



HAL
open science

L'accès aux soins au Gabon : écart entre la stratégie politique et les pratiques de santé

Love Leaticia Sounda

► **To cite this version:**

Love Leaticia Sounda. L'accès aux soins au Gabon : écart entre la stratégie politique et les pratiques de santé. Sociologie. Université de Lorraine, 2018. Français. NNT : 2018LORR0072 . tel-01913492

HAL Id: tel-01913492

<https://theses.hal.science/tel-01913492>

Submitted on 6 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



UNIVERSITE DE LORRAINE

ÉCOLE DOCTORALE FERNAND-BRAUDEL

Laboratoire Lorrain de Sciences Sociales (2L2S) / ERASE

THÈSE

En vue de l'obtention du doctorat en Sociologie

Présentée et soutenue par Love Leaticia SOUNDA

Le 29 mai 2018

***L'accès aux soins au Gabon : écart entre la stratégie
politique et les pratiques de santé***

**Thèse dirigée par Anne SALMON – Directrice de thèse
et Joseph TONDA – Codirecteur de thèse**

Jury :

Anne SALMON, Professeur de sociologie – CNAM Paris

Joseph TONDA, Professeur de sociologie - Université Omar Bongo

Emmanuel JOVELIN, Professeur de sociologie - Université de Lorraine

Anne-Chantal HARDY, Professeur de sociologie – Université de Nantes

Florent SCHEPENS, Professeur de sociologie – Université de Bourgogne – Franche-Comté

Anne VEGA, Chercheur HDR – Université Paris Nanterre

UNIVERSITE DE LORRAINE
ÉCOLE DOCTORALE FERNAND-BRAUDEL

Laboratoire Lorrain de Sciences Sociales (2L2S) / ERASE

THÈSE

En vue de l'obtention du doctorat en Sociologie

Présentée et soutenue par Love Leaticia SOUNDA

Le 29 mai 2018

***L'accès aux soins au Gabon : écart entre la stratégie
politique et les pratiques de santé***

**Thèse dirigée par Anne SALMON – Directrice de thèse
et Joseph TONDA – Codirecteur de thèse**

Jury :

Anne SALMON, Professeur de sociologie – CNAM Paris

Joseph TONDA, Professeur de sociologie - Université Omar Bongo

Emmanuel JOVELIN, Professeur de sociologie - Université de Lorraine

Anne-Chantal HARDY, Professeur de sociologie – Université de Nantes

Florent SCHEPENS, Professeur de sociologie – Université de Bourgogne – Franche-Comté

Anne VEGA, Chercheur HDR – Université Paris Nanterre

REMERCIEMENTS

À ma directrice de thèse, Madame le Professeur Anne Salmon. Vous qui avez fait preuve d'écoute et de compréhension en acceptant de diriger cette recherche, trouvez ici toute ma gratitude. Merci pour votre grande disponibilité, vos lectures et critiques stimulantes. J'ai été ravie de passer ces années de recherche sous vos directives.

À Monsieur le Professeur Joseph Tonda pour avoir accepté de codiriger cette thèse. Vous avez dirigé mes premiers travaux en 2007 et 2008, depuis lors vous m'avez toujours soutenu et encouragé dans la recherche. Merci pour toutes ces années de suivi et d'encadrement.

À Madame le Professeur Anne-Chantal Hardy d'avoir accepté d'être rapporteur de ma soutenance de thèse et pour vos travaux qui ont été d'un grand apport théorique dans l'élaboration de cette thèse.

À Monsieur le Professeur Florent Schepens d'avoir bien voulu prendre part à mon jury de thèse en tant que rapporteur. Vos recherches ont également été importantes lors du cadrage théorique de ma thèse.

À Madame Anne Vega et Monsieur Emmanuel Jovelin qui m'honorent de leur présence dans ce jury. Madame Anne Vega, je vous remercie pour vos travaux qui ont contribué à enrichir la partie théorique de notre travail.

À toutes les personnes interviewées, responsables administratifs, responsables d'hôpitaux, les malades et leur famille, le personnel du CHUL, le personnel de la CNAMGS, les partenaires de la CNAMGS, les responsables d'églises et de cultes traditionnels et mystiques. Merci pour votre collaboration sans laquelle mes enquêtes de terrain n'auraient été possibles.

À toutes les personnes qui de près ou de loin ont contribué à l'avancée de cette recherche. Je pense à Camille Mathy, Rachide Belkacem, Aude Meziani, M. et Mme Le Pape, Dany Bekalé, Dimitri Ndombi, Bertin Yanga Ngary, Elsa Nkogou, Samuel Likound, Justin Aglin.

À mes amis Rivaud Tamara, M. et Mme Prigent, Oswald Mbamba Mitamba, Guy Donald Adjoi Obengui, Imelda Ntsame Diramba, M. et Mme Oumar Diop, M. et Mme Igoho.

À mes parents, maman chérie merci pour ta présence à mes côtés malgré la distance qui nous sépare et pour tes prières. Merci papa pour tes encouragements. Mes frères et sœurs Tiaba Lelo Aimé Rodrigue, Tiaba Simbou Olga, Mikala Nzamba Strauss, Houssalouga Franck, Sounda Thierrey, Ferry Kevin, Indry Laury, Glaine Jocia merci pour votre présence.

À mes amours en qui j'ai puisé la force toutes les fois où j'étais dans le doute. J'espère que vous serez fière de moi et que mon parcours vous servira d'exemple. Raphé, Angelo et Élisée je vous adore. Au docteur Djeneric Saka Alandji, qu'il trouve ici toute ma reconnaissance. Merci d'avoir cru en moi, d'avoir tenu ta promesse et d'avoir œuvré à mes côtés pour cette belle réussite.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE	8
PREMIERE PARTIE : DE L'ACCES AUX SOINS DANS LE MONDE A LA STRATEGIE POLITIQUE DE SANTE AU GABON	31
INTRODUCTION DE LA PREMIERE PARTIE	32
CHAPITRE 1 : L'ACCES AUX SOINS DANS LE MONDE ET CONTEXTE GABONAIS PENDANT LA COLONISATION	33
Introduction du chapitre 1	34
1.1. L'accès aux soins en Europe	35
1.2. L'accès aux soins dans les pays du Nord et du Sud	38
1.3. L'accès aux soins comme enjeu de développement pour l'Afrique	48
- Santé et développement dans un contexte colonial	49
- Santé et développement dans un contexte d'indépendance de l'Afrique subsaharienne	49
1.4. Les revendications pour l'accès aux soins dans la colonie du Gabon	53
- Prise en charge des Occidentaux	54
- Prise en compte des travailleurs indigènes	57
- Mouvements de revendications et « santé pour tous »	60
Conclusion du chapitre 1	71
CHAPITRE II : DIMENSIONS INTERNATIONALES ET STRATEGIES POLITIQUES DE SANTE AU GABON	72
Introduction du chapitre 2	73
2.1. Liens internationaux de santé	75
- Réappropriation de la politique de santé	75
- Les organismes de santé internationaux	91
- Les coopérations en matière de santé	101
2.2. Pour une politique de santé nationale	110
- Stratégie juridique	110
- Stratégie opérationnelle	125
2.3. Les acteurs nationaux	131
- Le secteur public	132
- Le secteur privé	137
Conclusion du chapitre 2	144

CHAPITRE 3 : DIAGNOSTIC OFFICIEL DU SYSTEME DE SANTE AU GABON	146
Introduction du chapitre 3	147
3.1. La carte sanitaire	149
- Inégale répartition des infrastructures de santé	149
- Des structures de santé hors d'usage	153
3.2. Personnel de santé et équipements	156
- Un personnel de santé réfractaire aux affectations	156
- Le sous-équipement	160
3.3. Le financement comme vitrine de l'écart de santé	163
- Détournement des budgets de santé	164
- Le contraste gabonais	168
3.4. La médecine traditionnelle	172
- Évolution de la médecine traditionnelle	172
- La médecine traditionnelle gabonaise	174
Conclusion du chapitre 3	180
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	181
DEUXIEME PARTIE : L'ACCES AUX SOINS EN PRATIQUE :	
LE CAS DU GABON	182
INTRODUCTION DE LA DEUXIÈME PARTIE	184
CHAPITRE 4 : UN DISPOSITIF D'ACCES AUX SOINS POUR TOUS : LA CNAMGS	185
Introduction du chapitre 4	186
4.1. L'effet CNAMGS	187
- De la CNGS à la CNAMGS, quelles leçons tirer ?	187
- Création de la CNAMGS	192
4.2. La CNAMGS rattrapée par les vieux démons de l'assurance maladie	196
- À propos des fonds de financement (tension de trésorerie pour les fonds GEF)	196
- Mécontentement des partenaires de la CNAMGS (hôpitaux, cliniques et pharmacies)	199
- La CNAMGS objet de propagande politique	201
Conclusion du chapitre 4	206
CHAPITRE 5 : L'ACCES AUX SOINS AU CHUL	207
Introduction du chapitre 5	208
5.1. Présentation du CHUL	210
- Évolutions	210
- Organisation	211
- Conditions de travail des personnels de santé	213

5.2. Du parcours d'intégration professionnelle à l'exercice du métier de la santé	217
- Dysfonctionnement du CHUL	217
- L'absentéisme et les retards comme freins à l'accès aux soins	219
- Parcours des professionnels de la santé	222
- Le CHUL un hôpital de prescriptions et non de soins	228
- Le cas pratique d'une maladie : le paludisme au CHUL	231
5.3. Services enquêtés du CHUL	235
- Les urgences	235
- Le principe de « mon malade »	239
- La maternité C	246
- Accouchement en maternité C : une affaire de sac de voyage, d'accompagnants et d'argent	247
- Les accouchements précaires en maternité C	251
- Des accouchements différenciés	255
5.4. Les dessous de l'accès aux soins pour tous	258
- La marchandisation des soins	258
- Médecine de classe	264
Conclusion du chapitre 5	273
CHAPITRE 6 : LE RECOURS AUX SOINS SAUVAGES COMME SYMBOLE DE LA SITUATION SANITAIRE PRECAIRE	274
Introduction du chapitre 6	275
6.1. L'automédication	277
- L'automédication traditionnelle	277
- L'automédication à l'aide de la pharmacie dite par terre	281
6.2. Trajectoire spirituelle	284
- Recours aux soins fondés sur les rites et l'initiation	284
- Les interdits traditionnels pour une médecine préventive	288
6.3. L'église au service des malades	291
CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE	297
CONCLUSION GÉNÉRALE	299
BIBLIOGRAPHIE	309
ANNEXES	337

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Au Gabon comme en Occident, la politique de santé se traduit par un ensemble de lois, de décrets, de programmes de santé et d'organismes qui soutiennent l'action publique. Officiellement, l'État gabonais est le garant du système de santé, en ce sens qu'il le coordonne et l'organise. Dans les textes, il est affirmé que :

« La politique nationale de santé au Gabon vise à doter la nation, à l'horizon 2020, d'un système de santé cohérent et performant mettant l'individu au centre des soins de santé, accessible à tous les citoyens et reposant sur la stratégie des Soins de santé primaires. Cette stratégie assure le respect des droits humains, notamment le droit à la santé, et porte les valeurs d'équité dans l'accès aux soins et de justice sociale. Elle garantit des prestations de qualité sur toute l'étendue du territoire national et permet ainsi aux populations de jouir d'un bon état de santé, gage de développement durable du pays »¹.

Cette démarche correspond aux missions que l'on attribue généralement à l'État. Pour Henri Bergeron et Pierre Castel, elle consiste :

« (...) à informer et promouvoir la santé, à distiller des règles de "bonne conduite", à assurer la qualité des soins et des produits de santé, à améliorer la qualité de vie des personnes malades, à permettre l'accès précoce aux soins (...), toute mesure susceptible de garantir et d'optimiser la santé des populations et des individus »².

Au niveau déclaratif, il s'agit pour l'État gabonais de montrer son engagement à garantir et à protéger la vie des populations au moyen d'une politique de santé cohérente et efficace selon les normes occidentales. Ainsi, à travers l'adhésion aux principes internationaux, à savoir les orientations d'Alma-Ata, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) mais aussi, la loi 12/95, le Programme National de Développement Sanitaire (PNDS 2017-2021), les pouvoirs publics réaffirment perpétuellement leur implication dans le domaine de la santé.

Les politiques de santé gabonaises et tout particulièrement les dispositifs d'accès aux soins sont toutefois confrontés à de nombreuses carences : manque de structures sanitaires de

¹ Ministère de la Santé, des Affaires sociales, de la Solidarité et de la Famille, *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015*, 2010, p.10.

² H. Bergeron et P. Castel, *Sociologie politique de la santé*, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, 2014, pp.361-362.

proximité, sous-effectif, inégale répartition du personnel, sous-équipement, budgets injustifiés, absence de contrôle, service de recouvrement inopérant, manque de médicaments, etc.

Sur le terrain, les praticiens soulignent l'urgence des problèmes rencontrés, ainsi que le note un infirmier du Centre Hospitalier universitaire de Libreville (CHUL) :

« Au Gabon, ce ne sont pas les lois qui manquent, il y en a assez. Mais le véritable problème est celui de leur application. Est-ce que les lois en cours sont appliquées ? Il ne suffit pas seulement de dire qu'au Gabon, il y a des politiques de santé. Comment le premier hôpital du Gabon peut-il manquer d'eau, de gants de travail, de thermomètres et tensiomètres ? Je ne comprends pas de quelles politiques de santé parlent-ils au gouvernement. Pendant que les femmes accouchent en maternité C avec l'eau des casernes livrée par les sapeurs-pompiers. Est-ce normal ? Aux urgences, les malades en réanimation passent des jours avec la même couche sur eux. Il n'y a personne pour s'occuper d'eux en dehors de leur famille. Même pour nous qui travaillons ici, il n'y a aucune garantie. On travaille dans un environnement insalubre, sans entretien adéquat, sans respect des protocoles. Parfois on craint pour nos vies ».

L'accès aux soins est l'un des problèmes les plus épineux. Il concerne toutes les couches sociales même si les plus défavorisées sont les plus désavantagées. Il dépend de l'orientation des politiques sanitaires et de l'organisation hospitalière, du cadre financier et juridique, mais aussi du contexte religieux, culturel, traditionnel et spirituel.

En dépit des réformes successives, la question de l'égalité face aux soins reste entière au Gabon. Elle suscite les interrogations de la population et des acteurs de santé. La recherche menée dans le cadre de cette thèse a donc des implications pratiques. Dans ce contexte de carence de l'offre publique de santé, notre étude se propose d'analyser les politiques publiques et les dispositifs d'accès aux soins afin de mieux comprendre les raisons de leur fragilité. Il s'agit aussi d'identifier les leviers d'un renouvellement de l'action gouvernementale en matière de santé.

Cette thèse de sociologie mobilise l'outillage méthodologique et conceptuel de la discipline sans négliger les visées pratiques : elle se concentre notamment sur la problématique de l'accès aux soins pour tous au Gabon. Ce pays d'Afrique centrale est d'autant plus intéressant à étudier qu'il permet de relativiser les approches qui se fixent uniquement sur la dimension économique du problème. En effet, le Gabon est un pays

relativement riche. Or, l'égalité face à l'accès aux soins, bien que décrétée officiellement, est loin d'être effective.

L'accès aux soins pour tous renvoie à la notion de Soins de Santé Primaires (SSP) telle que défini par l'OMS. D'après l'article VI de la Déclaration d'Alma-Ata, les soins de santé primaires sont des soins essentiels s'appuyant sur des méthodes et des techniques, scientifiquement valables et socialement acceptables. Dans l'esprit, il s'agit de rendre ces soins accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté à un coût que le pays puisse assumer. Les soins de santé primaires sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire³.

