticket modérateur. Nous notons qu'actuellement les deux caisses existantes recouvrent difficilement les cotisations, surtout celles de l'Etat et des entreprises para publiques. En effet, les cotisations prélevées à la source par l'Etat doivent être reversées aux différentes caisses. Ces dernières n'ont aucun moyen légal pour recouvrer les arriérés de cotisation dus par l'Etat; ce qui a mis en faillite la CNGS. Si cette situation se reproduit avec la CMG, sa viabilité financière risque d'être compromise. Le financement exceptionnel est un élément très important dans la mesure où il représente le fonds de garantie et le fonds de réserve. Ces derniers, même si les modalités de leur fonctionnement ne sont pas encore définies par la loi, servent à couvrir les difficultés de trésorerie liées au démarrage.

La situation économique et financière de l'Etat est importante à plusieurs titres :

- La part de l'Etat dans le financement du projet CMG est supérieure à 40% pour le financement ordinaire classique, quelle que soit l'hypothèse de financement retenue. Si cette part venait à diminuer, la viabilité financière du projet serait mise à mal.
- Lorsque les revenus de l'Etat baissent, les pouvoirs publics ont tendance à réduire les budgets des secteurs sociaux et notamment l'éducation et la santé. Dans les séries que nous venons

d'étudier, on peut noter qu'au cours de la période de 1996 à 2000, la diminution des recettes de l'Etat est accompagnée d'une diminution du budget santé.

- Les ressources de l'Etat issues de l'impôt et de la fiscalité sont des sources tendanciellemment à la hausse donc fiables et leur stabilité dépend de la stabilité économique du pays.

Ainsi donc, si les recettes de l'Etat sont tendanciellemment ascendantes ou stables, on peut espérer une disponibilité permanente des ressources financières pour le Projet CMG, en considérant que toutes les autres conditions sont égales. Par ailleurs, si les ressources financières de l'Etat subissent une forte contraction, la volonté politique peut, maintenir le niveau de financement de la CMG en raison de la priorité qu'elle constitue.

Selon les auteurs de cadre d'analyse et grille sociale [octobre 2001], la viabilité financière et économique est déterminée entre autre par l'origine des ressources et le dynamisme économique. Ceci est également valable pour la CMG dont le financement dépend du montant des cotisations, du nombre de cotisants et de la santé économique du pays.

La CMG a limité à 5 le nombre de personnes par cotisant et à 2 par étudiant, malgré le fait que la contribution dépend du niveau du revenu. Ceci est en accord les conclusions de GONOSASTHYA, DESMET et COL [1999] et RON [1999] qui disent que la taille de la famille devrait être limitée parce qu'elle influence le niveau des dépenses. Ceci n'est pas le cas au niveau des IPM du Sénégal où le niveau de cotisation est le même quelle que soit la taille de la famille.

Par ailleurs, KUTZIN[1997], LAMBO [1997] et HSIAO [1999] pensent que les ressources d'une assurance maladie dépendent aussi du nombre de bénéficiaires qui doit être très élevé pour que les risques de survenue de maladies graves, coûteuses soient suffisamment partagés. Le nombre de bénéficiaires de la CMG (1 200 000 environ) répond à ce critère.

Pour assurer une plus grande sécurité à l'assurance, ATIM [200b] pense que la constitution d'un fonds de réserve et d'un fonds de garantie est nécessaire et, les modalités de fonctionnement doivent être définie par décret. Au niveau de la CMG on constate que ces fonds sont définis dans les mêmes conditions que celles énoncées par ATIM, mais ici, ils seront octroyés par l'Etat.

Dans le cadre d'un dispositif de financement par un « intermédiaire » (assurance maladie ici), [CREDES, 2001. IRAM, 2001 ; CARNOT et TISSOT, 2002 et LAFARGE, 2003] disent que la fiabilité des sources de financement inclus non seulement la source primaire mais également la stabilité des priorités. Par rapport à ce qui précède, les prévisions économiques réalisées montre la

stabilité des sources primaires de la CMG qui elle est une priorité du gouvernement depuis plus de deux ans. Donc les sources de financement de la CMG pourraient être des sources fiables.

Cependant, la méconnaissance de l'élasticité de la demande de certains produits soumis à une taxe spécifique pour financer les économiquement faibles ne permet pas d'anticiper sur le rendement éventuel de cette source qui peut fluctuer dans le temps. Pour cette raison, les revenus issus de la fiscalité spécifique ne sont pas une source stable.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

8. Conclusion et recommandations

8.1. Conclusion

Au terme de notre étude, l'hypothèse selon laquelle la viabilité du projet CMG serait assurée n'est pas vérifiée. En effet à ce jour seul l'engagement politique et le consensus sur la mise en place de la CMG sont acquis. De ce fait, la viabilité politique peut être considérée comme assurée.

La viabilité institutionnelle de la CMG n'est pas assurée du fait de la lenteur du processus d'institutionnalisation de la CMG. Le passage de projet à l'institutionnalisation de la CMG représente un enjeu important qui implique d'étudier de façon minutieuse et méthodique les différentes conditions de viabilité afin de mener sans trop de heurts à la couverture maladie universelle au Gabon. L'institutionnalisation du projet, bien que lente est en cours et les résultats de l'évaluation externe du système de santé donneront probablement, un éclairage nouveau pour la mise en place, les conditions de viabilité organisationnelle, fonctionnelle et gestionnaire du projet.

La viabilité de l'organisation administrative et de gestion du projet CMG est le maillon le plus faible. Il gagnerait à être élaboré complètement afin d'avoir une idée claire sur l'organisation, le fonctionnement, la gestion, le suivi et le contrôle de la CMG dès la fin de l'accréditation du système de santé.

La viabilité financière n'est que partielle puisque la capacité contributive financière semble assurée alors que la contribution exceptionnelle ne l'est pas en raison des nombreux préalables non régularisés.

En définitive on note de nombreux points forts en faveur de la viabilité du projet CMG, notamment :

- la volonté politique ;
- la capacité contributive financière (70% environ du financement du projet pour l'hypothèse1) ;
- les potentialités économiques et financières pour le pays à moyen terme (fiabilité des sources de financement) ;
- une faible population (environ 1 200 000 habitants) ;
- un consensus général de la mise en place de la CMG.

Ces points forts indispensables pour la mise en place et la viabilité du projet CMG constituent des acquis à maintenir.

Les points faibles sont nombreux :

- le retard général du processus de mise en place du projet
- le retard à l'adoption des textes institutionnels et réglementaires de la CMG
- la non élaboration des procédures et normes relatives à l'organisation, la gestion, le fonctionnement de la CMG
- La détermination du paquet de soins couvert avec les différents niveaux de prise en charge
- La liste des prestataires agréés par la CMG
- La configuration du système d'information de la CMG
- Le mode de recouvrement des ressources de la CMG

Ces points sont essentiels pour la viabilité de la CMG s'il ne sont pas clairement définis il ne peut y avoir de couverture maladie possible. Aussi pour améliorer le projet CMG afin que son démarrage soit effectif en janvier 2008, nous formulons les recommandations suivantes.

8.2. Recommandations

Face à cet état des lieux, nous pouvons faire quelques recommandations, à l'endroit du Comité de pilotage, de la Cellule Technique chargée de la mise en place du projet CMG et du gouvernement. Ces recommandations sont susceptibles d'améliorer certains points négatifs relevés et d'assurer ainsi une meilleure viabilité au projet CMG.

8.2.1. Recommandations à l'endroit de la Cellule Technique de la CMG

La cellule technique est constituée de hauts cadres (Directeurs, Conseillers) de l'administration centrale des différents ministères impliqués dans le projet CMG. Ces cadres ont déjà d'importantes responsabilités dans leurs administrations respectives, ce qui leur laisse peu de temps disponible pour mener à bien les activités de la CMG. Pour remédier à cela, il faudrait :

- Etablir une planification détaillée et précise des étapes et des activités restantes avant le démarrage du projet.
- Revoir les attributions du personnel d'appui assurant le secrétariat de la cellule technique afin qu'il puisse être capable de tenir à jour l'archivage des dossier et documents.
- Etablir un chronogramme des activités du projet CMG
- Produire des rapports d'activités réguliers afin d'inciter des réactions rapides du comité de pilotage et du Gouvernement.
- Accélérer l'élaboration des éléments de l'organisation administrative et de gestion de la CMG, gage de sa viabilité.

- Finaliser l'étude de faisabilité financière dès la diffusion des rapports de l'évaluation du système de santé et du recensement général de la population projet CMG pour que le démarrage soit effectif à la date prévue.
- Finaliser le projet CMG si possible avant les échéances électorales de 2005.
- Faire une évaluation ex-ante avant le démarrage effectif des activités de la CMG pour être sûr que tout est en ordre.
- Entreprendre le plus tôt possible les activités d'information et de sensibilisation des personnels de santé et de la population sur la CMG.

8.2.2. Recommandations à l'endroit du Comité de Pilotage de la CMG

Afin de jouer avec efficacité son rôle de contrôleur de l'action de la cellule technique de la CMG, le Comité de pilotage devrait :

- Etablir un calendrier de suivi des activités de la cellule technique avec des rencontres périodiques pour faire le point sur les activités, afin de lever les éventuels goulots d'étranglement. Ceci obligerait celle-ci à travailler avec plus de promptitude pour faire avancer le projet vers sa mise en œuvre.
- Renforcer les capacités managériales des agents des Ministères chargés de la Santé, de la Sécurité Sociale et des Finances par des formations spécifiques de gestion en matière d'assurance maladie ou des voyages d'études afin d'obtenir une masse critique de personnes compétentes dans ce domaine.
- Renforcer la cellule technique en personnels compétents en matière de gestion d'assurance maladie afin d'accélérer le processus de mise en place de la CMG.

8.2.3. Recommandations à l'endroit du Gouvernement

- Accélérer le règlement des préalables définis dans le projet CMG afin d'assurer sa viabilité financière et si possible avant les élections de 2005.
- Décréter des sessions extraordinaires du parlement afin d'accélérer l'adoption des textes de lois relatifs à la CMG (priorité du gouvernement attendue par la population) afin d'assurer sa viabilité institutionnelle.

