

Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion



**Institut Supérieur de Management de la Santé  
(ISMS)**

Diplôme d'Etudes Spécialisées en Economie de la Santé  
(DESES)

**Analyse du système de soins  
Gabonais et pertinence du projet  
d'assurance maladie universelle.**

**MEMOIRE**

*Présenté par*

**Docteur Aboubacar INOUA**

Directeur de Mémoire : Professeur Hervé LAFARGE, maître de conférences  
Université Paris Dauphine, enseignant associé

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
<b>I. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE</b>	<b>5</b>
<b>1.1 : Problématique</b>	<b>5</b>
<b>1.2 : Objectifs de l'étude</b>	<b>9</b>
<b>II. CADRE GENERAL DE L'ETUDE</b>	<b>10</b>
<b>3.1 : Données générales</b>	<b>11</b>
<b>3.2 : Situation socio-économique</b>	
<b>III. METHODOLOGIE</b>	<b>14</b>
<b>IV. LE SYSTEME BISMARKIEN, BEVERIDGIEN ET LIBERAL</b>	<b>15</b>
<b>V. RESULTATS</b>	<b>18</b>
<b>5.1 : Le système de soins du Gabon</b>	<b>18</b>
<b>5.1.1 : Description du système de soins</b>	<b>18</b>
<b>5.1.2 : Protection maladie actuelle</b>	<b>39</b>
<b>5.1.3 : Analyse du financement</b>	<b>46</b>
<b>5.2 : La réforme du dispositif de protection maladie : La Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS)</b>	<b>50</b>
<b>5.3 : Réforme et cohérence systémique</b>	<b>56</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>65</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>66</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>68</b>

## ABREVIATIONS ET ACRONYMES

<b>AMU</b>	: Assurance Maladie Universelle
<b>CHU</b>	: Centre Hospitalo-Universitaire
<b>CNAMGS</b>	: Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale
<b>CNGS</b>	: Caisse Nationale de Garantie Sociale
<b>CNSS</b>	: Caisse Nationale de Sécurité Sociale
<b>COMILOG</b>	: Compagnie Minière de l'Ogooué
<b>COMUF</b>	: Compagnie d'Uranium de Franceville
<b>EMBE</b>	: Economie de Marché Bien Etablie
<b>EPS</b>	: Etablissement Public de Santé
<b>HMO</b>	: Health Maintenance Organization
<b>IDE</b>	: Infirmier Diplômé d'Etat
<b>IDH</b>	: Indice de Développement Humain
<b>IRA</b>	: Infections Respiratoires Aigues
<b>MONP</b>	: Main d'œuvre Non Permanente
<b>OMD</b>	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONE</b>	: Office National de l'Emploi
<b>OPN</b>	: Office Pharmaceutique Nationale
<b>ORL</b>	: Oto-Rhino-Laryngologie
<b>PEV</b>	: Programme Elargie de Vaccination
<b>PIB</b>	: Produit Intérieur Brut
<b>PME</b>	: Petite et Moyenne Entreprise
<b>PMI</b>	: Petite et Moyenne Industrie
<b>PNUD</b>	: Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>SIDA</b>	: Syndrome Immuno Déficience Acquis
<b>TVA</b>	: Taxe sur la Valeur Ajoutée
<b>UNICEF</b>	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
<b>USA</b>	: United States America

## **INTRODUCTION**

L'état de santé d'une population est tributaire pour partie de la performance de son système de soins lequel est lui-même dépendant des différentes fonctions qui le composent : demande, Offre, financement et régulation. Dans les pays développés le fonctionnement optimum de ces différentes fonctions ont permis d'améliorer considérablement l'état de santé de la population. Le développement des systèmes de soins de ces pays s'est fait d'abord par le renforcement de l'offre (infrastructures, plateaux techniques et ressources humaines) et, très rapidement après la seconde guerre mondiale, par la mise en place des mécanismes de financement du système de soins largement orienté vers la demande.

En Afrique, au lendemain des indépendances, le système de soins était à rebâtir. Si la demande était forte, l'offre était inexistante, la régulation était faible, le tout complété par un financement public insuffisant au regard de l'ampleur des besoins. Les différentes politiques mises en place (soins de santé primaires, initiative de Bamako, réforme hospitalière...) ont permis des avancées significatives en matière d'offre. Les ressources humaines sont disponibles même si l'on peut noter des insuffisances çà et là, les infrastructures et les équipements existent même si leurs états nécessitent des améliorations. D'une manière générale l'espérance de vie a progressé et les taux de mortalité ont régressé mais ils restent encore loin des espérances des populations.

Le principal maillon faible des systèmes de soins africains reste le financement aussi bien sur le plan de l'organisation que de la stratégie de financement de la santé. Pendant longtemps, les Etats ont financé l'offre de soins avec la construction, l'équipement des structures sanitaires et la formation des personnels. La demande a été prise en compte par l'instauration de la gratuité totale des soins dans un premier temps puis une participation limitée. Cette stratégie de financement a engendré deux problèmes : un financement public par l'impôt largement insuffisant et un paiement direct des soins par les usagers de plus en plus important. Le résultat de cette stratégie est d'une part un dysfonctionnement des structures de soins et d'autre part l'inaccessibilité aux soins et l'inéquité.

L'urgence est à la réforme des financements des systèmes de soins. Le Gabon s'inscrit dans cette dynamique. Du fait que le financement a un impact direct sur l'offre et la demande de soins, toute modification du financement nécessite une

réorganisation de l'offre et de la demande de soins donc une réorganisation de l'ensemble du système de soins.

Cette réforme vise plusieurs points : favoriser l'accès aux soins en réduisant l'impact négatif des coûts de la santé sur les ménages ; améliorer la qualité des soins par l'augmentation des ressources des formations sanitaires ; répondre aux besoins des populations.

Le débat se situe donc sur les stratégies de financement, faut-il financer l'offre et la demande en même temps ? Ou faudra-t-il privilégier l'une des deux options c'est-à-dire l'offre ou la demande ? De même quel type de financement doit être mis en place ? Un nouveau financement par l'impôt de type beveridgien ou un système bismarckien option française ou allemande ?

Le choix d'une option plutôt qu'une autre est tributaire de l'analyse approfondie du système de soins du pays car chaque approche renvoie à une organisation du système de soins mais aussi à une réalité sociologique, culturelle et surtout économique. Ainsi, l'efficacité et la pérennité d'une réforme du financement des soins dépendent de la cohérence du projet avec le système de soins (cohérence « systémique »), mais aussi de sa cohérence avec le contexte socio-économique. Or les systèmes bismarckien, beveridgien et libéraux se sont développés pour la plupart dans les pays à économie de marché bien établie (EMBE).

Le Gabon, pour réformer son système de soins, a fait le choix d'un système bismarckien de type français. L'objectif général de cette étude est d'évaluer la cohérence de la réforme de l'Assurance Maladie Universelle au Gabon avec le système de soins et avec le contexte, afin de contribuer à la mise en place d'un système efficace et pérenne.

# **I. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE**

## **1.1 : Problématique**

Les indicateurs sanitaires des pays Africains sont alarmants. Les taux de mortalité infantile et maternelle sont les plus importants de tous les continents. L'espérance de vie dans certains pays est en régression avec la pandémie du SIDA. Les maladies infectieuses comme le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA) et les maladies diarrhéiques sont légion alors qu'ils sont aujourd'hui très largement maîtrisés dans les autres continents.

Les systèmes de soins sont peu performants. Les plateaux techniques sont obsolètes, les ressources humaines insuffisantes, mal payées et démotivées, les infrastructures délabrées et en nombre insuffisant. Les ruptures de stock de médicaments sont fréquentes dans les structures hospitalières publiques. La pauvreté, l'analphabétisme, les guerres viennent assombrir davantage un tableau déjà chargé.

Plusieurs initiatives nationales ou internationales ont été développées pour inverser la tendance notamment les Soins de Santé Primaires, l'initiative de Bamako parmi les plus célèbres d'entre-elles. Aujourd'hui les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) constituent le nouveau cadre d'intervention dans le secteur de la santé. L'échéance de 2015 pour l'atteinte de ces OMD semble déjà compromise pour de nombreux Etats.

Pour plusieurs analystes, les échecs répétés des systèmes de soins africains pour atteindre les objectifs d'amélioration de l'état de santé des populations sont dus au dysfonctionnement des sous systèmes qui les composent. Et parmi ces sous systèmes, le sous système financement est très largement mis en cause. L'insuffisance des financements publics, et la quasi absence des systèmes de couverture maladie font que l'essentiel du financement repose sur les ménages. Le paiement direct constitue la modalité de participation aux frais de santé la plus répandue. Pour pallier à ces insuffisances et faire face aux grands fléaux que sont le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, la communauté internationale a mis en place une forme de couverture maladie « mondiale » spécifique à ces trois pathologies (fonds mondial) financée par les dons et les contributions des pays riches. Mais cela reste encore insuffisant.

Le Gabon n'échappe pas à cette description malgré des dépenses de soins deux à trois fois plus importantes que dans plusieurs pays Africains au Sud du Sahara. En

effet, le financement de la santé au Gabon représente 6% en moyenne du budget de l'Etat, largement en dessous des 10% du budget préconisé par l'OMS aux Etats pour le financement de leur secteur sanitaire. Le Gabon a consacré 4,3% de son PIB en 2002 pour les dépenses de santé. Les dépenses de santé par tête d'habitant pour la même période étaient de 127 \$ US. Les dépenses privées de santé représentaient 58,7% des dépenses<sup>1</sup>. L'ensemble des dépenses privées était constitué par les paiements directs des usagers et les dépenses de santé des entreprises pour leurs employés. Les dépenses publiques de santé représentaient, en 2002, 6,3% de l'ensemble des dépenses publiques contre 5,9% en 2001 comme le montre le tableau I qui présente l'évolution des dépenses de santé au Gabon<sup>2</sup>.

**Tableau I : Evolution des dépenses de santé au Gabon**

<b>ANNEE</b>	<b>Dépenses de santé en % du PIB</b>	<b>Total des dépenses de santé/habitant (us\$)</b>	<b>Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses de santé</b>	<b>Dépenses privées de santé en % du total des dépenses de santé</b>	<b>Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques</b>
<b>2000</b>	3,5	131	39,5	60,5	6,2
<b>2001</b>	4,2	130	43,5	56,5	5,9
<b>2002</b>	4,3	127	41,3	58,7	6,3

Source OMS : rapport sur la santé dans le monde 2000

L'évolution des dépenses de santé montre une régression récente des dépenses publiques de la santé et une augmentation des dépenses privées. Or les dépenses privées sont essentiellement couvertes par les paiements directs qui sont le mode de financement de la santé le plus inéquitable et celui qui expose le plus les populations à un risque de dépenses catastrophiques.

L'insuffisance du financement public se situe à trois niveaux. Sur le plan international, ce financement est en dessous des recommandations de l'organisation mondiale de la santé qui exige près de 10% des dépenses publiques. Sur le plan macroéconomique, ce financement ne représente que 4% environ de la richesse nationale (PIB) ce qui est très bas par rapport aux potentialités du pays. Enfin, ce financement est insuffisant car il ne permet pas de couvrir l'ensemble des besoins en soins essentiels des populations. Les dysfonctionnements des structures d'assurance maladie sont responsables de la quasi disparition du prépaiement ; d'où la prédominance du paiement direct.

<sup>1</sup> OMS : rapport sur la santé dans le monde 2000

<sup>2</sup> Idem

Au niveau du secteur parapublic, la branche maladie de la CNSS est très largement déficitaire, elle ne permet plus de couvrir les besoins de fonctionnement de l'ensemble de son réseau hospitalier.

Dans le secteur public, Le financement de la santé souffre également d'une répartition largement en défaveur des soins préventifs et promotionnels. Si l'on tient compte du fait que le parapublic et le privé ne font pas de prévention, seul le système public, dont c'est l'une des missions, consacre des ressources pour cette importante activité. Mais, à ce jour, moins de 10% du budget du Ministère de la santé est consacré à la prévention. Par ailleurs, près de 40% du budget de fonctionnement du Ministère de la santé est consacré aux salaires des agents ceci diminue considérablement la part consacré au fonctionnement des structures.

Enfin, la gestion des formations sanitaires reste problématique. Les choix budgétaires et certaines dépenses non prioritaires contribuent à fragiliser le fonctionnement des hôpitaux ainsi que les nombreux paiements et caisses parallèles existantes qui privent les hôpitaux de ressources considérables pour leurs fonctionnements. L'absence d'une tarification harmonisée entre les différents secteurs de soins renforce le paiement direct et par conséquent aggrave l'inéquité dans l'accès aux soins.

La problématique du financement actuel de la santé au Gabon peut être résumée en cinq grands points :

- ✓ L'insuffisance du financement des structures de soins par rapport aux besoins, aux normes internationales et aux potentialités économiques du pays et quelque soit le secteur de soins public, parapublic et privé. La conséquence étant la détérioration de la qualité des soins dans les formations sanitaires ;
- ✓ Le poids des paiements directs qui sont une menace sur l'accessibilité aux soins des populations démunies, l'équité et l'équilibre économique des ménages (dépenses catastrophiques) et leur appauvrissement du fait des coûts de plus en plus élevés de la santé ;
- ✓ La négligence des soins préventifs qui reçoivent moins de 10% des dépenses de soins. Il y a un problème d'inefficience allocative avec des besoins importants et utiles non couverts entraînant nécessairement une perte de bien être pour les populations concernées ;
- ✓ Le déficit de la CNSS qui constitue une menace sur la pérennité des soins ;



- ✓ La mauvaise gestion des formations sanitaires qui contribue à la détérioration de la qualité des soins et à une inefficience productive (les mêmes ressources pourraient couvrir plus de besoin).

Pour résoudre ces problèmes, le Gabon a décidé de réformer son système de soins. La principale stratégie retenue est de solvabiliser la demande par la mise en place d'un dispositif bismarkien.

Or, l'efficacité et la pérennité des systèmes bismarkiens, observables dans certains pays à EMBE, dépendent de la cohérence systémique du dispositif et de la cohérence entre le système et son contexte.

La cohérence systémique peut se résumer en quatre grands points :

- La solvabilisation de la demande doit rencontrer une offre disponible ;
- L'existence des capacités de gestion de la caisse maladie ;
- L'Etat doit être capable de réguler le système (tutelle sur la caisse, fixation des modalités de paiement, qualité des soins...)
- Autonomisation de l'offre de soins (contractualisation, indépendance producteur et financeur, performances, qualité des soins...).

La cohérence du système avec le contexte peut être résumé en trois points :

- L'Etat doit avoir la légitimité et les moyens pour imposer les cotisations et réguler le système ;
- L'universalité présuppose un secteur formel de l'économie prédominant ;
- Une situation de quasi plein emploi (taux de chômage en dessous de 10%) ;
- Légitimité des partenaires sociaux pour gérer la caisse (syndicats représentatifs et élus démocratiquement).

Ces conditions sont remplies dans les pays à EMBE. Si l'idée de la mise en place d'un dispositif bismarkien est louable, le débat de la faisabilité est primordial. La question que l'on se pose est de savoir si le Gabon remplit ou peut remplir les conditions de cohérence systémique et de cohérence avec le contexte pour la mise en place d'un dispositif de type bismarkien ?

Cette étude a donc pour but d'évaluer les chances de réussite d'une assurance maladie bismarkienne au Gabon en procédant à une analyse du système de soins Gabonais et du projet d'assurance maladie afin d'évaluer la cohérence systémique du projet et sa cohérence avec le contexte Gabonais.

## **1.2 : But et objectifs de l'étude**

### **But**

- ❖ Contribuer à la mise en place d'une assurance maladie universelle efficace et pérenne.

### **Objectif général**

- ❖ Evaluer la cohérence de la réforme de l'assurance maladie universelle au Gabon avec le système de soins et avec le contexte.

### **Objectifs spécifiques**

- ❖ Décrire l'organisation du système de soins gabonais et le financement en étudiant en particulier les systèmes de couverture et les flux financiers actuels ;
- ❖ Analyser la structure du système de soins Gabonais au regard des principaux types de systèmes de santé ;
- ❖ Décrire le projet de couverture maladie au Gabon ;
- ❖ Analyser la cohérence du projet vis-à-vis du système de soins et du contexte Gabonais.

## II. CADRE GENERAL DE L'ETUDE

### 2.1 : Données générales

Le Gabon, situé en Afrique centrale, est limité au Nord Ouest par la Guinée Equatoriale, au Nord par le Cameroun, à l'Est et au Sud par le Congo Brazzaville et à l'Ouest par l'Océan Atlantique.

Il est traversé par l'équateur et présente une superficie de 267 667 Km<sup>2</sup> avec 800 Km de côte et 75% de couverture forestière. Il dispose d'un réseau fluvial de 1200 km de long. Le climat est de type équatorial, chaud et humide, avec deux saisons des pluies et deux saisons sèches. En moyenne, il pleut entre 130 et 140 jours par an.

La population gabonaise était estimée en 2004 à 1 520 000 habitants environ soit une densité de 5,7 habitants au km<sup>2</sup>. Les jeunes ou plutôt les enfants de 0 à 14 ans représentent 42,1% de la population. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont estimées à 4% et les 15 à 64 ans représentent 53,9%. La proportion de la population vivant en zone urbaine est de 73%, le reste est dispersé à l'intérieur du pays, en particulier le long des axes routiers et fluviaux.

On compte 72% de personnes alphabétisées (79% des hommes et 66% des femmes). Le taux brut de scolarisation est de 86%. Le taux de scolarisation des enfants de 6 à 14 ans est estimé à 90% et celui des enfants de 15 à 19 ans à 68%.

Le Gabon est subdivisé en 9 provinces, 47 départements, 27 districts, 146 cantons et 3304 villages. La capitale politique est Libreville et celle économique est Port-Gentil.

Sur le plan politique, la Constitution Gabonaise consacre un régime semi présidentiel avec un parlement bicaméral.

Sur le plan social, le Gabon, malgré un PIB élevé, présente un Indice de développement humain complètement en décalage avec sa ses potentialités économiques et surtout est en régression comme le présente le tableau II. Ainsi en 2003, il était de 0,465 et le plaçait au 122<sup>ème</sup> rang sur 174. Ceci s'explique par les faibles performances sociales du pays dont la santé.