L'OMS recense des éléments clés pour parvenir à cet objectif :

- promouvoir la notion de soins de santé primaires dans tous les pays ;
- échanger des données d'expérience et des informations relatives au développement des soins de santé primaires dans le cadre de systèmes et services sanitaires nationaux complets ;
- évaluer la situation mondiale actuelle dans le domaine de la santé et des soins de santé, dans la mesure où elle se rapporte aux soins de santé primaires et peut être améliorée par ceux-ci ;
- définir les principes qui doivent régir les soins de santé primaires ainsi que les moyens opérationnels à mettre en œuvre pour résoudre les problèmes pratiques que pose le développement de ces soins ;
- définir le rôle qui incombe aux gouvernements et aux organisations nationales et internationales en ce qui concerne la coopération technique et l'appui à apporter au développement des soins de santé primaires ;
- formuler des recommandations pour le développement des soins de santé primaires⁴.

³ OMS, *Alma-Ata 1978 : les soins de santé primaires*, Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978, Série « SANTÉ POUR TOUS », N°1, Genève, 1978, pp.3-4.

⁴ *Ibid.*

Selon la définition de l'institut de médecine des États-Unis, l'accès aux soins désigne « l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus de façon à atteindre le meilleur résultat possible en termes de santé »⁵.

Les prémisses de la recherche

Ces définitions, utiles pour un premier cadrage de notre sujet, marquent aussi ce qui fait la substance de notre engagement dans ce travail de recherche. Comme beaucoup de Gabonais, nous avons eu dans notre entourage immédiat des personnes qui mouraient brusquement dans les hôpitaux, sans que l'on comprenne pourquoi.

Au Gabon, la mort d'un patient à l'hôpital ne suscite quasiment pas d'explications de la part des personnels de santé. Situation qui est révélatrice de l'absence de dialogue entre les personnels de santé, le malade et les membres de sa famille⁶. Le fait est aussi révélateur d'une sorte de fatalisme des populations. Elles ont encore du mal à porter plainte devant les juridictions compétentes lorsque l'hôpital leur semble en cause. Face à un décès, il est fréquent d'entendre les proches dire : « *C'était son jour ! C'est la volonté de Dieu ! C'est comme ça la vie ! À chacun son tour !* ».

Ce manque d'explications du personnel soignant et l'apparente acceptation des familles face à l'inexpliqué est le point de départ de notre réflexion. Elle s'inscrit dans le prolongement du questionnement de Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan sur l'accès aux soins dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest :

« (...) depuis une trentaine d'années, les réformes se sont succédées, les propositions se sont multipliées et, pourtant, une grande insatisfaction persiste, tant du point de vue des populations que des intervenants. Le sentiment est désormais largement partagé qu'une grande partie des problèmes vient de l'offre publique de santé »⁷.

⁵ P. Lombrail, in D. Fassin et al., *Les inégalités sociales de santé*, Éditions La Découverte « Recherches », Paris, 2000, p.403. Lire également : P. Lombrail, *Atelier soins et prévention. Réduction ou aggravation des inégalités sociales de santé*. Disponible en ligne en version PDF : http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2008/ateliers/a2/At2-02_Pierre%20LOMBRAIL.pdf

⁶ On peut lire à cette occasion les travaux de Geneviève Cresson sur la sociologie de la médecine en lien avec la famille. Dans ses travaux, l'auteur analyse l'apport de la famille dans le processus de guérison d'un membre de la famille. Autrement dit, elle analyse les relations qui existent entre la médecine, le personnel de santé, les malades et la famille du malade. G. Cresson, « La sociologie de la médecine méconnaît-elle la famille ? », *Sociétés contemporaines*, n°25, 1997, pp. 45-65.

⁷ Y. Jaffré et J.-P. Olivier de Sardan, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Éditions Karthala, Paris, 2003, p.10.

Même si l'on peut regretter que ces auteurs n'aient pas suffisamment étudiés les politiques de santé pour mieux saisir la relation entre soignant et soigné ; il n'en demeure pas moins que leur démarche socio-anthropologique constitue un apport important pour comprendre la prise en charge sanitaire au Gabon. Thématique que nous avons abordée à l'occasion de plusieurs recherches conduisant à cette thèse.

Il y a quelques années⁸, nous avons mené une première étude de terrain au Centre Hospitalier de Libreville (CHL), devenu aujourd'hui le Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL). Celle-ci était focalisée sur une population de malades assez particulière, puisqu'elle bénéficiait d'une prise en charge médicale liée à son statut de fonctionnaires⁹. Cette enquête permettait d'analyser la prise en charge des malades dans une situation *a priori* favorable. Les premiers résultats révélaient que les politiques de santé en matière de prise en charge des fonctionnaires étaient peu efficaces. Malgré ces conditions privilégiées par rapport au reste de la population, la prise en charge médicale s'avérait lacunaire : la procédure était longue et décourageante pour les malades. Après un premier diagnostic au CHL, le dispositif les obligeait à passer par leur ministère de tutelle, puis par deux directions du ministère des Finances (la solde et la direction du patrimoine). On imagine les effets de ce parcours administratif en cas d'urgence. En outre, ceux qui parvenaient à obtenir « le précieux sésame » n'étaient pas au bout de leur peine. En effet, dès 2008, il apparaissait nettement que l'accès au CHL n'était pas forcément le gage d'une prise en charge de qualité ; comme le confirmait Estelle Nkale Bougha Obouna, les usagers étaient confrontés à la défaillance du plateau technique, à l'absentéisme du personnel, à des mouvements de grève à répétition, aux réseaux de connaissance et aux accompagnateurs¹⁰. Des problèmes qui restent d'actualité.

En 2010, cette première étude a été élargie à la politique publique de la gratuité des soins au CHL¹¹. Cette période coïncidait effectivement avec la mise en œuvre du décret n°104/PR/MSP du 15 janvier 2007 sur la gratuité des soins au CHL en direction de

⁸ L. L. Sounda, *La problématique de l'assurance maladie auprès des fonctionnaires gabonais*, Rapport de licence, Université Omar Bongo, Libreville, 2007.

⁹ L'article 122 de la loi 8/91 du 26 septembre 1991 portant statut général des fonctionnaires stipule que « le fonctionnaire ainsi que ses conjoints et les enfants à charge ont droit aux visites médicales et aux soins gratuits dans les dispensaires, centres médicaux et hôpitaux de la santé publique ».

¹⁰ E. Nkale Bougha Obouna, *Pauvreté, santé et genre au Gabon*, Thèse en sciences économiques, Université Montesquieu-Bordeaux IV, Bordeaux, 2009.

¹¹ L. L. Sounda, *Système de santé au Gabon : approche problématique de la gratuité des soins au Centre Hospitalier de Libreville (CHL)*, *op.cit.*

l'ensemble de la population gabonaise. L'analyse a fait ressortir l'écart entre les intentions politiques affichées et les inégalités persistantes face aux soins.

Comment entendons-nous poser le problème ?

La présente recherche se focalise sur l'accès aux soins pour tous, après plusieurs années de fonctionnement et d'ajustement des dispositifs mis en place par les pouvoirs publics. C'est à travers ce prisme que nous analyserons les politiques de santé au Gabon.

Quelques études ont déjà été menées par les pouvoirs publics en vue d'évaluer les nouveaux dispositifs. À ce propos, il faut mentionner le rapport officiel du ministère gabonais de la santé relatif au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2011-2015. Un extrait de ce rapport laisse apparaître une prise de conscience de l'écart entre la volonté politique telle qu'affirmée dans les documents officiels et les réalités en matière d'égalité d'accès aux soins :

« Le droit à la santé est garanti par la Constitution gabonaise, de même que la protection des personnes vulnérables. La loi 12/95 portant orientation de la politique de santé en République gabonaise confirme cette disposition. Mais bien que la solidarité et la justice sociale soient garanties par la loi, il persiste des inégalités d'accès aux soins, notamment pour les plus démunis. Les mécanismes traditionnels d'entraide sociale s'effritent sans que l'État ne soit organisé pour les relayer et à cause de la paupérisation grandissante, une partie toujours plus importante de la population se trouve *de facto* exclue du système de soins »¹².

Les populations gabonaises ne profitent donc pas des 730 structures de santé que compte le pays. Dans la capitale librevilloise par exemple, les établissements sont dépourvus d'équipements de base comme les lits, les fauteuils roulants, les brancards, les ambulances, les plateaux techniques, les appareils de radiologie et d'échographie. On constate aussi des coupures d'eau potable et d'électricité. Par ailleurs, la situation de sous-effectif est inquiétante, comme soulignée dans le rapport statistique sanitaire mondial 2010 pour qui : le

¹² Ministère de la Santé, des Affaires sociales, de la Solidarité et de la Famille, *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015*, Libreville, Décembre 2010, p. 23.

Gabon dispose de trois médecins, cinquante infirmières et sages-femmes, un chirurgien-dentiste et un pharmacien pour 10 000 habitants¹³.

En outre, le contexte gabonais, comme celui de nombreux pays africains, est marqué par la corruption, comme le montrent Giorgio Blundo et Jean-Pierre Olivier de Sardan. Cette corruption a des répercussions sur le système administratif. Les auteurs indiquent que le phénomène est tellement bien installé qu'il a fini par faire partie du quotidien des Africains. Ils soulignent, en effet, que « (...) la corruption serait systémique, généralisée et banalisée, au point de devenir un véritable "mode de vie" pour la population »¹⁴. De ces travaux, il ressort qu'au Bénin, au Niger et au Sénégal, le secteur de la santé est soumis à la multiplication de petits cadeaux, à la surtarification, à la vente illicite de produits médicaux, au détournement des biens publics¹⁵. Certes important, ce phénomène, dont l'ampleur doit être évaluée au Gabon, ne doit pas occulter d'autres facteurs explicatifs des dysfonctionnements du système de santé.

Au Gabon, la situation est aggravée par l'existence d'une médecine à double vitesse dominée par la quête du profit. Un patient au CHUL en témoigne :

« quand tu regardes bien, il y a d'un côté une médecine pour les "riches" et de l'autre côté, une médecine pour les "pauvres" ».

En effet, les consultations sont organisées en fonction de la catégorie sociale des individus. Le patient poursuit en ces termes :

« Si tu remarques bien, ceux qui ont les titres « qui parlent », comme monsieur le directeur général, monsieur le directeur adjoint, monsieur le chef de service, monsieur le conseiller, l'honorable, vénérable ou excellence sont vite considérés. Ce sont des titres qui font toute la différence au CHUL. On s'en fout même si ton cas est très urgent, c'est celui qui a le titre qui passe avant ».

¹³ Organisation mondiale de la santé, *Statistiques sanitaires mondiales 2010*, Paris, 2010, p.118. Si la situation est alarmante au niveau des centres hospitaliers, le cas du centre de santé mentale de Melen est symptomatique des dysfonctionnements de ce secteur de la santé. Dans tout le Gabon, il n'existe qu'un seul centre de santé mentale confronté à une précarité sans précédent. Comme le souligne Cathérine Gau : « Les moyens d'hébergement sont rudimentaires : pas de moustiquaires dans les chambres, dans ce pays où sévit le paludisme, pas de fenêtre, pas de ventilateurs alors qu'il fait quelque 30°C toute l'année. Les minuscules cellules sont équipées d'un petit lit parfois sans matelas, il n'y a pas d'éclairage à l'extérieur le soir, une nourriture peu ragoûtante est (parfois) cuisinée dans des locaux sales et infestés de cafard, etc. Les malades y séjournent avec un ou plusieurs membres de leur famille qui dorment à même le sol et subviennent aux besoins des patients. » C. Gau, « Des désordres 'ethniques' ? Culture et sujet : étude au centre de santé mentale de Melen, Libreville-Gabon », *Figures de la psychanalyse*, 2012/2, n°24, pp. 211-232.

¹⁴ G. Blundo et J.-P. Olivier de Sardan, *État et corruption en Afrique : une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Bénin, Niger, Sénégal)*, Éditions Karthala, Paris, 2007, p.38.

¹⁵ *Ibid.*, pp. 225-241.

Dans les hôpitaux publics gabonais, il faut le souligner, les malades présentent d'abord leurs titres administratifs et professionnels avant leurs symptômes, ce qui établit, de fait, une différence entre les patients¹⁶. La prise en charge des malades issus des classes sociales supérieures permet au personnel médical de nouer des liens clientélistes et de bénéficier de cadeaux. Une infirmière l'explique clairement : « *Je préfère commencer par monsieur le conseiller du ministre, on ne va quand même pas le faire attendre (en souriant). On ne sait jamais, peut-être qu'il peut me laisser un Coca. La terre tourne, demain je peux avoir besoin de lui aussi, il sera reconnaissant* ».

Nous avons surpris une conversation au cours de laquelle un malade se plaignait de l'attente dans le service des urgences du CHUL. Il lui a été répondu : « *Même si tu es le premier à arriver, tu penses que nous on a que ça à faire ? Si tu veux passer vite, il faut mettre la main à la poche comme l'autre !* ».

Le malade représente une source de profit pour une partie du personnel. Sa prise en charge peut être l'occasion d'un enrichissement illégal. Le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde fait état de la marchandisation du système de santé. D'après l'OMS :

« Dans nombre de pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, sinon dans la plupart d'entre eux, l'insuffisance des ressources et la fragmentation des prestations sanitaires a stimulé le développement d'une marchandisation des soins, que l'on peut définir ici comme l'offre de prestations de santé contre rétribution, que le prestataire de services appartienne au secteur public, au secteur privé ou au secteur associatif (ONG). La marchandisation des soins de santé a déjà pris des proportions sans précédent dans les pays qui, par choix ou par manque de moyens, ne sont pas capables de réglementer le secteur sanitaire »¹⁷.

Sur un autre plan, Céline Lafontaine à travers son ouvrage, *Le corps-marché : la marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bioéconomie*, explore l'implication économique dans le milieu sanitaire des sociétés modernes. D'un point de vue plus général, elle indique que cette marchandisation des soins est à considérer sous l'angle d'une bioéconomie. En ce sens : « il s'agit d'analyser et de comprendre comment "la vie en elle-

¹⁶ Cette mise en avant des titres professionnels rejoint ce que Joseph Tonda appelle la société des éblouissements. L'auteur souligne que les signes apparents, tout comme les titres administratifs et professionnels sont des critères déterminants pour éblouir. Par conséquent, dans la société gabonaise, celui qui éblouit, il est considéré et donc mieux traité. Tiré de : J. Tonda, *L'impérialisme postcolonial. Critique de la société des éblouissements*, Éditions Karthala, Paris, 2015.

¹⁷ OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2008 : les soins de santé primaires maintenant plus que jamais*, Genève, 2008, p.14.

même", c'est-à-dire l'ensemble des processus biologiques propres à l'existence corporelle, est désormais au cœur d'une nouvelle phase de globalisation capitaliste : la bioéconomie »¹⁸. Pour l'auteur, « contrairement à l'adage populaire selon lequel "la vie n'a pas de prix", dorénavant, dans le monde globalisé du capitalisme triomphant, rien n'échappe au calcul marchand »¹⁹.

Le corps malade est dans certaines circonstances un « corps-marché ». Au Gabon, le clientélisme, la médecine de classe et la marchandisation des soins sont des éléments à prendre en compte si l'on veut saisir les écarts persistants entre la volonté politique affichée et les pratiques réelles d'accès aux soins.

À cela s'ajoutent des tendances générales sur lesquelles il faut insister. Danièle Carricaburu et Marie Ménoret les traduisent en ce sens que « (...) l'hôpital contemporain est non seulement le reflet des inégalités sociales mais aussi le producteur d'inégalités engendrées par la propre logique de l'institution »²⁰.