Bibliographie

1. Atlas Eco. Bulletin mensuel de statistiques de l'ONU, avril 2002
2. ATIM C. .Contribution des Mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. BIT/STEP/PHR/ANMC/WSM, 2000a
3. ATIM C. ; Manuel de formation des formateurs pour les institutions de prévoyance maladie. PHR 2000b
4. ATIM C.; Social movement and health insurance: a critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon. Social Science & Medicine 48, 881-896, 1999
5. AURAY. P., BERESNIAK A., CLAVERANNE J. P., DURU G., Dictionnaire commenté de l'Economie de la Santé, Abrégé de Médecine. Masson, 3^e édition, 192p, Septembre 1996
6. BAC Catherine, BALSAN Didier, Modélisation des dépenses d'assurance maladie, Document de travail, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Série Etudes N° 19-octobre 2001
7. Banque Mondiale, Pour une meilleure santé en Afrique. Les leçons de l'expérience, Développement à l'œuvre, 3^e édition 1996, pp 155-205
8. Banque Mondiale, Investir dans la santé, Rapport sur le développement dans le monde 1993
9. Banque Mondiale, La Pauvreté dans une économie de Rente, République Gabonaise, Développement Humain, Groupe II, Région Afrique, Rapport principal N° 16333-GA, Volume II, mars 1997
10. BEJEAN Sophie, Economie du Système de Santé, DU marché à l'Organisation, « Approfondissement de la Connaissance Economique », Economica 1 994, pp 73-961
11. BERESNIAK Ariel, DURU Gérard et col, Economie de la Santé, Masson 57^{ème} édition, Paris 2001

12. BIDET Eric, Corée du Sud : Vers une société d'assurances sociales, Revue Tiers Monde, t, XLIV, n° 175, juillet – septembre 2003, pp 604 – 620
13. BOUKOUBI Faustin ; La Couverture Maladie au Gabon, Ministère de la Santé Publique Document Projet CMG2002
14. BOURBONNAIS Régis, Econométrie, Manuel et exercices corrigés, Dunod 3^{ème} édition, Paris 2000
15. BOYER S. et Col, Quelles approches pour le financement des systèmes de santé dans les pays de la Zone de Solidarité Prioritaire ? Ministère des Affaires Etrangères/ DGCID, CREDES, octobre 2001
16. CARRIN G. et Col., Réforme du système médical coopératif rural en Chine.1996. L'enfant en milieu tropical n° 226/227. CIEF
17. CARNOT Nicolas, TISSOT Bruno ; La Prévention économique, Economica, Octobre 2002, pp 1-160, 366-462
18. CASTEL Didier, Economie et Santé quel avenir ? Les enjeux économiques du système de santé, MANAGEMENT éditions 1999, PPP 73-95
19. CHEVILLET Michel, Couverture maladie universelle (CMU) : évolution ou révolution ? Fédération française des sociétés d'assurances, les Entretiens de l'assurance – 1999,
[http : //www.santé.gou.fr/assurancemaladie/5cmu.html](http://www.santé.gou.fr/assurancemaladie/5cmu.html) 10 novembre 2003
20. Commission Interministérielle de coordination santé. Harmonisation des systèmes de santé au Gabon, Comité technique, Mission d'experts février Mars 1996
21. Compte-rendu des journées d'études IRAM, Cadre de référence et grille d'analyse de la viabilité sociale, iram Paris, iram Montpellier, Septembre 2001
<http://www.iram-fr.org/pdf/je-2001.pdf> 20 novembre 2003, 08 h 30
22. CONTANDRIOPOULOS André Pierre et Col, Savoir préparer une recherche, la définir, la structurer, la financer ; Les Presses de l'Université de Montréal, Canada H3C 3J7, 1990

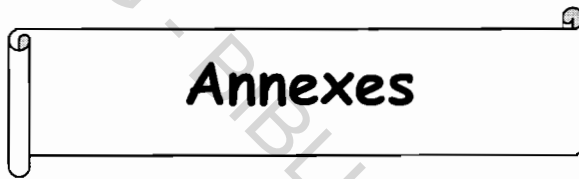
23. COSTA Joan and GARCIA Jaume, Health Care Financing, Health Economics, Health eco. 12: 587- 599(2003) John Wiley & Sons, Ltd 30 September 2002
24. CRDI, Unité de Santé Internationale (USI), Centre Hospitalier de l'Université Montréal (CHUM), Politiques Publiques et protection contre l'exclusion, Montréal, Canada, http://web.idrc.ca/en/ev-31988-201-1-DO_TOPIC.html, 12 /12/2003
25. De La SALLE, Couverture maladie universelle (CMU) : évolution ou révolution ? Fédération française des sociétés d'assurances, les Entretiens de l'assurance – 1999, [http : //www.santé.gou.fr/assurancemaladie/5cmu.html](http://www.santé.gou.fr/assurancemaladie/5cmu.html) 10 novembre 2003
26. Dictionnaires LE ROBERT, Le ROBERT micro, dictionnaire analogique, mars 1997-
27. DOUCOURE F. B., Méthodes économétriques et Applications, Logiciel EVIEWS, Institut Africain de Développement Economique et planification, 2002-2003
28. DOUCOURE F. B., les Modèles Linéaires à Equations Simultanées, Université Cheikh ANTA DIOP, Faculté des sciences Economiques et de Gestion, 2002-2003
29. DROR David M. Vers une protection sociale généralisée: l'assurance maladie obligatoire publique est-elle la solution à l'universalité? Conférence Internationale de l'AIM pp16-30, <http://www.aim-mutuel.org/docs/dror>, 30 Novembre 2003
30. EWALD Jean-Hervé, Encyclopédie de l'Assurance François, LORENZI éditeurs
31. GOBBERS Didier, Côte d'Ivoire : les enjeux d'un système d'assurance maladie universelle, Rubriques International, adsp n° 43 juin 2003, pp 61-66
32. GONZALO LUIS, La Colombie ; Les réformes du secteur de la santé et l'assurance maladie sociale en Colombie
33. HSIAO William, Le financement des soins de santé dans les pays du sud, Havard University, School of Public Health, Afrique du Sud 1999
34. ILUNGA T. B. et COL, Mutuelle et assurance rurales de la santé : Quelles approches pour l'Afrique ?, 1997. L'enfant en milieu tropical n° 228. CIEF - Paris

35. KODJO Niamké Ezoua , Analyse de facteurs déterminant la viabilité des institutions de prévoyance maladies (IPM) au Sénégal, Mémoire CESAG, M0017DSES02, Novembre 2001
36. KOFFI K. R. Analyse des nouvelles orientations de la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat de Cote d'Ivoire (MUGEF6CI) face à l'avènement de l'Assurance Maladie Universelle (AMU), Mémoire CESAG, M0034DSES03, avril 2 003
37. LAFARGE H. Analyse des dispositifs de financement des systèmes de santé. Cours DSES/ISS CESAG, 2003
38. LAMBO Eyitayo, Aims and performance of prepaiement schemes, 1997. WHO
39. LEBONNIEC Yves, Colombie : un pari encore incertain. Revue Tiers Monde, t, XLIV, n° 175, juillet - septembre 2003, pp 583-602
40. LE FAOU Anne-Laurence, l'Economie de la santé en question, Ellipses, Edition Marketing. S. A. 2 000, pp 47-108.
41. LETOURMY Alain, Etat et Assurance maladie dans les pays africains, Communication aux XXVIème Journées des Economistes français de la santé CRDI, Clermont-Ferrand, 9-10 janvier 2003
42. LETOURMY Alain ; Définition de la couverture offerte par l'assurance maladie, Atelier WBI, Abidjan, 15-19 avril 2002
43. LETOURMY Alain ; La gestion du risque couvert par l'assurance Maladie, Atelier WBI, Abidjan 15-19 Avril 2002
44. MARMOT Jean, Couverture maladie universelle (CMU) : évolution ou révolution ? Fédération française des sociétés d'assurances, les Entretiens de l'assurance – 1999,
[http : //www.santé.gou.fr/assurancemaladie/5cmu.html](http://www.santé.gou.fr/assurancemaladie/5cmu.html) 10 novembre 2003.
45. Ministère des Affaires Etrangères/ DGCID, Quelles approches pour le financement des systèmes de santé dans les pays de la Zone de Solidarité Prioritaire ? CREDES, octobre 2001
46. Ministère de la Santé Publique et de la Population, Harmonisation des systèmes de santé au Gabon, Rapport, Missions d'Experts Février Mars 1996

47. Ministère de l'Economie, des Finances, du Budget et des Participations chargé de la privatisation, Tableau de Bord Social n° 1, Direction Générale de l'Economie, Mars 1998
48. Ministère de l'Economie, des Finances, du Budget et de la Privatisation, Tableau de Bord Social n° 2, Direction Générale de l'Economie, Septembre 2003
49. Ministère de l'Economie, des Finances, du Budget et de la Privatisation, Tableau de Bord de l'Economie, Situation 2001, Perspectives 2002-2003, Direction Générale de l'Economie, n°32 - octobre 2002
50. Ministère de l'Economie, des Finances, du Budget et de la Privatisation, Tableau de Bord de l'Economie, Situation 2002, Perspectives 2003-2004, Direction Générale de l'Economie, n°33 - Septembre 2003
51. Ministère de l'Economie, des Finances, du Budget et des Participations chargé de la Privatisation, Synthèse et Comptes Rendus des Journées de concertation économiques, Direction Générale de l'Economie, 09 - 21 juin 2000
52. Ministry of Health and Child Welfare Zimbabwe, Social Health Insurance Study; Final Report, KPMG Management Consultants, October 1996
53. Organisation Mondiale de la Santé, Qui finance les systèmes de santé ? Rapport sur la santé dans le monde 2000, Chapitre Cinq, pp : 109-130, 2001
54. Organisation Mondiale de la Santé, Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique, Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, 2002
55. Organisation Mondiale de la Santé ; Enquête Ménage, Gabon, 1993
56. Organisation Mondiale de la Santé ; Indicateurs sélectionnés pour le Gabon, 2002
57. PHELPS Charles, Les fondements de l'économie de la santé, Université de Rochester, Publi-Union Editions 1995 ; pp 193-306
58. Revue Multidevisees, Statistiques du commerce international du FMI, mars 2002

59. SENGHOR et Col, Situation actuelle des IPM et réflexion sur l'amélioration de l'Assurance Maladie au Sénégal, Commission Sociale/Conseil National du Patronat au Sénégal, 1996
60. SERY J-P, La loi sur l'assurance maladie universelle votée par le parlement ivoirien, Concertation, http://www.concertation.org/Docs/Lettreinfo/HTML/_7.HTML du 30.09.03
61. SHAW Paul R. , GRIFFIN Charles C., Le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification et l'assurance, Le développement en marche Banque Mondiale 1995
62. SHEPARD DONALD S. & AL, Les régimes d'assurance maladie au Zaïre, Banque Mondiale, Département Afrique, Division Population, Santé et Nutrition, Janvier 1992
63. SHEPARD DONALD S. Planification de l'assurance maladie en Cote d'Ivoire, Extrait septembre 1998
64. Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), Bureau International du Travail (BIT), Département de la Solidarité Sociale ; Guide d'introduction à la mutuelle de santé. La micro assurance en Afrique, STEP Afrique, 2000
65. TANGCHAROENSATHIEN V. et COL The social security scheme in Thailand: what lessons can be drawn ?, 1999, Social Science & Medecine 48, 913-923
66. TITELMAN Daniel; Réformes financière du système de santé au CHILI, 2000
67. VOGEL Ronald J., Health Insurance in Sub-Saharan Africa, Banque Mondiale, Département de la population et des ressources humaines, Document de travail n° 476, Washington 1990
67. YEATMAM J. Manuel International de l'Assurance, Ecole Nationale d'Assurances, Economica, 1998, pp 141-156

CESAG - BIBLIOTHEQUE



Annexes

Annexe n°1 : Glossaire

Définitions et concepts

Certaines définitions figurant dans cette rubrique sont des synthèses élaborées à partir de divers documents

La sécurité sociale (social security system) est selon le dictionnaire commenté d'économie de la santé un système contemporain destiné à garantir la sécurité économique des individus contre un certain nombre de risques sociaux susceptibles de supprimer ou de réduire leur capacité de gain ou leur imposant des charges supplémentaires.

C'est également l'ensemble des mesures à caractère obligatoire destinées à garantir les personnes contre les conséquences financières de la maladie (soins de santé), de l'invalidité, du décès, des accidents de travail, des maladies professionnelles, de la vieillesse, des charges familiales et de la maternité.