**Tableau II** : Evolution de l'Indice de Développement Humain au Gabon

Année	IDH	Rang
2002	0,653	118 <sup>ème</sup> /174
2003	0,465	122 <sup>ème</sup> /174

Source PNUD

Sur le plan culturel, le pays compte près d'une quarantaine d'ethnies dont les plus importantes sont les Fang, les Punu, les Téké et les Myénés. La langue officielle est le français.

## 2.2 : Situation économique du Gabon

Sur le plan économique, avec un produit intérieur brut (PIB), l'un des plus élevés d'Afrique Subsaharienne, tel que le présente le tableau III, le Gabon est classé parmi les pays à revenu intermédiaire. En 2004, son PIB était estimé à 3833,2 milliards. Le pays doit faire face à des perspectives économiques préoccupantes en raison principalement d'une très forte diminution de la production pétrolière. La tendance en cours laisse entrevoir une production 7,4 millions de barils en 2005. Cette situation s'accompagne d'une baisse tendancielle des recettes publiques d'origine pétrolière qui passent de 760,1 milliards de FCFA en 2001, à 430,8 milliards en 2002 et sont estimées 155,9 milliards en 2005<sup>3</sup>. Mais les dernières flambées du prix du baril de pétrole sur le marché international ont permis de maintenir un niveau de recette important de ce secteur dans le budget national.

Tableau III : Evolution du PIB nominal et par tête d'habitants

INDICATEURS	2003	2004	2005
PIB nominal (en milliards)	3448, 1	3833,2	4157,3
PIB par tête habitant (en dollars)	4586,9	5404,1	5755,4
Budget national (en milliards)	-	1660,5	1341,1

Source BEAC

L'économie du pays reste très dépendante du pétrole qui représente 40% du PIB, 85% des exportations et 60% des recettes budgétaires du pays.<sup>4</sup> La contribution de chaque secteur de l'économie au PIB montre que le secteur primaire contribue pour 50% avec le pétrole qui représente 4/5<sup>ème</sup> de ce secteur. Le secteur secondaire est le maillon faible avec 8% du PIB, le secteur tertiaire 33% et les droits et taxes à l'importation 9%<sup>5</sup>.

La conjoncture en cours affecte particulièrement les perspectives de croissance. Ainsi, le cadrage macro-économique à moyen terme laisse entrevoir un taux de croissance réel de l'économie très faible soit -0,3 en 2002, 2,0% en 2003, 1,6% en

<sup>3</sup> Banque des Etats de l'Afrique Centrale. Avril 2005

<sup>4</sup> Gabon, situation économique 2005 et perspectives 2006 Ambassade de France au Gabon

<sup>5</sup> Fonds Monétaire International

2004<sup>6</sup>. En 2005, la croissance a connu un bond pour s'établir à 3,0%. La croissance du secteur non pétrolier a connu son meilleur niveau pour s'établir à 3,9%. La tendance pourrait se confirmer en 2006 avec une croissance à 4% du secteur non pétrolier. Le pétrole, le bois et le manganèse représentaient, en 2005, 97% des exportations du Gabon. Cette situation rend l'économie du pays très sensible aux fluctuations des cours sur les marchés internationaux et explique les dernières embellies constatées. Cela peut également se faire ressentir dans le sens inverse, c'est-à-dire une chute vertigineuse des cours internationaux aura des conséquences importantes sur l'économie du pays.

En octobre 2005, la BEAC indiquait que la dette du Gabon s'élevait à 1762,7 Md FCFA soit 2,6 Md d'euros ce qui représentait 39,4% du PIB contre 53% du PIB en 2004. Le service de la dette s'élève à près de 500 millions d'euros chaque année ce qui est équivalent à 30% à 40% du budget de l'Etat. D'après le FMI, le ratio dette extérieur / PIB était de 63,1% en 2001, 43% en 2005 et ils estiment qu'il sera de 32,7% en 2008 et 16,6% en 2013. D'après leurs estimations si la production pétrolière se maintient à son niveau actuel la dette peut être totalement remboursée en 2013.

Le taux de chômage varie entre 18% et 21% selon les auteurs<sup>7</sup>. L'Etat à travers son administration nationale et locale et les entreprises parapubliques est le principal pourvoyeur d'emploi. Selon les données du FMI en 1999, le secteur tertiaire englobait 75% des effectifs du secteur formel de l'économie et les emplois publics contribuaient à 65% au secteur tertiaire. Le secteur secondaire était le plus faible pourvoyeur d'emplois avec seulement 12% contre 13% pour le secteur primaire.

Au début des années 90, le secteur informel était estimé à près de 39%<sup>8</sup>. Les ressortissants étrangers sont majoritaires à près de 62% dans le secteur informel. Cette tendance tend à se confirmer même si la proportion des étrangers connaît une régression due à l'arrivée des Gabonais dans ce secteur.

Au niveau des entreprises, le pays compte environ 6000 entreprises dans le secteur formel et près 10 000 dans le secteur informel. Dans le secteur formel 78% des entreprises sont des PME/PMI, 17% des grosses entreprises et 5% les micros entreprises. Les nationaux contrôlent environ 40% des PME/PMI et les étrangers

<sup>6</sup> Banque des Etats de l'Afrique Centrale

<sup>7</sup> Office National de l'Emploi (ONE)

<sup>8</sup> Sécurité sociale et secteur informel Mr Valentin MBAGA BOUASSA

africains sont les principaux fondateurs des micros entreprises du secteur informel<sup>9</sup>. En 2003, la direction générale de l'économie estimait à 56 000 personnes le nombre de salariés du secteur privé et parapublic au Gabon. La direction de la solde pour la même période indiquait 41 000 agents publics de l'Etat c'est-à-dire fonctionnaires et contractuels de l'Etat. D'après la même source, on évaluait la main d'œuvre non permanente (MONP) à 6800 agents à Libreville et donc par extrapolation à 10 000 sur le plan national. Les travailleurs indépendants (professions libérales, artisans, les commerçants et le secteur informel) sont estimés, par extrapolation des données du recensement général de 1993, à 40 000 agents. Soit un total de 147 000 actifs sur une population de 1 200 000 habitants en 2003.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

---

<sup>9</sup> Une économie à la remorque de son pétrole : Franklin ASSOUMOU NDONG

### **III. METHODOLOGIE**

Cette étude monographique s'appuiera sur une étude documentaire. Cette documentation est principalement composée de plusieurs rapports et statistiques des ministères et administrations publics et privés. Il s'agit notamment :

- ✓ Des statistiques et rapports : du Ministère de la Santé Publique, du Ministère des Affaires sociales et de la Solidarité Nationale, du Ministère de l'Economie et des Finances, de la CNSS, de la CNGS, de l'OMS et du PNUD.
- ✓ Des travaux du groupe de travail sur l'assurance maladie au Gabon ;
- ✓ Du rapport de mission de l'International Medical Alliance (IMEDA) sur l'assurance maladie au Gabon ;
- ✓ Des textes législatifs et réglementaires ;
- ✓ De la loi de finances ;
- ✓ De l'ordonnance portant création d'une assurance maladie au Gabon.

La littérature spécialisée sur le financement de la santé et sur l'assurance maladie notamment dans les pays en développement a également été visitée.

Les expériences de plusieurs pays africains à revenu faible ou intermédiaire rapportées par plusieurs auteurs ont été étudiées.

## **IV. LES SYSTEMES BISMARKIEN, BEVERIDGIEN ET LIBERAL**

### **4.1 : Le système beveridgien**

C'est en 1942 que Lord William Beveridge, dans un rapport rédigé à la demande de Wilson Churchill, s'inspire à la fois de la pensée économique de John Maynard Keynes et d'une philosophie humaniste pour proposer un modèle de sécurité sociale à même de soutenir l'activité économique. Il pose ainsi trois principes fondateurs, dits des trois « U » :

1. **Universalité** : tout citoyen, indépendamment de sa situation professionnelle, serait protégé contre tous les risques sociaux ;
2. **Unité** : Une administration unique serait chargée de gérer chaque risque ;
3. **Uniformité** : chacun bénéficierait des aides en fonction de ses besoins, quel que soit son revenu.

Le financement de ce système repose sur une double solidarité nationale entre les riches et les pauvres et entre les biens portants et les malades. Les ressources proviennent donc de l'impôt. Ces fonds sont gérés par une administration (NHS) qui est sous le contrôle du parlement. Les médecins sont sous contrat ou directement employés par le système national ou régional et souvent payés à la capitation ou salariés. Les soins sont gratuits. Les ménages contribuent en moyenne entre 5% à 10% du coût des soins. Dans ce système, le droit à la santé et à la couverture maladie constitue un attribut de la citoyenneté. Il n'y a donc pas d'exclus. Ce système a été instauré dès 1945 dans les pays scandinaves notamment la Suède et au Royaume-Uni en 1948.

Ce système comporte deux inconvénients majeurs :

1. **Un rationnement** qui en découle inévitablement. Les besoins illimités devant être satisfaits par un financement par nature limité. Ce rationnement a pour conséquence de longues files d'attentes chez les médecins, créant ainsi des passe-droits ;
2. **La création d'un système privé au dessus du système national public.** Bien que se situant à la marge, il répond à une demande non satisfaite dans le secteur public.



Par contre ce système contrôle mieux les dépenses grâce à des budgets fermés<sup>10</sup>.

#### 4.2 : Le système bismarkien

C'est à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, que l'Allemagne de BISMARCK, où les techniques d'assurances étaient déjà très anciennes dans la vie économique, a décidé de créer une assurance contre les maladies afin de protéger la nombreuse main d'œuvre qui travaillait dans l'industrie. Ainsi les lois de 1883, 1884, 1889 créaient l'assurance maladie obligatoire sauf pour les populations riches. L'Allemagne devenait le précurseur de l'assurance maladie<sup>11</sup>.

Dans ce système, l'assurance était obligatoire, elle était financée par des cotisations proportionnelles aux salaires réparties entre salariés et employeurs. Les prestations étaient proportionnelles à la perte subie en cas de survenue d'un risque. La gestion était décentralisée, confiée à des caisses indépendantes de l'Etat, administrée à parité par des représentants des salariés et des employeurs. Dans ce système la couverture du risque maladie impliquait un assureur qui finance le système, un producteur de soins et un consommateur de soins ; le tout sous la responsabilité de l'Etat qui se borne à fixer le cadre de leurs actions et à redresser la situation en cas de déséquilibre financier.

Dans le système de Bismarck, le droit à la santé et à l'assurance maladie constitue des attributs du travailleur et de ses ayants droits. La participation des malades est plus importante entre 10 à 15%. Ce système souffre de trois déséquilibres importants :

1. Par nature ils génèrent des exclus. Les personnes qui ne travaillent pas ou qui n'ont pas de lien avec un travailleur. L'Etat doit donc prévoir des filets de sécurité ;
2. Des déséquilibres financiers de nature économique et démographique apparaissent ;
3. Ces systèmes génèrent eux aussi une médecine à plusieurs vitesses. Les taux de cotisation et les droits accordés aux différentes professions étant différentes.

<sup>10</sup> MAJNONI d'INTIGNANO B. : Economie de la santé

<sup>11</sup> BOYER S., DELESVEAUX : Le risque maladie dans les assurances sociales : bilan et perspectives dans les pays en voie de développement

Ces systèmes tendent à générer des déficits dans la mesure où le contrôle des dépenses est moins rigoureux<sup>12</sup>.

#### **4.3 : Le système libéral ou le pluralisme américain**

La santé relève de la responsabilité individuelle et de l'assurance privée et le marché doit répondre à ce besoin plutôt que l'Etat tel est la philosophie de la couverture maladie pour les américains. En réalité trois systèmes de santé coexistent aux Etats-Unis :

1. La majorité des actifs s'assure auprès d'une assurance privée par l'entremise de leur employeur et par contrat collectif. Les autres actifs souscrivent un contrat individuel plus cher dont la prime dépend du risque et de l'âge.
2. Les personnes âgées (plus de 65 ans) ou handicapées et les indigents sont couverts par deux programmes de solidarité publics : Medicare et Medicaid (M & M, créés en 1965). Medicare est financé par le budget fédéral pour les hospitalisations et propose une assurance privée pour les soins de villes (Medigap). Par contre Medicaid est financé à par égale entre le budget fédéral et l'Etat de résidence du bénéficiaire.
3. Les Health Maintenance Organization (HMO) cumulent les rôles d'assureur et de soignant. Il s'agit de structures privées où l'adhésion est volontaire en contrepartie d'une prime ou capitation. Cette adhésion donne droit à des soins y compris les médicaments soit de manière totalement gratuite soit en payant un faible ticket modérateur.

Il faut noter que ce système génère beaucoup d'exclusions. Près de 14% de la population n'a aucune assurance maladie. De même Medicare et Medicaid couvrent 23% de la population mais financent 42% des dépenses de soins. Si l'on y ajoute les déductions fiscales accordées aux entreprises dans le cadre des assurances privées de leurs employés, on peut dire que l'impôt finance 50% des dépenses de soins. Les assurances privées couvrent 63% des Américains mais ne financent que 37% des dépenses car ils pratiquent la sélection adverse en évitant le gros risque<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> MAJNONI d'INTIGNANO B. : Economie de la santé

<sup>13</sup> Idem

## **V. RESULTATS**

### **5.1 : Le système de soins du Gabon**

#### **5.1.1 : Description du système de soins**

##### **5.1.1.1 : Organisation du système**

Le système de soins Gabonais repose sur trois grands secteurs :

- Secteur public civil et militaire qui comprend les structures du Ministère de la santé mais aussi des autres Ministères et les structures du service de santé des armées ;
- Secteur parapublic essentiellement composé par les structures de la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) ;
- Secteur privé lucratif, non lucratif et traditionnel.

Ces différents secteurs se distinguent également par l'organisation de leur financement et leur clientèle

#### **A). LE SECTEUR PUBLIC**

##### **A.1 : Le secteur public civil**

###### **A.1.1 : Les structures du Ministère de la Santé**

Les structures du Ministère de la santé ont une organisation pyramidale qui comprend trois niveaux conformes aux recommandations de l'OMS :

Le niveau primaire :

Il est composé de quatre types de structures :

- ✓ La case de santé communautaire, structure élémentaire mise en place au niveau du village à la demande des communautés est tenue par un agent communautaire;
- ✓ Le dispensaire mieux structuré, couvrant plusieurs villages, est tenu par un professionnel de la Santé notamment un Infirmier diplômé d'Etat (IDE) ;
- ✓ Le centre de santé de district est une structure intermédiaire entre le dispensaire et le centre médical en milieu urbain il est tenu par un Médecin et en milieu rural par un technicien supérieur de santé ;
- ✓ Le centre médical, implanté au niveau du chef lieu du département, est la structure de référence du niveau primaire. Il est dirigé par un médecin.

Le niveau secondaire :

Il comprend un hôpital régional implanté au niveau des chefs-lieux de province. Cette structure sert de référence au niveau primaire.

Le niveau tertiaire :

Les soins à ce niveau sont dispensés par les hôpitaux nationaux. Ces hôpitaux doivent fournir des soins de référence spécialisés que ne peuvent assurer les structures du niveau inférieur.

#### **A.1.2 : Les autres Ministères civils**

Il s'agit essentiellement du Ministère de l'enseignement supérieur qui dispose d'une structure hospitalière (la maternité Joséphine Bongo) et du Ministère de l'Education nationale avec les différentes infirmeries des établissements scolaires et universitaires.

#### **A.2 : Le secteur public militaire**

Le service de santé militaire dépend directement du ministère de la Défense. Il est dirigé par un Directeur Général. Ses structures sont essentiellement des infirmeries dans les casernes et un hôpital moderne des instructions des armées. Si la mission première de ces structures est la santé des hommes de troupe, ce service depuis des années dispense des soins à la population générale, en fonction de sa zone de localisation.

#### **B). LE SECTEUR PARAPUBLIC (CNSS)**

La CNSS en dehors de son rôle de protection sociale (prestations familiales, risques professionnels et pensions), possède une branche maladie qui s'est développée autour des accidents du travail. Afin de couvrir les besoins de santé des adhérents, la CNSS s'est muée autour des années 70 en assurance maladie avec offre. Ainsi elle a construit plusieurs structures sanitaires.

Il s'agit de trois hôpitaux : deux hôpitaux généraux de troisième niveau (la fondation Jeanne EBORI à Libreville et l'hôpital Paul IGAMBA à Port-Gentil) et un hôpital spécialisé (l'hôpital pédiatrique d'OWENDO). La CNSS dispose également de neuf centres médico-sociaux fonctionnels dirigés par des médecins.

#### **C). LE SECTEUR PRIVE**

##### **C.1 : Le secteur privé non lucratif (PNL)**

Deux grandes structures hospitalières symbolisent le privé non lucratif au Gabon aujourd'hui Il s'agit de l'hôpital du Docteur Albert Schweitzer de Lambaréné (ancien

prix Nobel) et l'hôpital Evangélique de Bongolo à Lébamba dans le sud du Gabon propriété des évangélistes américains. Les autres structures sont représentées par les dispensaires des missions catholiques et protestantes et de quelques ONG.

### **C.2 : Le secteur privé lucratif (PL)**

Il est composé de polycliniques, de cliniques, de cabinets médicaux, dentaires, de laboratoires d'analyses médicales, d'imageries médicales, de pharmacies, de deux grossistes répartiteurs (PHARMAGABON et COPHARGA) et d'une usine de fabrication de médicaments génériques ouverte en 2005. La clinique El Rapha a le plateau technique des structures de troisième niveau avec scanner et IRM.

Les grandes entreprises disposent pour certaines de véritables hôpitaux. C'est le cas d'Elf Gabon et de la Comilog. Les autres sociétés ont chacune des infirmeries dirigées par un médecin à temps complet ou partiel.

Il existe une forme de secteur informel dans le privé lucratif car de nombreux cabinets sont ouverts sans avoir l'agrément du Ministère de la santé<sup>14</sup>.