Pour Philippe Adam et Claudine Herzlich, le « problème des rapports entre représentation et action, entre le « dire » et le « faire », concernant la maladie et la santé est fréquemment posé »²¹. De leur côté, Maud Gelly et Laure Pitti précisent que : « la santé doit être vraiment, concrètement, accessible à tous, et pas seulement sur le papier »²². D'où, au Gabon, ce problème est central.

¹⁸ C. Lafontaine, *Le corps-marché : marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bioéconomie*, Éditions du Seuil, Paris, 2014, p.12.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ D. Carricaburu et M. Ménoret, *Sociologie de la santé : Institution, professions et maladies*, Éditions Armand Colin, Paris, 2004, p.8.

²¹ Ph. Adam et Cl. Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Éditions Armand Colin, Saint-Germain-du-puy (France), 2005, p.71.

²² M. Gelly, L. Pitti, « Une médecine de classe ? Inégalité sociales, système de santé et pratique de soins », *op.cit.*, pp.7-18.

Disponible en ligne sur : <http://www.cairn.info/revue-agone-2016-1-page-7.htm>

La méthode de recueil des données documentaires et d'enquête de terrain

Notre recherche entend appréhender et comprendre l'écart entre la stratégie politique de santé et l'accès aux soins pour tous en prenant pour terrain d'enquête privilégié le Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL). Elle a pour point de départ un premier travail d'observation en immersion dans le Centre hospitalier universitaire de Libreville.

Immersion dans un hôpital au Gabon

L'immersion dans son terrain d'étude est une « technique directe d'investigation scientifique utilisée habituellement auprès d'un groupe et qui permet d'observer et de constater de façon non directive des faits particuliers et de faire un prélèvement qualitatif en vue de comprendre des attitudes et des comportements »²³. C'est dans cette optique qu'en 2008, nous avons réalisé un premier travail de terrain inspiré des méthodes d'observation participante. Cette enquête a été effectuée dans le cadre d'un stage au bureau des entrées du CHL. Elle a permis d'être en contact direct avec le personnel soignant et les malades. Nous portions une blouse blanche qui nous permettait d'avoir accès aux salles de consultations et aux salles d'hospitalisation. Ce qui nous a permis d'observer les conditions de prise en charge des malades dès leur arrivée au CHL. La blouse blanche a été un atout indéniable ; nous avons eu l'occasion d'expérimenter ce que Jocalyn Lawler nomme « *la face cachée des soins* » décrite en ces termes :

« L'uniforme de l'infirmière est fondamental, et beaucoup pensent qu'il est indispensable pour rendre possibles les actes infirmiers, non seulement en raison de ce qu'il symbolise aux yeux du patient, mais aussi parce qu'il fait partie de l'identité infirmière, sans laquelle la pratique serait plus difficile »²⁴.

Ayant très peu d'échanges avec le personnel hospitalier, notre présence lors des visites aux malades a été perçue comme un acte d'écoute, certes, sur un autre plan que celui du personnel soignant.

²³ F. Dépelteau, *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*, Éditions De Boeck, Canada, 2005, p.337.

²⁴ J. Lawler, *La face cachée des soins : soins au corps, intimité et pratique soignante*, Éditions Seli Arslan, Paris, 2002, p.165.

Cette position d'intériorité/extériorité²⁵ nous a permis d'observer les interactions entre le personnel de santé et les patients. Avant et après les consultations, dans les salles d'attente et dans la cour de l'actuel CHUL, nous arrivions à discuter avec les malades. Cette technique d'enquête s'est révélée efficace dès lors que nos interlocuteurs (les malades) exprimaient librement leur ras-le-bol sans avoir peur de la « blouse blanche ».

Cette phase a été décisive dans le choix de poursuivre les recherches en sociologie de la santé afin de mieux comprendre les dysfonctionnements au quotidien. Comment la volonté politique d'amélioration du système de soins, perpétuellement réaffirmée par le gouvernement peut-elle à ce point manquer ses objectifs ? Quels sont les points de blocage ? Quels sont les leviers d'actions ?

La recherche impliquait une étude fine et approfondie des discours et des dispositifs publics relatifs à l'accès aux soins. Un travail de recueil et d'analyse des documents officiels s'avérait nécessaire.

La recherche documentaire

La recherche documentaire a été d'une importance capitale pour saisir le contenu de la politique de santé émise par les pouvoirs publics gabonais. Qu'il soit en rapport avec les institutions internationales (OMS, Unicef, Unesco, etc.), les organismes non étatiques (Croix-Rouge, Fondation Sylvia Bongo Ondimba, etc.) ou avec les coopérations (France, Chine, Egypte, etc.). Ainsi, cette méthode d'enquête a permis de répertorier les articles de lois, les rapports d'activités, les rapports des organismes, les documents officiels et non officiels.

Ces différents documents ont permis de cerner les orientations des politiques de santé telles que définies par les pouvoirs publics, mais aussi de saisir les grands principes de fonctionnement du CHUL (qui est notre champ empirique d'étude). Nous avons collecté des données provenant de directions concernées par l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie politique de santé, à savoir :

- la direction générale du ministère de la Santé, située sur le boulevard triomphal Omar Bongo de Libreville ;
- la direction générale de la CNAMGS, située sur le boulevard du Bord de mer de Libreville ;
- la direction générale CHU de Libreville, située en plein centre-ville de la capitale.

²⁵ F. Dépelteau, *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*, op.cit., p.344.

Sur ces trois sites, nous avons obtenu :

- les supports statistiques ;
- les rapports d'enquêtes ;
- les rapports d'évaluations ;
- et les rapports d'activités.

La recherche documentaire alimente la première partie de cette thèse. L'analyse du contexte de l'accès aux soins mondial et national s'appuie sur ce type de documents complétés par de nombreux rapports d'institutions internationales. Parmi les documents recueillis, nous avons sélectionné ceux qui abordent directement l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie politique de santé (décrets, lois, articles) et les rapports d'activités qui, bien souvent, livrent un premier aperçu des écarts entre la stratégie politique et l'accès aux soins pour tous. Il a également été question des textes officiels : textes juridiques, textes politiques et les documents précisant les missions des différentes structures publiques en charge de l'organisation de la santé.

Ces écrits sont élaborés par différents acteurs : le Gouvernement et la direction générale de la santé, les institutions internationales, en accord avec le Gouvernement ou d'autres organismes non étatiques. Ces textes présentent non seulement la vision officielle de la stratégie politique de santé mais aussi le bilan de ce qui est fait et de ce qui est projeté pour le futur. C'est le cas par exemple des rapports sur le Programme National du Développement Sanitaire (PNDS).

Nous présentons ci-dessous le tableau des principales sources utilisées et une synthèse de leurs objectifs.

Tableau 1 : Les sources documentaires

Documents	Objectifs
Décret n°104/PR/MSP du 15 janvier 2007 fixant les modalités de prise en charge gratuite des patients dans les formations sanitaires.	Définir les modalités de mise en œuvre de la gratuité des soins et la prise en compte de tous les contours ; définir le cadre réglementaire dans lequel doit avoir lieu la gratuité des soins des patients, et les populations concernées par cette mesure.
Loi n° 3/91 du 26 mars 1991 portant le rôle de l'État en matière de santé, notamment à son article 1 ^{er} , alinéa 8.	Décrire les modalités de l'État pour préserver et prévenir la santé des Gabonais. Cette loi assure également la sécurité sociale des Gabonais
Loi n° 8/91 du 26 septembre 1991 portant statut général des fonctionnaires	L'article 122 permet de s'imprégner des dispositions particulières concernant la prise en charge médicales des fonctionnaires gabonais et leurs ayants-droit.
L'ordonnance n°29/77/PR du 7 juillet 1977 instituant une couverture des frais d'hospitalisation dans les formations sanitaires de type universitaire ou de première catégorie	Instituer une couverture des frais d'hospitalisation dans les formations sanitaires tel que l'hôpital général (CHUL). Celle-ci tient compte des modalités définies dans les hôpitaux et du statut du malade.
La loi 12/95 du 14 janvier 1995 portant orientation de la politique de santé en République gabonaise	Garantir à tous les Gabonais la protection en matière de santé en les amenant à contribuer, dans la mesure de leurs ressources au financement des charges.
Ministère de la Santé, des Affaires sociales, de la Solidarité et de la Famille, <i>Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015</i> , décembre 2010.	État des lieux de la situation présente du système de santé ; élaboration du rapport du quinquennat écoulé et projection sur les cinq années prochaines.
République gabonaise, <i>Rapport final sur la mise en œuvre de la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique</i> , juin 2009.	Analyser la situation du système de santé ; estimer les besoins en vue de la préparation des plans nationaux d'action conjointe pour les échéances à venir.
Caisse Nationale de Sécurité Sociale, <i>Stratégies pour l'extension de la protection sociale. Présentation du directeur général de la CNSS du Gabon</i> , Turin, du 29 août au 9 septembre 2005.	Promouvoir la Sécurité sociale afin de consolider la solidarité et la justice sociale à travers le territoire national.
Fondation Sylvia Bongo Ondimba, <i>Évaluation des services de santé maternelle néonatale et infantile au Gabon</i> , septembre 2014.	État des lieux des services de santé maternelle, plus précisément de néonatalogie et infantile, à travers l'ensemble du Gabon en vue d'en proposer des solutions efficaces et pérennes.
Organisation mondiale de la santé, <i>Statistiques sanitaires mondiales 2010</i> , Paris, 2010.	Présenter les statistiques sanitaires disponibles sur les 193 États membres de l'OMS ; résumer les progrès accomplis

	aussi bien dans le secteur sanitaire que sur les cibles du Millénaire pour le développement (OMD) en lien avec la santé.
OMS, <i>Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays. République gabonaise, 2004-2007.</i>	Guide des activités de l'OMS dans les pays membres. Orienter à moyen terme la coopération technique avec les pays membres ; soutenir les politiques, les stratégies et plans nationaux dans le domaine de la santé au Gabon.
Le Décret n°510 /PR /MTEPS du 04 juin 2008 fixant les statuts de la caisse nationale d'assurance maladie et de garantie sociale	Prévoir la couverture des frais de santé des chômeurs, des paysans, des travailleurs indépendants, des indigents et de ceux qui sont exclus des structures de santé existantes. Mise en place des organes de décision, du conseil d'administration, de la direction générale et de l'agence comptable.

Source : Love Leaticia Sounda, enquêtes de terrain 2007, 2008, 2012 et 2015.

Pour compléter cette étude documentaire, une enquête de terrain a été effectuée auprès de la direction générale de la santé, du CHUL (personnels de santé et patients) et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS).

L'enquête de terrain : une démarche qualitative

Pour reprendre Joëlle Kivits et *al.* : l'« *analyse qualitative a pour objet de construire une théorie qui soit ancrée dans les faits* »²⁶. Cette démarche permet de « *dégager le sens d'un événement, lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière* »²⁷.

Tout au long de nos recherches, nous avons regroupé un certain nombre de faits, de discours, de textes, de rapports qui nous amènent à renouveler notre compréhension sur la question de l'accès aux soins au Gabon. Nous proposons de revisiter des événements particulièrement marquants dans le secteur de la santé au Gabon, à savoir : la gratuité des soins au CHL, la mise en place de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS). Le condensé de toutes ces matières permet de structurer le schéma explicatif de cette thèse.

²⁶ J. Kivits et *al* (sous dir.), *Les recherches qualitatives en santé*, Éditions Armand Colin, Paris, 2016, p.166.

²⁷ *Ibid.*

Après avoir retenu le milieu hospitalier du CHUL comme terrain central d'une confrontation des discours et des pratiques, des intentions affichées et de leurs traductions dans le réel, nous avons mené quatre enquêtes de terrain au Gabon : en 2007 et en 2008, en 2012 et en 2015. Ces enquêtes successives se sont déroulées sur une période longue, ce qui est l'une des richesses de ce travail.

Ces quatre enquêtes qualitatives reposent sur des entretiens semi-directifs auprès notamment de membres du personnel soignant et de malades. Les deux premières phases (2007 et 2008) peuvent être considérées comme des pré-enquêtes avec une immersion sur le terrain d'environ cinq mois.

La troisième et quatrième phase de notre enquête a eu lieu en 2012 et en 2015 avec une immersion d'environ 7 mois à Libreville et à Moanda, deuxième ville économique du Gabon après Port-Gentil. Ce qui nous a permis de nous rendre compte également de la difficulté d'accès aux soins pour les populations de l'intérieur du pays. Et enfin, en 2015 (un mois et demi), nous avons effectué une enquête de terrain dont l'enjeu a consisté à consolider notre problématique de travail et l'hypothèse de recherche.

Ces enquêtes ont été menées d'un côté auprès des décideurs politiques (ministère de la Santé, la CNAMGS). De l'autre côté, auprès des praticiens et des patients, au CHUL, avec un accent particulier sur deux formations sanitaires : les urgences et la maternité C. Ces services étaient particulièrement intéressants puisque c'est ici que le personnel doit être réactif et l'accès aux soins simplifié. Le protocole doit y être clairement défini, avec une mise en application efficace, compte tenu de l'urgence des situations.

Pour emprunter les termes de Howard Becker²⁸ et François Dépelteau²⁹, nous savons que l'empirisme se fonde sur nos expériences sensorielles de la réalité. Durant nos enquêtes de terrain, nous sommes entré jusqu'à un certain point dans la vie des gens que nous avons sollicités ; nous avons pris part à leurs activités quotidiennes, nous avons observé des situations concrètes de relations de soins. Nous avons parlé à la fois de manière informelle et dans des entretiens structurés. En complément, nous avons étudié toutes les informations : archives des organisations, documents officiels, médias publics, lettres, journaux, rapports, etc.

Il importe tout d'abord de souligner que les Gabonais sont réfractaires aux enquêtes. Ils se méfient des enquêteurs et encore plus des questionnaires. Comme souligné au travers de

²⁸ H.S. Becker, *Le travail sociologique : méthode et substance*, Éditions Academic press, Fribourg, 2006, p. 65.

²⁹ F. Dépelteau, *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*, Éditions De Boeck Université, Québec, 2009, p.56.

ces préoccupations : « *Pourquoi dois-je écrire ce que je pense ? Où iront par la suite ces écrits ? Que peut-on en faire ? Même si c'est anonyme, c'est quand même mon écriture et ce que j'écrirai peut se retourner contre moi un jour !* ».

La méthode d'enquête par entretien semi-directif a permis de comprendre, lors de ces entretiens, ce qui est le plus profond, qui généralement ne se compte pas³⁰. Pour les malades, cette méthode est celle qui convient le mieux. En effet, les personnes interviewées sont souvent préoccupées soit par un accouchement pour le cas de la maternité C, ou par une urgence médicale. Ils sont vulnérables et exposés à tous les dangers que présente cet hôpital. C'est pourquoi « l'enquête par entretien constitue une méthode de recherche pertinente pour qui s'intéresse à des populations particulières »³¹.

Les entretiens semi-directifs nous ont offert la possibilité d'aller au plus près de l'accès aux soins au CHU de Libreville, en interrogeant les interactions entre le corps médical et les malades. Autour de cette relation se cachent, en effet, des pratiques complexes, comme la marchandisation des soins et la médecine de classe ou encore l'affaire des sacs de voyage, des accompagnants et d'argent lors des accouchements.

Le tableau 2 ci-après synthétise l'ensemble des entretiens réalisés auprès des personnels de santé, les patients, les agents administratifs de la direction générale, les agents de la CNAMGS mais aussi les tradipraticiens et les responsables des églises.

³⁰ H. Mendras, *Éléments de sociologie*, 3^e édition Librairie, Éditions Armand Colin, Collection U, Paris, 1967, p.16.

³¹ R. Desanti et P. Cardon, *L'enquête qualitative en sociologie*, Éditions Ash, Pays-Bas, 2007, p.53.