Le risque (risk): c'est la probabilité que survienne un dommage ou une malchance contre lequel on cherche à se prémunir par l'assurance (manuel international de l'assurance)

Les risques sociaux sont constitués par : la maladie, l'incapacité de travail suite à une maladie ou un accident, l'invalidité, la maternité, la vieillesse et le décès.

Le risque santé : c'est la probabilité qu'un événement potentiellement nuisible à la santé d'une personne se produise (maladie, accouchement, accident etc.) En matière de soins de santé, on fait la différence entre petits risques et gros risques. Les gros risques sont ceux qui impliquent d'importantes dépenses comme une hospitalisation, un accouchement, une opération chirurgicale, etc. Les petits risques sont ceux qui impliquent des dépenses moins élevées (soins de santé primaires, achats de médicaments).

Le risque moral : est le phénomène suivant lequel les bénéficiaires d'une assurance ont tendance à consommer abusivement, ou plus que d'ordinaire, les services proposés, de manière à « valoriser » au maximum les cotisations versées.

La sélection adverse : est un phénomène qui se produit dans un système facultatif de répartition des risques (caisse d'assurance privée et mutuelles), lorsque des individus dont les risques sont différents payent la même prime ou cotisation. Les individus à faibles risques auront alors tendance à partir, laissant au sein du système une majorité d'individus dont les risques sont élevés. Ils mettent ainsi en danger la viabilité financière de l'organisme d'assurance.

L'assurance : est un système de couverture des risques ou événements incertains, par la répartition préalable, entre plusieurs personnes, des coûts résultant de ces risques. Dans le langage courant, l'assurance désigne :

- f) le contrat qui garantit des prestations définies en cas de réalisation d'un risque précis, contre le paiement d'une prime ou de cotisation par le « client »
- g) l'entreprise ou organisation (commerciale ou non, privée ou publique) qui gère des contrats ou systèmes d'assurance.

L'Assurance Santé Nationale : est un système qui permet de transférer les ressources des personnes en bonne santé aux malades et des riches aux pauvres. Cet effet est d'autant plus marqué que les cotisations sont fonction des revenus et les prestations fonction des besoins exemple au Canada où le programme d'assurance santé universelle est financé conjointement par les gouvernements centraux et provinciaux.

L'assurance sociale : c'est le terme utilisé pour les systèmes d'assurance obligatoire à but non lucratif, basé sur la solidarité.

L'assurance sociale bismarckienne (Bismarckien social insurance) est une forme d'assurance sociale développée en Allemagne par Bismarck qui inclut l'inscription obligatoire à une assurance sociale et des contributions financières obligatoires. Cette forme d'assurance est administrée par de nombreux assureurs privés sans but lucratif (par exemple, les fonds de maladie, les mutuelles de santé)

L'assurance maladie est définie comme étant la technique ou le mécanisme qui consiste à répartir entre les membres d'un groupe, le préjudice subi par l'un d'entre eux, suite à la survenue d'un risque (Le FAOU, 1997 ; BIT et al 1996).

L'assurance maladie obligatoire : est un système légal et obligatoire de prise en charge des dépenses de santé d'un individu, dans le cadre d'un régime de sécurité sociale organisé par l'Etat, et financé par les cotisations sociales obligatoires prélevées proportionnellement au salaire.

L'assurance santé complémentaire : est un système facultatif de prise en charge des dépenses de santé non couvertes par le régime de sécurité sociale, organisé par une initiative privée, le plus souvent une mutuelle ou une compagnie d'assurance.

L'Assurance Maladie Universelle (AMU) ou Couverture Maladie Universelle (CMU) est un système de couverture qui d'une conception Bismarckienne, fondée sur la logique professionnelle financée par les cotisations, passe à une conception beveridgienne, prônant l'accès universel et financé par l'impôt.

Le financement fiscal ciblé : c'est le financement de services comme les soins de santé, par la répartition des recettes fiscales au profit de programmes ou de groupes spécifiques. Exemple : les programmes de santé publique, les infrastructures dans les régions pauvres.

Le ticket modérateur est le pourcentage fixe des frais médicaux que doit prendre en charge le malade (ATIM...). C'est la différence entre les tarifs de convention (prix des prestations) et les remboursements des régimes d'obligation. Il est recommandé que le ticket modérateur, qui concerne le plus souvent les soins ambulatoires et les médicaments (ILOUNGA, 1997) soit moins important que la part supportée par l'assurance afin de ne pas rendre les services de santé inaccessibles.

Le tiers payant : c'est le système de remboursement des prestataires qui s'il est accepté par les professionnels de la santé, évite aux adhérents de faire l'avance totale ou partielle des frais de santé. Le patient a accès aux soins sans payer immédiatement le fournisseur, sauf en cas de co-paiement. L'assureur paye les prestations sur présentation de la facture.

Le tiers garant : le patient paie d'abord les soins qu'il reçoit avant d'être remboursé totalement ou partiellement par l'assurance.

La protection sociale : c'est le dispositif destiné à garantir les citoyens contre les différents risques sociaux.

L'accréditation : selon LE FAOU c'est une « procédure d'évaluation externe à un établissement de soins, effectuée par des professionnels, indépendants de l'établissement ou des organismes de tutelle, évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein de l'établissement ».

L'adhérent : est une personne qui s'affilie à une assurance ou une mutuelle et s'engage à en respecter les statuts et le règlement intérieur et à verser ses cotisations. On l'appelle aussi « titulaire ». Il peut ouvrir le droit aux services de l'assurance ou de la mutuelle à un certain nombre d'individus dépendant directement de lui et qu'on appelle « personnes à charge » : ce sont généralement son épouse et ses enfants, jusqu'à un certain âge, ses ascendants au premier degré, etc. Les adhérents et les personnes à charge constituent les « bénéficiaires » de l'assurance ou de la mutuelle.

L'ayant droit : c'est une personne protégée par l'assurance maladie par l'intermédiaire d'un assuré social : par exemple un enfant, est ayant droit de ses parents ; une femme au foyer est ayant droit de son conjoint.

Le bénéficiaire : est un ayant droit, il bénéficie de l'assurance maladie.

L'actuaire est un spécialiste de la statistique et du calcul des probabilités appliquées aux problèmes d'assurance, de prévoyance, d'amortissement.

Actuariel / actuarielle C'est ce qui est relatif aux méthodes mathématiques des actuaires. Le taux actuariel est le taux de rendement d'un capital lorsque le remboursement et le paiement des intérêts sont assurés par des versements échelonnés dans le temps.

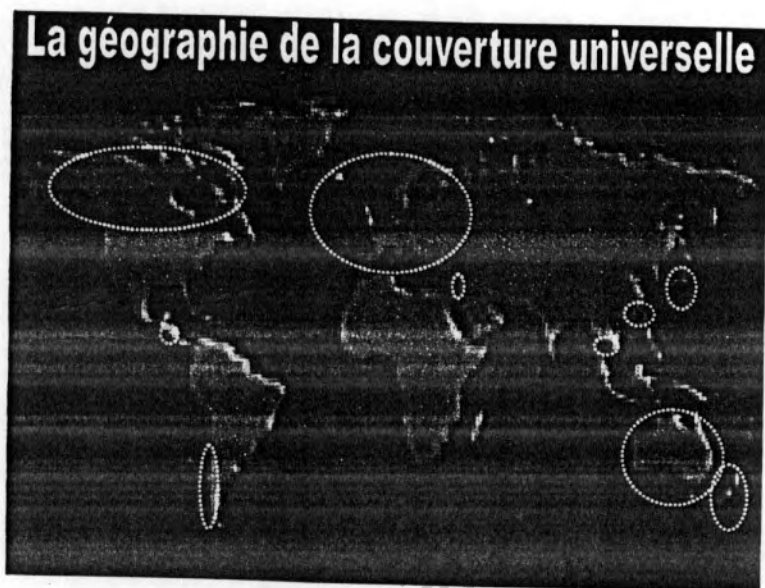
La fiabilité : c'est le caractère de ce qui est fiable, ce en qui ou en quoi on peut avoir toute confiance. Se rapportant au projet CMG ; se serait la confiance qu'on accorderait au projet.

La viabilité ou durabilité, sa définition varie selon les auteurs.

Pour HSIAO (1999), la viabilité est le caractère d'un système de financement des soins de santé qui peut se suffire sans dépendre des contributions extérieures ; on dira alors d'une structure qu'elle est viable lorsque son environnement et sa gestion la rendent capable de préserver de façon durable, son équilibre financier et économique, c'est à dire que ses ressources et ses charges s'ajustent durablement. Hsiao W. définit aussi la viabilité ou la durabilité comme « la capacité d'un système à produire des avantages qui sont suffisamment appréciés par les utilisateurs et les parties prenantes (« stakeholders ») pour garantir suffisamment de ressources afin de continuer les activités qui présentent les avantages dans le long terme".

Stafanini et Ruck (1992) en donnent une définition beaucoup plus large: « un programme ou un projet est durable si pour les services fournis, les extrants sont appréciés par la communauté locale et nationale à un point tel que la communauté est disposée à donner du temps, des ressources et un soutien politique pour maintenir ces outputs afin de permettre des résultats à plus long terme. »

Annexe n°2 : Géographie de la couverture universelle



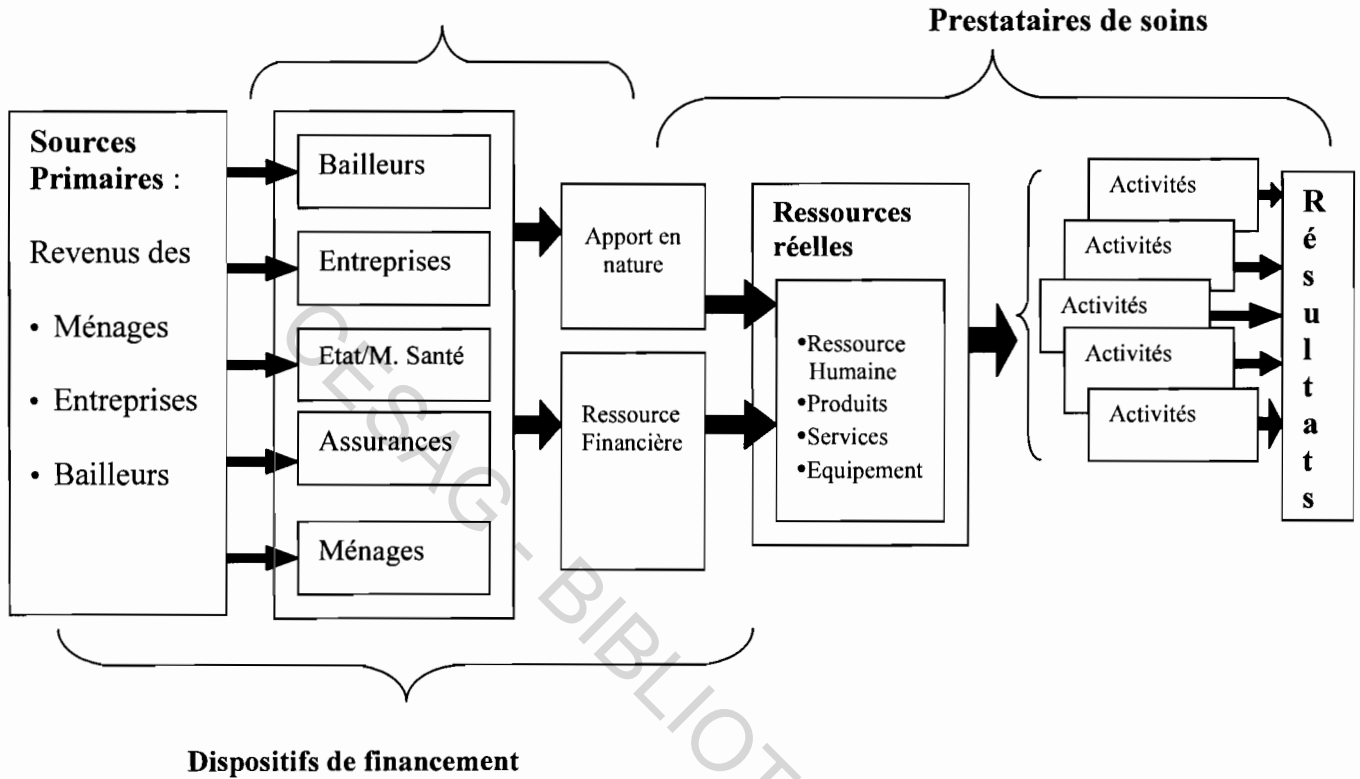
¹ Pour une excellente étude et analyse, voir Baldwin, 1992