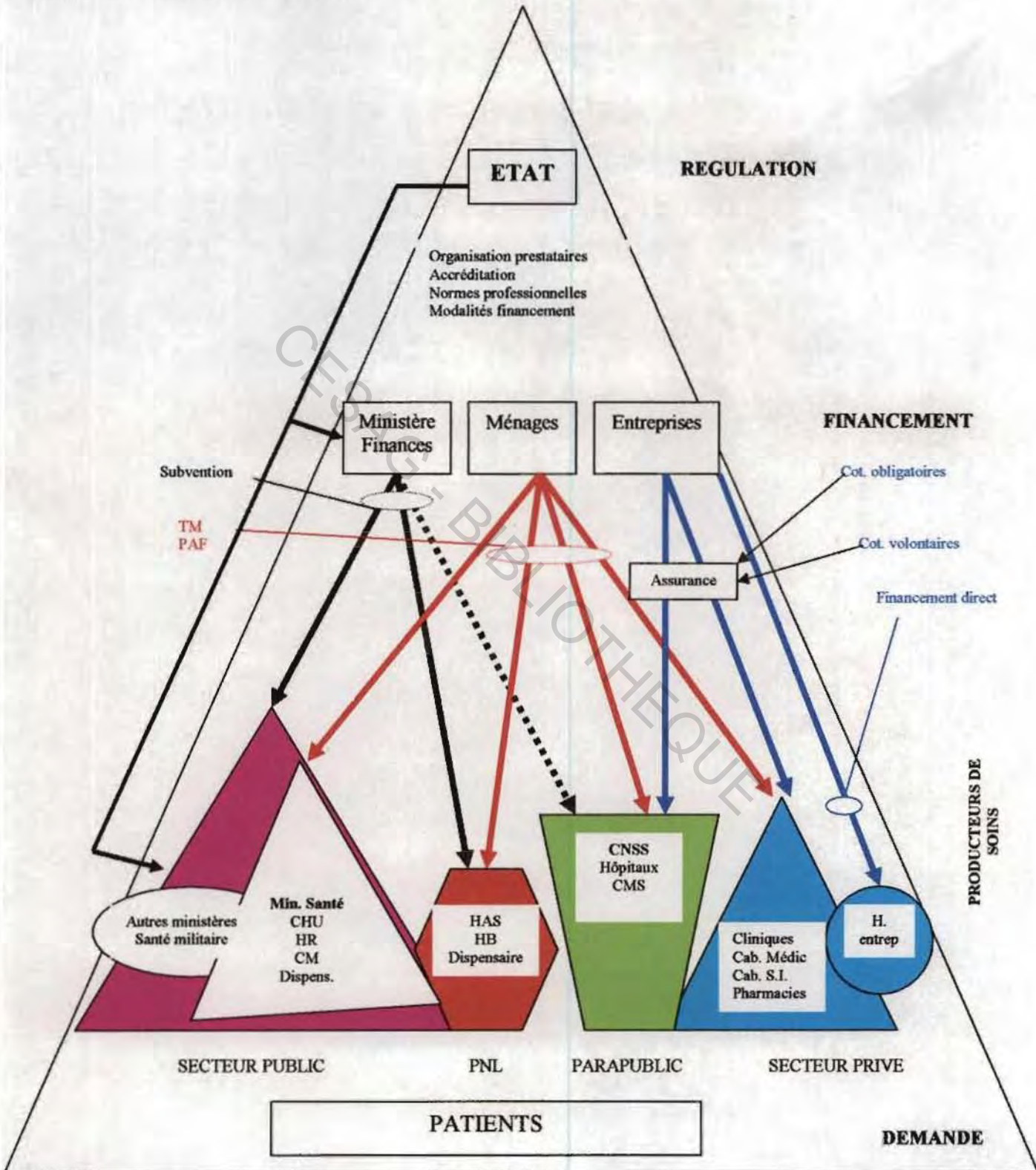
### **C.4 : Le secteur traditionnel**

La médecine traditionnelle doit elle être intégrée dans le système de soins ? Il s'agit d'un débat. Ne s'agit-il pas d'un système de soins parallèle ? Les populations ayant recours à cette médecine et surtout payant les prestations il semble évident d'en tenir compte dans la perspective de l'évaluation de la dépense de santé des populations. Les tradipraticiens ont pignon sur rue et on estime à près de 40% les populations qui les fréquentent. Le débat qui se pose est de savoir si toutes les prestations des tradipraticiens sont du domaine des soins ?

---

<sup>14</sup> Ministère de la Santé : Plan National d'Action Sanitaire 1998-2000

Schéma 1 : Système de soins Gabonais



### 5.1.1.2 : Etat de santé de la population

Le taux brut de natalité en 2000 était estimé à 33,1‰ et le taux brut de mortalité à 15,6‰. L'espérance de vie à la naissance est de 57,3 ans chez les hommes et 61,4 ans chez les femmes, l'indice synthétique de fécondité est de 4,3<sup>15</sup>.

Le taux de mortalité maternelle est de 420 pour 100.000 naissances vivantes. Les principales causes de morbidité et de mortalité chez les femmes enceintes sont les hémorragies, les complications infectieuses, les avortements et les IST.

Le Taux de mortalité infantile (0 – 11mois) est de 61,1‰ ; le Taux de mortalité infanto- juvénile (0-4 ans) est 91,4‰ et le taux de mortalité juvénile (1-4 ans) : 32,2‰. La morbidité néonatale est dominée par le petit poids de naissance (11, 8 %) et la prématurité (7,5%). En 2004, la couverture vaccinale était de 35%. Le paludisme, les autres maladies infectieuses, les diarrhées, les infections respiratoires aiguës et la malnutrition sont les principales causes de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins de cinq ans<sup>3</sup>. Le paludisme chez les adultes reste la première cause de morbidité. Le taux de mortalité palustre était de 74 pour 100 000 habitants selon l'OMS<sup>16</sup>. Les conséquences économiques du paludisme au Gabon ont été décrites par J. Sachs de Harvard qui considère que cette endémie réduit chaque année de 1% le taux de croissance du Gabon<sup>17</sup>.

La situation du VIH est caractérisée par une augmentation progressive de la prévalence qui était estimée à 7,7% en 2000 à Libreville. Les études de Bonnel (2000) ont permis, par des évaluations économétriques, de démontrer qu'à partir de 5% de prévalence du VIH/SIDA la réduction sur le taux de croissance économique du pays était de 0,6%. On peut donc considérer que le paludisme et le Sida au Gabon sont responsables d'une perte de croissance de 1,6% environ ce qui reste considérable pour un pays en développement.

La prévalence de la Tuberculose est en augmentation constante du fait de la co-infection avec le VIH Sida. Le taux de mortalité tuberculeuse était de 49 pour 100 000 habitants en 2004 d'après l'OMS.

<sup>15</sup> Ministère de la Santé Publique, Cellule d'Observation de la Santé Publique : Tableau de bord général de la santé 2002.

<sup>16</sup> Rapport sur la santé dans le monde 2004

<sup>17</sup> Béatrice Majnoni : Economie de la Santé

On note également la ré émergence de la Trypanosomiase humaine africaine et l'apparition de la Fièvre Hémorragique virale de type Ebola qui a occasionné quatre (4) épidémies de 1995 à 2001 dans le Nord-est du pays et du Chikungunya qui est à l'origine d'une épidémie en cours depuis mai 2007.

Les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers féminins et masculins les traumatismes, sont de plus en plus fréquents malgré l'insuffisance des données chiffrées. A ce lourd tableau, il faut ajouter les effets néfastes des drogues (alcool, tabac, etc )

### 5.1.1.3 : Offre de soins

#### a). Infrastructures et plateaux techniques

Le Gabon est subdivisé en 10 régions sanitaires et 50 départements ou districts sanitaires. La couverture en infrastructures sanitaires est de 73%. En dehors du secteur privé lucratif on dénombre 22 hôpitaux tous secteurs confondus dont 10 à Libreville et 9 centres hospitaliers régionaux. Il existe également 47 centres médicaux ou hôpitaux de district, 26 centres de santé dont 9 centres médico-sociaux de la CNSS et 385 dispensaires fonctionnels. Il dispose en outre d'un laboratoire national, d'un centre national de transfusion sanguine, d'un Office Pharmaceutique National (OPN)<sup>18</sup>. Les travaux de construction d'un nouveau CHU ont été lancés en 2005. Les ratio structures de santé et population sont au dessus des normes de l'OMS comme l'indique le tableau IV.

Le secteur privé lucratif comprend près de 150 polycliniques, cliniques, cabinets médicaux et près de 100 pharmacies réparties sur l'ensemble du territoire national avec près des ¾ à Libreville.

**Tableau IV** : Ratio structures de santé et population

Type de structure	RATIO AU GABON	Norme OMS
Dispensaire/ Poste de santé	1/3948	1/10 000
Centre médical / Centre de santé	1/32 340	1/50 000
Hôpital	1/69 091	1/150 000

<sup>18</sup> Ministère de la Santé Publique : Plan National d'Action Sanitaire (PNAS) 1998-2000



L'offre de soins se développe sans véritable concertation entre les différents acteurs entraînant de nombreux doubles emplois et une dispersion des ressources. La qualité des soins est très faible à cause des nombreux dysfonctionnements et des ruptures fréquentes des médicaments.

Le nombre de lits est estimé en 2002, tous secteurs confondus, à 3630 lits soit un ratio de un lit pour 419 habitants. Dans la même période le nombre total de consultation était de 823 073 au niveau des hôpitaux et de 126 191 au niveau des dispensaires. Le nombre total de jours d'hospitalisation s'élevait à 210 366 jours en 2002 dans le secteur public uniquement.

### b). Les ressources humaines

Le secteur public disposait en 2002 de 428 médecins dont 208 généralistes. Ce nombre est largement insuffisant par rapport aux besoins de la population et aux nombres de structures sanitaires. A ce chiffre il faut y adjoindre les médecins militaires, ceux de la CNSS et du secteur privé.

Dans la même période, on dénombrait 487 sages femmes, 772 infirmiers d'Etat et 1439 infirmiers assistants. Par ailleurs le nombre de pharmaciens était estimé à une cinquantaine. En 2006, le Ministère de la santé comptait 8959 agents dont 6895 paramédicaux (sage femmes, IDE, IA...), 583 personnels médicaux (médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes) dont plus de 300 médecins généralistes. Enfin 894 personnels administratifs sont enregistrés et 587 personnels techniques de soutien (mécaniciens, informaticiens...). Les ratio professionnel de la santé /population au Gabon sont en dessous des normes préconisées par l'OMS à l'exception des médecins comme l'indique le tableau V<sup>19</sup>.

**Tableau V** : Ratios personnel de santé du secteur public et population (avoir les données récentes)

CATEGORIE	RATIO GABON	NORME OMS
médecin	1/3551	1/5000 à 10 000
sage femme	1/1560	1/300 femmes en âge de procréer
infirmier (d'Etat et assistant)	1/688	1/300

<sup>19</sup> Ministère de la Santé Publique, Cellule d'Observation de la Santé Publique : Tableau de bord général de la santé 2002

La forte dispersion des habitants sur l'ensemble du territoire national entraîne des déficits dans certaines zones. Cette situation est aggravée par une répartition inégale des personnels de santé au profit de la capitale Libreville qui regroupe plus de la moitié de ce personnel.

#### **5.1.1.4 : Financement**

##### **5.1.1.4.1 : Description du financement**

###### **a). Le secteur public**

Le secteur public est financé par la fiscalité par l'entremise du Ministère des finances qui alloue un budget à chaque Ministère pour les structures de soins à sa charge. Le budget prend en charge aussi bien les salaires des agents, le médicament, les équipements ainsi qu'une dotation budgétaire. Contrairement à plusieurs pays Africains, le Gabon n'a pas mis en place l'initiative de Bamako. Officiellement les médicaments sont distribués gratuitement. Mais en réalité ils sont absents et les usagers doivent s'adresser aux officines privées pour leurs besoins en médicaments. Une participation financière sous forme de ticket modérateur est exigée aux populations pour les actes médicaux. Il n'y a donc pas de comité de santé encore moins de co-gestion. Au niveau des hôpitaux, il n'existe pas d'autonomie des structures seul le centre hospitalier de Libreville dispose d'un texte ambiguë avec un conseil d'administration et une agence comptable.

Ce système dans son organisation et son financement semble plus proche d'un système beveridgien. Le gate keeper peut être assimilé au système de référence et surtout de pyramide sanitaire. Mais la comparaison s'arrête à ce niveau car il n'y a pas d'abonnement chez un médecin et on peut très bien aller voir directement un spécialiste à l'hôpital de troisième niveau sans passer par un médecin généraliste encore moins un infirmier. Il y a une organisation beveridgienne et une liberté bismarckienne du malade.

Pour prendre en charge les indigents, les personnes économiquement faibles, les travailleurs indépendants, l'Etat a mis en place une caisse nationale de garantie sociale (CNGS) dont le financement de la branche maladie était assuré par une subvention de l'Etat. Cette dernière devant prendre en charge les frais occasionnés par ces personnes dans les structures sanitaires. Il s'agit là d'une organisation du

type Medicare aux Etats-Unis. Là également les difficultés sont persistantes et les personnes paient la totalité de leurs frais.

#### a.1) Les sources de financement du budget de l'Etat

Le budget de l'Etat Gabonais en 2006 était de 1 629, 892 milliards de francs CFA<sup>20</sup>. Les ressources propres étaient de 1614,592 milliards de francs CFA dont le pétrole à 1057,700 milliards de francs CFA. Les dons représentaient 5,3 milliards et l'emprunt lié aux investissements 10 milliards F CFA. Les recettes fiscales étaient de l'ordre de 820,814 milliards de FCFA contre 799,078 milliards pour les recettes non fiscales. Les recettes fiscales ont été obtenues par l'entremise de divers impôts et taxes décrits au tableau ci-dessous.

Tableau VI : Récapitulatif des recettes fiscales et non fiscales de l'Etat

Type d'impôts	Montant (en milliards F CFA)	Pourcentage (%)	
Impôts sur les sociétés	376,801	45,9	
Impôts sur les personnes	62,070	7,6	
Impôts sur le revenu des valeurs Mobilières	17,272	2,1	
Droits et taxes sur la propriété	3,039	0,4	
Taxes sur les biens et services	127,632	15,5	
Droits et taxes de douanes	234,000	28,5	
Dont Importation	200,000	24,4 (85,5)	
Exportation	34,000	4,1 (14,5)	
<b>Total recettes fiscales</b>	<b>820,814</b>	<b>100,0%</b>	<b>50,7%</b>
Revenus des participations	39,319	4,9	
Revenu domaine foncier	0,526	0,1	
Revenu domaine pétrolier	739,1	92,4	
Revenus domaine minier	1,394	0,2	
Revenus domaine forestier	6,539	0,8	
Recettes diverses non fiscales	6,9	0,9	
Dons	5,3	0,7	
<b>Total recettes non fiscales</b>	<b>799, 078</b>	<b>100,0%</b>	<b>49,3%</b>
<b>Total recettes propres</b>	<b>1 619 892</b>		

Source : Loi de finances rectificative 2006

<sup>20</sup> Loi de finances rectificative 2006

**Tableau VII : Récapitulatif des dépenses de l'Etat**

Dépenses	Montant	Pourcentage
Service de la dette publique	629,583	38,6%
Remboursement emprunts	509,107	81%
Intérêts sur emprunts	120,476	19%
Fonctionnement	672,051	41,3%
Salaires et MONP <sup>21</sup>	241,015	36%
Ministère de la santé (hors salaire)	27, 207	4%
Autres Ministères	403,829	60%
Investissements	200,0	12,3%
Prêts et avances	128,258	7,8%
<b>Total</b>	<b>1629,892</b>	<b>100,0%</b>

Source : Loi de finance rectificative 2006

Les dépenses de l'Etat sont réparties autour de trois grands axes : le service de la dette qui absorbe 38,6% du budget total, le fonctionnement qui représente 41,3%, les investissements qui absorbent 12,3% et les prêts et avances 7,8%. On peut considérer que le pays ne consacre que 60% de ses ressources budgétaires pour le fonctionnement soit 978 milliards de francs CFA. Si l'on y retire les 230,790 milliards de francs CFA de masse salariale des fonctionnaires qui représentent 36% du budget de fonctionnement, il ne reste plus que 747,21 milliards pour le fonctionnement de l'Etat à peine moins que les recettes non fiscales de l'Etat. On peut déduire que les impôts au Gabon servent à payer la dette et les salaires des fonctionnaires. Les dépenses de santé représentent 3,9% du budget total et si l'on retire le service de la dette ce dernier représente 6,6% du reste du budget. Si l'analyse est effectuée uniquement au niveau du budget de fonctionnement, les dépenses de santé atteignent 7,8% du budget de fonctionnement de l'Etat.

#### **b). Le secteur parapublic**

Le financement dans le cadre de la CNSS est assuré par la seule cotisation patronale obligatoire. Tous les employés du secteur formel privé sont affiliés à la CNSS. Les employés ne cotisent pas pour la maladie. Contrairement aux autres caisses d'assurance maladie, il s'agit d'une assurance avec offre. La CNSS ne prend en charge les affiliés que dans ses structures hospitalières. Les employés payent un ticket modérateur. Les personnes non affiliées à la CNSS payent la totalité des frais.

<sup>21</sup> MONP : Main d'œuvre non permanente de l'Etat

Il s'agit d'un système plus proche des HMO américain qu'un système bismarckien où il y a une séparation nette entre le prestataire de soins et l'organisme assureur.

### **c). Le secteur privé**

#### **c.1) Le secteur privé non lucratif**

Ce secteur est financé par les dons mais également par une subvention de l'Etat gabonais pour les deux grandes structures. Le reste du financement est assuré par les usagers qui payent les prestations qui leurs sont fournies directement.