**Tableau 2 : Présentation des entretiens par champs d'analyse
et population d'enquête de terrain**

Lieux d'enquête de terrain / Catégories	Ministère de la Santé et direction générale de la Santé	CNAMGS	CHUL (Personnels de santé)	CHUL (Patients)	Autres (Tradipraticiens, églises dites de réveil, patients)	Total
Personnels administratifs	4	3	5			9
Corps soignant (médecins, infirmiers, sages-femmes et aides-soignants)		6		12		12
Pharmacie		9				
Patients		5		46		46
Tradipraticiens					4	4
Responsables d'églises (pasteurs, prophétesses, bergères)					4	4
Autres ³²	3		4	10		15
Total	7	23	9	68	8	113

Source : Love Leaticia Sounda, enquêtes de terrain, 2008, 2012 et 2015.

Notre guide d'entretien obéit généralement à la structuration de notre plan de travail, même si celui-ci a souvent été modifié une fois en situation d'entretien, selon que notre interlocuteur se montrait coopérant ou non. Ainsi, nous avons pu réaliser 113 entretiens. Par ailleurs, pour consolider les informations obtenues lors de ces entretiens, nous avons mobilisé les données d'enquête par observation effectuée au CHUL.

³² Par autres, nous entendons l'ensemble des enquêtés qui ne font pas partie de notre population d'enquête mais susceptibles de nous apporter des informations sur la stratégie politique de santé et sa mise en œuvre en termes d'accès aux soins pour tous. De ce fait, nous avons interrogé certains Gabonais qui n'étaient pas malades au moment de notre enquête mais qui ont un vécu de la situation sanitaire du Gabon, certains médecins et infirmiers à la retraite et certains enseignants spécialistes de la santé et ceux qui ne le sont pas, afin d'avoir un large panel d'informations sur la santé au Gabon.

L'analyse de contenu comme technique de traitement des données

Pour donner un sens aux informations d'enquête recueillies qui se regroupent en quatre blocs : le bloc CNAMGS, le bloc ministère de la Santé, le bloc CHU de Libreville et le bloc malades du CHUL. Nous avons mobilisé la méthode d'analyse de contenu telle que présentée par André Désiré Robert et Annick Bouillaguet :

« L'analyse de contenu *stricto sensu* se définit comme une technique permettant l'examen méthodique, systématique, objectif et, à l'occasion, quantitatif du contenu de certains textes en vue d'en classer et d'en interpréter les éléments constitutifs, qui ne sont pas totalement accessibles à la lecture naïve. Le texte désigne ici tout type de production, verbale ou orale, écrite, et renvoie aux problèmes posés par le langage et les situations d'énonciation »³³.

L'analyse de contenu s'est déroulée en deux phases :

La première phase concerne l'analyse du contenu manifeste. Elle « désigne le matériel brut faisant l'objet de l'analyse, laquelle porte alors directement et exclusivement sur ce qui a été ouvertement dit ou écrit, tel quel, par le répondant »³⁴. Dans cette phase, il s'agissait de comprendre le premier sens des informations recueillies auprès de nos interlocuteurs, sur la stratégie politique de santé et sur l'accès aux soins pour tous. C'est sur cette base que nous avons analysé notre corpus tel qu'il a été récolté.

Dans la seconde phase, il s'agit de mener une analyse des contenus latents. Cette technique « renvoie pour sa part aux éléments symboliques du matériel analysé »³⁵. Il s'agissait alors d'analyser les non-dits des discours de nos interlocuteurs en vue de rendre manifeste, et compréhensif, le sens caché du contenu des discours. Cette démarche nous a permis de confronter les discours avec la réalité sur le terrain, c'est-à-dire de confronter les données régissant la stratégie politique de santé avec les pratiques favorisant ou non l'accès aux soins pour tous.

³³ A. D. Robert et A. Bouillaguet, *l'analyse de contenu*, 2^e édition, Éditions Presses Universitaires de France, (Coll. « QSJ ? », N° 49 251), Paris, 2002, p.4.

³⁴ R. L'écuyer, « L'analyse de contenu : notion et étapes », dans J.-P. Deslauriers (sous la direction de), *Les méthodes de la recherche qualitative*, Éditions Presse de l'Université du Québec, Sillery, 1988, p.50. Cité par F. Dépelteau, *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*, *op.cit.*, p.297.

³⁵ *Ibid.*

Les difficultés inhérentes à notre recherche et présentation du plan

Tout au long de notre recherche, nous avons rencontré de nombreuses difficultés, aussi bien lors du recueil de données documentaires que lors de l'enquête de terrain.

Les premiers obstacles ont été liés à l'absence de documents. Les quelques rares documentations existantes énoncent de vagues idées et des connaissances parcellaires. Il faut souligner l'absence d'informations portant sur des données statistiques comme celles sur la fréquentation des malades au CHUL ou dans chaque service. L'absence des données statistiques est un problème général. Ni le CHUL, ni le ministère de la Santé n'ont pu nous fournir leurs effectifs complets. Aussi, pour expliquer ce manque criant de données statistiques au Gabon, les rapports statistiques sanitaires mondiaux de 2012 et 2014 disposent de très peu de chiffres concernant le Gabon.

En plus du problème posé par la rareté des sources, il faut souligner la difficulté d'obtenir des entretiens avec les principaux acteurs concernés par la stratégie politique de santé au Gabon. Au fil du temps, la situation s'est aggravée et complexifiée. Elle s'est révélée encore plus complexe qu'auparavant, lors de nos deux dernières enquêtes de terrain. En effet, le Gabon était à l'approche des élections présidentielles. Nous avons donc travaillé dans un climat de tension politique important. Toute personne pouvait être suspectée, ce qui supposait une vigilance accrue y compris dans la formulation des questions. Tout particulièrement lorsqu'elles s'adressaient aux responsables administratifs et aux médecins (parfois le directeur de l'hôpital). Certains médecins et infirmiers se méfiaient de nous. D'après eux, il n'y avait pas lieu de s'intéresser au milieu hospitalier, qui par principe est un milieu opaque³⁶, Il n'y avait pas non plus d'intérêt politique à l'examiner.

Par ailleurs, plusieurs actes médicaux exécutés, menés par le personnel soignant, ne sont pas prescrits. Les savoirs-faire se transmettent bien souvent sur le tas. Il y a très peu ou presque pas de formalisations écrites (fiches de poste par exemple). La réglementation est insignifiante et inaccessible.

Au-delà de ces difficultés, nous avons pu mener notre recherche qui se structure en deux parties.

La première s'intitule « *De l'accès aux soins dans le monde à la stratégie politique de santé au Gabon* ». Elle commence par exposer le contexte mondial de l'accès aux soins (Chapitre 1). À partir d'une approche comparative, ce chapitre fait un état des lieux des

³⁶ M-C Pouchelle, *L'hôpital corps et âme : essais d'anthropologie hospitalière*, Éditions Seli Arslan, Paris, 2003, p.119.

situations sanitaires des pays du Nord et de celles des pays du Sud. Ce rapprochement permet ainsi de mettre en lumière les écarts qui existent entre les deux pôles. Ces écarts sont tellement importants qu'ils sont symptomatiques de l'inégalité frappante dans le domaine de l'accès aux soins entre les pays du Nord et les pays du Sud. Face aux difficultés sanitaires que connaissent les pays du Sud, l'accès aux soins est fréquemment considéré comme un enjeu de développement à prendre en considération. Le second chapitre se focalise sur la situation gabonaise. Il reprend l'histoire du Gabon et plus précisément celle de la fondation des premières politiques de santé initiées par les colons français. Une fois le pays indépendant, les premiers dirigeants politiques gabonais conçoivent ce que nous appelons la stratégie politique de santé (Chapitre 2). Cette stratégie est en partie portée par les directives internationales de santé comme Alma-Ata et l'initiative de Bamako. Les pouvoirs politiques gabonais vont ainsi déployer tout un ensemble de cadres juridique, opérationnel et structurel, orienté vers l'amélioration de l'accès aux soins. Cette stratégie politique de santé est mise en œuvre grâce à la mobilisation de plusieurs acteurs œuvrant dans le secteur de la santé. Ce chapitre identifie les acteurs locaux, nationaux ou internationaux, qui participent à l'élargissement et la diversification de l'offre médicale au Gabon. La deuxième partie de ce chapitre amorce la question de l'écart entre la stratégie politique et l'accès aux soins. En effet, les lois adoptées sur la gratuité des soins pour les fonctionnaires ou la gratuité des soins au CHL servent d'illustration.

En vue de justifier les dysfonctionnements de son système de santé, les pouvoirs publics gabonais ont souvent énoncé des explications « officielles » que nous analysons dans le chapitre 3. Nous décortiquons dans ce chapitre les discours publics, qui servent en fait à masquer l'ampleur des problèmes de santé. Il s'agit d'analyser la version officielle véhiculée par les autorités gabonaises afin d'expliquer l'écart entre la stratégie politique de santé et l'accès aux soins. Au travers d'une analyse de la carte sanitaire du Gabon, des infrastructures et des capacités d'accueil, du capital humain et des équipements de santé, l'on s'aperçoit que toute cette structuration ne tient que sur un seul fil principal : le financement alloué à la santé. Les défauts de financements de la santé qui ont bien souvent des allures de détournements de fonds publics paralysent l'ensemble du système de santé gabonais.

La seconde partie s'intitule « *L'accès aux soins en pratique : cas du Gabon* ». Il s'agit ici de procéder à l'analyse empirique de la situation sanitaire réelle du Gabon. Cette partie est alimentée par les résultats des données d'enquêtes de terrain recueillies au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL), à la CNAMGS (et ses partenaires), dans les lieux de cultes spirituel et mystique. Ces enquêtes ont été menées dans une certaine posture :

« D'une certaine manière, faire du terrain revient à rendre justice, voire réhabiliter, des pratiques ignorées, mal comprises ou méprisées. La sociologie de la culture (Grignon et Passeron) nous a appris que les pratiques des « données » sont presque toujours prises dans le regard des « dominants » : elles sont vues d'en haut, soit dévalorisées soit idéalisées (populisme). L'ethnographie, grâce à l'immersion de l'enquêteur dans le milieu enquêté, restitue les visions d'en bas plus variées qu'on ne le croit ; elle permet le croisement de divers points de vue sur l'objet, éclaire la complexité des pratiques, en révèle l'épaisseur »³⁷.

Le chapitre 4 de cette thèse s'intitule « un dispositif d'accès aux soins pour tous : la CNAMGS ». Bien que plébiscitée dès son lancement, le temps a eu raison de la CNAMGS. Les éléments de notre enquête de terrain et les publications faites dans les médias démontrent que ce dispositif de santé nationale s'écroule. Il est rattrapé par les vieux démons de l'assurance maladie au Gabon. Cette structure est sous la pression des défaillances qui ont déjà causé la perte de la CNGS (mauvaise gestion administrative et manque de maîtrise des fonds de trésorerie pour les GEF). La CNAMGS qui avait pour mission de permettre un accès aux soins pour tous, avec un point d'honneur pour les Gabonais économiquement faibles (GEF) se retrouve dans l'incapacité de remplir ses missions. On assiste désormais à des dérapages de tout genre : du refus de prise en charge dans les hôpitaux au refus de médicaments dans les pharmacies conventionnées. Cette situation crée ainsi un climat d'instabilité face à l'accès aux soins. Les GEF sont de plus en plus exposés à la précarité et à la mort. C'est le cas des malades séropositifs gabonais qui font des rechutes suite à l'arrêt de leur traitement, par manque des antirétroviraux pris en charge à 100% par la CNAMGS.

Le Chapitre 5 porte sur l'organisation du CHUL, sur les conditions de travail de son personnel. Ici, les dysfonctionnements s'avèrent tout aussi catastrophiques. En effet, cet hôpital public gabonais est confronté à des carences matérielles de tous genres. Mais au-delà, on constate des pratiques de marchandisation des soins et de médecine de classe. Comme au niveau « supérieur » de la pyramide des soins, l'on s'aperçoit que la quête du profit au détriment de l'intérêt commun se poursuit dans le milieu hospitalier gabonais. Il y a une

³⁷ S. Beaud et F. Weber, *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*, Éditions La Découverte, Paris, 2003, p.11.

logique du « mouton broute là où il est attaché »³⁸. Ainsi, l'offre médicale est fragilisée et précarisée.

Au vu de cette situation, les patients ont tendance à se détourner de l'hôpital. Ces derniers, chacun individuellement, prennent en main leur santé en ayant recours à d'autres formes de soins, qualifiés de soins sauvages (Chapitre 6). C'est ainsi que le système de santé public est hanté par la prolifération de pratiques d'automédication, de soins spirituels et mystiques.

³⁸ Expression employée au Gabon pour justifier, justement, la quête du profit personnel. Au niveau du ministère, des hôpitaux... chacun à son niveau se sent permis de gérer un bien public comme si c'était sa propriété personnelle.

Première partie

De l'accès aux soins dans le monde à la stratégie politique de santé au Gabon

INTRODUCTION DE LA PREMIERE PARTIE

Discuter de l'accès aux soins au Gabon, c'est apporter un éclairage sur l'écart qui existe entre la stratégie politique de santé et la situation sanitaire. Dès lors, il importe de souligner que le concept « d'accès aux soins » n'est pas une réalité abstraite se fondant sur les théories subjectives de l'histoire ; il est un « fait social total » qui touche aussi bien les pays développés que les pays en voie de développement tel que le Gabon. Aussi, ce concept qui se situe dans l'espace et dans le temps, varie selon les pays et les époques.

Étant une émanation des politiques sociales européennes dans la prise en compte de la vulnérabilité des pauvres, des mendiants et des personnes démunies, l'accès aux soins a constitué l'un des enjeux majeurs du progrès social en Europe. Dès lors, il peut être considéré comme étant un moteur fondamental pour amorcer le développement des pays pauvres. Car l'accès aux soins des populations permet de disposer d'une main-d'œuvre dynamique en bonne santé. Elle permet de réduire la pauvreté et la précarité des populations.

L'accès aux soins est consubstantiel à la dimension anthropologique de l'homme, voire à la dimension ontologique, en rapport avec le devenir de tous et ne peut se réduire à un rapport praticien/patient. Dès lors, il fait l'objet d'interventions groupales, depuis la mise en place des politiques à leurs applications, l'accès aux soins est au centre d'une coopération, d'une collaboration. À cet effet, il a connu plusieurs progrès dans tous les continents.

Ainsi, cette première partie intitulée *De l'accès aux soins dans le monde à la stratégie politique de santé* a pour objectif de poser les bases théoriques de l'accès aux soins de façon générale et au Gabon en particulier. Pour cela, le premier chapitre aborde l'émergence de l'accès aux soins en Europe, sa considération en dehors de ce continent, en l'occurrence en Afrique subsaharienne. Au Gabon, l'accès aux soins a connu une évolution historique qu'il importe de remonter. Ces repères historiques permettent de cerner sa particularité au regard du contexte africain en général.

**Chapitre 1 : L'accès aux soins dans le monde et contexte gabonais
pendant la colonisation**

Introduction du chapitre 1

L'accès aux soins est une notion qui s'est développée dans le cadre du constat de la persistance des inégalités face à la santé. Selon que l'on vit dans un pays du Nord ou dans un pays du Sud, l'accès aux soins ne renvoie pas aux mêmes réalités. Les rapports mondiaux de santé révèlent qu'il existe un écart important entre les pays développés et les pays sous-développés.

Si les pays du Nord connaissent des progrès remarquables dans le domaine de la santé, la situation des pays du Sud est symptomatique de son retard et suscite des réflexions. Ce chapitre, qui s'intitule *l'accès aux soins dans le monde et contexte gabonais pendant la colonisation* analyse ces inégalités. La section 1 resitue tout d'abord la question de l'accès aux soins en Europe. Il se trouve que les approches développées en Europe ont des similitudes avec le déploiement de la médecine moderne en Afrique subsaharienne, en l'occurrence au Gabon : avant de devenir l'affaire de tous, l'assurance santé a d'abord concerné les travailleurs.