² Ici, on fait référence aux états membres qui y sont entrés dans les années 60 et 70, à l'exception de la Turquie et des Etats-Unis

BIBLIOTHEQUE

Annexe n°3 : Cadre conceptuel pour l'analyse des dispositifs de financement

Organismes financeurs de soins



Source : Schéma simplifié tiré du cadre conceptuel des dispositifs de financement. Pr. H. LAFARGE, 2003

Annexe n°4 : Collecte des données

4. a. Guide d'entretien à l'intention de la cellule technique de la CMG

4. b. Informations complémentaires

Pour la CNGS et la CNSS

- Dépenses des prestations médicales de 1992 à 2002
- Recettes au cours de cette même période
- Nombres d'affiliés
- Nombre de bénéficiaires

Les organismes payeurs de cotisations sociales de 1992 à 2002

- Trésor public :
- Entreprises :
- Salarié :
- Ménages (ticket modérateur et paiement direct) :

Egalement :

- le nombre de boursiers (étudiants) de 1992 à 2002
- Le nombre de fonctionnaires de 1992 à 2002
- Main d'œuvre non permanente de 1992 à 2002
- Les contractuels de l'état de 1992 à 2002

Serait-il possible de savoir combien l'état a dépensé pour ces différentes catégories pendant ces dix (10) dernières années ?

4. c. Autres information utiles

Evolution du budget de l'état de 1998 à 2002 (budget exécuté) et de la croissance économique, ainsi que :

- Le budget du ministère de la santé de 98 à 2002
- Les dépenses de santé de 98 à 2002

Existe-il des comptes nationaux de la santé ? (Compte satellite ?)

Quels sont les modes de fonctionnement et d'organisation de prise en charge médicales des fonctionnaires ?

Quelle part du budget est prévue pour l'assurance maladie des travailleurs de l'état ?

Quelles en sont les dépenses ?

Pour la CMG

Le panier de soins a-t-il été déjà définie ? quel est son contenu ?

Combien de temps est prévu entre le début de mise en œuvre et la prise en charge effective des malades ?

Quelle est la place des assurances privées dans tout ce processus ?

Les ménages qui constituent le ticket modérateur ont-ils été consulté tout au long de processus ?

De quand date le projet CMG ?

Qui a réalisé l'étude de faisabilité ?

Fiabilité des sources de financement de la CMG

Evolution des recettes fiscales de certains produits de 1998 à 2002

Produits taxables	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Cigarettes										
Bières locales										
Boissons gazeuses										
Tel . cellulaire et communications										
Importation de boissons										
Assurances risque corporel										
Exportation de pétrole										
Exportation de grumes d'okoumé										
Exportation de grumes d'Ozigo										
Exportation d'autres grumes										
Total										

Evolution de quelques indicateurs économiques de 1992 à 2003

indicateur	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
PIB												
PNB												
Masse salariale												
Recettes pétrolières												
Recettes de l'Etat												
Budget Etat												
Dépenses totales Etat												
Dépenses santé												

Evolution de ressources de 1998 à 2002

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
CNSS :												
- Dépenses												
- Recettes												
CNGS :												
- Dépenses												
- Recettes												

Evolution des cotisations de 1992 à 2002 CNSS

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Cotisations patronales												
Cotisations de salariés												

Evolution des cotisations de 1992 à 2002 CNGS

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Cotisations patronales												
Cotisations de salariés												

Evolution des cotisants de 1992 à 2002 CNSS

Cotisations	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Entreprises publiques												
Entreprises privées												
salariés du												
- public												
- privé												
- parapublic												

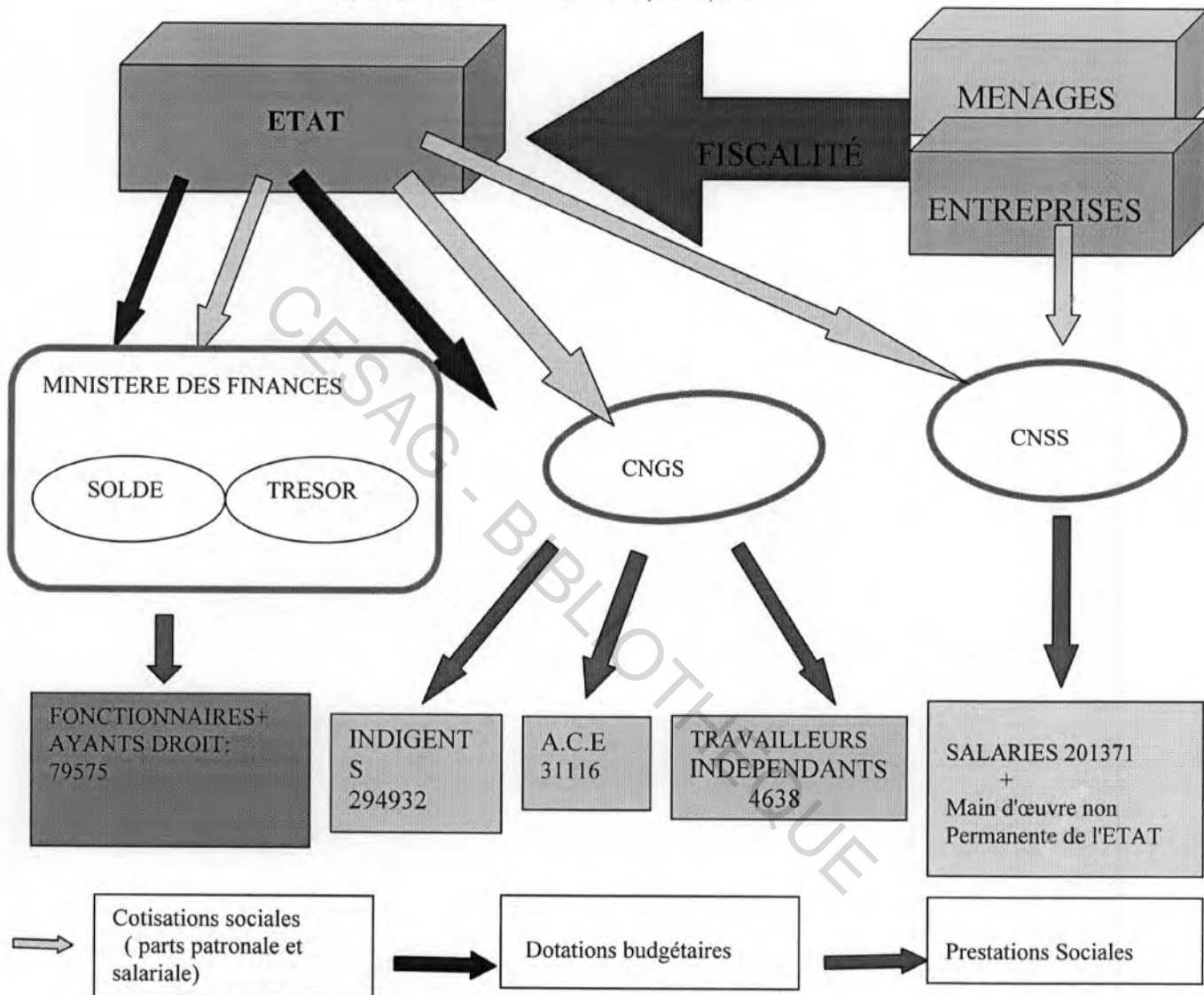
Evolution des effectifs de salariés de 1992 à 2002 CNSS

Effectifs	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Etat												
Entreprises privées												
Entreprises parapubliques												

Annexe n° 5 a : Dispositions légales du financement de la protection sociale

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

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



Selon les textes en vigueur, l'ensemble de la protection sociale (sécurité sociale) est financé selon le schéma retracé dans le tableau 1 ci-dessus.

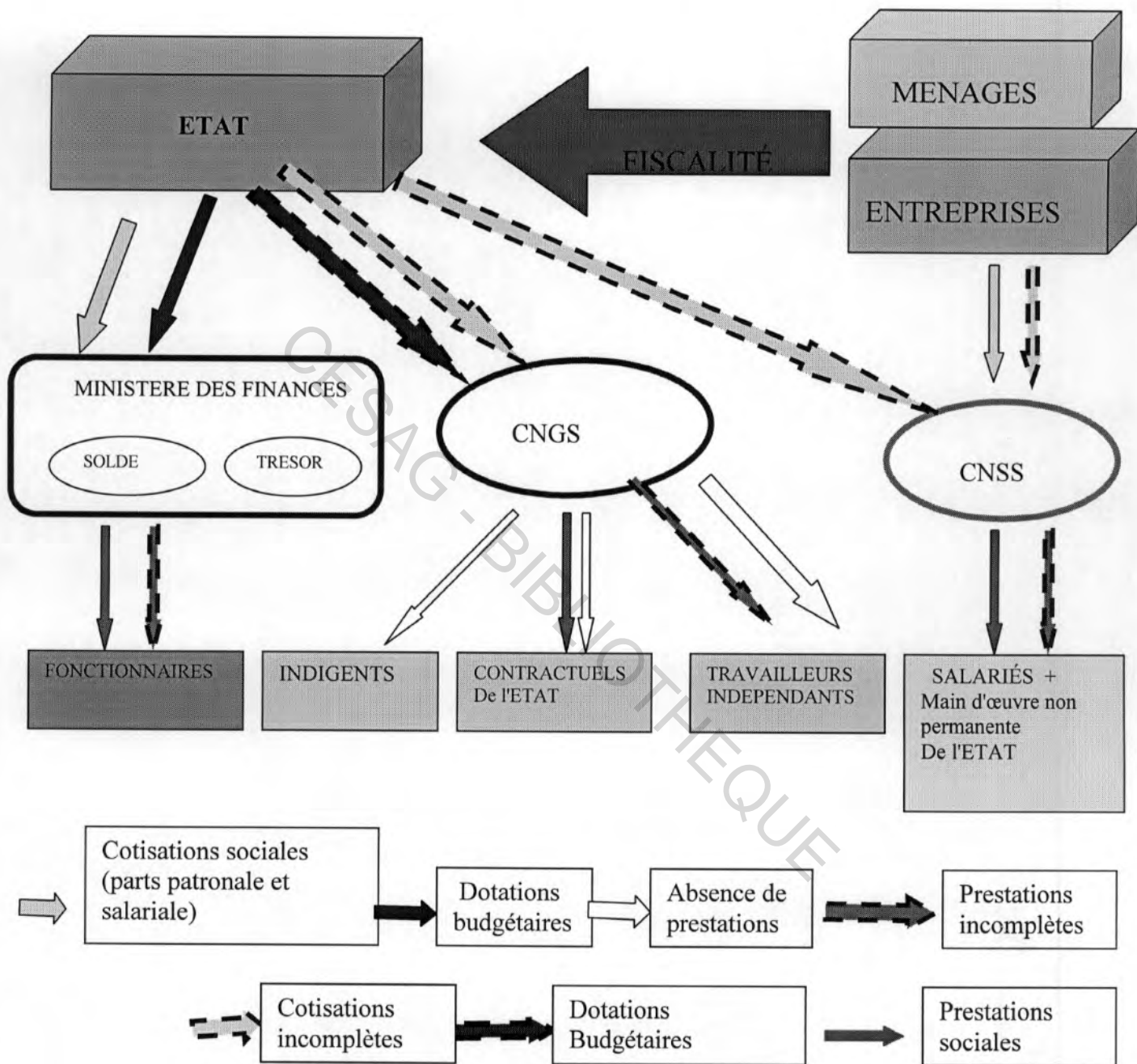
L'Etat puissance publique, alimenté par les recettes fiscales provenant des ménages et des entreprises, redistribue une partie de celles-ci sous forme de dotation ou de cotisations. Les entreprises et les salariés financent, sans apport financier de l'Etat, leur protection sociale (CNSS), hormis le cas de la MONP de l'Etat.