#### **c.2) Le secteur privé lucratif**

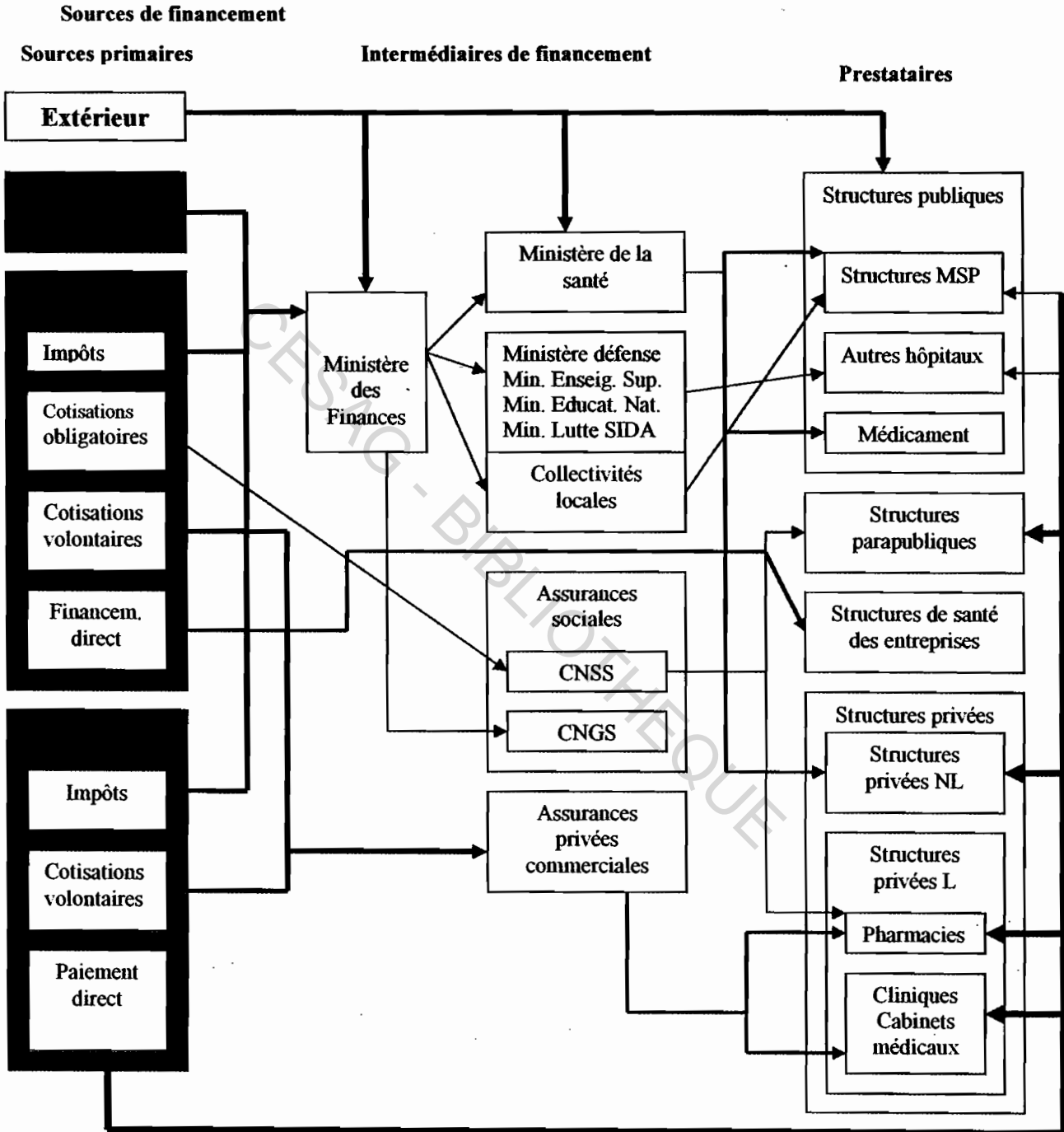
Depuis quelques années avec les difficultés de la CNSS, plusieurs entreprises privées paient des cotisations dans des assurances privées pour leurs employés. Là également les employés ne cotisent pas. Les sociétés d'assurance utilisent la branche maladie comme produit d'appel. Ce sont ces assurances privées qui financent le secteur privé notamment les cliniques et les pharmacies. Mais la clientèle de ce secteur ne se limite pas seulement aux employés du secteur privé formel plusieurs personnes y vont et donc payent directement la totalité des frais car ne disposant pas de couverture maladie. Ce système peut être associé à un système libéral comme aux Etats-Unis mais sans la cotisation des employés.

#### **c.3) Le secteur traditionnel**

Il s'agit ici essentiellement du paiement direct car ni l'Etat, encore moins les caisses existantes et les assurances privés ne financent ce secteur. Ceux qui s'y rendent paient la totalité des frais. Le paiement dans ce secteur peut être en nature. Dans le cadre de ce travail les financements de ce secteur ne seront pas intégrés faute de données.

### 5.1.1.4.2 : Les flux financiers et les agents de financement

Schéma 2 : Dispositif effectif de financement du système de soins gabonais<sup>22</sup>

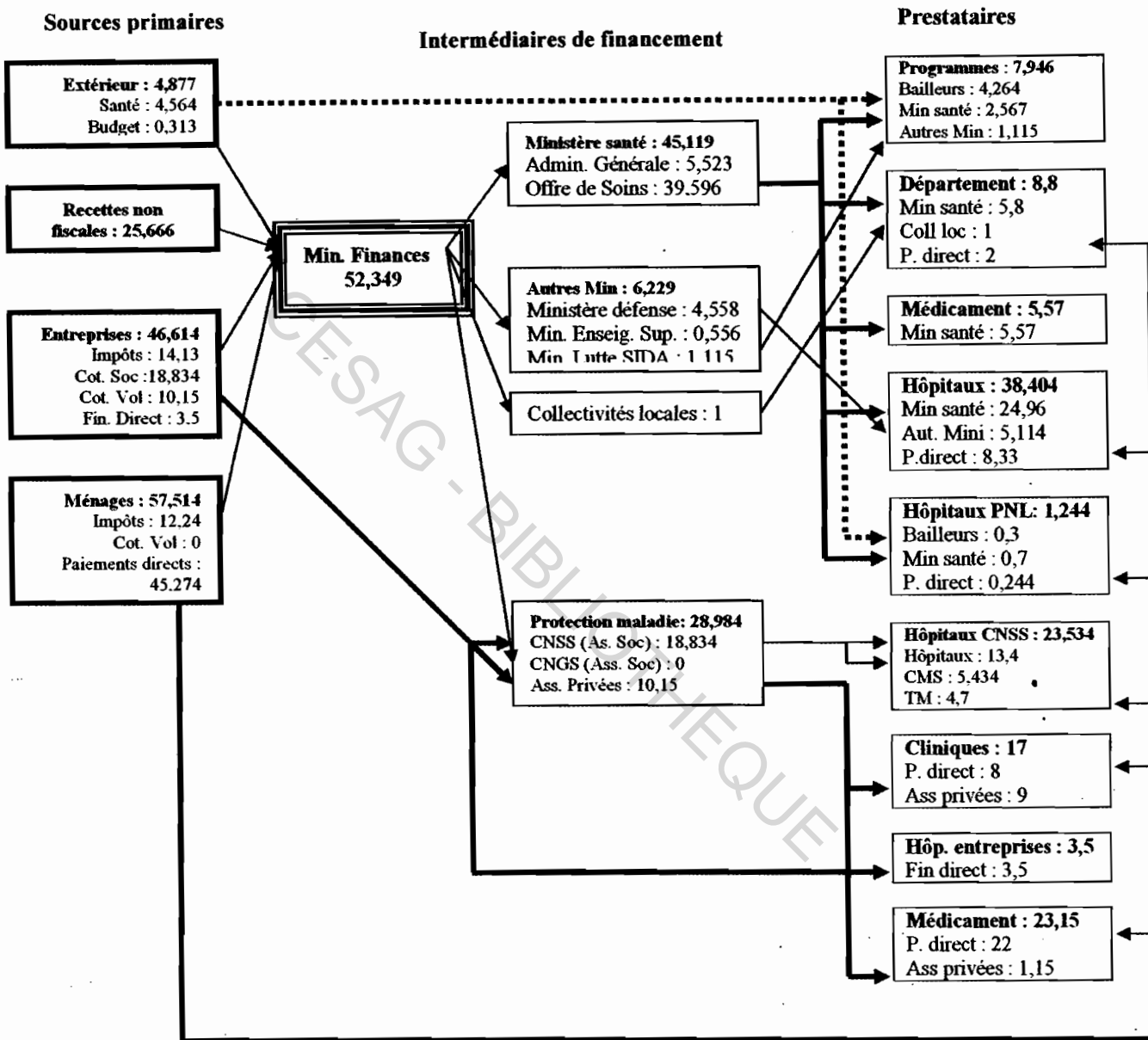


<sup>22</sup> Schéma inspiré de Hervé LAFARGE : note de cours Analyse des dispositifs de financement CESAG 2007

## a) Les flux financiers

Schéma 3 : Principaux flux financiers des soins au Gabon (2006)<sup>23</sup>

### Sources de financement



Les estimations que nous avons effectuées montrent que 129,148 milliards de francs CFA ont été mobilisés pour l'offre de soins. L'administration générale de la santé a

<sup>23</sup> Schéma inspiré de Hervé Lafarge : note de cours Analyse des dispositifs de financement CESAG 2007

mobilisé 5,523 milliards de francs CFA. On peut estimer à 134,671 milliards de francs CFA le montant des sommes mobilisées pour le système de soins au Gabon.

Les schémas 2 et 3 montrent une présentation légèrement différente de celles des comptes nationaux de la santé en ce qu'elle considère le Ministère des finances comme un intermédiaire plutôt qu'une source. Cette présentation, tirée du cours sur l'analyse des dispositifs de financement<sup>24</sup>, est plus proche de la réalité des opérations financières. En effet le Ministère des finances lui-même tire ses ressources des impôts et taxes sur les entreprises les ménages ainsi que les emprunts et les dons. L'analyse du schéma montre que quatre sources primaires ont été identifiées. Les sources traditionnelles que sont les bailleurs de fonds, les ménages et les entreprises et une quatrième source représentée par les recettes non fiscales de l'Etat. Il s'agit des revenus de participation de l'Etat dans les sociétés mais également des revenus du domaine foncier, pétrolier, minier et forestier principalement. Dans notre schéma le Ministère des finances est un intermédiaire qui finance d'autres intermédiaires.

## **b) Les agents de financement**

### **b.1) Les sources primaires**

Les sources primaires de financement des soins sont les ménages, les entreprises et l'extérieur. Les ménages financent les prestataires par le paiement direct ou indirectement par les impôts en ce qui concerne les structures publiques. Dans notre estimation les ménages contribuent à hauteur de 57,514 milliards de francs CFA soit 42,7%.

Les entreprises financent les prestataires de soins directement dans le cas des structures de soins des entreprises et indirectement par les cotisations obligatoires et volontaires et les impôts. Les entreprises ont contribué à hauteur de 46,614 milliards de francs CFA soit 34,6%.

Le reste du monde ou l'extérieur contribue soit directement au niveau des prestataires, c'est le cas des bailleurs multilatéraux comme le fonds mondial SIDA-Paludisme et tuberculose mais également l'OMS et l'UNICEF, soit indirectement en finançant directement le budget général de l'Etat ou le Ministère de la santé. Les

---

<sup>24</sup> Hervé Lafarge : Analyse des dispositifs de financement. Cours CESAG



baillleurs ont contribué à hauteur de 4,877 milliards de francs CFA ce qui représente 3,6% du financement total.

Une quatrième source de financement primaire a été identifiée dans le cas du Gabon car elle ne répondait pas aux critères de financement des trois autres sources primaires. Il s'agit des recettes non fiscales de l'Etat. Cette dernière source a contribué à hauteur de 25,666 milliards de francs CFA soit 19,1%. Les recettes non fiscales peuvent être assimilées à un financement par les entreprises. Ceci porterait la part des entreprises à 53,7% et les ménages à 42,7%.

**Tableau VIII : Contribution des sources primaires au financement des soins**

<b>Sources primaires</b>	<b>Montant (en milliards FCFA)</b>	<b>Pourcentage</b>
Baillleurs (extérieur)	4,877	3,6%
Entreprises	46,614	34,6%
Recettes non fiscales	25,666	19,1%
Ménages	57,514	42,7%
<b>Total</b>	<b>134,671</b>	<b>100%</b>

### **b.2) Les intermédiaires de financement**

Deux grands intermédiaires ont été identifiés dans le financement des soins au Gabon : Le Ministère des finances et les administrations de protection maladie.

Le Ministère des finances a contribué pour 52,349 milliards de francs CFA soit 38,9% reparti dans trois grands postes de dépenses : le Ministère de la santé avec 45,119 milliards de francs CFA (86,2%), les autres Ministères avec 6,229 milliards (11,9%) et les collectivités locales avec 1 milliard de francs CFA (1,9%).

Les autres Ministères sont représentés par le Ministère de la Défense qui dispose d'une direction de la santé militaire avec un hôpital des instructions des armées et des dispensaires dans les différentes casernes. Le Ministère de l'enseignement supérieur qui dispose d'une maternité universitaire qui est entièrement à sa charge et depuis 2006 d'un Ministère de la lutte contre le SIDA. Concernant les collectivités locales, les dispositions légales indiquent que chaque collectivité doit consacrer 10% de son budget pour la santé. Cette disposition n'est que très rarement mise en œuvre. Les collectivités locales qui la mettent en œuvre se limitent le plus souvent au

paiement des salaires des personnels auxiliaires ou communautaires. La décentralisation étant balbutiante les collectivités locales n'ont pas ou très peu de ressources, l'essentiel de leurs ressources provenant de la dotation budgétaire.

Les organismes de protection sociale (CNSS et les assurances privées) contribuent pour 28,984 milliards de francs CFA soit 21,5%. Le Ministère des Finances aurait dû contribuer pour les indigents à la CNGS mais depuis quelques années cette couche de la population ne bénéficie plus de prestations. Le Ministère des finances ne contribue à aucune caisse d'assurance maladie pour les fonctionnaires car il joue lui-même par le biais du trésor public le rôle d'assurance maladie pour ses agents.

### **b.3) Le financement des prestataires**

Dans le cadre du découpage qui a été effectué pour cette analyse, les prestataires ont été regroupés en 9 catégories. Dans le secteur public, les programmes, les départements sanitaires, les hôpitaux et le médicament ont été retenus. La présence du médicament s'explique par le fait que depuis que le Gabon a refusé d'adhérer à l'initiative de Bamako, l'indisponibilité du médicament dans les structures publiques est souvent citée comme faisant partie des grands dysfonctionnements du service public de santé. Au niveau des programmes, l'importance du programme SIDA, pose la problématique d'en faire un prestataire à part entière. Dans le secteur parapublic, les hôpitaux et les centres médicaux sociaux de la CNSS ont été retenus. Dans le secteur privé non lucratif les deux principaux hôpitaux de ce secteur (hôpital Albert SCWEITZER et celui de BONGOLO) ont été pris en compte. Dans le secteur privé lucratif on note la présence des cliniques, cabinets médicaux et des officines privées.

Les prestataires ont bénéficié de 95,9% des financements des soins soit 129,148 milliards de francs CFA.

**Tableau IX : Poids relatif de chaque agent de financement et la part de chaque prestataire**

Prestataires	Agents de financement						
	Partenaires	Pouvoirs publics	Protection maladie	Ménage	Total		
Programmes	4,264	3,682			7,946	6,2%	47%
Départements sanitaires		6,8		2	8,8	6,8%	
Médicament		5,57			5,57	4,3%	
Hôpitaux publics		30,074		8,33	38,404	29,7%	
Hôpitaux PNL	0,3	0,7		0,244	1,244	1%	1%
Hôpitaux CNSS			18,834	4,7	23,534	18,2%	52%
Hôpitaux entreprises			3,5		3,5	2,7%	
Cliniques et cabinets M			9	8	17	13,2%	
Officines			1,15	22	23,15	17,9%	
<b>Total</b>	<b>4,564<sup>25</sup></b>	<b>46,826<sup>26</sup></b>	<b>32,484<sup>27</sup></b>	<b>45,274</b>	<b>129,148</b>	<b>100%</b>	
	<b>3,5%</b>	<b>36,3%</b>	<b>25,15%</b>	<b>35,05%</b>			

Le secteur privé a financé les prestataires à hauteur de 52% et le secteur public à 47%. Le privé non lucratif ne représente que 1%. Les estimations des flux financiers de l'année 2006 sont présentées dans les tableaux ci-dessous. Ce tableau permet de croiser les sources de financement et les agents de financement conformément à la présentation des comptes nationaux de santé. Les estimations contenues doivent être précisées lors de l'élaboration des comptes nationaux de santé du Gabon<sup>28</sup>.

<sup>25</sup> Il faut retirer la part de la contribution des partenaires qui est directement affecté au Ministère des Finances

<sup>26</sup> Il faut retirer le coût de l'administration générale de la santé

<sup>27</sup> Il faut ajouter le financement direct des entreprises

<sup>28</sup> Les dépenses des ménages sont des approximations à partir des données sur les fréquentations des hôpitaux

**Tableau X :** Dépense nationale de santé selon les sources de financement et les agents de financement (estimations pour le Gabon 2006 en milliards de FCFA) Présentation CNS.

Agents de financements	Sources de financement								
	Fonds publics			Fonds privés				Reste monde	Total
	Recettes de l'Etat central	Recettes des coll. locales	Total	Entreprises	Ménages	ONG	Total		
Ministères	51,349		51,349						51, 349
Collectivités locales	1		1						1
Administrations de sécurité sociale				22,334			22,334		22, 334
Mutuelles									
Assurances commerciales				10,15			10,15		10,15
Ménages					45,274		45,274		45,274
Reste du monde								4,564	4,564
<b>Dépense Nationale de santé</b>	<b>52,349</b>	<b>-</b>	<b>52,349</b>	<b>32,484</b>	<b>45,274</b>	<b>nd</b>	<b>77,758</b>	<b>4,564</b>	<b>134,671</b>

Le croisement entre les agents de financement et les prestataires nous permet de voir pour chaque prestataire les principaux agents qui contribuent à leur financement. Ce tableau permet également de constater que les ménages contribuent chez tous les prestataires à l'exception de l'administration, des programmes et des médicaments publics (refus de l'initiative de Bamako). L'absence des comités de santé et la faiblesse de la contribution des collectivités locales témoignent d'une faiblesse du processus de décentralisation aussi bien dans le secteur de la santé qu'au niveau institutionnel ou politique.

**Tableau XI : Dépense nationale de santé selon les sources de financement et les agents de financements (estimations pour le Gabon 2006 en milliards de FCFA) Présentation CNS**

Prestataires	Agents de financement									
	Administrations publiques				Secteur privé				Reste du monde	Total
	Ministère. Santé	Autres Min / Coll loc	Adm sec soc	Total	Mutuel <sup>29</sup>	Assurances	Ménage	Total		
Hôpitaux	24,96	5,114		30,074			8,33	8,33		38,404
Cliniques <sup>30</sup>						9	8	17		17
Départements <sup>31</sup>	5,8	1 <sup>32</sup>		6,8			2	2		8,8
SBL	0,7			0,7			0,244	0,244	0,3	1,244
Structures de soins CNSS et Entreprises			22,334 <sup>33</sup>	22,334			4,7	4,7		27,034
Médicament (public)	5,57 <sup>34</sup>			5,57						5,57
Médicaments officines						1,15	22	23,15		23,15
Programmes de santé	2,567	1,115		3,682					4,264	7,946
Administration de la santé	5,523			5,523						5,523
Dépense courante de santé	45,119	7,229	22,334	74,682	-	10,15	45,274	55,424	4,564	134,671

D'après nos estimations la dépense courante de santé est de 134,671 milliards de francs CFA. Cela revient à 88 599 francs CFA la dépense de santé par tête d'habitant (pour une population estimée à 1 520 000 habitants). Si l'on estime le dollar à 500 francs CFA cela reviendrait à 177 dollars par tête d'habitants. A cette dépense si l'on y adjoint les dépenses en capital estimées à 12,428 milliards, la dépense nationale de santé serait estimée à 147,099 milliards de francs CFA. Soit 96 775 francs CFA ou 193,5 dollars de dépenses par tête d'habitants.