La section 2 compare la situation sanitaire dans les pays du Nord et celle que l'on rencontre dans les pays du Sud. La section 3 met l'accent sur l'accès aux soins comme enjeu de développement pour l'Afrique. Il s'agit de discuter du fait que la santé est un moteur essentiel au développement de l'Afrique subsaharienne.

La santé pour tous n'est pas l'apanage de l'OMS, c'est le résultat d'un processus historique durant lequel les peuples d'Afrique subsaharienne, en l'occurrence ceux du Gabon, ont manifesté leur désir d'indépendance. Une indépendance qu'ils ont réclamée pour avoir plus de droits, parmi lesquels la prise en charge de la santé de tous. Voilà pourquoi la section 4 pose la question de la santé coloniale et les revendications pour la santé pour tous.

1.1. L'accès aux soins en Europe

Comment se sont structurées les politiques de santé en Europe ? Pour répondre à cette question, nous avons mobilisé les travaux de Bruno Palier. Selon cet auteur, « l'histoire des systèmes de santé passe donc par l'histoire des politiques sociales, visant à couvrir le risque maladie, et par celle des professions médicales »³⁹. Cette histoire se déroule en trois phases :

- La première phase a lieu au Moyen Âge sous l'égide de l'Église. À cette époque, l'Église était l'organe chargé de prendre en charge les personnes malades grâce à ce que l'on appelait les « hôtels Dieu ». Ces lieux sont destinés à s'occuper exclusivement des personnes malades, marginalisées et mourantes dans la société. Cette prise en charge concerne uniquement l'accueil, la surveillance et la mise à l'écart des personnes malades⁴⁰ afin de protéger le reste de la population des effets de contamination.

Au XVI^e siècle, notamment en Angleterre, le système de santé est passé sous le contrôle des autorités locales laïques. Ces dernières vont instaurer un système de soins hors des hôpitaux, c'est-à-dire à travers la médecine de la ville⁴¹. C'est avec la Révolution française que l'assistance remplace la charité. Les hôpitaux sont progressivement nationalisés et leur gestion est confiée aux autorités locales. Cependant, ils sont remis à l'Église jusqu'en 1851, date à laquelle la loi érige l'hôpital en établissement public communal, dont le conseil d'administration est présidé par le maire. Ainsi, sous la responsabilité des autorités locales, le système de santé prend une nouvelle tournure comme le souligne Bruno Palier :

« Au XIX^e siècle, se multiplient aussi en Europe les lois d'assistance qui généralisent et étendent les actions auparavant menées par l'Église ou les communes. Elles consistent à créer pour les plus démunis des hospices et des centres de soins gratuits, des maisons d'accueil ou de travail, des aides monétaires. En France, la III^e République décide en 1893 de garantir l'accès aux soins pour les plus pauvres avec la loi d'assistance médicale gratuite qui permet à tout malade "inscrit sur la liste des indigents" de se faire soigner gratuitement par un médecin qui est ensuite remboursé par l'Administration »⁴².

³⁹ B. Palier, *La réforme des systèmes de santé*, op.cit., p.8.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 9.

⁴¹ *Ibidem.*

⁴² *Idem.*

- La seconde phase concerne la création et le développement des assurances maladie réservées aux salariés à faible revenu. Ces derniers sont considérés comme pauvres dès lors qu'ils ne peuvent pas garantir leur santé en cas de maladie. Leurs situations sociales ont entraîné la création et la mise en œuvre des mécanismes de prévoyance, privés ou collectifs.

Bruno Palier explique à ce propos que :

« Ces mécanismes vont peu à peu se développer pour faire face à ces nouveaux besoins, à la fois pour garantir un revenu de remplacement en cas de maladie et pour permettre de couvrir le coût des soins (payer les médecins notamment). Il s'agit de sociétés de secours mutuels ou de caisses syndicales créées par les ouvriers (d'abord en Angleterre et en France) et de caisses patronales offrant une garantie de ressources à certains ouvriers méritants. Ces caisses collectent les cotisations maladie de leurs membres et leurs garantissent un revenu de remplacement et la prise en charge des soins en cas de maladie. À la fin du XIXe siècle, souvent sous la pression de mouvements ouvriers de plus en plus organisés, l'État est amené à généraliser ce type de système pour les salariés les plus pauvres »⁴³.

- La troisième phase fait référence au système de santé à vocation universelle. Cela correspond à la création de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1948. L'après-guerre ouvre la porte à une nouvelle ère, celle de la généralisation de la santé. Les populations qui ont survécu aux guerres ont besoin d'une prise en charge sanitaire. Le nombre de blessés est très significatif ainsi que les pertes en vies humaines⁴⁴. Il faut instaurer de nouvelles politiques de santé. La santé n'est plus l'affaire d'un pays, mais plutôt l'affaire de tous. Elle devient un phénomène mondial. Chaque État doit intégrer un volet santé lors de l'élaboration de politiques générales.

Chaque peuple, où qu'il soit, doit avoir accès à la santé. C'est ainsi qu'à partir de 1945, en Europe, tous les pays vont étendre les possibilités d'accès à la santé afin d'y intégrer toute la population. Comme expliqué par Bruno Palier :

« Il s'agit donc de ne pas faire dépendre l'accès à la santé des revenus personnels du malade, mais d'offrir à chacun les soins dont il a besoin. Il s'agit aussi d'éviter la sélection des risques propres aux assurances privées : ne pas

⁴³ B. Palier, *La réforme des systèmes de santé*, *op.cit.*, p. 12.

⁴⁴ Le bilan estime à environ 20 millions de morts et 21 millions de blessés pour le compte de la Première guerre. Pour la Seconde Guerre mondiale, on estime le bilan humain à un peu plus de 60 millions de morts et plusieurs millions de blessés, environ 30 millions.

discriminer les personnes dont la santé est la plus fragile par des cotisations élevées. Voire un refus de prise en charge. Chacun finance le système de santé en fonction de ses revenus (et non pas en fonction de son état de santé) et reçoit les soins en fonction de son état de santé (et non selon sa richesse) »⁴⁵.

Dans l'après-guerre, les pays sont face à une alternative qui marquera la trajectoire de santé. À savoir : soit le pays opte pour l'« extension des assurances maladie à tous » ; soit il opte pour la « mise en place d'un service public de santé universel ».

Le principe de santé universel vient ainsi rompre avec toutes les formes de politiques de santé inégalitaire. Les politiques sont mises à plat et surtout au même niveau pour toutes les catégories sociales et pour toutes les pathologies médicales. Les populations se sentent ainsi en sécurité, non seulement face au risque maladie mais aussi face aux aléas de la vie comme le chômage, la vieillesse et l'invalidité.

Dans le cadre de la présente étude, l'histoire des politiques de santé en France et plus largement en Europe, laisse entrevoir des signes de similitude avec l'histoire des politiques de santé au Gabon sous l'influence de la colonisation. Au niveau des populations gabonaises, les premières prises en charge médicales ont d'abord concerné les travailleurs. Avant de s'étendre à l'ensemble de la population, à la suite de puissants mouvements de pressions. La création de l'OMS, après la Seconde Guerre mondiale, a également été un tournant important pour ce pays : c'est le début d'une organisation sanitaire qui vise la prise en charge de tous.

⁴⁵ B. Palier, *La réforme des systèmes de santé*, op.cit., pp. 10-11.

1.2. L'accès aux soins dans les pays du Nord et du Sud

« Il est très largement admis que l'accès aux soins pour tous est un des rares sujets sur lesquels la communauté nationale et internationale s'accorde sur les discours mais pas sur les faits. Comme précisé par Jean-François Lacronique en ces termes : "Justice dans l'accès aux soins" : il est peu de sujets dans lesquels les faits, les chiffres, les déclarations officielles, la morale et l'histoire offrent autant de contradictions, et surtout de sentiments mêlés, où domine évidemment le "politiquement correct". Les faits et les chiffres parlent d'eux-mêmes, et personne ne saurait les minimiser, les relativiser, et encore moins les justifier. Le discours, alors, est forcément polarisé : il s'agit de santé, valeur des plus sacralisées, et d'injustices majeures dans l'utilisation des soins, compris comme le marchepied d'un état de santé "décent" »⁴⁶.

D'Alphonse d'Houtaud à Gasquet-Blanchard Clélia en passant par Catherine Halpern et plusieurs autres auteurs, la préoccupation née de l'écart de santé entre les pays du Sud et ceux du Nord, est flagrante. Comme énoncé en ces termes : « Aux stratifications intranationales dans les domaines sociaux, économiques, culturels et sanitaires correspondent des clivages analogues au niveau international, différenciant notamment ce qu'on appelle pays du Sud et pays du Nord »⁴⁷.

Marc-Hubert Depret, dans ses recherches, fait le constat selon lequel l'« épidémie de fièvre Ébola, les ravages du virus HIV, du paludisme et de la tuberculose ou la persistance de la mortalité infantile et maternelle dans de nombreux pays ont récemment reposé avec acuité la question de l'accès aux soins des populations les plus démunies »⁴⁸. Ce constat fait ressortir qu'il existe encore de réels problèmes d'accès aux soins dans plusieurs pays du Sud.

La comparaison en termes d'accès aux soins dans les pays du Nord et dans les pays du Sud montre des inégalités en matière de santé pour tous. Cette inégalité est d'autant plus inquiétante que l'OMS rappelait dans son rapport de 1981, la nécessité pour les gouvernements de mettre en œuvre les politiques de santé orientées vers l'impératif de garantir l'accès aux soins pour tous.

« en 1977, l'assemblée mondiale de la santé a décidé que le principal objectif social des gouvernements et de l'OMS devait être de faire accéder, d'ici

⁴⁶ M. Geoffroy et B. De Malherbe, *Contrainte économique et justice dans l'accès aux soins*, Éditions Lethielleux, Paris, 2011, p.189.

⁴⁷ A. Houtaud (d'), *Sociologie de la santé : langage et savoirs environnement et éthique*, Éditions L'Harmattan, Paris, 1998, p. 269.

⁴⁸ M.-H. Depret, « Bruno Boidin, 2014, La santé, bien public mondial ou bien marchand ? Réflexions à partir des expériences africaines, Villeneuve d'Asq, Presses Universitaires du Septentrion, 184 pages », *Développement durable et territoires* [En ligne], Vol.6, n°1, Mars 2015, mis en ligne le 31 mars 2015, consulté le 01 octobre 2016. URL : <http://developpementdurable.revues.org/10848>

l'an 2000, tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive »⁴⁹.

Dès lors, l'OMS, dont l'une des missions consiste à élaborer la stratégie permettant à tous ses États membres d'être égaux devant la santé, se fixe pour objectif central d'amener tous les peuples à un niveau de santé acceptable. Cette initiative a donné naissance à l'un des slogans les plus populaires de l'OMS, à savoir « *la santé pour tous d'ici l'an 2000* ». Il a servi de base lors de la conférence d'Alma-Ata organisée en 1978 en vue de favoriser l'accès aux soins de santé primaires. À cette occasion, l'OMS conviait l'ensemble des pays membres à « formuler individuellement des politiques, stratégies et plans d'action nationaux pour atteindre cet objectif, et collectivement des stratégies régionales et mondiales⁵⁰ ». Cette conférence a permis de souligner le caractère urgent de la situation, tout en interpellant les gouvernements, les personnels de santé et du développement ainsi que la communauté internationale en vue de considérer les soins de santé primaires comme le chemin à emprunter pour relever le défi de la santé pour tous.

À la fin des années 1990, les inégalités Nord/Sud ont persisté au point d'attirer de nouveau l'attention de l'ONU. À cet effet :

« (...) la majorité des pays d'Afrique, où aux effets de crises économiques, politiques et environnementales majeures, sont venues s'ajouter les conséquences dramatiques de l'épidémie de sida (plus de 70% des personnes atteintes par le VIH dans le monde se trouvent en Afrique subsaharienne) »⁵¹.

Cette situation a conduit l'ONU à mettre en place un programme mondial visant à réduire les inégalités entre les pauvres et les riches, à savoir les OMD (Objectifs du Millénaire pour le Développement).

En effet, les OMD sont un ensemble d'actions adoptées par les États membres de l'ONU et les organisations internationales. Ils se composent de huit objectifs⁵², parmi lesquels trois se rapportent à la santé :

⁴⁹ OMS, *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, n°3, Genève, 1981, p.9.

⁵⁰ *Ibid.*, p.3.

⁵¹ OMS, *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, *op.cit.*, p. 15.

⁵² Objectif 1 : Éliminer l'extrême pauvreté et la faim ; objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous ; objectif 3 : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; objectif 4 : réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans ; objectif 5 : améliorer la santé maternelle ; objectif 6 : combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies ; objectif 7 : préserver l'environnement ; objectif 8 : mettre en place un partenariat pour le développement.

- L'objectif 4 : réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans ;
- L'objectif 5 : améliorer la santé maternelle
- L'objectif 6 : combattre le VIH/Sida, le paludisme et les autres maladies.

On retrouve ici une mobilisation autour de la question des inégalités de santé Nord/Sud. La situation sanitaire dans les pays d'Afrique subsaharienne est tout particulièrement prise en compte au regard de la gravité des problèmes qui se posent.

Concernant l'objectif 4, le rapport OMD 2014 des Nations unies note qu'« au plan mondial, quatre décès sur cinq d'enfants de moins de cinq ans continuent de se produire en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud »⁵³. Autrement dit, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a baissé dans le monde, sauf en Afrique subsaharienne et en Asie du sud.

Concernant l'objectif 5, l'OMS observe que le « pourcentage de naissance assistées par du personnel de santé qualifié a augmenté à l'échelle mondiale, moins de 50% des naissances bénéficient d'une telle assistance dans les régions africaines de l'OMS »⁵⁴. Autrement dit, le rapport OMD 2014 des Nations unies nous apporte les précisions suivantes : « En 2012, 40 millions d'accouchements dans les régions en développement n'étaient pas assistés par un personnel soignant qualifié ; plus de 32 millions de ces accouchements ont eu lieu dans des zones rurales ». Ces écarts sont également observés au niveau de la contraception, où l'on constate que l'Afrique accuse encore de grandes difficultés à pratiquer la contraception. Ce qui serait à l'origine d'un taux très élevé d'avortement chez les adolescentes. Comme le souligne l'extrait suivant :

« Le nombre de naissances chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans a diminué dans toutes les régions du monde entre 1990 et 2011. En Asie du Sud, le taux de natalité a diminué de 88 à 50 naissances pour 1000 adolescentes, et il s'est accompagné d'une augmentation de la fréquentation scolaire... Cependant, le taux de natalité n'a diminué que légèrement en Afrique subsaharienne, et était de 117 naissances pour 1 000 filles en 2011, un taux bien supérieur à celui des autres régions »⁵⁵.

⁵³ Nations unies, *Objectifs du Millénaire pour le développement : rapport 2014*, New York, 2014, p.24.

⁵⁴ OMS, *Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)*, mis en ligne en mai 2014.
Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/fr/>

⁵⁵ Nations unies, *Objectifs du Millénaire pour le développement : rapport 2014, op.cit.*, p.31.

Au niveau de l'objectif 6, on note ceci :

« Mais on estimait encore à 2,3 millions le nombre de personnes de tous âges nouvellement infectées et à 1,6 million le nombre de décès liés au Sida. L'Afrique subsaharienne est la région où 70% du nombre estimé des nouvelles infections se sont produits en 2012, soit 1,6 million de cas ».