Ce système ne peut fonctionner que si l'Etat puissance publique respecte scrupuleusement ses engagements.

Les prestations sociales sont les suivantes:

- pour les agents de l'Etat et les salariés(famille, maternité, santé, invalidité, vieillesse, décès, pension de survivant)
- pour les indigents (famille, maternité, santé)
- pour les travailleurs indépendants(famille, maternité, santé, acc. du travail, invalidité, vieillesse, décès, pension de survivant)

Annexe n° 5 b : Les réalités du financement de la protection sociale



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

Annexe n°6 : Estimation du financement de la CMG

ESTIMATIONS SELON LA METHODE ACTUARIELLE DE LA COUVERTURE MALADIE AU GABON

Le nombre des actes et les coûts que nous avons indiqués sur ce document ne sont que des extrapolations de la situation actuelle et donc ne reposent pas sur une étude minutieuse de ces différents éléments.

Cette étude a pour objectif de donner une idée grossière de ce que pourrait coûter la mise en place de la couverture maladie au GABON. Trois éléments essentiels sont indispensables pour affiner ce travail, il s'agit d'un bon système d'information sanitaire ensuite de la liste de prestations couvertes par la CMG et enfin le décret fixant le coût des actes.

NATURE DES ACTES	QUANTITE ANNUELLE	COUT UNITAIRE	TOTAL
Consultations	2.000.000	10.000	20.000.000.000
Journées d'hospitalisations	400.000	20.000	8.000.000.000
Accouchements	20.000	75.000	1.500.000.000
Actes médicaux	25.000	75.000	1.875.000.000
Actes paramédicaux	2.000.000	3.000	6.000.000.000
Médicaments consultations	2.000.000	5.000 ou 10.000	10.000.000.000
Médicaments hospitalisations	400.000	50.000	20.000.000.000
Poches de sang	8.000	100.000	800.000.000
Biologie	750.000	7.500	5.625.000.000
Imagerie	250.000	15.000	3.750.000.000
Soins dentaires	20.000	15.000	300.000.000
Prothèses orthopédiques et dentaires	8.000	DND	DND
Lunettes	60.000	35.000	2.100.000.000
Kinésithérapie et rééducation	20.000	10.000	200.000.000
Radiothérapie	150 séances de 50 gray en moyenne	25.000 / gray	200.000.000
Dialyse	8100 séances	200.000	1.620.000.000
Vaccination	300.000	4.000	1.200.000.000
Evasan intérieure	600	2.000.000	1.200.000.000
Evasan extérieure	150	15.000.000	2.250.000.000
TOTAL (provisoire)			85.420.000.000

Les charges de fonctionnement de la CMG étant évalué à 20% , ce qui nous donne un montant de 17.084.000.000 de francs CFA. Nous aurons donc un coût de fonctionnement global de 85.420.000.000 plus 17.084.000.000 = **102.504.000.000 de francs CFA .**

Annexe n°7 : Autres tableaux

Tableau n°14 : Quelques données financières du Gabon de 1998 à 2002 (en FCFA)

Désignation	1998	1999	2000	2001	2002
Dotations budgétaires Etat	1.164.500.000.000	1.399.155.005.000	1.760.949.000.000	1.356.662.000.000	
Dépenses ordonnancées Etat	1.110.297.840.622	714.829.646.833	1.059.191.278.889	1.337.285.943.095	
Dotations budgétaires Santé	22.091.236.603	18.520.254.300	20.033.504.668	37.545.556.225	
Dépenses Santé	18.058.760.831	15.742.389.146	17.278.542.655	24.409.389.795	
Dotations budgétaires CNSS	-	0	900.240.000	1.054.000.000	1.740.000.000
Dépenses CNSS	-	-	-	-	
Dotations budgétaires CNGS	1.000.000.000	1.270.000.000	2.000.000.000	2.000.000.000	1.812.500.000
Dépenses CNGS	1.000.000.000	1.270.000.000	2.000.000.000	1.812.500.000	
Dotations budgétaires Bourses et Stages	814.128.000	1.015.704.00	1.007.853.000	162.150.000	
Dépenses Bourses et Stages	806.408.000	1.015.650.000	1.007.853.000	162.150.000	

Source : Ministère de l'Economie, des Finances, du Budget et de la Privatisation, Service Documentation

Tableau n° 15 : Quelques données économiques du Gabon de 1992 à 2003

Année	Pétrole (milliers de tonnes)		Pétrole (dollars)	Masse salariale (milliards F CFA)	
	Production	Exportation	Cours du baril	Public	Privé /Parapublic
1992	14 654	13 943	19,29	-	-
1993	15 569	14 545	16,94	-	-
1994	17 357	16 201	15,88	-	-
1995	18 326	16 770	16,95	-	-
1996	18 277	17 363	20,65	-	-
1997	18 462	17 539	19,16	-	-
1998	17 570	16 722	12,96	216,630	420,180
1999	15 586	14 500	19,90	228,120	399,150
2000	13 500	12 400	28,48	230,700	417,200
2001	12 890	12 650	24,27	237,200	435,600
2002	12 563	11 640	24,75	239,600	456,100

Source : Ministère de l'Economie, des Finances, du Budget et de la Privatisation, Service Documentation

Annexe n° 8 : Autres figures

Figure n°11 : Répartition des assurés de la CMG selon le secteur d'activité en 2001

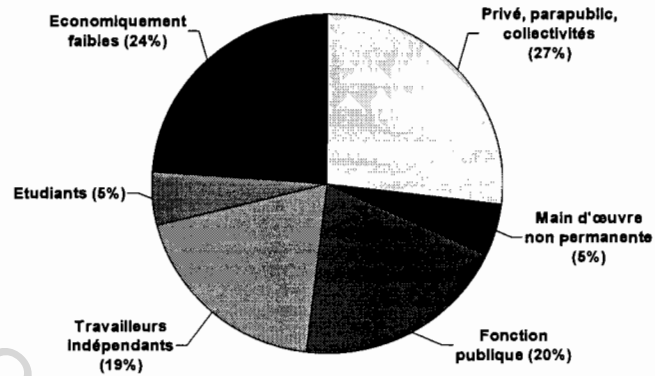


Figure n° 12 : Répartition de la contribution financière à la CMG en milliards de francs CFA selon le secteur d'activité (Hypothèse 1)

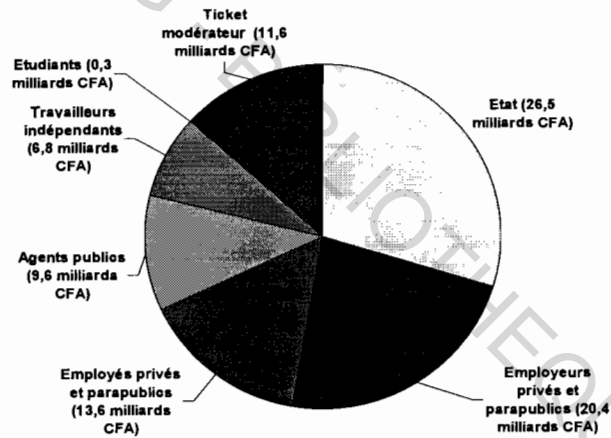
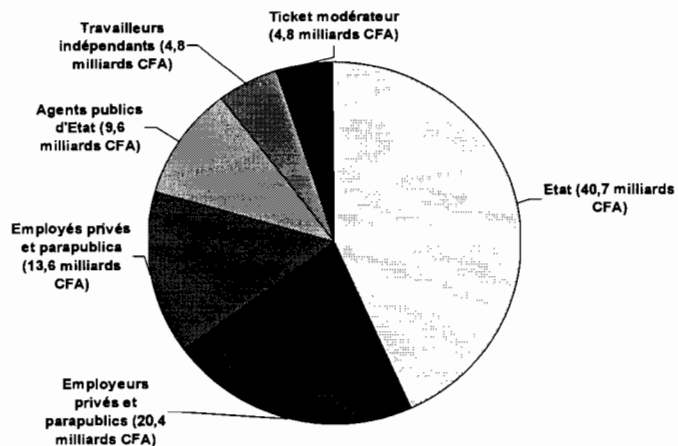


Figure n° 13 : Répartition de la contribution financière à la CMG en milliards de francs CFA selon le secteur d'activité (Hypothèse 2)



Annexe n° 9 : Textes de lois et coupures de presse

- Décret Présidentiel portant création, attribution et organisation de la Commission Interministérielle sur la mise en oeuvre d'un système de Couverture Maladie au Gabon
- Ordonnance N° 001/95 portant orientation de la politique de santé en République gabonaise
- Décret N° 1158/PR/MSPP du 4 septembre 1997 portant les attributions et l'organisation du Ministère de la Santé Publique et de la Population
- Coupures de presse sur le projet CMG

RESAG - BIBLIOTHEQUE

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

**MINISTRE DE LA SOLIDARITE NATIONALE,
DES AFFAIRES SOCIALES ET DU BIEN-ETRE**

MINISTRE DE LA SANTE



REPUBLIQUE GABONAISE

Union – – Justice

DECRET n° _____/PR/MSNASBE/MSP

Visa du Président
Du Conseil d'Etat

Portant Création, Attribution et Organisation de la
Commission Interministérielle sur la mise en œuvre
d'un système de Couverture Maladie au GABON

**LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,
CHEF DE L'ETAT ;**

Vu la Constitution ;

Vu les décrets n° 000127/PR et 000128/PR des 27 et 28 janvier 2002 fixant la composition du Gouvernement, ensemble les textes modificatifs subséquents ;

Vu la loi n° 6/75 du 25 novembre 1975 portant Code de Sécurité Sociale ;

Vu la loi n° 10/82 du 24 janvier 1983 portant Code de Garantie Sociale ;

Vu l'ordonnance n° 001/95 du 14 janvier 1995 portant orientation de la politique de santé au Gabon ;

Vu le décret n° 1113/PR du 09 août 1982 fixant les attributions et l'organisation du Ministère de la Sécurité Sociale et du Bien-Etre ;

Vu le décret n° 1158/PR du 04 septembre 1997 fixant les attributions et l'organisation du Ministère de la Santé Publique et de la Population ;

Vu le protocole d'accord sur la mise en œuvre d'un système de couverture maladie au Gabon ;

Le Conseil d'Etat consulté ;

Le Conseil des Ministres entendu ;

DECRETE :

Article 1er : Le présent décret, pris en application des dispositions de l'article 51 de la Constitution, crée auprès du Premier Ministre, Chef du Gouvernement, une Commission Interministérielle (C.I.) chargée de la mise en œuvre d'un système de Couverture Maladie au Gabon (C.M.G.)