<sup>29</sup> Inexistence des mutuelles

<sup>30</sup> Cliniques et cabinets médicaux privés

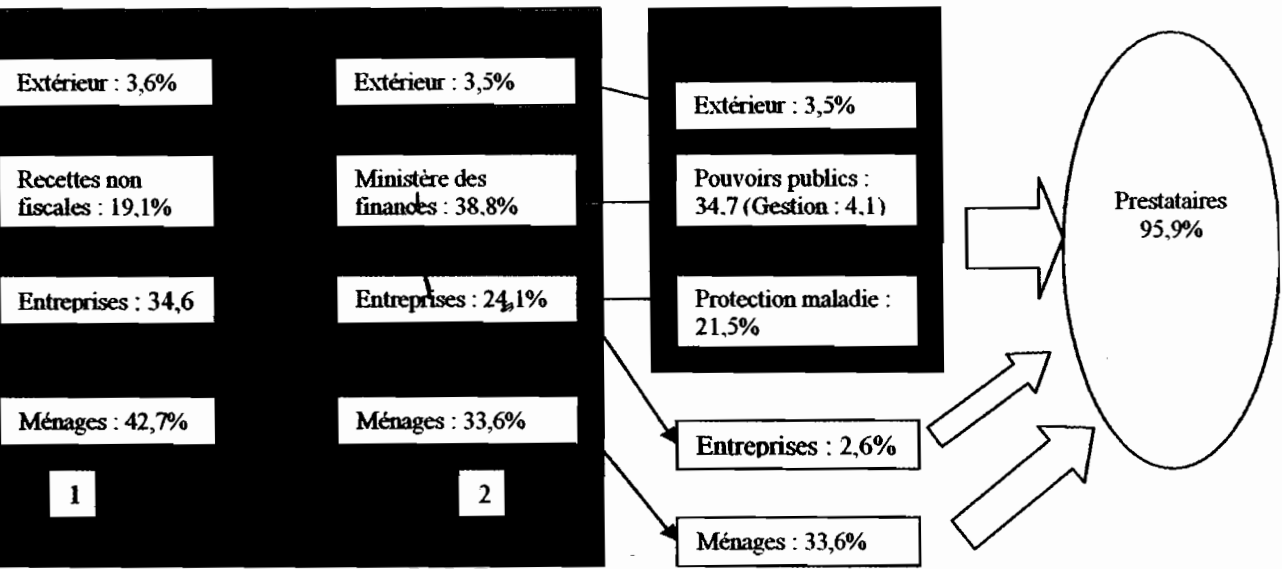
<sup>31</sup> Département sanitaire est l'équivalent du District sanitaire au Gabon

<sup>32</sup> Contribution des collectivités locales

<sup>33</sup> On note 18,834 au titre de la cotisation obligatoire et 3,5 financement direct

<sup>34</sup> Budget total médicament (OPN+CHL+CHR+HR)

**Schéma 4 : Récapitulatif des parts des différents sources de financement et des intermédiaires de financement (134,671 Md = 100%)**



Le schéma 4 présente une synthèse des différentes sources de financement et des intermédiaires de financement. La lecture de ce schéma permet de constater une différence importante du poids de chaque source selon que l'on présente les sources de financement selon la méthode des comptes nationaux de la santé (2) ou selon la méthode d'analyse des sources de financement<sup>35</sup> (1). De même la part des entreprises ou de l'Etat varie en fonction du fait que les recettes non fiscales sont attribuées aux entreprises ou à l'Etat.

<sup>35</sup> Schéma inspiré de Hervé Lafarge : Note de cours Analyse des dispositifs de financement CESAG 2007

### **5.1.1.5 Régulation du système de soins**

La régulation du système de soins du Gabon est dévolue au Ministère de la santé. La décentralisation n'ayant pas des compétences spécifiques transférées dans le domaine de la santé c'est l'Etat central avec ses entités déconcentrées qui régule le système de soins. Dans le cas spécifique de la santé, ce sont les directions et les inspections régionales de la santé qui sont en charge de cette mission.

Le Ministère en charge de la santé a non seulement compétence dans l'élaboration de la politique de santé mais également dans la définition des normes applicables en matière de santé en République Gabonaise.

Mais en réalité le Ministère de la santé n'a autorité que sur ses propres structures et sur les structures privées par l'entremise des accréditations qu'elle délivre. Par contre le Ministère de la santé ne régule pas l'activité santé de la CNSS et encore moins des autres départements ministériels qui ont une activité de santé, tel que la santé militaire et l'enseignement supérieur. Dans le meilleur des cas il existe des relations fonctionnelles notamment avec les autres départements ministériels.

Plusieurs éléments viennent confirmer cette absence de régulation du système de soins national. Dans un premier temps on observera l'absence d'un code de santé publique au niveau du pays qui rappelle l'ensemble des normes, lois et règlements liés à l'exercice de la médecine et aux bonnes pratiques de santé en République. Le deuxième élément est lié à l'absence de carte sanitaire. La carte sanitaire non pas en tant qu'élément physique d'inventaire des infrastructures et équipements présent dans le pays mais en tant qu'élément de planification. Aucun autre partenaire des soins n'informe le Ministère de la santé de la construction ou de l'achat d'un nouvel équipement. Le Ministère ne peut à ce jour dresser une véritable carte sanitaire. Dans le domaine de la tarification il n'existe aucune régulation. Les structures de la CNSS fixent leurs prix librement, il en est de même des cabinets et cliniques privés et même les structures des autres Ministères. Il n'y a pas d'harmonisation entre les différentes structures de soins. En somme il n'existe pas de nomenclature des actes et une règle générale en matière de fixation des tarifs des prestations. Cette situation prévaut aussi au niveau de la formation des médecins, sages femmes qui dépendent de l'enseignement supérieur pour lequel le Ministère n'a aucun avis à donner.

## **5.1.2 : Protection maladie actuelle au Gabon**

### **5.1.2.1 : Dispositions juridiques**

La Constitution gabonaise, régie par la loi n° 3/91 du 26 mars 1991 dans son article 1<sup>er</sup>, alinéa 8, garantit à tous, la protection de la santé et la sécurité sociale. Cette disposition de la constitution n'est que le prolongement juridique de la politique de gratuité des soins de santé instaurée depuis les indépendances par les autorités gabonaises. Elle s'appuyait sur un système de santé public gratuit financé par le budget de l'Etat (impôts).

Cette politique a été d'autant plus facile à mettre en œuvre que le pays disposait de ressources substantielles qui ont été à l'origine du refus du Gabon d'adhérer à l'initiative de Bamako en 1987 lors de son adoption.

En 1995, devant la persistance des difficultés économiques et sous la pression des bailleurs de fonds, le pays adopte l'Ordonnance 001/95 du 14 janvier 1995 portant orientation de la politique de santé au Gabon qui vient préciser et nuancer l'orientation de la constitution. En effet dans l'article 3 de cette ordonnance il est dit : « L'Etat selon ses possibilités garantit à tous, notamment à l'enfant, la mère, aux handicapés, aux vieux travailleurs et aux personnes âgées, la protection de la santé » et dans son article 5, il est dit : « 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... ».

Cette ordonnance introduit une limite à la participation de l'Etat et officialise la participation des usagers au financement de leur santé.

La population disposait d'un système de santé public officiellement gratuit mais dans la pratique les usagers payaient les prestations. Dans le même temps en fonction du statut socioprofessionnel des avantages spécifiques étaient octroyés dans le cadre de la prise en charge de la maladie ce qui permet de subdiviser la population en trois grands segments ou régime d' « assurance ». Chaque régime s'appuie sur un cadre juridique qui définit les modalités de prise en charge. Il s'agit de :

- ✓ Régime des fonctionnaires;
- ✓ Régime des travailleurs du secteur privé relevant du code du travail ou assurance maladie obligatoire contributive intégré à l'offre ;



- ✓ Régime des contractuels de l'Etat, des travailleurs indépendants et des personnes économiquement faibles.

### ***Les fonctionnaires***

Les fonctionnaires sont régis par la loi 8/91 du 26 septembre 1991 portant statut général des fonctionnaires qui prévoit dans son article 122, la gratuité des soins externes et l'instauration d'un ticket modérateur pour les hospitalisations dans les structures publiques pour les fonctionnaires civils et militaires et leurs ayants droits. Ces avantages ne sont consentis que dans les structures publiques et il n'existe pas de remboursement des frais engagés quelque soit la structure ni de ligne budgétaire spécifique affecté cet objet.

Les évacuations sanitaires des fonctionnaires sont régies par le décret 889/PR/MSPP du 28 novembre 1969 qui régleme les évacuations sanitaires sur les hôpitaux étrangers, avec participation du budget de l'Etat et par le décret 00605/PR/MFB/MSPP qui met à la charge des bénéficiaires d'évacuations sanitaires ou d'hospitalisations à l'étranger, un pourcentage des frais engagés par l'Etat. Dans le cadre de ces évacuations sanitaires l'Etat consent une prise en charge des fonctionnaires dans les hôpitaux de la CNSS uniquement pour les prestations qu'elle ne peut pas offrir.

De même cette loi permet aux fonctionnaires de bénéficier des congés maladies et des congés de longue durée dans le cas des maladies chroniques ou invalidantes avec conservation de l'ensemble des droits.

Cette couverture concerne les 40.000 fonctionnaires et leurs ayants droits ce qui donne un total de 160.000 bénéficiaires. Le coefficient multiplicateur est ici la moyenne de quatre enfants pour chaque fonctionnaire.

Le financement de cette importante activité est assuré 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 ni des fonctionnaires, ni de « l'Etat-patron » pour la maladie.

En dehors de la maladie, l'Etat assure également d'autres prestations sociales notamment les prestations familiales (allocations familiales), les allocations de rentrée scolaire, les retraites etc ...)

### ***Le régime des travailleurs du secteur privé***

Le régime des travailleurs du secteur privé est régi par la loi 6/75 du 25 novembre 1975 portant Code de Sécurité Sociale qui crée la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS). La CNSS assure les prestations familiales et de maternité, les accidents du travail, la retraite et la maladie.

Le financement de la branche maladie est assuré par une cotisation uniquement patronale de 4,10%. Cette cotisation est répartie entre les consultations (0%), les hospitalisations (1,5%), les évacuations sanitaires (0,60%) et les médicaments (2%). Les employés ne cotisent pas pour la maladie. Seuls les évacuations sanitaires ont une gestion spécifique. Les autres activités ont un financement commun. Il n'existe pas de sous caisses.

Les soins externes sont couverts à 100% pour les assurés, il existe un ticket modérateur pour les hospitalisations et les évacuations sanitaires.

Les prestations ne sont prises en charge que dans les hôpitaux et les centres médicaux sociaux de la CNSS y compris les médicaments par conséquent la CNSS ne procède pas aux remboursements dans le cas de la maladie car ayant ses propres structures.

Les évacuations sanitaires des salariés du privé sont régies par l'Ordonnance n°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.

Cette couverture concerne près de 92.739 assurés pour 226.515 bénéficiaires.

### ***Le régime des agents contractuels de l'Etat***

Le régime des agents contractuels de l'Etat, des travailleurs indépendants et des indigents, est quant à lui régi par la loi 10/82 du 24 janvier 1983 portant Code de Garantie Sociale qui crée la Caisse Nationale de Garantie Sociale (CNGS).

Cette caisse qui assure selon la loi les prestations familiales, la retraite et la maladie, couvre une population de 140.063 assurés pour 300.047 bénéficiaires.

Le financement de la branche maladie de cette caisse est assuré essentiellement par le budget de l'Etat. Il n'existe pas de cotisations salariales en ce qui concerne les prestations de santé. Les prestations prises en compte sont les consultations externes, les hospitalisations et les évacuations sanitaires. Cette caisse fonctionnerait plutôt comme un fonds pour les indigents que comme une caisse dans

ses principes. En effet comme pour les fonctionnaires, les contractuels n'ont pas de couverture.

### ***Le service de santé des entreprises***

Enfin, la loi n° 03/94 du 21 novembre 1994 portant Code du Travail en République Gabonaise rend obligatoire, dans ses articles 221 et 223, la création d'un service de santé dans toute entreprise ou tout établissement industriel. Ce service de santé doit, entre autres, fournir les premiers secours et les soins d'urgence aux travailleurs victimes d'accidents ou de malaises sur les lieux de travail. Mais les grandes sociétés du pays y ont développé de véritables hôpitaux. C'est le cas de la COMILOG avec l'hôpital de Moanda, l'ancienne COMUF avec la structure de Mounana et de Elf Gabon. Ces structures sont ouvertes à toute la population de leurs zones d'implantations. Ces structures ont été créées pour répondre aux exigences du code du travail mais surtout pour pallier à une offre de soins inexistante ou inadaptée pour la nombreuse main d'œuvre expatriée et enfin au titre de la politique sociale de la société.

#### **5.1.2.2 : Couverture maladie réelle**

La prise en charge des populations affiliées aux différents régimes n'est pas conforme aux dispositions juridiques. Les fonctionnaires ne disposent pas d'avantages particuliers dans les formations sanitaires publiques et payent les prestations au même taux que tous les autres usagers de ces formations sanitaires à l'exception des évacuations sanitaires.

Les salariés du secteur privé ne bénéficient plus des prestations liées aux remboursements des médicaments. Les autres prestations ont connu une dégradation de leur qualité à cause de la vétusté des infrastructures et des difficultés financières de la CNSS.

Les populations affiliées à la CNGS ne bénéficient plus de prestations dans le domaine de la santé (de la consultation à l'évacuation sanitaire en passant par l'hospitalisation) du fait des difficultés de trésorerie de la CNGS elles mêmes dues aux difficultés financières de l'Etat.

L'analyse des textes permet de constater que seules 686 562 personnes devraient bénéficier de quelques avantages dans le domaine de la santé du fait de

l'appartenance à une catégorie socio- professionnelle précise soit 45,1% de la population. Mais en réalité ces avantages sont devenus des mirages au fil du temps et des difficultés économiques comme le résume le tableau ci-dessous. Les fonctionnaires n'ont plus que les évacuations sanitaires et les indigents n'ont plus aucune couverture du fait des difficultés de fonctionnement de la CNGS. On ne compte plus que 25,4% de la population réellement couverte. Si l'on tient compte du panier de soins fournis on peut affirmer que seul 15% de la population bénéficie d'une couverture maladie. Les chômeurs et les agents du secteur informel sont exclus d'office de ce système soit près de 55% de la population auquel viennent s'ajouter les fonctionnaires.

Il faut également signaler l'émergence depuis quelques années des prestataires privés en matière d'assurance maladie qui gèrent aujourd'hui près de 65.000 bénéficiaires pour 22.000 assurés. En fait plus des 4/5<sup>ème</sup> de ces assurés sont des travailleurs du secteur privé qui sont déjà affiliés à la CNSS mais du fait des dysfonctionnement de cette dernière préfèrent prendre une assurance maladie privée pour leurs employés. Cette assurance est en fait un produit d'appel des sociétés d'assurances vis à vis des grandes sociétés de la place. Le tableau ci-dessous présente une synthèse des différents régimes d'assurances ainsi que les avantages théoriques prévus par les dispositions juridiques.

Aujourd'hui quasiment tous les gabonais (85%) effectuent des paiements directs pour leurs prestations de santé. La non mise en œuvre de l'initiative de Bamako et de son corollaire la politique de promotion du médicament essentiel générique au niveau primaire et même secondaire, font que les coûts de santé sont 2 à 3 fois plus élevés au Gabon que dans les pays Africains qui ont mis en œuvre l'initiative de Bamako. Un rapport de la coopération française au Gabon évalue la dépense en médicaments à 50 US \$ au Gabon contre 2 US \$ au Bénin<sup>36</sup>.

L'enjeu de toute réforme de la santé au Gabon est de résoudre l'équation de la protection maladie de 85% de Gabonais dont 35% sont dans le secteur informel et 20% au chômage.