Le Sida en Afrique est l'un des problèmes graves qui menace la santé et l'espérance de vie dans ce continent. Une fois de plus, il est question de situations qui concerne directement les pays en développement.

La mobilisation enregistrée lors de la mise en place des soins de santé primaires et des OMD vient du fait que la question des inégalités de santé se pose avec acuité. Comme le souligne l'OMS dans une de ses déclarations, en 2014 :

« Inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays »⁵⁶.

Aussi, le rapport conjoint de l'OMS et de la Banque mondiale fondé sur les indices synthétiques tels que le taux de mortalité, l'espérance de vie ou les niveaux de prévalence des pathologies (la malnutrition, la tuberculose et le Sida) fait également ressortir le problème de l'inégalité d'accès aux soins dans le monde. Comme le relève Catherine Halpern :

« La progression de l'espérance de vie est également très limitée en raison de la pandémie de Sida qui touche largement l'Afrique australe. En Afrique subsaharienne, le taux de prévalence du VIH/Sida était ainsi estimé à 18% de la population des 15-49 ans en 2007. En comparaison, ce taux était de 0,4% en France la même année »⁵⁷.

Cela dit, l'espérance de vie est très dépendante de la situation sanitaire de chaque pays. Chaque fois qu'un pays améliore son système de santé, l'espérance de vie de la population s'améliore également. Comme le souligne Jacques Vallin : les « différences d'évolution

⁵⁶ OMS, *Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)*, *op.cit.*, p. 2.

⁵⁷ C. Halpern, *La santé un enjeu de société : qu'est-ce que la santé ? Soigner et être soigné, inégalités de santé et prévention, le système de santé en débat, questions éthiques*, Éditions Sciences humaines, Auxerre, 2010, p. 189.

observées d'un pays à l'autre sont donc étroitement liées aux conditions sanitaires faites aux enfants en bas âge »⁵⁸. Car c'est le départ de toute croissance physiologique et sanitaire.

Les inégalités de santé entre les pays développés et les pays en voie de développement sont apparentes, d'autant plus que Claude Raynaud et *al.* précisent :

« À l'échelle mondiale, les inégalités de santé demeurent une des manifestations les plus éclatantes des disparités sociales et économiques entre pays à l'échelle du globe. Elles donnent une représentation synthétique du fossé qui s'est creusé entre les plus riches et les plus pauvres au cours du siècle écoulé »⁵⁹.

Toutefois, lorsque les organismes internationaux publient des rapports mondiaux sur l'état de santé des populations dans le monde, tels que : « Mortalité infantile : des données récentes attestent de l'accélération des progrès »⁶⁰, il ressort que :

« Le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui meurent (pour 1000 naissances vivantes) est de moins de 50 pour l'Amérique latine, pour l'Europe et l'Asie centrale, pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord. L'Afrique subsaharienne seule enregistre à l'heure actuelle des décès qui vont au-delà d'une moyenne de 100, soit exactement 336 500 décès en 2011 contre 125 000 décès enregistrés en Europe et en Asie Centrale »⁶¹.

Sous le titre d'un rapport de l'OMS, *Le monde a fait des progrès spectaculaires pour améliorer la santé dans les pays les plus pauvres*, il se dégage que les pays pauvres ont fait des progrès dans le cadre des programmes des OMD. En s'appuyant sur les données de l'OMS, on observe les précisions suivantes :

« Par exemple, les pays classés dans la catégorie des 25% ayant la situation la plus mauvaise ont fait des progrès impressionnants dans le domaine de la santé. L'écart absolu pour la mortalité des enfants entre les pays en tête et en queue de

⁵⁸ J. Vallin, « La mortalité dans les pays en développement », *Espace, populations, sociétés, 1985-3. Les mutations démographiques du Tiers monde*, pp. 515-540. URL : http://www.persee.fr/doc/espos_0755-7809_1985_num_3_3_1063

⁵⁹ Cl. Raynaud, T. Engel Gerhardt et E. R. Nazarena, « Pauvreté, inégalités économiques et disparités de santé : Conditions de vie et stratégie d'acteur », *Revue face à face* [En ligne], 4/2002, mise en ligne le 01 juin 2002, consulté le 22 septembre 2014 sur le site : URL : <http://face.aface.org/489>

⁶⁰ E. Suzuki, « Mortalité infantile: des données récentes attestent de l'accélération des progrès », le 20/09/ 2012, [en ligne], consulté le 11/07/2013. Disponible sur : « <http://blogs.worldbank.org/voices/fr/mortalite-infantile-donnees-acceleration-des-progres> ».

⁶¹ *Ibid.*

classement a ainsi été ramené de 171 à 107 décès pour 1000 naissances vivantes entre 1990 et 2011. Dans les pays les plus pauvres de la planète, la mortalité infantile a également pu être réduite de 39% depuis 1990 »⁶².

Dans cet extrait, il ressort néanmoins que ces résultats sont mitigés au regard des progrès de santé qui restent à faire dans les pays pauvres. Dans 14 pays, l'on enregistre 95 % des décès dus au paludisme. Ainsi, le Dr Ties Boerma, directeur à l'OMS du département statistiques sanitaires et systèmes d'information, résume la situation en ces termes :

« Si nos statistiques montrent que, globalement, les écarts se réduisent entre les pays les plus développés et les moins avantagés dans le monde, la situation est, pourtant, loin d'être satisfaisante. Les progrès sont inégaux et de larges écarts subsistent à l'intérieur des pays et entre eux »⁶³.

Si l'on s'en tient à ces articles, il se dégage une double lecture. La première indique que les chiffres sur la mortalité infantile dans le monde sont en baisse. Tandis que dans la seconde lecture, lorsque l'on fait une analyse minutieuse de la répartition de ces données par continent et par pays, on se rend compte que cette situation n'est pas valable pour tous. Dès lors que les données concernant l'Afrique subsaharienne restent inquiétantes. Le premier article fait ressortir que :

« (...) malgré des progrès évidents depuis 1990, deux régions restent à la traîne : l'Asie du Sud et l'Afrique subsaharienne. La seconde détient un triste record, puisqu'un enfant sur neuf y décède avant son cinquième anniversaire (contre un enfant sur 16 pour la première) (...) Globalement, environ 99% des décès des enfants de moins de cinq ans interviennent dans des pays en voie de développement, dont 43% au cours de la période néonatale (soit durant les 28 premiers jours de vie »⁶⁴.

Ainsi, ces indicateurs remettent en question les progrès puisqu'ils ne concernent en définitive, que certaines populations. Comme le souligne l'OMS.

⁶² Centre d'actualités de l'ONU, « Le monde a fait des progrès spectaculaires pour améliorer la santé dans les pays les plus pauvres, affirme l'OMS », le 15 mai 2013 [en ligne], consulté le 04/10/2014. Disponible sur http://www.un.org/apps/newsFr/storyF.asp?NewsID=30335#.VDAWRfl_ sek.

⁶³ *Ibid.*

⁶⁴ *Ibidem.*

« Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans le monde a reculé de 41% entre 1990 et 2011, passant de 89 à 52 décès pour 1000 naissances vivantes. Dans quatre des six régions en voie de développement que distingue la Banque mondiale, cette baisse est même supérieure à 50% : l'Asie de l'Est et le Pacifique, l'Europe et l'Asie centrale, l'Amérique latine et les Caraïbes ainsi que le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord »⁶⁵.

Le constat de la persistance des inégalités de santé Nord/Sud n'est pas nouveau. Il a déjà été fait par François-Xavier Verschave *et al.* entre 1955 et 1980. Ces auteurs soulignent que :

« (...) Ces moyennes mondiales occultent un phénomène massif qui ne se limite pas bien sûr à la santé, celui de l'inégalité croissante du monde. Celle-ci est d'autant plus péniblement ressentie quand elle touche le bien le plus précieux pour tous, la santé. Cette inégalité rend difficile d'imaginer que nous avons vraiment des problèmes communs, que nous sommes tous sur le même bateau, que nous pouvons envisager la santé comme un bien public à l'échelle mondiale »⁶⁶.

Des auteurs comme Mady Biaye⁶⁷ ou encore Catherine Coquery-Vidrovitch, spécialistes de l'Afrique, en arrivaient à se demander si l'on pouvait être vivant en Afrique :

« Depuis quelques décennies, le monde connaît une véritable révolution sanitaire, mais celle-ci semble avoir bien peu d'effet en Afrique subsaharienne. Malgré le remarquable progrès des connaissances de nouveaux médicaments et vaccins plus efficaces, tous les efforts pour propager de meilleures stratégies de lutte et renforcer les structures de santé, l'Afrique accumule les situations sanitaires catastrophiques et les mauvaises statistiques. Dans bien des cas, les populations souffrent bien davantage qu'il y a quelques décennies.

Voici la situation en quelques chiffres :

- L'espérance de vie à la naissance reste globalement stationnaire depuis un quart de siècle. Elle est de quarante-sept ans à Madagascar, au Burkina et de

⁶⁵ Centre d'actualités de l'ONU, « Le monde a fait des progrès spectaculaires pour améliorer la santé dans les pays les plus pauvres, affirme l'OMS », *op.cit.*

⁶⁶ F.-X. Verschave *et al.*, *La santé mondiale entre racket et bien public*, Éditions Charles Léopold Mayer, Paris, 2004, p.32-33.

⁶⁷ M. Biaye, *Inégalités sexuelles en matière de santé, de morbidité et de mortalité dans l'enfance dans trois pays de l'Afrique de l'Ouest : hypothèses, mesures et recherche d'explication des mécanismes*, Éditions Academia-Erasme, Louvain-la-Neuve, 1994, p.32.

quarante ans en Ethiopie, alors qu'en France elle est de soixante-quinze ans pour les hommes et de quatre-vingt-deux ans pour les femmes.

- Mortalité infantile : c'est à la naissance et pendant la première partie de leur vie que les enfants sont le plus vulnérables. Dans les pays riches, il en meurt moins de 1% avant un an (France : 0,6%) ; en Afrique, cette proportion atteint 10% (13% au Mali, 12% au Mozambique). Le taux de mortalité avant cinq ans est doublé en Afrique, atteignant 20% (25% au Mali) alors qu'en France, il est à peine augmenté à 0,7%.

- Mortalité maternelle : dans les pays riches, rares sont les femmes qui meurent au cours de leur grossesse ; en Afrique, la mortalité maternelle est plus élevée que partout ailleurs, atteignant 1% en moyenne (2% en Sierra Leone). Cela représente jusqu'à un tiers des décès de femmes en âge de procréer... »⁶⁸.

La mortalité infantile et la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement, notamment en Afrique subsaharienne, sont plus importantes que dans le reste du monde. Didier Gobbers, auteur de *La qualité et l'accès aux soins dans les milieux urbains de cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, fait le même constat. Il part de son expérience vécue, pendant quatre ans dans les milieux hospitaliers d'Abidjan, de Bamako, de Conakry, de Dakar et de Niamey, pour souligner qu'« en Afrique subsaharienne, chaque jour, plus de 300 femmes meurent en donnant la vie, et plus de 1200 enfants de moins de cinq ans meurent, pour la plupart, de maladie ailleurs considérées comme bénignes »⁶⁹.

En publiant le Rapport annuel 2013 sur les statistiques sanitaires mondiales, l'Observatoire mondiale de la santé (OMS) met en évidence un autre aspect qui, lui aussi, bloque l'accès aux soins en Afrique subsaharienne. En effet, la proportion de médecins disponibles dans les pays du Sud est révélatrice d'un écart criant lorsqu'on le compare à ceux des pays du Nord. Alors que le nombre de médecins pour 100 000 habitants est, entre autres, de 431 en Russie, de 416 en Norvège, de 380 en Italie, de 338 en France, de 277 au Royaume-Uni et de 242 aux États-Unis, on enregistre, du côté des pays du Sud, les chiffres suivants : pour 100 000 habitants, on a 28 médecins kenyans, 6 médecins sénégalais, 5 médecins burkinabés et 3 médecins éthiopiens.

⁶⁸ C. Coquery-Vidrovitch et al, *Peut-on être vivant en Afrique ?*, Éditions Presses universitaires de France, Paris, 2000, pp.35-36.

⁶⁹ D. Gobbers, *Qualité et accès aux soins en milieu urbain*, Unicef : Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et Centrale, 2003, 217p.

On constate que le premier groupe des pays cités se distingue par un nombre de médecins supérieur à 200 pour 100 000 habitants. Les pays du Sud, quant à eux, comptent un peu moins de 20 médecins pour le même nombre d'habitants. Bien que le nombre de médecins pour 100 000 habitants ne soit pas le seul indicateur qui illustre les inégalités de santé entre les pays du Nord et ceux du Sud, on reconnaît que cette situation a des conséquences sur l'état de santé des populations africaines. À cet effet, Louis-Paul Aujoulat précise ce qui suit :

« N'y a-t-il pas pourtant quelque ironie à camper ces images de la médecine moderne devant la conscience du tiers-monde ? En comparant les divers continents selon la densité médicale dont ils bénéficient, on voit aussitôt surgir à côté des taches sombres et denses de l'Europe, de l'Amérique ou de l'Australie, les plages déjà plus claires de l'Asie, de l'Afrique du Nord ou du Sud et celles presque vides de tout le centre du continent africain : d'un côté, un médecin pour moins de mille habitants, de l'autre un médecin pour trente mille, cinquante mille ou davantage. Le tiers-monde reste essentiellement marqué par une pénurie aigüe et cruelle de techniciens qualifiés pour les services de santé ! »⁷⁰.

Le rapport sur les Statistiques sanitaires mondiales 2013⁷¹ souligne une fois de plus que l'OMS est préoccupée par la question des inégalités de santé entre les pays du Nord et les pays du Sud, c'est-à-dire sur l'iniquité en matière de santé⁷². Ainsi, à partir du tableau 4⁷³ sur les « Naissances assistées par du personnel de santé qualifié (%) », on constate que le diagramme des pays d'Amérique et d'Europe indique une couverture des naissances assistées par du personnel de santé qualifié supérieure à 90 %⁷⁴. S'agissant des pays d'Amérique : USA + 90 %, Canada + 90 %, etc. Et en Europe : France + 90 %, Allemagne + 90 %, Italie + 90 %, etc. Concernant les pays du Sud, notamment ceux de l'Afrique, l'on s'aperçoit que plus de la moitié de ces pays⁷⁵ n'ont pas encore atteint la cible de 90 %. Car, dans les « pays les plus pauvres de la planète, la misère est quasi générale et l'état de santé de l'ensemble de la

⁷⁰ L-P Aujoulat, *Santé et développement*, Éditions Armand Colin, Paris, 1969, p.175.

⁷¹ OMS, *Statistiques sanitaires mondiales 2013*, Suisse, 2013, p.143.

⁷² L'OMS définit l'iniquité comme étant des « différences, injustes et évitables dans l'état de santé ou les services de santé dont bénéficient les individus – qui résultent par exemple de facteurs socio-économiques (tels que le niveau d'éducation, l'emploi et la richesse ou les revenus du ménage), du lieu de résidence géographique et/ou de l'origine ethnique et du sexe⁷². » OMS, *Statistiques sanitaires mondiales 2013*, op.cit., p.145.

⁷³ *Ibid.*, p.27.

⁷⁴ Les 90% constituent la cible mondiale fixée par la Conférence internationale sur la population et le développement à atteindre.