Article 2 : La Commission Interministérielle est constituée de deux organes :

- Le Comité de Pilotage (CP) ;
- La Cellule Technique (CT).

CHAPITRE I : LE COMITE DE PILOTAGE

Section 1 : Des Attributions

Article 3 : Le Comité de Pilotage est chargé de :

- Donner des orientations sur la mise en œuvre d'un système de CMG ;
- Mobiliser les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la CMG ;
- Piloter et contrôler l'action de la Cellule Technique ;
- Valider les travaux de la Cellule Technique ;
- Soumettre au Gouvernement les projets de lois et règlements sur la mise en œuvre du système de la CMG.

Section 2 : De l'Organisation

Article 4 : Le Comité de Pilotage Comprend :

Président :

- Le Premier Ministre

Vice-Présidents :

- Le Ministre chargé de la Sécurité Sociale ;
- Le Ministre chargé de la Santé Publique .

Les Membres :

- Le Ministre chargé des Finances ;
- Le Ministre chargé de la Fonction Publique ;
- Le Ministre chargé du Travail ;
- Le Ministre chargé de l'Intérieur et de la Décentralisation ;
- Le Ministre chargé de la Défense Nationale ;
- Le Ministre chargé de la Justice, Garde des Sceaux ;
- Le Ministre chargé de la Famille ;
- Le Ministre du Contrôle d'Etat, des Inspections, de la Lutte contre la Pauvreté.

Il comprend en outre :

- 1 représentant par Confédération Patronale ;
- 1 représentant par Confédération Syndicale ;
- 1 représentant par partenaires au développement.

Article 5 : Le Comité de Pilotage est présidé par le Premier Ministre, Chef du Gouvernement, assisté de deux vice-présidents, le Ministre chargé des Affaires Sociales et le Ministre chargé de la Santé Publique. Le Comité de Pilotage se réunit chaque fois que de besoin, sur convocation de son président.

CHAPITRE II : LA CELLULE TECHNIQUE (CT)

Section 1 : Des Attributions

Article 6 : La Cellule Technique est chargée :

- De réaliser ou de faire réaliser toutes les études ayant trait à la mise en œuvre du système de Couverture Maladie au Gabon ;
- D'élaborer l'ensemble des textes législatifs et réglementaires portant sur la mise en œuvre du système de CMG ;
- D'assurer le secrétariat du Comité de Pilotage.

Section 2 : De l'Organisation

Article 7 : La Cellule Technique est composée des représentants des départements ministériels (et partenaires) ci-après, à raison d'un (1) représentant par département ministériel. Il s'agit :

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| * des Affaires Sociales ; | * de la Justice ; |
| * de la Santé Publique ; | * de la Famille ; |
| * des Finances ; | * de l'Intérieur ; |
| * de la Défense ; | * Confédération Syndicale ; |
| * du Contrôle d'Etat ; | * Confédération Patronale ; |
| * de la Fonction Publique ; | * les partenaires au développement ; |
| * du Travail. | |

La Cellule Technique peut faire appel à toute autre expertise nécessaire à l'accomplissement de ses missions. Elle peut notamment recourir à l'appui de l'Assistance Technique.

Article 8 : Les membres de la Cellule Technique sont désignés par décision du Premier Ministre sur proposition des Ministres concernés.

Article 9 : La Cellule Technique est animée par une coordination composée des représentants du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé Publique et de Finances.

Article 10 : La Cellule Technique dispose d'un personnel d'appui, notamment pour les tâches de secrétariat.

Elle dispose en outre d'une dotation budgétaire alimentée par le budget général de l'Etat et les contributions des organismes de protection sociale et des autres partenaires au développement.

Dispositions Finales

Article 11 : Le présent décret, qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, sera enregistré, publié selon la procédure d'urgence et communiqué partout où besoin sera.

Fait à Libreville, le

Par le Président de la République,
Chef de l'Etat ;

EL HADJ OMAR BONGO

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Le Premier Ministre,
Chef du Gouvernement ;

Jean-François NTOUTOUME EMANE

Ministre de la Solidarité Nationale,
Des Affaires Sociales et du Bien-Etre ;

André MBA OBAME

Le Ministre de la Santé Publique ;

Faustin BOUKOUBI

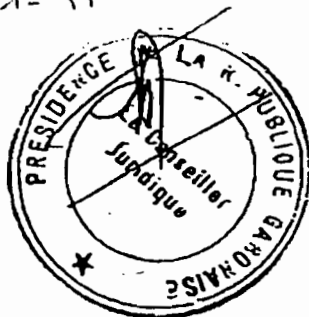
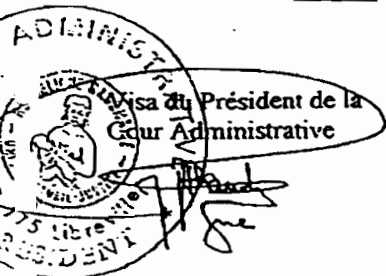
Le Ministre d'Etat, Ministre de l'Economie,
Des Finances, du Budget et de la Privatisation ;

Paul TOUNGUI

CESAG - BIBLIOTHEQUE

14-1-95

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

REPUBLIQUE GABONAISE
Union-Travail-JusticeORDONNANCE N° 001 /95 portant
orientation de la politique de la santé
en République gabonaise

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE, CHEF DE L'ETAT

Vu la Constitution ;

Vu les Décrets N° 01043/PR et N° 01116/P.R. des 12 et 30 Octobre 1994, fixant la composition du Gouvernement, ensemble les textes modificatifs subséquents ;

Vu la loi N° 26 /94 du 23 Décembre 1994 autorisant le Président de la République à légiférer par Ordonnances pendant l'intersession parlementaire ;

La Cour Administrative consultée ;

Le Conseil des ministres entendu ;

ORDONNE :

Article 1er.- La présente ordonnance, prise en application des dispositions de l'article 47 de la Constitution, porte orientation de la politique de la santé en République Gabonaise.

DISPOSITIONS GENERALES

Article 2.- La santé est un état de complet bien-être physique, mental et moral assurant à l'individu une croissance, un développement et une vie sociale harmonieux.

Article 3.- L'Etat, selon ses possibilités, garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, aux handicapés, aux vieux travailleurs et aux personnes âgées, la protection de la santé.

Article 4.- Les soins à donner aux enfants constituent pour les parents un droit naturel et un devoir qu'ils exercent sous la surveillance et avec l'aide de l'Etat et des collectivités publiques. Les enfants ont vis à vis de l'Etat, les mêmes droits en ce qui concerne aussi bien l'assistance que leur développement physique, intellectuel et moral.

Article 5.- La nation proclame la solidarité et l'égalité de tous devant les charges publiques en matière de santé . Chacun doit participer, dans la mesure de ses ressources, au financement de ces charges.

La nation proclame en outre la solidarité de tous devant les charges qui résultent des calamités et des catastrophes naturelles et nationales en matière de santé.

Article 50.- Les tiers payants publics concourent au financement de la partie des dépenses de fonctionnement des formations sanitaires visées au deuxième alinéa de l'article 49 ci-dessus, non couverte par la convention, selon les modalités fixées par voie réglementaire. Ils assurent également, en tout ou partie, les dépenses d'investissement des formations et établissements susvisés, selon les modalités fixées par voie réglementaire.

Article 51.- Les ressources générées par les prestations conventionnées et le ticket modérateur sont destinées au fonctionnement autonome des formations sanitaires, selon les modalités fixées par voie réglementaire.

Article 52.- Chaque citoyen affilié à un tiers payant public a droit à une assurance couvrant sa personne et ses ayants droits. Il a le droit d'utiliser ladite assurance dans la formation sanitaire conventionnée de son choix, au sein du service public de santé.

CHAPITRE QUATRIEME : DES RESSOURCES HUMAINES

Section 1 : De la gestion des ressources humaines

Article 53.- La gestion des ressources humaines vise à développer l'administration rationnelle des personnels existants et la planification du recrutement et de la formation.

Article 54.- La politique de gestion des ressources humaines doit assurer en particulier le développement des axes prioritaires suivants :

- le plan de carrière des personnels de santé ;
- la répartition adéquate et équitable des effectifs ;
- l'utilisation rationnelle des personnels ;
- la responsabilisation, la motivation et la discipline des personnels de santé ;
- la programmation du recrutement et de la formation en relation avec les services et les institutions concernées ;
- la vérification de la liste des institutions nationales et étrangères agréées par l'Etat en matière de formation des personnels de santé.

Article 55.- Les Directions des Ressources Humaines du service public de santé ont pour mission de mettre en oeuvre la politique de gestion des ressources humaines, conformément aux règles d'administration et de gestion déconcentrées des personnels.

Section 2 : De la formation

Article 56.- La formation vise à doter le système de santé de personnels qualifiés, compétents et disponibles.

Elle repose notamment sur la promotion de la formation initiale, du perfectionnement et de la formation continue, ainsi que sur le développement d'une recherche opérationnelle permanente.

TEXTES OFFICIELS

Décret n° 1158/PR/MSPP

du 4 septembre 1997

fixant les attributions et l'organisation
du ministère de la santé publique
et de la population

Le président de la République, chef de l'État,
Vu la Constitution,

Vu les décrets n° 136/PR et 144/PR des 27 et 28
janvier 1997 fixant la composition du gouverne-
ment, ensemble les textes modificatifs subsé-
quents;

Vu l'ordonnance n° 1/95 du 14 janvier 1995 portant
orientation de la politique de la santé en Répu-
blique gabonaise;

Vu la loi n° 18/93 du 13 septembre 1993 portant
statut général de la fonction publique;

Vu la loi n° 8/91 du 26 septembre 1991 portant sta-
tut général des fonctionnaires, ensemble les textes
modificatifs subséquents;

Vu la loi n° 3/88 du 31 juillet 1990 fixant les condi-
tions générales d'emploi des agents contractuels
de l'État;

Vu le décret n° 80/PR/MFP du 22 janvier 1979
déterminant les modalités d'organisation et de
fonctionnement des conseils de discipline;

Vu le décret n° 1445/PR/MSPP du 28 novembre
1995 portant réglementation des conditions d'im-
portation, de distribution et de promotion des pro-
duits pharmaceutiques;

Vu le décret n° 1325/PR/MFPRA du 2 octobre
1991 portant création et attributions de la fonction
de secrétaire général de ministère;

Vu le décret n° 430/PR du 23 mars 1985 portant
création et attributions d'une direction du personnel
à la présidence de la République, à la primature et
dans les ministères;

Vu le décret n° 1379/PR/MINECOFIN du 29
octobre 1982 portant création de la fonction de
chargé d'études et fixant les conditions d'accès à
cette fonction;

Après avis du comité consultatif de la fonction
publique;

La Cour administrative consultée;

Le conseil des ministres entendu;

Décète :

Article 1^{er} - Le présent décret, pris en application
des dispositions de l'article 51 de la Constitution,
fixe les attributions et l'organisation du ministère de
la santé publique et de la population.