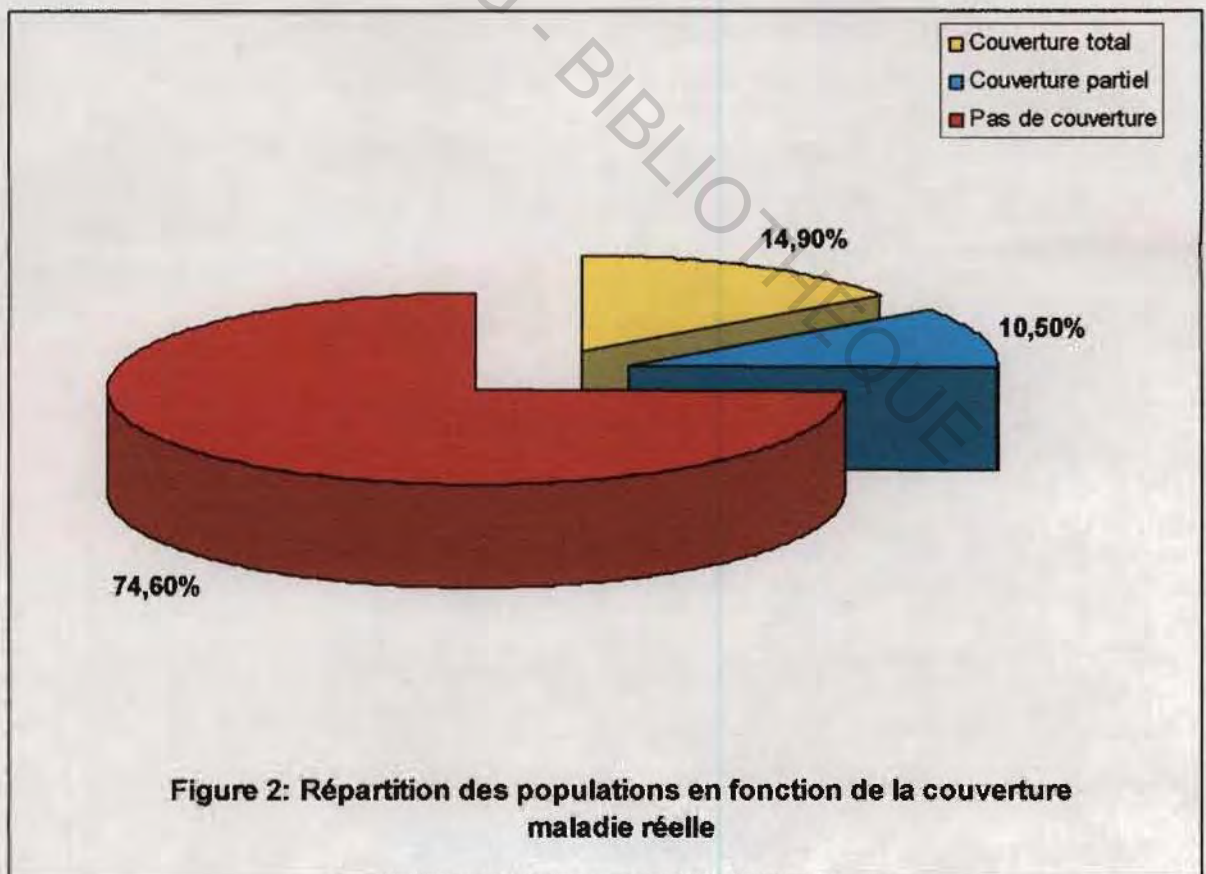
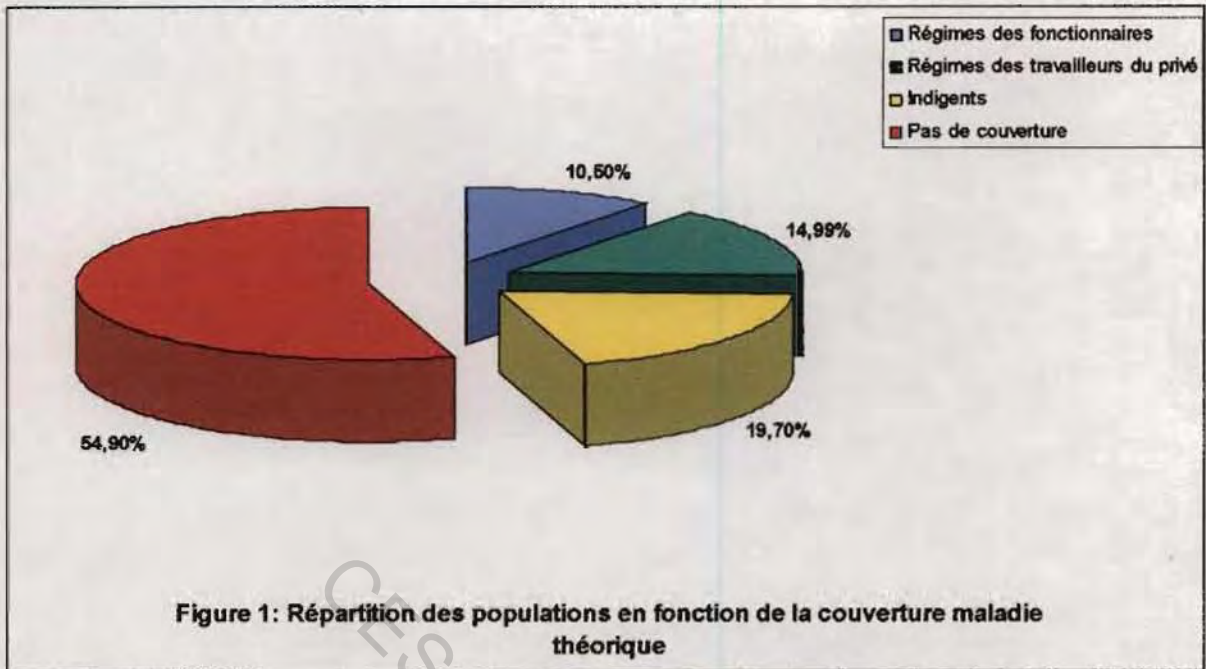
---

<sup>36</sup> Evaluation de la coopération française dans le secteur de la santé au Gabon

**Tableau XII : Récapitulatif des prestations réelles et des populations bénéficiaires**

Type de régimes	Sources de financement	Secteur de santé prenant en charge	Avantages couverts par la loi	Avantages réels	Populations couvertes/ population générale
Régime des fonctionnaires	Impôts (Ministère des finances)	Secteur public civil et militaire	Consultation gratuite TM hospitalisation TM EVASAN	-  TM EVASAN	40 000 fonctionnaires et 160 000 ayants droits (10,5%)
Régime des travailleurs du secteur privé AMO intégrée à l'offre	Cotisation patronale obligatoire	Secteur parapublic (CNSS)	Consultation gratuite TM hospitalisation TM EVASAN Gratuité médicaments	Consult. Gratuite TM hospitalisa. TM EVASAN	CNSS : 92 739 assurés pour 226 515 ayants droits (14,9%)
Régime des contractuels de l'Etat, des travailleurs indépendant et des personnes économiquement faible (fonds pour les indigents)	Subvention (impôts)	Secteur public	Consultation gratuite TM hospitalisation TM EVASAN Remboursement médicaments	Aucune prestation	140 063 assurés pour 300 047 ayants droits (19,7%)
Assurances privées (employés secteur privé + PAF)	Cotisation patronale volontaire	Secteur privé	Consultation (TM) Hospitalisation (TM) Médicaments (TM) EVASAN (TM)	avantages complets	22 000 assurés et 65 000 bénéficiaires (4,3%) <sup>37</sup>
Protection maladie			% Population couverte par la loi : 45,1%	Au moins une prestation  prestations complètes	% Population couverte en réalité : <b>25,4%</b> <b>14,9%</b>
Absence de protection maladie			% Population non couverte par la loi : 54,9% (35% secteur informel et 20% chômage)	Aucune prestation  Aucune/prestation incomplète	% Population non couverte en réalité : <b>74,6%</b> <b>85,1%</b>

<sup>37</sup> Ce pourcentage n'est pas pris en compte dans le total car il est inclut dans le régime des travailleurs du secteur privé. Il s'agit en fait des sociétés non satisfaites des prestations de la CNSS qui assurent volontairement leurs employés



### 5.1.3 : Analyse du financement

L'organisation et le financement du système de soins gabonais sont différents selon qu'il s'agisse du secteur public, parapublic ou privé.

Le secteur public se veut un système national pyramidal inspiré de la philosophie de Lord Beveridge. En effet, dans les principes il y a une forte ressemblance entre les deux systèmes. Pour Beveridge, le droit à la santé et à la couverture maladie constitue un attribut de la citoyenneté britannique. Il en est de même dans les constitutions de la plupart des Etats africains où le droit à la santé est reconnu comme un droit fondamental de la personne humaine et par conséquent est garanti<sup>38</sup>. Le système de soins public a également en commun avec le système beveridgien le mode de financement par l'impôt du système de soins.

La comparaison avec le système britannique s'arrête là. Car à la différence avec la NHS, le système public en réalité ne couvre pas l'ensemble de la population car une partie importante de cette dernière est prise en charge par les autres systèmes. Le système de référence et contre référence qui aurait pu être comparé à une forme de gate keeper est loin d'être celui appliqué en Grande Bretagne. En effet les malades ne respectent pas la pyramide sanitaire sauf dans les zones rurales où ils n'ont pas le choix car il n'y a qu'une seule structure. Par contre en milieu urbain, les malades sont libres d'aller directement dans une structure hospitalière de troisième niveau sans passer par le premier niveau de la pyramide sanitaire. En plus de cette possibilité les malades ont également la liberté de passer du secteur public au parapublic et au privé. Le seul critère limitatif est le critère financier. De même, le fait que les structures de santé couvrent des bassins de population ne signifie pas pour ces populations une affiliation obligatoire à la structure de santé. Tout ceci n'existe pas dans le système beveridgien où il y a un abonnement obligatoire à un médecin généraliste et surtout ce dernier est payé en fonction du nombre d'adhérents (per capita) et il gère l'accès aux spécialistes et les honoraires y afférents (gate keeper) ce qui lui permet de jouer un rôle clé dans le dispositif. Sur le plan organisationnel, le niveau primaire est complètement libéralisé dans le système beveridgien. Il s'agit des médecins généralistes libéraux qui passent des conventions avec la NHS. Or dans le secteur public la structure de base est le dispensaire en zone rurale comme en zone urbaine et elle est dirigée par un infirmier et

---

<sup>38</sup> Agbodjan T.D : Le droit à la santé en Afrique subsaharienne : vers des soins communautaires et/ou une assurance maladie

appartiennent toutes au Ministère de la santé. Enfin le système beveridgien inclut obligatoirement toute la population alors que le système de soins public est ouvert à toute la population de façon égalitaire et non obligatoire même si vous êtes bénéficiaires d'autres systèmes de protection maladie. Si l'on revient aux principes fondateurs dits des trois « U » de la philosophie de Beveridge<sup>39</sup> la ressemblance avec le système public s'arrête à l'Universalité ou tout citoyen quel que soit sa situation professionnelle serait protégé contre les risques sociaux. Par contre en ce qui concerne l'Unité pour la gestion par une administration unique du risque et l'Uniformité ou chacun bénéficierait des aides en fonction de ses besoins et quel que soit son revenu il n'y a point de ressemblance.

Le système parapublic est plutôt proche du système bismarckien. Les similitudes avec ce système sont essentiellement liées au fait qu'il s'agit d'une assurance professionnelle pour lequel Bismarck considère qu'il s'agit d'un attribut du travailleur et de ses ayants droits. Les prestations sont donc financées par les intéressés, l'adhésion est obligatoire à une caisse pour tous les employés du secteur privé, le financement par le biais d'une cotisation obligatoire uniquement patronale dans le cas du Gabon. Par contre le système de soins parapublic, à la différence avec le système bismarckien classique, dispose d'une offre de soins intégrés. Il n'y a pas de différence entre le payeur et le prestataire. Dans le cas de la CNSS il s'agit aussi bien des structures de soins que des pharmacies car dans son panier de soins cette structure offre les médicaments à ses membres aussi bien en consultation qu'en hospitalisation. Certes ces prestations ne sont plus données mais la CNSS ne rembourse pas aux adhérents qui achètent les médicaments et encore moins ne payent pas des pharmaciens privés pour des médicaments fournis à des adhérents de la CNSS. Le modèle de la CNSS est donc plus proche du système HMO américain que du système bismarckien. Par contre l'adhésion au système HMO est volontaire alors que dans le cas de la CNSS elle y est obligatoire. Sur le plan de l'organisation à l'instar du système beveridgien, le premier niveau de soins dans le système bismarckien est privatisé et est essentiellement représenté par les cabinets médicaux de médecins généralistes. Par contre à la CNSS, le premier niveau est représenté par les centres médico-sociaux appartenant toujours à la CNSS. Dans le financement de la CNSS, les employés ne cotisent pas. Ils contribuent aux

---

<sup>39</sup> Béatrice Majnoni d'Intignano : Economie de la santé



financements de leurs soins uniquement par le biais du paiement du ticket modérateur. D'où leur sous représentativité au niveau du conseil d'administration mais également dans le fonctionnement de la CNSS. Enfin le système bismarckien aussi bien en Allemagne qu'en France est un système national alors que dans le cas de la CNSS il ne s'adresse qu'à un sous secteur. En effet dans le cas de ces deux pays il n'y a pas de différence entre les travailleurs du secteur privé et les fonctionnaires. Seul leur qualité de travailleurs est prise en compte. De plus l'absence du secteur informel et les taux de chômage bas en font un système quasi national couvrant entre 90% et 95% de la population. Dans le cas du Gabon ce système ne s'occupe pas de tous les travailleurs il s'agit donc d'un système bismarckien partiel.

Le système privé est comparable au système libéral qui existe au USA. Les sociétés font adhérer leurs employés dans des assurances privées et ces dernières assurent les prestations contractuelles décidées. De même les particuliers qui le souhaitent adhèrent librement à ces assurances privées pour bénéficier de leurs prestations. A défaut les particuliers payent à leurs frais la totalité des prestations dans les cliniques, les cabinets médicaux et les pharmacies privées.

L'analyse globale du système permet de faire plusieurs constats :

- Il n'y a pas un système national ou une organisation nationale type beveridgienne ou bismarckienne unifiée, mais plusieurs petites organisations qui s'occupent des populations plus ou moins spécifiques.
- Chaque sous système dispose d'une organisation y compris un financement propre qui le rend quasi autonome des autres sous systèmes avec très peu de passerelles entre eux et sans coordination. Dans le cas du Gabon le fait marquant est l'absence de tarification unique des actes.
- Les différences entre les systèmes mis en place au Gabon et les systèmes beveridgien et bismarckien sont plus importantes que les similitudes, ce qui contribue à faire penser que ce système est spécifique dans son organisation mais également dans son financement.
- Le financement des différents sous systèmes en dehors du sous système privé est marqué par le financement de l'offre. L'Etat ou la CNSS, construisent les hôpitaux, recrutent les médecins, achètent les médicaments et les équipements qu'ils mettent à la disposition des malades. Or dans le système bismarckien c'est la demande de soins qui est financée.

- Sur le plan organisationnel, le système beveridgien et le bismarckien ont un premier niveau de soins complètement privatisé et aux mains de la médecine libérale. Tout le contraire des différents sous systèmes public et parapublic et dont la particularité réside dans le fait qu'ils appartiennent totalement à leur différent secteur mais surtout le premier niveau des soins commence par le dispensaire (donc l'infirmier). L'approche dans le secteur public est une approche, au niveau primaire, basée sur les soins de santé primaires et qui s'appuie sur le district sanitaire pour sa mise en œuvre. Ceci n'est pas le cas dans le système beveridgien et bismarckien.
- Enfin le sous système public dispose en son sein de nombreux programmes verticaux, PEV, programme SIDA, Paludisme, maladies diarrhéiques... dont le mode d'organisation et de fonctionnement actuels sont peu compatibles avec les systèmes beveridgien et bismarckien.

L'enjeu est donc de savoir si un changement de philosophie est réaliste dans le financement de la santé au Gabon en passant du financement de l'offre au financement de la demande. Dans un deuxième temps le défi est de construire un système de soins avec une régulation unifiée tout en préservant les statuts des uns et des autres mais surtout une accessibilité quasi égale de l'ensemble de la population aux différents sous secteurs. Ce changement d'organisation passe donc par une redéfinition des missions du Ministère de la santé et une acceptabilité des professionnels.

## **5.2 : La réforme du dispositif de protection maladie : CNAMGS**

Le 04 janvier 2007, le Gouvernement gabonais adopte l'ordonnance n°2/2007 instituant un régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale en République Gabonaise. Cette ordonnance, dont les décrets d'applications sont en cours de préparation, définit les grands principes de l'assurance maladie au Gabon ainsi que son organisation et son fonctionnement.

D'emblée, le choix porté par le Gouvernement Gabonais est celui de la mise en place d'un système de couverture du risque maladie et de maternité de type bismarckien option français. C'est-à-dire un système de tiers payant avec une caisse unique et une séparation entre les prestataires et le payeur. Ce qui sur le plan politique et historique semble logique.

### ***De la création de la CNAMGS***

La création de la caisse s'est faite par la dissolution de la Caisse Nationale de Garantie Sociale (CNGS) dont les branches (prestations familiales des indigents et prestations de santé des agents contractuels de l'Etat, des travailleurs indépendants et des indigents) ont été transférées à la nouvelle caisse. Les autres branches de la CNGS concernant les agents contractuels de l'Etat ont été transférées à la direction de la solde et de la dette viagère du Ministère des finances et à la CNSS pour les travailleurs indépendants. De même toutes les charges et ressources de la CNSS destinées aux hospitalisations, aux évacuations sanitaires et aux médicaments ont été transférées à la nouvelle caisse.

Sur le plan juridique, la caisse est un service public personnalisé soumis aux règles de gestion de droit privé (article 16). Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion administrative et financière. La caisse jouit des privilèges du trésor public. Les titres et créances émis par le directeur général de la caisse sont assimilés aux titres et créances de l'Etat (article 52).

### ***Des adhérents et ayants droits***

Il s'agit d'un régime d'assurance maladie obligatoire dont l'affiliation est rendue obligatoire (article 3) pour les personnes expressément désignées à l'article 4 de cette ordonnance.<sup>40</sup> Il s'agit des agents publics, les membres des institutions constitutionnelles, les travailleurs salariés du secteur privé et parapublic, les travailleurs de l'Etat et des administrations publiques, les travailleurs indépendants,

<sup>40</sup> Ordonnance n°2/2007 du 4 janvier 2007 instituant un régime obligatoire d'assurance maladie et de Garantie sociale en République Gabonaise

les titulaires d'une pension ou d'une rente et les élèves et étudiants non couverts au titre d'ayants droits. Par contre cette affiliation est volontaire pour les travailleurs étrangers indépendants et les gabonais qui ne font pas partie de la liste ci-dessus énumérée. Les ayants droit sont le conjoint non couvert par l'assurance maladie, les enfants légitimes, naturels ou adoptés jusqu'à l'âge de 16 ans. Cet âge peut être porté à 21 ans pour les enfants scolarisés ou victimes d'une infirmité.

Le système mis en place permet aux adhérents de contracter des assurances complémentaires pour couvrir des frais médicaux non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

### ***De l'organisation de la CNAMGS***

Sur le plan de l'organisation la caisse nationale assurance maladie et de garantie sociale (CNAMGS) est composée de trois fonds distincts. Le fond des agents publics de l'Etat, celui des salariés du secteur privé et parapublic y compris les travailleurs indépendants (professions artisanales, commerciales et libérales) et enfin un fond de garantie sociale pour les gabonais économiquement faibles. Les organes de gestion de la nouvelle caisse sont le conseil d'administration paritaire entre les employés, les employeurs et l'Etat, la direction générale, l'agence comptable et le contrôleur financier. La caisse est sous la tutelle technique du ministère des affaires sociales et sous la tutelle financière du ministère des finances.