⁷⁵ Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Nigeria, Guinée, Togo, Tchad, Ethiopie, etc.

population se traduit par des taux de mortalité et de morbidité désastreux (espérance de vie moyenne à la naissance : plus de 70 ans dans les pays du G7, 29 ans au Niger »⁷⁶. Aussi, en 2013, les indicateurs de l'OCDE soulignent que l'espérance de vie dans ces pays a augmenté de manière significative en ces termes :

« - L'espérance de vie moyenne a dépassé 80 ans dans l'ensemble des pays de l'OCDE en 2011, soit dix ans de plus qu'en 1970. Ce sont les Suisses, les Japonais et les Italiens qui ont la plus longue espérance de vie. Le deuxième groupe comprend les États-Unis, le Chili ; et plusieurs pays d'Europe centrale et orientale présentent une espérance de vie comprise entre 75 et 80 ans »⁷⁷.

La liste est longue, il y a plusieurs données quantitatives ou qualitatives qui interpellent nécessairement le sociologue qui s'intéresse à la santé dans le monde. Cette comparaison a toute sa place lorsqu'il s'agit d'organiser des conférences internationales de la santé ou de présenter des programmes d'actions mondiaux pour la santé. Cette considération permet de prendre en compte le fait que lorsqu'il s'agit d'un titre ou d'un programme de santé mondiale, les retombées sont nettement différentes selon que l'on est un pays du Nord ou un pays du Sud.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 16.

⁷⁷ OCDE, *Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, 2013, p. 13.

1.3. L'accès aux soins comme enjeu de développement pour l'Afrique

« Quand on a la santé, on peut tout faire ; tout est possible et surtout travailler... Cette forme traduit la persistance de la santé en termes de valeur et de richesse »⁷⁸.

Discuter des enjeux qui existent entre l'accès aux soins et le développement, c'est partir d'un principe selon lequel il existe une interaction entre l'accès aux soins et le développement. Soulignons avec Philippe Ulmann que la question des enjeux de santé se trouve divisée en deux groupes d'opinion : l'un prônant la santé des populations comme étant le moteur du développement tandis que l'autre va à contre-courant du premier. Philippe Ulmann souligne à cet effet que :

« Les analyses reliant santé et croissance se sont longtemps limitées à des affirmations courtes et simplistes, reposant sur l'idée qu'un niveau suffisant de croissance économique était la base du développement, et donc de l'amélioration de la santé. Or, celle-ci, en tant qu'état propre à l'individu mais aussi du secteur d'activité, engendre de par cette double dimension des liens complexes et nombreux avec l'économie et donc la croissance »⁷⁹.

Au vu de ce qui précède, comment penser la relation entre la santé et la croissance en Afrique subsaharienne ?

Pour l'appréhender, nous avons choisi de structurer notre analyse en deux points. Dans le premier point, il s'agit d'interroger le rapport santé/développement dans le contexte africain-marqué par la colonisation. Dans le second point, aborder cette question dans un contexte postcolonial. Ceci pour envisager, comme Patrice Bourdelais et Olivier Faure, que l'exploitation économique et l'action sanitaire sont comprises non pas comme deux volets séparés mais complémentaires⁸⁰.

⁷⁸ M. Augé et C. Herzlich, *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Éditions des archives contemporaines, Paris, 2004, pp.235-236.

⁷⁹ Ph. Ulmann, *Les relations entre santé et croissance dans les pays développés*, Éditions Les Cahiers du Gartice, Paris, 1999, p.9.

⁸⁰ P. Bourdelais et O. Faure, *Le nouveau dans le domaine médical et sanitaire : objets, pratiques, logiques sociales (XVIIIe-XXe siècles)*, Éditions Belin, Paris, 2005, p.177.

- Santé et développement dans un contexte colonial

La santé comme enjeu de développement en Afrique trouve son illustration à l'époque coloniale. À cette période, les populations africaines vivent sous la menace régulière des épidémies et des endémies. L'environnement africain est propice au développement de certaines pathologies telles que le paludisme, la fièvre typhoïde, la diarrhée. Certaines pratiques locales ne permettent pas l'amélioration de l'état de santé des populations. La tuberculose, par exemple, nécessite l'isolation des malades. Or, elle n'est pas respectée alors qu'il s'agit d'une maladie contagieuse susceptible de faire des ravages au sein des populations.

Cet environnement favorable aux épidémies impacte significativement le rendement des chantiers coloniaux. La fragilisation de l'état de santé des travailleurs indigènes a des conséquences négatives sur leur productivité et, par ricochet, sur l'activité d'exploitation des puissances coloniales. La santé des populations et des travailleurs indigènes devient alors une préoccupation.

Pour la puissance coloniale, le triomphe de son exploitation passe par la prise en compte de la santé des colonies. Les cases de santé vont être créées dans plusieurs colonies afin de permettre aux populations d'Afrique subsaharienne d'accéder aux soins de santé. C'est ainsi que ces actions coloniales de santé ont permis la construction de structures d'accueil hospitalier. Les populations indigènes sont prises en charge et plus tard, elles vont être recrutées et formées afin de renforcer les équipes médicales dans ces nouveaux hôpitaux.

- Santé et développement dans un contexte d'indépendance de l'Afrique subsaharienne

L'après Seconde Guerre mondiale marque un nouveau type de rapport entre la santé et le développement en Afrique subsaharienne. On n'est plus centré sur l'accès aux soins comme moyen pour rentabiliser les chantiers coloniaux, mais plutôt sur la santé comme œuvre humaniste. Il s'agit de considérer l'homme dans sa dignité et dans sa valeur humaine. Il s'agit d'un principe qui découle de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, qui souligne dans l'article 25 que :

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement,

le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstance indépendante de sa volonté »⁸¹.

Ainsi, les instances internationales comme les Nations Unies et l'OMS ont établi, à leur tour, un lien entre la santé et le développement. Pour l'OMS, une meilleure santé est essentielle au bonheur et au bien-être, d'une part, et d'autre part, elle participe efficacement au progrès économique et social dès lors que les populations, en parfait état de santé, ont une espérance de vie plus longue. Elles sont également productives et ont une capacité d'épargner plus⁸².

Au niveau du continent africain, composé majoritairement de pays sous-développés, ces valeurs vont avoir un écho significatif. L'engagement affirmé de l'OMS, puis celui de l'ONU seront d'une importance capitale pour ces pays.

Tout commence avec la conférence d'Alma-Ata en 1978, lorsque l'OMS affirme que l'« accès aux soins pour tous » est la porte de sortie pour le continent africain du sous-développement ; c'est-à-dire que l'« accès aux soins de santé primaires » comme politique de santé permettrait au continent africain « de décoller ».

À l'orée du troisième millénaire, c'est l'Organisation des Nations unies (ONU) qui prend le relais à travers la convocation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). De ce sommet, il ressort une question importante, à savoir : comment sortir les pays sous-développés de la pauvreté ? Autrement dit, comment définir les facteurs propices au développement des pays pauvres ?

Rappelons que les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont ciblé huit objectifs fondamentaux, à savoir :

« OMD 1- Réduire l'extrême pauvreté et la faim ; OMD 2- Assurer l'éducation primaire pour tous ; OMD 3- Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ; OMD 4-Réduire la mortalité infantile ; OMD 5- Améliorer la santé maternelle ; OMD 6- Combattre le VIH/Sida, le paludisme et

⁸¹ Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), Annexe 1.

Disponible sur : <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/ABCannexesfr.pfd>

⁸² P.-M. David, « La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international ? », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, mis en ligne le 18 mai 2011. Disponible sur : <http://socio-logos.revues.org/2550>

d'autres maladies ; OMD 7- Assurer un environnement durable ; OMD 8- Mettre en place un partenariat mondial pour le développement »⁸³.

Ces objectifs ont permis à l'ONU de fixer un cadre de travail précis sur lequel se concentrer :

« Les OMD ne faisaient pas partie d'un nouvel ordre du jour mais étaient une tentative de donner une nouvelle orientation aux années de débats, d'efforts et de luttes pour promouvoir le développement économique et social des nations les plus pauvres du monde »⁸⁴.

Les objectifs 1, 2, 3, 7 et 8 concernent l'Afrique de façon générale. On retrouve dans ces objectifs des éléments qui participent de façon directe et indirecte au développement : réduire l'extrême pauvreté et la faim ; assurer un environnement durable et mise en place de partenariat mondial pour le développement. Les cibles 2 et 3 sont à considérer comme étant des éléments qui, sans doute, participent également au développement de l'Afrique. L'accent est mis sur l'éducation et la promotion de la femme.

Les objectifs tels qu'assurer l'éducation primaire pour tous et le maintien d'un environnement durable et viable viennent se greffer sur ce grand thème du développement. Les objectifs 4, 5 et 6 relèvent de la santé. Cette focalisation répond ainsi à la question posée en amont, ainsi, la santé est le critère le plus important pour réduire la pauvreté en Afrique subsaharienne. Comment ce schéma est-il pris en compte dans le développement du Gabon ?

Pour comprendre la relation santé et développement au Gabon, il importe de l'associer à l'exploitation de matières premières de ce pays, à l'exemple du pétrole. En effet, comme le souligne Djeneric Saka Alandji⁸⁵, l'exploitation du pétrole au Gabon a eu un impact indéniable sur son développement. Son exploitation a nécessité la présence d'une main-d'œuvre en bonne santé pour les opérations de forage, de fouille, de découverte et d'exploitation de gisements de pétrole.

Ainsi, l'on note que de 1957 à 1966, la production de pétrole n'a pas cessé de croître. Avec une évolution d'environ 8,18 fois plus que la production initiale de 1957 et une

⁸³ Unicef/Lemoyne, *Les Objectifs du Millénaire pour le développement de 2000 à 2015*, Publié le 26/05/2015. Disponible sur : google+OMD 2000+liens 5.

⁸⁴ Chronique ONU, « un historique des objectifs du millénaire pour le développement : quatre décennies d'efforts des Nations unies pour le développement », *Le magazine des Nations unies*, Vol XLIV, N° 4 2007, Décembre 2007 [Disponible en ligne].

⁸⁵ D. Saka Alandji, *Processus de privatisation et nouveau management dans les entreprises gabonaises*, Thèse de doctorat en Sociologie, Université de Lorraine, Metz, 2016, pp.55-58.

production presque doublée en 1961. De 1962 jusqu'en 1966 cette croissance a augmenté⁸⁶. À cette période, la croissance pétrolière a une incidence dans l'ensemble de l'économie gabonaise. On parle de la création/nationalisation des entreprises publiques dès les années 1960⁸⁷ avec un besoin clairement exprimé de personnel valide, en vue de faire fonctionner les entreprises nationalisées gérées par les colons.

Entre 1967 et 1977, la production pétrolière a atteint son pic de croissance⁸⁸. Ce qui a permis au Gabon d'engranger d'importantes ressources financières. À ce sujet, Hervé Ndoume Essingone souligne que « les recettes budgétaires progressent énormément, grâce au choc pétrolier et au cours historique du pétrole »⁸⁹. C'est le lancement des grands travaux d'infrastructures comme le chemin de fer, routes, aéroports, d'une part, et d'autre part, la mise en place des mécanismes économiques nécessaires au développement du tissu industriel, c'est-à-dire à l'élaboration du code d'investissement et de la provision pour investissements diversifiés. Pendant cette même période, il y a une réelle mise en œuvre des politiques de santé pour les travailleurs, à travers la création des organismes de protection sociale comme la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS). Cette structure d'assurance maladie des travailleurs du secteur privé au Gabon est la plus ancienne de toutes. Elle date de 1975 et témoigne combien la santé des travailleurs est indispensable pour le développement du Gabon. Si la période post-indépendance est un tournant capital de la santé au Gabon, qu'en était-il de l'époque coloniale ? Comment ont été structurées les premières politiques de santé gabonaises ? C'est ce à quoi tente de répondre la section suivante.

⁸⁶ D. Saka Alandji, *Processus de privatisation et nouveau management dans les entreprises gabonaises*, op.cit.

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ *Ibidem.*

⁸⁹ H. Ndoume Essingone H., *Structure financière et comportement financier des entreprises gabonaises*, Thèse de doctorat ès Science de Gestion, Université de Nancy 2 (I.A.E.), Nancy, 1997, pp. 122-123.

1.4. Les revendications pour l'accès aux soins dans la colonie du Gabon

Pour comprendre l'accès aux soins au Gabon, il importe de revisiter les étapes clés qui ont marqué son évolution. Lors de l'arrivée des Occidentaux au Gabon, à savoir, les colons français, ces derniers constatent que les populations autochtones ont toujours eu recours à la médecine traditionnelle pour se soigner. Cette médecine traditionnelle est fondée sur l'utilisation des éléments de la nature comme les feuilles, les racines, les écorces, les graines. Elle tient également compte des réalités surnaturelles telles que la bénédiction des dieux et l'intervention des génies.

Toutefois, l'installation des Occidentaux au Gabon reste marquée par l'instauration de ce qu'il convient d'appeler la médecine moderne. Si la proximité entre les Occidentaux et les « peuples indigènes » a permis l'adoption de la médecine moderne au détriment de la médecine traditionnelle, une question reste lancinante : comment la médecine moderne est-elle parvenue à supplanter la médecine traditionnelle ? À la suite de cette question, il importe de rappeler que l'histoire des politiques de santé et de l'accès aux soins au Gabon est avant tout l'accomplissement des rapports coloniaux entre le Gabon et la France. Celle-ci étant le premier pays organisateur de la politique de santé au Gabon. Trois phases marquent l'évolution de la santé coloniale au Gabon.

La première phase commence au début des années 1900. Elle fait état d'une médecine réservée exclusivement aux Blancs. Il s'agit d'un système de santé caractérisé par une médecine individuelle et curative⁹⁰, c'est-à-dire centrée sur la protection de l'Européen, agent de diffusion des normes et de la civilisation occidentales.

La seconde phase est marquée par la prise en compte des travailleurs indigènes. Elle vise des objectifs d'amélioration de la productivité menacée par les maladies et les épidémies que rencontrent les populations. Il s'agit d'un système de santé qui a pour objectif le maintien du capital humain.

La troisième phase, quant à elle, commence autour de 1920. Elle est marquée par une série de revendications parmi lesquelles « *la santé pour tous* » prônée par les élites africaines. Il s'agit d'un système de santé qui tient compte de l'ensemble de la population, c'est-à-dire qui englobe à la fois les colons, les travailleurs indigènes et le reste de la population.

⁹⁰ J. Tonda, « Repenser la gouvernance de la santé : de la normalisation coloniale aux prescriptions postcoloniales », *Bulletin du CODESRIA*, Numéros spéciaux 3 et 4, 2005, p.81.

- Prise en charge des Occidentaux

Le Gabon est une ancienne colonie française, c'est pourquoi son système de santé s'inscrit dans l'histoire des politiques de santé de l'Afrique équatoriale française (AEF). Dans ce sens, l'histoire de la santé publique est indissociable de l'ère coloniale. Au début de la colonisation, il n'existe pas de politique de santé à proprement parler. La prise en charge sanitaire qui existe se limite uniquement à l'évacuation des malades et aux soins de santé courants : c'est le début du transfert des malades du Gabon vers la France et un déplacement des matériels techniques de base, pouvant tenir dans un navire.

Avec l'expansion de l'empire colonial, la poussée démographique à l'intérieur des territoires jusqu'alors inoccupés, le besoin d'ériger des structures sanitaires augmente. Roland Laroche précise :

« Au fur et à mesure que s'étend, sous la III^e République, l'Empire colonial, il devient nécessaire de se doter d'un service de santé autonome et spécifique. En effet, trois ans après la création des Troupes coloniales, le 5 juillet 1900, est créé le Service de santé des Troupes coloniales dont le domaine d'activité s'étend aux régions tropicales d'Afrique noire, d'Extrême-Orient, de l'Océan Indien et des Antilles-Guyane »⁹¹.