TITRE I DES ATTRIBUTIONS

Article 2 - Le ministère de la santé publique et de
la population est chargé de l'application de la poli-
tique du gouvernement en matière de santé,
notamment d'élaborer, de mettre en oeuvre et de
coordonner la politique de santé sur toute l'éten-
due du territoire national en assurant et en pro-
mouvant la bonne santé physique, mentale et
sociale des populations.

À ce titre :

- Il prépare, fait approuver et assure toutes
mesures législatives ou réglementaires approp-
riées;

- Il assure l'exécution et veille au respect des
lois et règlements;

- Il exerce le contrôle et le suivi des professions
médicales et paramédicales ainsi que des struc-
tures dans lesquelles elles exercent;

- Il est associé aux programmes de recherche
en matière de santé menés en République gabo-
naise;

- Il définit le contenu des programmes de forma-
tion des personnels de santé;

- Il réglemente les conditions d'ouverture des
établissements privés de formation en matière de
santé et participe à leur homologation;

- Il contrôle la formation des personnels de
santé dans les établissements privés, et dresse la
liste des établissements dont les diplômés donnent
droit à l'exercice d'une profession de santé en terri-
toire gabonais;

- Il est associé à toutes initiatives publiques ou
privées relatives à la santé publique et à la popula-
tion;

- Il suit les problèmes démographiques en rela-
tion avec les autres départements intéressés;

- Il gère les carrières de l'ensemble des agents
publics de la santé;

- Il suit la gestion des personnels de santé des
collectivités locales et des établissements, unités
de soins, d'analyse ou d'examen parapublics ou
privés;

- Il assure l'inspection générale des services de
santé sur toute l'étendue du territoire national;

- Il veille à la qualité des prestations de soins et
conçoit les actions de santé prioritaires tant dans le
domaine curatif que dans les domaines de la pré-
vention, de la rééducation et de la réadaptation;

- Il élabore, met en oeuvre et évalue les pro-
grammes de santé à partir d'une carte sanitaire et
d'un schéma d'organisation sanitaire;

- Il définit les normes des structures et des équi-
pements sanitaires.

Article 3 - Le ministère de la santé publique et de
la population est l'interlocuteur obligé des orga-
nismes nationaux et internationaux opérant en
matière de santé.

Il assure la coordination des actions de ces
organismes.

TITRE II DE L'ORGANISATION

Article 4 - Le ministère de la santé publique et de
la population comprend :

- le cabinet du ministre et les organes rattachés,
- l'inspection générale de la santé,
- le secrétariat général,
- les établissements sous tutelle.

Chapitre premier - Du cabinet du ministre et des organes rattachés

Section 1 - Du cabinet du ministre

Article 5 - La composition du cabinet du ministre
chargé de la santé publique et de la population est
arrêtée conformément aux textes en vigueur.

Section 2 - Des organes rattachés

Article 6 - Les organes rattachés au cabinet du
ministre chargé de la santé sont :

- la direction du médicament et de la pharmacie,
- les organes consultatifs.

Sous-section 1

De la direction du médicament et de la pharmacie

Article 7 - La direction du médicament et de la
pharmacie est chargée :

- de préparer et de soumettre aux pouvoirs
publics tous textes réglementaires concernant le
médicament;

- de veiller à l'application des conventions et trai-
tés internationaux relatifs aux médicaments, aux
stupéfiants et aux substances psychotropes;

- de délivrer les autorisations de mise sur le
marché gabonais;

- de réglementer la publicité pharmaceutique;

- de participer à l'homologation des matériels
médicaux, à l'enregistrement des produits relevant

de l'homéopathie, de la pharmacopée traditionnelle,
de la médecine vétérinaire et de la parapharma-
cie;

- de participer à la tarification des médicaments;

- de préparer, en liaison avec l'inspection géné-
rale, les décisions relatives aux autorisations d'ou-
verture ou de transfert d'officines privées, aux

autorisations d'ouverture de dépôts pharmaceu-
tiques, aux agréments de grossistes-répartiteurs et
aux agréments d'établissements de fabrication de

médicaments.

L'organisation et le fonctionnement de la direc-
tion du médicament et de la pharmacie sont fixés
par des textes particuliers.

↳ Sous-section 2 - Des organes consultatifs

Article 8 - Les organes consultatifs rattachés au
cabinet du ministre sont :

- le comité d'éthique,
- le conseil de santé,
- le conseil de discipline,
- la commission nationale de coordination de la
santé.

Les attributions, l'organisation et le fonctionne-
ment de ces organes sont fixés par des textes par-
ticuliers.

Chapitre deuxième

De l'inspection générale de la santé

Article 9 - L'inspection générale de la santé
pour mission de veiller au respect de la législation
et de la réglementation en vigueur en matière de
santé. À ce titre, elle effectue toutes les études et
missions qui lui sont confiées par le ministre cha-
gé de la santé.

Article 10 - L'inspection générale de la santé est
dirigée par un inspecteur général, nommé par
décret pris en conseil des ministres, sur proposi-
tion du ministre chargé de la santé, parmi les fon-
ctionnaires de la catégorie A, hiérarchie A1, 4^e
grade supérieur, justifiant d'une ancienneté mi-
nime de quinze ans et ayant déjà exercé des fon-
ctions de niveau de directeur général. Il a rang de
directeur général.

Article 11 - L'inspecteur général de la santé est
assisté d'un inspecteur général adjoint nommé
dans les mêmes formes et conditions. Il a rang de
directeur général adjoint.

Article 12 - L'inspection générale de la santé
comprend :

- la division législation et réglementation sani-
taires,
- la division médecine,
- la division pharmacie,
- la division laboratoire,
- la division génie sanitaire et hygiène publique,
- la division administrative et financière,
- les inspections régionales de la santé.

Section 1 - De la division législation et réglementation sanitaires

Article 13 - La division législation et réglemen-
tation sanitaires de l'inspection générale de la santé
est chargée :

Vers l'institutionnalisation de la couverture maladie pour tous

Au terme d'une séance de travail qui a eu lieu hier au Méridien Ré-Ndamo entre, d'une part, André Mba Obame et Faustin Boukoubi et, d'autre part, l'ensemble des chefs d'entreprises conduits par Jean-Claude Baloché, le principe de la mise en place d'ici d'ici janvier 2003 d'une forme d'assurance destinée à supporter les frais inhérents aux soins de santé des salariés a été adopté.

Franck NDIJIMBI

La mise en œuvre du Pacte national de solidarité et de développement, programme sur la base duquel le président de la République a été réélu en 1998, est bel et bien lancée. Un peu moins de six mois après son arrivée à la tête du département de la Solidarité nationale, des Affaires sociales et du Bien-être, André Mba Obame vient d'initier, avec le concours technique de son collègue de la Santé publique, Faustin Boukoubi, un projet de mise en place d'une couverture maladie au bénéfice des salariés gabonais évoluant aussi bien dans le secteur privé que dans l'administration publique.

C'est, en tout cas, le substrat de la rencontre qui a eu lieu hier en fin de matinée au Méridien Ré-Ndamo entre les deux membres du gouvernement sus-cités et la corporation des patrons emmenée par Jean-Claude Baloché. Selon le ministre de la Solidarité nationale, des Affaires sociales et du Bien-être, qui a tenu à préciser que son projet concerne autant les employés du privé que les agents de l'administration publique, cette initiative vise à instituer d'ici à janvier 2003 une couverture maladie financée par les cotisations patronales et salariales. Concrètement, il s'agit de créer un

deux niveaux; c'est-à-dire qu'il versera 6% à titre d'employeur et, en qualité de puissance publique, prendra en charge toutes les personnes économiquement faibles, conformément aux termes de la loi 1/95.

CHRONOGRAMME ♦ La Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) pour ce qui est du privé et la Caisse de garantie sociale en ce qui concerne l'administration publique. Autrement dit, les salariés du privé continueront à traiter avec la CNSS alors que les agents de l'Etat seront toujours gérés par la CNGS. Autant dire que cette initiative présente des garanties de saine gestion. Surtout que, comme l'a signifié André Mba Obame, des contacts ont été noués avec "MCI" et "SOS International", dont l'expertise dans la gestion des mutuelles maladie est internationalement reconnue.

Au reste, intervenant à leur tour, le ministre de la Santé publique et le président de la Confédération patronale gabonaise (CPG) n'ont pas manqué d'apporter leur soutien au ministre de la Solidarité nationale, des Affaires sociales et du Bien-être. Si Faustin Boukoubi a commencé par dresser un tableau panoramique du système de santé gabonais avant de dire qu'il est en phase avec son collègue, Jean-Claude Baloché a tout de go affirmé

premier, avant de renchérit: « Le partage totallement l'orientation définie par mon collègue ». Et le second d'affirmer: « Même s'il serait souhaitable que nous définissions un chronogramme de mise en œuvre, nous avons toujours eu notre soutien dans ce dossier ».

Quelques minutes avant, le président de la Confédération patronale gabonaise (CPG) avait formulé un ensemble de "préambles" à la hausse des cotisations patronales et donc à la mise en œuvre effective de ce projet. Pêle-mêle, il a évoqué l'autonomisation des structures sanitaires, la réhabilitation des plateaux techniques, la refonte du code de sécurité sociale et la formation du personnel de santé. « Ce n'est qu'après que nous pourrions envisager la hausse des cotisations », a-t-il conclu.

AU BORD DE LA RUPTURE ♦ Toutes choses qui ont conduit André Mba Obame à affirmer que son projet ne peut en aucun cas s'apparenter à une génération spontanée mais plutôt à un processus qu'il convient d'engager dès à présent pour le mieux-être de tous. « L'autonomisation ne se dérive

pas, c'est un processus qui prend en compte aussi bien les paramètres juridiques que financiers », a-t-il lancé quelque peu péda-gogique, soutenu en cela par Faustin Boukoubi qui, sur la base des données techniques, a souligné qu'il ne faut pas que « la réforme se morde la queue ».

« La réforme se morde la queue ». A titre d'exemple, il a indiqué que la rénovation des plateaux techniques ne peut se faire qu'avec de l'argent et qu'il convient donc d'augmenter les cotisations des A présent. Des lors, le principe de l'adoption d'un chronogramme a été retenu.

Mais, pour quoi une telle initiative ? Faisant la genèse de ce projet, le ministre de la Solidarité nationale, des Affaires sociales et du Bien-être a affirmé qu'il a été rendu nécessaire par les "inquiétudes" formulées aussi bien par le patronat que les syndicats au sujet du reverse-



Les ministres Boukoubi (à gauche) et Mba Obame sont écoutés...

ment des cotisations salariales et patronales. « On était au bord de la rupture », a-t-il dit, avant d'expliquer qu'au regard des difficultés rencontrées par la CNSS pour assurer certaines de ses prestations, les employeurs se retrouvaient condamnés à souscrire également auprès des assurances

privées. « Ils payaient dix fois », a-t-il déploré, avant de dire que c'est là une des raisons qui ont poussé le système de protection sociale à être engagé. Et, les Gabb n'ont pas encore fini d'entendre parler...