### ***Du financement***

Les ressources de la caisse sont les cotisations sociales, les redevances obligatoires à l'assurance maladie, les subventions de l'Etat, les dons, les legs et les recettes générées par les activités propres de la caisse. Plus spécifiquement le fonds d'assurance maladie des agents publics de l'Etat est financé par :

- Les cotisations de l'Etat employeur ;
- Les cotisations des agents publics de l'Etat ;
- Les revenus des placements ;
- Les majorations et intérêts moratoires.

Le fonds d'assurance maladie des salariés du secteur privé et parapublic y compris les travailleurs indépendants est lui financé par :

- Cotisations patronales ;
- Cotisations salariales ;
- Cotisations forfaitaires des travailleurs indépendants ;
- Les revenus des placements ;

- Les majorations et intérêts moratoires.

Enfin le fonds de garantie sociale pour les gabonais économiquement faibles est lui financé par un impôt indirect appelé redevance obligatoire de l'assurance maladie. Cet impôt est déductible au titre de l'impôt sur les revenus des personnes physiques et de l'impôt sur les sociétés.

Les ressources de l'assurance maladie sont déposées dans les livres de la Banque des Etats de l'Afrique Centrale. Les dépenses de la caisse sont constituées des dépenses de fonctionnement, des prestations de santé et des investissements. La loi instaure une comptabilité distincte de chaque caisse pour éviter toute tentative de financement d'un fonds par un autre.

### ***Le panier de soins***

Le panier des soins est constitué des consultations, des hospitalisations, des actes médicaux et paramédicaux, des actes de biologie et de radiologie, la vaccination, la grossesse, l'accouchement et les évacuations sanitaires. Les modalités de prise en charge et la liste exhaustive et détaillée du panier de soins doivent être défini par décret.

Les relations avec les prestataires se feront sur une base contractuelle et l'ensemble des secteurs de soins sera concerné. Un décret établira de manière régulière la liste des établissements de soins et des pharmacies agréés.

### **Philosophie du nouveau système de protection maladie au Gabon**

Le nouveau système de protection maladie au Gabon a un but universel. Sa philosophie est de protéger l'ensemble de la population Gabonaise contre le risque maladie sans aucune discrimination avec un égal accès de tous aux soins de santé et s'appuyant sur une contribution équitable de chaque membre de la communauté. Le système proposé par le Gabon est un système mixte à prédominance bismarkienne. En effet, les deux premières caisses (celles des agents de l'Etat et des salariés du secteur privé) sont de philosophie bismarkienne. Ils visent la couverture médicale des salariés et leurs ayants droits. Tout aussi logiquement, comme décrit par plusieurs auteurs ils excluent par nature ceux qui ne travaillent pas ou qui n'ont pas de lien avec un travailleur. Alors pour prendre en compte tous ceux qui seront exclus par ce système, le Gabon a prévu une troisième caisse. Cette caisse prendra en compte les exclus du premier système. Sur le principe cela est conforme aux stratégies mis en œuvre dans plusieurs pays comme la France et même aux Etats-

Unis avec Medicaid et Medicare. Le seul problème est que cette troisième caisse risque de prendre en charge quasiment 70% de la population. Car ceux qui ne travaillent pas au Gabon ou qui n'ont pas de lien avec un travailleur ce sont les 20% de chômeurs, les 30% du secteur informel, les indigents et les personnes du troisième âge. Ce système doit être financé par un impôt indirect.

La philosophie globale du nouveau système est basée sur d'une part une solidarité interprofessionnelle (caisses des travailleurs) et une solidarité nationale (ou de tous les consommateurs).

Mais le nouveau système peut être vu comme un prolongement ou une organisation moderne des règles de vie et de gestion de la communauté dans les us et coutumes gabonaises. Le bien santé est de loin celui qui dans les communautés gabonaises entraîne le plus de solidarité entre les membres d'une même famille, d'un même village et voire d'une même ethnie. Seul le décès entraîne une mobilisation plus importante. La solidarité des membres de la communauté peut s'exprimer de plusieurs manières, allant de la simple visite de courtoisie au membre malade à l'assistance matérielle et financière. Les récits quotidiens des praticiens hospitaliers montrent que la prise en charge des malades est communautaire ; des ordonnances jusqu'au repas. Par contre à l'inverse de l'assurance maladie, la solidarité des communautés est spontanée, sans prévision.

Mais depuis quelques années notamment en milieu urbain, les populations gabonaises des couches populaires et moyennes ont adopté une pratique d'épargne d'abord orientée vers les activités économiques et qui à cause du poids de la santé dans les dépenses des ménages ont commencé timidement à investir le champ de la santé. Ces pratiques appelées tontines étaient il y a encore peu l'apanage des communautés étrangères vivant au Gabon. On peut donc dire par rapport au fait culturel, qu'il y a continuité par rapport à la solidarité mais l'assurance va apporter la prévision ou la prévoyance dans cette solidarité.

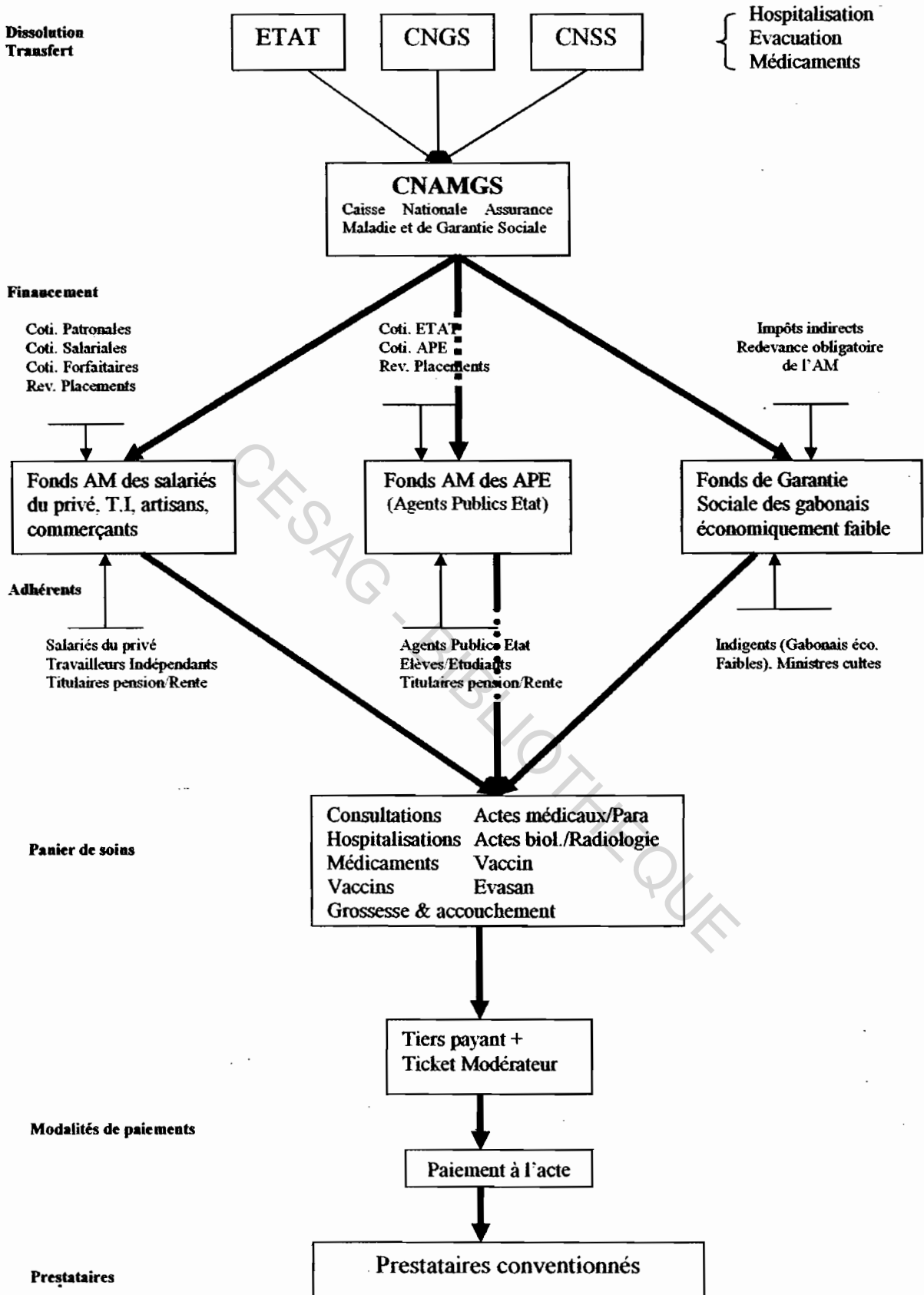


Schéma 5 : Nouveau système de protection maladie du Gabon

Sur le plan politique, la lecture d'ensemble de l'ordonnance qui crée la CNAMGS fait apparaître une suite doctrinale des autorités politiques gabonaises qui ont toujours opté pour la gratuité des soins de l'ensemble de la population, depuis l'indépendance du pays. Cette doctrine explique le refus de l'initiative de Bamako par les autorités gabonaises mais également le fait que les travailleurs du secteur privé ne cotisent pas pour la maladie à la CNSS. Il y a toujours eu une volonté de protéger les populations. Cela se traduit par le fait que ceux qui travaillent paieront pour eux dans leurs caisses mais également pour ceux qui sont en difficulté par le truchement d'un impôt indirect. Le fait nouveau au niveau des politiques est l'acceptation définitive par les autorités politiques de la contribution des populations à l'effort de santé. Il y avait sur ce plan une forme de déni de réalité par les autorités politiques.

Sur le plan sociétal, le nouveau système vient organiser la pratique quotidienne car ce sont ceux qui travaillaient qui payaient pour eux et pour leurs familles (la plus large possible).



### **5.3 : Réforme et cohérence systémique**

La mise en place d'un nouveau système de financement de la protection maladie répond à une volonté politique de résoudre la problématique de l'accès aux soins de qualité des populations gabonaises. L'ambition ou le rêve des autorités politiques est, qu'au terme de la mise en place du nouveau système, tous les gabonais aient accès aux soins de santé de qualité sur l'ensemble du territoire national. Ceci voulant dire dans les faits que ceux qui ont accès aujourd'hui continuent de l'avoir avec en prime la qualité et l'équité dans la participation au financement. De l'autre côté tous ceux qui en sont exclus puissent avoir accès dans les mêmes conditions de qualité et d'équité que les premiers.

Après la présentation du système de soins gabonais et du projet de réforme, l'essentiel de la discussion va être orienté sur la pertinence des options retenues en terme de financement de la couverture maladie dans ce nouveau projet.

La première question est donc de savoir non pas si la réforme était nécessaire, cette question nous semble désuète à ce stade, mais plutôt le système choisi va-t-il nous conduire dans l'idéal espéré d'une couverture universelle ? Si cela est possible quelle est l'ampleur des réformes et surtout au vu de l'évolution du système actuel s'agit-il d'une réforme ou d'une révolution ? Et si ce système n'atteint pas les objectifs qui lui ont été assignés, que va-t-il produire ?

Les autorités gabonaises ont fait le choix, pour atteindre la couverture la plus large possible de la population, d'un système d'assurance maladie mixte caractérisé par trois fonds créés en fonction de la catégorie socioprofessionnelle. Il s'agit d'un système d'assurance maladie à prédominance bismarkienne. Ce choix signifie un changement radical dans l'approche des problèmes de financement de la santé.

En effet d'une organisation orientée dans le financement de l'offre (secteur public et parapublic) on est passé au financement de la demande. Rien que ce changement est une révolution dans l'approche du financement des soins depuis les indépendances dans la majorité des pays africains au sud du Sahara. Sur cette première orientation nous partageons les choix stratégiques des autorités gabonaises car elles correspondent aujourd'hui à la tendance observée dans plusieurs pays développés. Ce choix correspond également à une logique simple qu'il vaut mieux aborder les problèmes de santé des populations en partant de leurs besoins pour s'assurer que l'offre répond ou est adaptée à la demande ou besoins de soins des populations.

Si dans l'absolu ce choix ne pose pas de problème, par contre, ramené à la situation sociale et économique gabonaise il soulève plusieurs interrogations.

En effet, comme l'a soulignée Béatrice Najnoni dans son ouvrage Economie de la santé, pour Bismarck, l'assurance professionnelle est un attribut du travailleur. Si certains pays européens se sont appuyés sur ce type d'assurance maladie pour ensuite étendre la couverture maladie à l'ensemble de la population c'est par ce que le nombre d'actifs ayant un emploi est important de l'ordre de 90%. Le chômage étant très souvent en dessous de 10%. Le secteur informel est inexistant.

Alors comment transformer une assurance à base professionnelle en assurance maladie universelle dans un pays où le taux de chômage est de l'ordre de 20% et 30% de la population est dans le secteur informel pour lequel il n'y a aucune maîtrise des flux financiers. Sans omettre le fait que pratiquement 50% de la population a moins de 18 ans. Si à ce tableau on y ajoute les 4% des personnes âgées de 65 ans et plus, on peut affirmer que les actifs du secteur formel ne représentent qu'entre 10% et 16% de la population totale. D'ailleurs en 2003, ils étaient estimés à 147 000 sur une population de 1 200 000 habitants<sup>41</sup>. Quand on sait que dans le système bismarckien, le financement est assuré par la double cotisation des employés et des employeurs, il est difficile d'imaginer que 16% de la population puisse financer les soins du reste de la population. D'ailleurs cela n'est pas envisagé dans le nouveau projet du Gabon.

Le système bismarckien, comme il est énoncé dans ses principes par ses concepteurs, ne va couvrir que les actifs et leurs ayants droits ce qui ne représente que 25,4% de la population (voir tableau figure XII). Cela revient à ne s'occuper que de ceux qui travaillent et donc dans une certaine mesure des privilégiés. Les indigents, les pauvres et les exclus le seront toujours.

Ce système tout seul ne peut pas aboutir à la couverture universelle, car même si l'on réussit par plusieurs stratégies à maîtriser les flux financiers du secteur informel il y a encore 20% de chômeurs auxquels il faut rajouter les indigents et les personnes âgées. Dans les pays développés le gap à couvrir par l'Etat après déduction des travailleurs est souvent inférieur à 10% dans ce cas par le biais de l'impôt et au nom de la solidarité ce gap est couvert. Or dans le cas du Gabon le gap de population à

---

<sup>41</sup> Source document projet de réforme ministère des affaires sociales

couvrir est de l'ordre de 30% si par optimisme on considère que le secteur informel sera pris en compte, sinon et par réalisme ce gap est de l'ordre de 60%.

Pour faire face aux insuffisances d'un financement de type bismarckien uniquement, le nouveau système de couverture maladie au Gabon a prévu une troisième caisse pour les indigents et les personnes économiquement faibles dont le financement est assuré par un impôt indirect. Il y a dans cette approche une confirmation du financement de la demande des soins même pour cette tranche de la population, mais surtout une approche beveridgienne du financement, c'est-à-dire un financement par l'impôt. Mais la comparaison s'arrête là. Cette caisse peut être comparée dans son esprit à celui du fonds pour les personnes âgées aux Etats-Unis (Medicaid).

L'architecture du nouveau système de couverture maladie au Gabon peut être qualifiée de mixte car elle associe à la fois un peu de logique beveridgienne et tout autant de logique bismarckienne à l'instar des systèmes belge, hollandais, japonais et dans une certaine mesure français. Ces modèles mixtes sont différents les uns des autres et le modèle gabonais est plutôt proche du modèle japonais car il y a d'un côté les assurances maladies des salariés qui couvrent 65% de la population et les 35% restants (inactifs, personnes âgées, travailleurs indépendants) sont couverts par un régime public<sup>42</sup>. La différence fondamentale réside dans les proportions entre les salariés et les autres couches de la population. Au Gabon, on estime entre 25% et 30% la population qui serait couverte par les assurances maladies des salariés et entre 70% et 75% celle qui devrait être concernée par le troisième régime qui comprend en plus des couches citées dans le cas du Japon tout le secteur informel.

La problématique réside donc dans le fonctionnement de ce fonds. D'abord son financement, ses adhérents, son contrôle et in fine aura-t-il l'impact escompté ?

Si l'on part du chiffre des indigents et des personnes économiquement faibles fournit par la CNGS en 2003 qui était de 19,7% de la population (voir tableau XII) et si on considère que les chômeurs (21%) et les personnes de plus de 65 ans (4%) font partie des personnes économiques faibles on peut affirmer que ce fonds part déjà avec un minimum de 45% de la population c'est-à-dire quasiment le double des deux caisses des salariés du privé et du public. Peut être faudra-t-il adjoindre 10% à 20% des agents du secteur informel dont on sait que les revenus sont loin de couvrir les

---

<sup>42</sup> MAJNONI d'INTIGNANO B. : Economie de la santé

besoins. Tout le débat va donc se situer dans la définition des critères d'adhésions. En dehors de tout problème de financement, on peut déjà envisagé toutes les dérives possibles et leur impacts sur le financement de cette caisse.

Mais en dehors de ces querelles de qualité, il y a la quantité. On se rend compte que les effectifs de cette caisse sont largement supérieurs à ceux des agents du secteur formel, cela signifie qu'il faut nécessairement plus de ressources pour prendre en charge les membres de cette caisse. D'où la problématique du financement. De quels impôts ? A quel hauteur ? Et qui paye ?

Le nouveau projet prévoit de financer cette caisse par un impôt indirect. Certes il n'existe pas encore de précision mais la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) semble être l'impôt le plus indiqué. Ce dernier à l'avantage d'être payé par tous les consommateurs aussi bien du secteur formel que du secteur informel donc susceptible d'être équitable. Le premier problème que cet impôt pose concerne les agents du secteur formel. Pour ces derniers, il s'agit d'une double imposition pour la protection maladie. D'abord la cotisation obligatoire pour leur propre couverture maladie et ensuite cet impôt pour les économiquement faibles. Alors que pour les agents du secteur informel il n'y aura qu'une seule contribution. Il n'y a pas donc équité en plus du fait que la TVA est un impôt dégressif donc par essence peu équitable<sup>43</sup>.