... face à des patrons attentifs. (Photos Marola)

GESTION DES PORTS/CLOTURE DES ASSISES SEMESTRIELLES DES COMITÉS TECHNIQUES

Sur une note d'espoir

Au regard des recommandations formulées par les participants à cette rencontre, il semblerait que la définition de meilleurs schémas de gestion

SOCIÉTÉ ET CULTURE

SÉMINAIRE D'INFORMATION ET DE SENSIBILISATION SUR LA MISE EN PLACE DE LA COUVERTURE MALADIE AU GABON (C.M.G.)

Les partenaires sociaux interpellés sur leur rôle de relais

Si les textes prévoient une protection sociale à un peu plus de la moitié de la population, la réalité des flux de financement de celle-ci ne peut couvrir qu'un pourcentage infime de bénéficiaires.

Annick-Brigitte BOUMA

Le programme de deux jours de travaux du séminaire sur la mise en place de la couverture maladie au Gabon, bien que suffisamment chargé, a pourtant été respecté par les représentants des trois centrales syndicales que sont la COSYGA, la CGSL et l'USAP. Ces derniers ont écouté tour à tour les communications du Dr Inoua Aboubacar, directeur général-adjoint de la Santé sur la politique de santé au Gabon, les mécanismes de l'assurance maladie, la qualité des soins et la réforme hospitalière, et celle du directeur général-adjoint de la Protection sociale sur la Protection sociale au Gabon et la présentation du projet pour le Gabon.

S'appuyant sur l'ordonnance n° 001/95 du 14 janvier 1995 portant orientation de la politique de santé en République gabonaise, le directeur général de la Santé en a donné les principaux axes qui recourent à l'Etat, selon ses possibilités, garanti à tous la protection de la santé en vue

d'assurer la solidarité et l'égalité de tous devant les charges publiques en matière de santé.

Et, pour atteindre cet objectif, les pouvoirs publics se sont fixés des priorités qui concernent la protection de la mère et de l'enfant, l'hygiène et la prévention qui passent par la médecine préventive, l'hygiène publique, l'information et l'éducation sanitaire, la protection des personnes handicapées, des malades mentaux, des personnes âgées et autres groupes vulnérables.

DIFFICULTÉS ♦ Mais peut-on affirmer aujourd'hui que notre système de protection sociale remplit pleinement cet objectif, quand on sait que ledit système est confronté à de nombreuses difficultés qui l'obligent tout simplement à recourir à la contribution des tiers pour que chacun, dans la mesure de ses moyens, participe au financement de ces charges ?

Sur tout ce pendant longtemps, l'Etat a été le seul à assurer le financement du service public. Au Gabon, l'aide sociale se

compose d'un ensemble de mesures et d'actions destinées à soulager la misère et la détresse de certaines populations jugées nécessiteuses. Elle est octroyée de façon ponctuelle ou permanente et se caractérise par une assistance matérielle ou financière.

Le décret n° 269 du 31 mai 1971 réglemente cette aide qui est gérée par le ministère des Affaires sociales, à travers la Direction générale des Affaires sociales.

Précisons qu'au cas de ces populations cibles s'ajoutent les dispositions prévues par la législation du travail et la sécurité sociale régissant, dans le premier cas, les rapports individuels et collectifs résultant du travail, accompli par les salariés pour le compte d'autrui et, dans le second, la protection des salariés contre divers risques.

Actuellement, le système de protection sociale comporte trois organismes qui gèrent les régimes obligatoires. Ce sont :

- la Caisse nationale de garantie sociale (CNCS) pour les agents contractuels de l'Etat, les travailleurs indépendants et les indigents ;

- le ministère de l'Economie et des Finances, à travers la Solde et le Trésor public, pour les fonctionnaires civils, militaires et paramilitaires.

DOUBLE COTISATION ♦ Vu sous cet angle et par rapport à la réalité du moment, on comprend aisément que notre système de couverture sociale soit hétérogène et inéquitable. Puisque sur une population estimée à plus d'un million d'habitants, 52% sont également couverts (assurés et ayants droit), alors que 48% sont sans la moindre couverture sociale. Et dans l'ensemble, ce sont 775 000 personnes, soit 71 % de la population qui ne sont pas couvertes.

Ce décalage a conduit le ministre des Affaires sociales, conformément aux orientations du Pacte national de soli-

darité et de développement et l'ordonnance sus-visée, à initier la réforme qui débute, en priorité, par le lancement d'une couverture maladie au Gabon.

Et pour y parvenir, compte tenu des insuffisances constatées, il est prévu la mise en place des techniques et des mécanismes relatifs à son financement et à son fonctionnement.

D'ores et déjà, il va être instauré le principe du paiement d'une double cotisation patronale et salariale consacrée à la maladie. Il s'agira aussi de réhabiliter l'offre des soins et de doter les hôpitaux d'une autonomie de gestion, en y retenant la gestion partielle des organismes tiers payants de protection sociale (CNCS et CNCS). Car l'adhésion des partenaires sociaux est indispensable pour la réussite de ce projet.

Du côté des partenaires sociaux, ce séminaire a permis aux représentants des trois centrales syndicales, déjà informés de la situation du moment, de mettre en exergue des points tout aussi impor-

tants que ceux de l'aboutissement de la réforme. La mise en place de la couverture maladie dans les meilleurs délais, restructuration des formations sanitaires publiques et par-

publics ainsi que leurs équipements, la création d'une commission tripartite pour fixer d'un commun accord des thèmes bien précis à traiter en profondeur. Au mandat leur a été donné de commencer le travail d'information auprès de leurs ad-

ressés. Signalons que dans le cadre de la CMG, les personnes atteintes de certaines maladies peuvent être exonérées du ket modérateur.

Obame, le séminaire s'achève aujourd'hui, n'ayant que le premier d'une série de thèmes bien précis à traiter en profondeur. Au mandat leur a été donné de commencer le travail d'information auprès de leurs ad-

AUTONOMISATION DES FORMATIONS SANITAIRES DE LA CNSS

Le Comité de pilotage installé

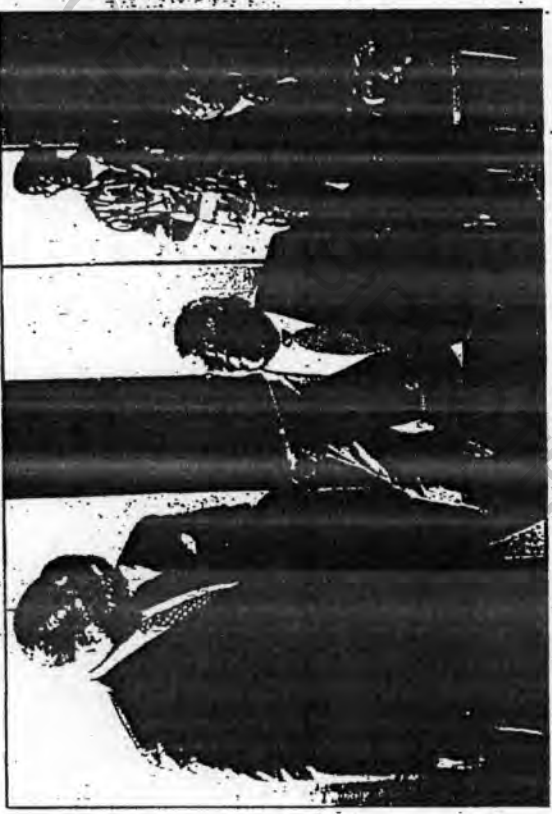
Il est chargé de la mise en œuvre du plan d'autonomisation administrative et budgétaire des dites structures.

Antoine ESSONE-NDONG

CRÉE il y a quelques jours, le Comité de pilotage sur l'autonomisation des formations sanitaires de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) a pris ses quartiers hier à la direction générale de cet organisme où le ministre de la Solidarité nationale, des Affaires sociales et du Bien-Être, André Mba Obame a officiellement procédé à l'installation de ses membres.

Outil de premier choix dans la protection sociale, la CNSS est actuellement en butte à d'énormes difficultés de fonctionnement dont l'ampleur a été réaffirmée par les nombreux audits commis pour évaluer la situation. Mais qui en est responsable ? "Nous tous", a répondu le ministre, "l'Etat et les personnels de quelque niveau que ce soit, nous sommes tous responsables et comptables de la gestion de la CNSS". Mais cela doit inspirer pour définir les solutions pour sortir de l'impasse. "Nous sommes donc à l'heure de la reformation de la CNSS. L'acte de ce jour est un processus qui va englober d'autres processus pour aboutir à l'objectif visé". En l'occurrence, faire en sorte que la CNSS redevienne le fleuron qu'il fut à sa création en 1975.

Pour y parvenir, la voie de l'autonomisation semble avoir été la préférence de ses dirigeants.



Le ministre André Mba Obame procédant à l'installation du président du comité de pilotage, Eugène Révangoué.



Une vue de la salle pendant la cérémonie. (Photos Manianga)

les voir amorcer la tendance prometteuse. Car "au-delà de l'autonomisation, il y a la revalorisation et la redynamisation de la Caisse nationale de Sécurité sociale, afin que les usagers bénéficient de prestations de qualité au sein des établissements sanitaires".

Pour le ministre André Mba Obame, la mise en place de "cette politique d'autonomisation appelée de tous ses vœux", est l'expression de la volonté de l'Etat de sortir la Caisse de ce mauvais pas, et participe directement de la réalisation du Pacte national de solidarité et de développement, "puisque ce sont les assurés qui auront un meilleur traitement". Il est donc attendu des travaux

monde à s'impliquer dans le travail à accomplir afin "de dépasser d'un cran nos capacités et d'apporter et de sauver la CNSS".

Dans sa réponse, le président du Comité de pilotage sur l'autonomisation des formations sanitaires de la CNSS, Eugène Révangoué a d'abord relevé l'importance de la responsabilité et la difficulté de la tâche surtout "au regard des défis impartis". Mais il s'est réjoui de l'adhésion effective des partenaires sociaux, dans l'application de cette nouvelle démarche ; ce qui constitue à ses yeux un gage dynamique de réussite.

Revenant sur la création même de la CNSS, il a fait

d'appréciation.

Cependant, les dysfonctionnements sont vite apparus qui ont culminé avec la quasi-paralyse actuelle. Et d'en énumérer les causes principales : les administrations relevant de la puissance publique qui devaient jouer le rôle de tiers payants n'ayant jamais répondu à cette obligation ; ensuite, et plus important, "les hommes appelés à enca-

drer ces structures ont été choisis, le plus souvent, en fonction d'autres critères que celui de la compétence en matière de gestion hospitalière, ou de gestion tout court. L'homme qu'il faut à la place qu'il faut n'ayant été qu'un slogan de plus pour la CNSS." Aujourd'hui, dans cette nouvelle responsabilité, M. Eugène Révangoué pense que certains indicateurs pertinents constituent autant de raisons d'espérer pour sortir le système de sécurité sociale de son enlisement. Au nombre de ceux-ci, il cite le Pacte national de solidarité et de développement qui a déclenché cette volonté politique qui faisait défaut ainsi que l'engagement personnel du ministre qui comporte des atouts supplémentaires pour mobiliser toutes les intelligences et toutes les énergies.