Dans la loi de finances rectificative 2006, la TVA a rapporté 92 milliards de franc CFA au Gabon pour un taux de 18%. Cela revient à dire qu'un point de TVA rapporte environ 5,111 milliards de franc CFA. Au vu des flux financiers actuels de la santé (134, 671 milliards) si l'on estime que cette population nécessite le 1/3 de financement, il faudra prévoir environ 45 milliards ce qui équivaldrait à 9 point de TVA. Cette hypothèse est donc complètement irréalisable compte tenu de son impact sur le coût de la vie et sur l'économie du pays. Dans l'attente de l'estimation des autorités, la solution proposée pour cette tranche de la population est loin d'être réaliste et faisable et cela compromet largement le nouveau projet. Il nous semble donc que le nouveau projet tel que présenté sous réserve de la présentation du reste du projet ne permettra pas d'atteindre la couverture universelle visée par les autorités mais permettra d'améliorer la couverture des agents du secteur formel. Le risque de ne pas se retrouver à l'endroit espéré est très grand.

---

<sup>43</sup> Note de cours Hervé LAFARGE

De même si cette troisième caisse n'est pas totalement fonctionnelle, les risques de fraudes sont très grands pouvant mettre en péril la viabilité des deux premières caisses. Dans ce cas c'est l'ensemble du projet qui est en péril.

Sur le plan de l'organisation, le nouveau projet n'aborde pas plusieurs points. La prise en charge des malades va-t-elle démarrer au niveau des dispensaires ou au niveau des hôpitaux ? En fonction du choix qui sera fait, l'organisation n'est pas la même. La prise en charge des malades depuis le dispensaire nécessite une codification des actes des IDE qui aujourd'hui font de la consultation. Cela signifie que l'autonomie des structures de soins doit aller jusqu'à ce niveau (dispensaire) car elles devront avoir une autonomie financière et une personne morale pour pouvoir signer des conventions, ester en justice et avoir un compte bancaire. Cette évolution n'est pas envisageable à court terme dans nos dispensaires. Il est donc indispensable que le niveau de prise en charge par l'assurance maladie soit clairement indiqué. De même le débat sur le panier de soins n'est pas encore tranché il faudra débattre sur la prise en charge de certaines pathologies comme le SIDA, la tuberculose, les insuffisances rénales et même le problème des évacuations sanitaires.

Ce débat sur l'étendue de la couverture de l'assurance maladie cache à peine celui du rôle du Ministère de la santé dans le nouveau dispositif. S'il est clair que le rôle d'intermédiaire de financement lui est définitivement retiré, il reste à trancher celui de prestataires de soins et celui de régulateur du système de soins.

Le rôle de régulateur lui échoit naturellement car c'est sa mission constitutionnelle et politique de définir la politique de santé et de fixer les normes en la matière sur l'ensemble du territoire national. Par contre le rôle de prestataires de soins doit être discuté.

Dans le volet des prestations, le débat ici ne concerne que les soins curatifs car les soins préventifs et les activités promotionnelles restent dans les prérogatives du Ministère de la santé. S'il est établi que les centres médicaux, les hôpitaux régionaux et les hôpitaux nationaux sont d'emblés dans la réforme, à ce stade rien ne permet de définir la place des centres de santé et des dispensaires. De même la réforme n'indique pas le nouveau statut de ces structures. S'il est prévu des statuts d'établissements publics de santé (EPS) pour les hôpitaux, ce statut va-t-il également être accordé aux centres de santé ou aux dispensaires ou continueront-elles à être des structures du Ministère de la santé ?

En effet dans le modèle bismarckien de type français le ministère de la santé n'est pas prestataire de soins (même si les hôpitaux publics sont placés sous sa tutelle<sup>44</sup>) et tous les niveaux de soins sont soit autonomes soit tout simplement privés (cabinets médicaux). La clarification de ces différents points est importante pour la définition du modèle d'organisation du futur système. A ce stade du débat, deux modèles d'organisation semblent envisageables ; le modèle bismarckien de type français et le modèle canadien ou l'Etat assure tout le premier niveau de soins qui dispense les soins de santé primaires, ce niveau est quasi gratuit pour toute la population et les assurances financent les hôpitaux.

Au demeurant en dehors du problème du financement et de l'organisation, un autre problème se pose ; l'ampleur de la réforme. S'agit-il d'une révolution ou d'une évolution normale de l'organisation actuelle ?

Le nouveau projet en l'occurrence la CNAMGS est pour le secteur privé de soins une évolution naturelle certainement à plus grande échelle. Ce secteur fonctionne déjà pour partie avec des assurances privées. Par contre pour les structures de la CNSS et surtout celles du secteur public, il s'agit d'une révolution. Les hôpitaux publics vont passer d'une situation où elles attendaient le versement des subventions de l'Etat à une situation où elles devront elles même chercher leurs recettes. Cette nouvelle situation nécessite donc un changement de statut de ces structures et leurs transformations en établissement public hospitalier doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Cette transformation juridique n'est pas la seule car elles devront dorénavant établir un budget non plus en terme de besoins des services mais un véritable budget en recettes et en dépenses toutes choses qu'elles n'ont jamais effectué. Le service financier de ces hôpitaux doit passer d'un simple service de suivi de l'exécution du budget en un véritable service comptable. Ce service doit faire de la facturation des prestations fournies au malade soit aux bénéficiaires des soins soit au tiers payant, toute chose qu'elles ne font pas et pour certaines qu'elles n'ont jamais effectué. Les responsables des hôpitaux doivent faire une analyse des coûts de leur structure hospitalière afin de négocier les tarifs qui leurs permettent d'être en équilibre et pourquoi pas être rentable.

---

<sup>44</sup> MAJNONI d'INTIGNANO B. : Economie de la santé

Enfin le problème de la gestion des ressources humaines doit être clarifié. Les agents des structures publiques vont-ils continuer à être des fonctionnaires ? Seront-ils payés par le Ministère des Finances ou par les hôpitaux qui les utilisent ?

Ces questions n'ont pas encore trouvé des réponses définitives. La dernière réforme de la fonction publique en 2005, a créé une fonction publique hospitalière, il s'agit d'un début de réponses mais ce texte ne précise pas celui qui va payer les agents. L'enjeu du débat sur la gestion des ressources est fondamental dans les structures de soins car on sait très bien que la maîtrise du personnel est un enjeu capital dans la performance des sociétés. En arrière plan de ce débat sur la gestion des ressources humaines se cache en réalité le problème des plans de carrière et celui de la rémunération des agents. Nous pouvons rajouter à ces deux points celui de la répartition géographique du personnel sur l'ensemble du territoire national.

Si l'on considère que le plan de carrière est réglé ou va l'être par les textes sur la fonction publique hospitalière, le problème de la rémunération reste entier. Les salaires des médecins vont de 450 000 F CFA dans le secteur public jusqu'à 2 000 000 F CFA dans le privé. Certes il faut rappeler que le salaire dans le secteur public évolue en fonction de l'ancienneté mais il n'atteint pas celui du privé encore moins celui des médecins de la CNSS. Il y a donc nécessité d'harmonisation car la réforme sur ce point peut entraîner un effondrement du service public par fuite des ressources humaines vers des secteurs où ils seront mieux rémunérés ou tout simplement vont décider de s'installer dans le privé. Cette situation est rendue probable par le déficit en médecins spécialistes dont le nombre couvre à peine les besoins des principales villes du Gabon. C'est le cas des anesthésistes-réanimateurs, des orthopédistes, des ophtalmologues, des ORL, des gynécologues obstétriciens...

La répartition géographique des médecins reste un problème majeur rencontré déjà aujourd'hui du fait du déficit des ressources humaines mais également de l'enclavement et du sous développement de certaines villes. La réforme ne va-t-elle pas accroître ce déséquilibre par l'attraction des médecins vers les grands centres urbains où le bassin de population est plus important et donc plus d'opportunités pour des vacations dans le privé. Des stratégies de motivations financières doivent être mises en place pour limiter ce déséquilibre et cela est possible car le nouveau système met fin au système de gestion planifié avec affectation des médecins d'autorité. C'est l'avènement d'un système de pilotage du système de soins, il s'agit là encore d'une véritable révolution car les responsables actuels du système de soins

n'ont que l'expérience de la gestion planifiée avec des services déconcentrés. En plus des errements prévisibles avec la mise en place du nouveau système il serait hasardeux de sous estimer les résistances créées par tous les adeptes de l'ancien système dont une partie importante des privilèges seront remis en cause.

Enfin l'étude du texte sur le nouveau projet de couverture maladie n'aborde quasiment pas les problèmes liés à la sélection adverse et au risque moral. Si concernant le premier point relatif à la sélection adverse on peut s'imaginer que vu l'ambition universelle de l'assurance il n'y aura que très peu de sélection adverse car tout le monde à priori sera adhérent d'une caisse en fonction de son statut. Mais dans la réalité si pour les caisses des salariés le problème semble être réglé pour la troisième caisse des mesures doivent être envisagées dès maintenant. Il en est de même pour le risque moral dont on sait comme l'a défini son concepteur Mark V. Pauly en 1963 que l'assurance augmente les comportements à risque et surtout la surconsommation des soins. En dehors du ticket modérateur, il n'existe aucune autre mesure de type gate keeper, plafonnement des dépenses ou encore franchises médicales. C'est au départ que toutes ces mesures doivent être mises en place pour éviter toutes les dérives ultérieures. Le modèle choisi génère par essence des déficits. Il faut donc dès le départ définir une politique ambitieuse de contrôle des coûts des différentes caisses pour limiter les dérives constatées dans d'autres pays.

L'analyse du nouveau système fait ressortir un écart important entre la direction du nouveau projet et la situation actuelle du système de soins. Cet écart vaut aussi bien pour le mode de financement, l'organisation du système de soins que pour la philosophie générale du mode d'intervention dans le système de soins. L'incertitude demeure dans la capacité de tous les acteurs actuels à réaliser ce nouveau projet car il faut un véritable changement de mentalité chez les décideurs. En plus de l'incertitude des acteurs il faut ajouter l'incertitude économique. En effet la production pétrolière du Gabon tire à sa fin, or l'économie du pays dépend du pétrole qui représente 40% du PIB du pays, 85% des exportations et surtout près de 60% des recettes budgétaires. Il s'agit là d'une incertitude majeure. On peut ajouter sur le plan économique mais surtout sur la viabilité financière du nouveau système le faible nombre des actifs, l'importance du taux de chômage et surtout l'importance du secteur informel. Ces deux facteurs laissent entrevoir que le résultat le plus probable de cette vaste réforme si ces facteurs restent en l'état, risque d'être l'amélioration de la couverture des salariés et l'aggravation de la situation des autres catégories. La



réussite du projet dans son ensemble sera fonction de la capacité des autorités à faire fonctionner la dernière caisse et surtout à mettre en place son système de financement y compris une évaluation complète des besoins de financement de cette caisse.

Mais si la probabilité d'échec est de notre point de vue plus grande, il n'en demeure pas moins qu'il existe des opportunités pour aboutir à un système qui réussisse à améliorer l'accès aux soins de qualité des populations. Le caractère universel doit être un objectif à long terme avec des stratégies en grappe pour réussir à cerner l'ensemble des composantes du secteur informel pour que la majorité des membres de ce secteur puisse contribuer à la caisse d'assurance maladie.

Le dernier point de cette discussion est de savoir dans la situation actuelle de la couverture maladie et du système de soins au Gabon les autorités avaient elles d'autres alternatives philosophiques ?

Le modèle beveridgien mis en place au sortir des indépendances a quasiment créé un système libéral du fait des nombreux dysfonctionnements constatés, le tout dans un environnement international notamment africain dominé par l'initiative de Bamako ou la pensée dominante est passée d'une contribution des usagers à leur frais de santé au paiement de tous les frais occasionnés par leur état de santé. Ce commentaire est aussi valable pour le système bismarckien mis en place dans les années 70 avec la création des caisses nationales de sécurité sociale. Mais un point était commun aux deux systèmes mis en place c'est le financement de l'offre. Aujourd'hui, l'accent semble être mis sur la solvabilisation de la demande. C'est de notre point de vue la philosophie de base dont la constance doit guider toute la réforme.

## CONCLUSION

La situation sanitaire du Gabon imposait une réforme de son système de soins notamment de la fonction de financement. Le projet d'assurance maladie universelle Gabonais est logique dans sa conception mais sa cohérence avec le fonctionnement actuel du système de soins est loin d'être assuré.

Ainsi, le cloisonnement des différents sous secteurs de soins public, parapublic et privé, la non séparation du financeur et des prestataires, le financement de l'offre, l'absence d'autonomie des structures sanitaires, le problème des programmes verticaux, des dispensaires ou d'une manière générale du district sanitaire (département sanitaire), l'absence de nomenclature unifiée des actes et les différences de traitement des personnels de santé entre le public, le parapublic et le privé sont autant de facteurs qui mettent en mal la cohérence du projet avec le système de soins.

De même, la structure socio-économique de la société Gabonaise ne peut se satisfaire d'un système bismarkien (qui ne peut être universel, il ne s'agit pas d'une société de plein emploi), la cohérence de la proposition avec la société impose au projet d'AMU du Gabon d'être un projet « mixte » (bismarko-beveridgien) avec la mise en place d'une troisième caisse.

Cette mixité pose problème car la troisième caisse, qui aurait du être un appoint du système pour prendre en compte ceux qui ne peuvent pas être inclus dans les deux caisses des travailleurs, devient en réalité la caisse principale avec environ 60% à 70% de la population. Cette caisse regroupe les indigents, les agents du secteur informel et les chômeurs. De même le financement du nouveau projet n'est pas équitable car ceux qui travaillent vont payer deux fois. D'abord pour eux (cotisations) et ensuite pour les indigents (impôt indirect).

Si l'adaptation du projet d'AMU au système de soins est envisageable à coup d'importantes réformes, sa cohérence avec le contexte reste problématique car les chiffres entre les actifs et les non actifs sont en miroir entre les pays Africains et les pays à EMBE. La réussite de tout le projet réside dans la capacité des autorités à assurer un financement stable et suffisant de cette troisième caisse.

Le pari est noble, le chemin de sa réalisation étroit et le succès non garanti. Mais s'il est au rendez vous, il s'agira d'une formidable révolution et surtout d'une amélioration indéniable de la santé et du bien être des populations.

## BIBLIOGRAPHIE

1. **AGBODJAN T. D.** : Le droit à la santé en Afrique subsaharienne : vers des soins communautaires et/ou une assurance maladie. Paris, 2002 : 14p.
2. **Banque des Etats de l'Afrique Centrale** : Principaux indicateurs économiques et financiers du Gabon. Avril 2005.
3. **BOYER S., DELESVAUX C., FOIRRY J.P., PRIEUR C.** : Le risque maladie dans les assurances sociales : bilan et perspectives dans les pays en voie de développement. CREDES 2000 : 174p.
4. **KOUCHNER B., DANON E., MALKIN J-E.** : Le système de santé au Gabon : Un besoin de solidarité nationale, rapport de mission. Libreville, août 2004 : 25p.
5. **LAFARGE H.** : Analyse des dispositifs de financement. Note de cours CESAG. Dakar, 2007 : 22p.
6. **LETOURMY A.** : Atelier de l'institut de la banque mondiale (WBI) sur l'assurance maladie en Afrique. Abidjan, 15-19 avril 2002.
7. **Ministères des Affaires Etrangères (France), Direction générale de la coopération** : Evaluation de la coopération française dans le secteur de la santé au Gabon (1991-2000).
8. **Ministère des affaires sociales, de la solidarité nationale et du bien-être- Ministère de la Santé Publique** : Assurance maladie au Gabon. In colloque sur la couverture maladie en Afrique Francophone. WBI-IMA. Paris, 26-30 avril 2004.
9. **Ministère de l'Economie, des Finances, du Budget chargé de la privatisation** : Loi de finances rectificative. Libreville, 2006 : 15p.
10. **Ministère de la Santé Publique, Cellule d'observation de la santé publique** : Tableau de bord général de la santé. Libreville, 2002 : 60 p.
11. **MAJNONI d'INTIGNANO B.** : Economie de la santé. Masson, Paris, 2001 : 439p.
12. **Ministère de la Santé Publique** : Plan national d'action sanitaire (PNAS). Libreville, 1998 : 45p.
13. **Ministère de la Santé Publique** : Politique nationale de santé. Libreville, 2004 : 38p.
14. **OMS, rapport sur la santé dans le monde 2000** : Pour un système de santé plus performant. Genève, 2000 : 248 p.

15. **OMS, rapport sur la santé dans le monde 2004 : Changer le cours de l'histoire.** Genève, 2004 : 106 p.
16. **PINEAULT R., DAVELUY C. :** La planification de la santé : concepts-méthodes-stratégies. Ottawa 1995 : 480 p.
17. **TCHIBOZO H. :** L'assurance maladie universelle dans les pays en développement à faible revenu : Réflexion sur la faisabilité et les difficultés potentielles de mise en œuvre en République du Bénin. Mémoire HEC de Lausanne, 2002 : 57p.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CESAG - BIBLIOTHEQUE

# **ANNEXES**

## **Annexe 1 : Liste des tableaux**

**Tableau I :** Evolution des dépenses de santé au Gabon

**Tableau II :** Evolution de l'Indice de Développement Humain au Gabon

**Tableau III :** Evolution du PIB nominal et par tête d'habitants

**Tableau IV :** Ratio structures de santé et population

**Tableau V :** Ratios personnel de santé du secteur public et population (avoir les données récentes)

**Tableau VI :** Récapitulatif des recettes fiscales et non fiscales de l'Etat

**Tableau VII :** Récapitulatif des dépenses de l'Etat

**Tableau VIII :** Contribution des sources primaires au financement des soins

**Tableau IX :** Poids relatif de chaque agent de financement et la part de chaque prestataire

**Tableau X :** Dépense nationale de santé selon les sources de financement et les agents de financement (estimations pour le Gabon 2006 en milliards de FCFA)  
Présentation CNS.

**Tableau XI :** Dépense nationale de santé selon les sources de financement et les agents de financements (estimations pour le Gabon 2006 en milliards de FCFA)  
Présentation CNS

**Tableau XII :** Récapitulatif des prestations réelles et des populations bénéficiaires

## **Annexe 2 : Liste des schémas**

**Schéma 1** : Système de soins Gabonais

**Schéma 2** : Dispositif effectif de financement du système de soins gabonais

**Schéma 3** : Principaux flux financiers des soins au Gabon (2006)

**Schéma 4** : Récapitulatif des parts des différents sources de financement et des intermédiaires de financement

**Schéma 5** : Nouveau système de protection maladie du Gabon

CESAG - BIBLIOTHEQUE