La poussée coloniale vers le cœur de l'Afrique a conduit les « colons militaires »⁹² à se lancer dans la conquête du continent avec des médecins majors et aides majors qui soignent les troupes occidentales. André Audouy, médecin colonial au Gabon, souligne à ce propos les conditions de sa préparation avant de s'y rendre en ces termes : « L'Université de Bordeaux et l'École de santé navale m'avait enseigné la pathologie tropicale, l'Institut de médecine tropicale du Pharo et l'hôpital Laveran à Marseille m'avaient initié et préparé à la vie coloniale... »⁹³. Cette préparation se précise à travers cette approche que les colons avaient des grandes endémies rencontrées dans les colonies :

« À la conférence sur les applications de la science et de la technique aux pays peu développés sous l'égide de l'Organisation des Nations unies (ONU) tenue à Genève en 1963, le médecin français, le général Pierre Richet, définit ainsi

⁹¹ R. Laroche, *Médecin général des armées*, extrait de son allocution prononcée lors du colloque des troupes de Marine (décembre 2000). Disponible sur « <http://www.troupesdemarine.org/traditions/histoire/hist012.htm> ».

⁹² M. Sankalé, *Médecin et action sanitaire en Afrique noire*, Éditions Présence africaine, Paris, 1969, p.35.

⁹³ A. Audouy, *Le docteur Schweitzer et son hôpital à Lambaréné : l'envers d'un mythe*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2006, p.33.

les grandes endémies : "on désigne sous ce vocable tout un groupe de maladies tropicales, graves du point de vue humain à tendance hautement diffusibles et extensives par leur haute contagiosité directe d'homme à homme – variole, lèpre, tréponématose, méningite ou leur vecteur – paludisme, fièvre jaune, maladie du sommeil, onchocercose, rickettsioses – par les insectes pullulant sous ces climats. Ceci un peu en opposition avec les affections banales, peu ou pas contagieuses, que l'on peut qualifier d'individuelles" »⁹⁴.

Dans les colonies, un hôpital militaire est établi dans les quartiers occupés par les troupes. Cet hôpital est chargé de recevoir les officiers et les soldats⁹⁵. Ces hôpitaux militaires sont le plus souvent construits à proximité des côtes et des lieux d'habitation des Blancs. Les installations, conçues sur le modèle des hôpitaux métropolitains avec un équipement complet, ont pour vocation de mener des analyses biologiques des maladies du milieu indigène.

C'est dans ce contexte que l'hôpital de Libreville, dit hôpital de Brazza, est fondé en 1890 par la marine militaire française conduite par Pierre Savorgnan de Brazza. Cet établissement hospitalier était composé de plusieurs pavillons :

- un pavillon destiné aux hospitalisations des cadres de la métropole. Il regroupait plusieurs services (médecine, administration, bloc opératoire, bureau des entrées, etc.) ;
- un pavillon abritant le laboratoire. C'est le bâtiment de l'actuelle direction de l'Ecole nationale d'action sanitaire et sociale (ENASS) ;
- un pavillon composé de certains services administratifs, des logements des religieuses affectées au service des malades ;
- un pavillon destiné à hospitaliser les particuliers à leur frais et les fonctionnaires (ce pavillon était appelé « pavillon des évolués »).

Le service de santé militaire avait pour principale mission d'entretenir les troupes occidentales. Ceci dans l'optique de protéger les colons, d'améliorer leur acclimatement⁹⁶. Au Gabon, on relève le paludisme dû aux piqûres des moustiques : l'anophèle femelle. Ces moustiques rendent malades aussi bien les autochtones que les Occidentaux. Dès lors, il apparaît urgent que la médecine occidentale veille au mieux sur l'état de santé des troupes, en

⁹⁴ J-P Bado (Dir.), *Les conquêtes de la médecine moderne en Afrique*, Éditions Karthala, Paris, 2006, p.17.

⁹⁵ MM. le médecin-général Rieux, le médecin général Grall, le médecin-colonel Sandra et Al, *Le service de santé aux colonies*, Éditions Lahure, Paris, 1931, p.11.

⁹⁶ Cl. Liauzu (sous la dir.), *Dictionnaire de la colonisation française*, Éditions Larousse, Collection « A présent », Paris, 2007, p.575.

les soignant et en procédant à des mesures préventives. Il s'agissait aussi de réaliser des analyses nécessaires pour lutter contre les maladies tropicales jusqu'alors ignorées en métropole.

Ces mesures préventives vont aboutir à la séparation des territoires. Les territoires occupés par les Européens de ceux occupés par les indigènes. Comme le précise Didier Fassin :

« Le cas n'est d'ailleurs pas unique en Afrique et, dans bien des villes, les maladies transmissibles ont donné lieu à des tentatives d'instituer des formes de ségrégation spatiale pour protéger la population européenne. Ainsi que le remarque Elikia M'Bokolo (1984) au terme de son étude sur l'épidémie de peste à Dakar en 1914 : " La politique sanitaire des pouvoirs coloniaux, souvent étudiée dans une perspective triomphaliste et hagiographique, semble obéir à la logique d'un système de domination globale plutôt qu'aux initiatives dispersées et désintéressées de médecins soucieux de promotion humaine" »⁹⁷.

C'est ainsi qu'à Libreville, comme le souligne Guy Lasserre :

« Rares sont les "Blancs" qui connaissent la case de leur boy au village, comme s'il s'agissait d'un autre monde... Bien qu'aucune loi n'interdise au Noir, comme au Congo belge, de loger dans la ville européenne ou de s'y promener passée une certaine heure du soir, la ségrégation reste absolue ou du moins l'initiative de la fusion ne provient jamais des Africains »⁹⁸.

Ainsi, pour Joseph Tonda :

« En effet, l'histoire de la santé en Afrique est inséparable de celle de la grande poussée impérialiste où la médecine était axée sur le contrôle des troupes. Les militaires, les médecins, les missionnaires et les marchands (les quatre M) formaient alors la structure de la conquête coloniale (...) La première phase de la politique sanitaire coloniale est ainsi caractérisée par une médecine individuelle et curative centrée sur la protection des Occidentaux »⁹⁹.

⁹⁷ D. Fassin, *Quand les corps se souviennent : expériences et politiques du sida en Afrique du sud*, Éditions La Découverte, Paris, 2006, pp.205-206.

⁹⁸ F. Bernault, *Démocraties ambiguës en Afrique Centrale, Congo-Brazzaville, Gabon : 1940-1965*, Éditions Karthala, Paris, 2003, p.67.

⁹⁹ J. Tonda, « Repenser la gouvernance de la santé : de la normalisation coloniale aux prescriptions postcoloniales », *op.cit.*, p.81.

À cet effet, les infrastructures sanitaires sont centrées sur l'« Afrique utile », c'est-à-dire l'Afrique où vivent les Blancs au détriment des indigènes noirs. Comme le souligne Elikia M'Bokolo, les Noirs n'étaient pas pris en compte dans la mise en œuvre de politiques de santé coloniale. Alors que ces derniers étaient les plus exposés aux mauvaises conditions de travail, de logement et de nutrition. Ce qui entraîne un taux élevé de mortalité des Noirs tandis que les « Blancs sont protégés à la fois par leur meilleur état physique lié à la situation économiquement privilégiée dont ils jouissent et par la séparation géographique de leur quartier de résidence qui est, en l'occurrence, renforcée par la mise en place de cordons sanitaires »¹⁰⁰.

Face à une telle politique de santé qui ne prend en considération que les Français, comment les travailleurs indigènes vont-ils parvenir à intégrer ce système ?

- Prise en compte des travailleurs indigènes

« À la fin des années 1920, le nombre de malades noirs attire l'attention car il pose un double problème : le risque de contagion pour les Blancs et, d'un point de vue pragmatique, un danger pour la main-d'œuvre disponible »¹⁰¹.

L'histoire de la colonisation est marquée par la réalité selon laquelle recourir à la population locale est nécessaire pour les besoins de la conquête et de la pacification des territoires occupés d'une part, et pour la bonne gouvernance des structures administratives et économiques qui doivent être mises en place, d'autre part. Aristide Essono Edzang souligne à cette occasion qu'« il s'agit de faire appel à l'autochtone pour assister, voire même pour remplacer l'administrateur ou le soldat européen partout où cela s'avère indispensable »¹⁰².

Le recours aux autochtones, qui ont la maîtrise et la connaissance, a contraint l'autorité coloniale à les intégrer dans leurs équipes et, par ricochet, dans le système de santé colonial. C'est à cette période que l'on assiste, en Afrique, aux premières formes embryonnaires de la santé des colonies. Ainsi, « les premiers textes significatifs relatifs au droit du travail seront adoptés à partir des années trente et, surtout après la Seconde Guerre mondiale sous la

¹⁰⁰ E. M'Bokolo cité par D. Fassin, *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Éditions Karthala, Coll. « Hommes et Sociétés », Paris, 2000, p.27.

¹⁰¹ L. Creusat, *Gestion traditionnelle de la maladie et politiques de santé en Afrique du sud*, Éditions Presses universitaires Blaise Pascal, Clermont-Ferrand, 2000, p.83.

¹⁰² A. Essono Edzang, « Le petit personnel civil indigène de l'autorité coloniale française du Gabon », *Les C.H.A.*, N°1, FLSH, UOB, 1999, p.57.

pression »¹⁰³. La plupart de ces textes ont pour finalité l'organisation du recrutement de la main-d'œuvre et accessoirement sa protection. Car, dans les années 1910, les indigènes ignoraient tout de la médecine moderne (analyses bactériologiques, de sang, radiographie, etc.). Ils contractent des maladies sans forcément connaître leur gravité. La liste non exhaustive de ces maladies est la suivante : « paludisme, bérubéri, amibiase, syphilis, filaires, dysenteries bacillaires, fièvre jaune et bien d'autres comme le choléra, la variole »¹⁰⁴.

En plus de ces maladies, le Gabon, pays tropical, étant dévasté par la maladie du sommeil entre 1889 et 1906, a connu un nombre élevé de mort, soit près de 200 000 personnes dans les régions tropicales¹⁰⁵. Les épidémies, étant de véritables dangers pour les indigènes, ont occasionné un bilan lourd en pertes humaines entre 1910 et 1911. L'épidémie appelée « la meurtrière épidémie de la peste pulmonaire »¹⁰⁶ a causé des milliers de morts. Elle est de ce fait considérée comme le grand événement épidémique de l'époque.

À cette même période, le rythme d'exploitation des colonies nécessite une main-d'œuvre de plus en plus nombreuse et forte ; c'est un travail organisé et structuré majoritairement dans des forêts denses et vierges avec très peu de matériel adapté. C'est le cas par exemple du travail de prospections dans les chantiers forestiers. Au cours de ces prospections, les colons sont accompagnés par des travailleurs indigènes. D'ailleurs, Lapeysonnie¹⁰⁷ indique que ces derniers parcourent des kilomètres à pied dans la forêt. Les uns transportant le matériel de travail, les autres les bagages appartenant aux colons ou même transportant les Blancs sur des tipoyes¹⁰⁸. Dans ce contexte de travail et de portage, le souci de rentabilité des chantiers coloniaux est la raison principale de la prise en compte des travailleurs indigènes dans le système de santé colonial. En effet, dans les chantiers, le travail des indigènes a parfois consisté à créer un chemin dans la forêt vierge de l'Afrique centrale. Ainsi, le rôle de ces travailleurs indigènes est celui de guider, de conduire les colons, de les orienter vers des espaces à exploiter.

Par ailleurs, devant des difficiles conditions de travail, ces travailleurs diminués physiquement sous la pénibilité du travail se trouveront rapatriés, pour la plupart, dans leurs circonscriptions respectives. Dans ces conditions, le travailleur perd la possibilité de se

¹⁰³ C. Messi Me Nang, « La législation coloniale du travailleur en AEF et au Gabon avant le Code du travail des territoires d'Outre-mer de 1955 : portée et limites, 1903-1940 », In *Le Gabon : approche pluridisciplinaire*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2006, p.200.

¹⁰⁴ Lapeysonnie *La médecine coloniale : Mythes et réalités*, Éditions Seghers, Paris, 1988, p.220.

¹⁰⁵ *Ibid.*, p.183.

¹⁰⁶ *Ibidem.*, p.235.

¹⁰⁷ *Idem.*, p.163.

¹⁰⁸ Espèce de chaise ou lit fabriqué avec du bois ramassé en forêt qui permettait à quatre indigènes de transporter les Blancs sur les épaules.

soigner. Car les surmenages favorisés par l'exploitation à outrance des indigènes participaient aussi à la dégradation de leur état de santé.

Face à cette dégradation de l'état de santé des travailleurs indigènes, l'inquiétude gagne progressivement le camp des colons. Ces derniers vont commencer à se préoccuper de l'avenir de leurs chantiers d'exploitation. Ainsi, ils vont mettre en place un système de santé qui permet de maintenir la main-d'œuvre « en bon état ». Cette démarche permet d'avoir une main-d'œuvre disponible. L'objectif de la mise en place de ce système de santé n'a aucune visée humaniste. Il consiste à préserver la main-d'œuvre locale, indispensable pour le développement économique des chantiers et des grandes compagnies concessionnaires françaises. Au départ, il n'est donc pas question d'une santé à même de soulager les maux et les douleurs des travailleurs, encore moins de les guérir lorsqu'ils sont malades, mais plutôt de rendre les travailleurs indigènes capables de repartir, dans les plus brefs délais, pour travailler dans les chantiers. En fait, les Occidentaux entretiennent essentiellement la santé des indigènes pour des besoins de rentabilité.

Pour maintenir une moyenne journalière de production, il est indispensable de combattre les maladies, les épidémies. La prise en charge des travailleurs indigènes par le système de santé colonial est avant tout un enjeu économique pour qui, la fabrique du « bon travailleur » ou « faire du noir » permet de rassurer le colon blanc quant à l'évolution et à la poursuite des objectif de production et des exploitations.

Ainsi, le système de santé colonial a pour objectif la mise en valeur du « capital humain »¹⁰⁹ pour rentabiliser « le capital financier »¹¹⁰. Ce qui a permis le dépistage des épidémies comme la maladie du sommeil qui a des répercussions sur la situation démographique des colonies. Ce n'est qu'à partir de ce moment que les indigènes qui participent à la production économique ont eu accès aux structures de soins.

L'hôpital de Libreville, dit hôpital de Brazza, construit en 1890 uniquement pour les Français, va alors s'élargir avec la construction d'un pavillon supplémentaire appelé l'hôpital de Kong. Cet hôpital abrite les services de médecine, de chirurgie et de maternité pour les travailleurs autochtones. Il est destiné principalement aux fonctionnaires subalternes. Il s'agit de promouvoir une politique de régénérescence de la race noire encore appelée « faire du noir ».

¹⁰⁹ J. Brémond et A. Gélédan, *Dictionnaire des théories et mécanismes économiques*, Éditions Hatier, Paris, 1984, p.218.

¹¹⁰ Jacques Marseille, *Empire colonial et capitalisme français*, Éditions Albin Michel, Paris, 1984, p.21.

Selon Jacques Marseille¹¹¹, l'expression « faire du noir » renvoie à une politique de « mise en valeur » qui consiste à maintenir la santé des indigènes et de conforter les rentes de l'appareil productif. Cette logique permet alors de construire des dispensaires, de lutter contre la morbidité et la mortalité. Le « service de santé s'était installé dans les centres les plus peuplés en y créant des formations sanitaires dont l'importance et le rendement suivaient le progrès de la colonisation »¹¹² dont une des priorités est « la rentabilité immédiate »¹¹³. Il s'agit, de ce fait, d'un système de santé qui concerne dans un premier temps les Occidentaux et, dans un second temps, les travailleurs indigènes qui sont les garants de la production des chantiers coloniaux. En effet, le recrutement des travailleurs autochtones se fait sur avis médical. Les travailleurs sont examinés par un médecin qui les classe selon leurs aptitudes physiques : bons, moyens, médiocres et très médiocres. Seuls les bons ne subissent pas de traitements à leur arrivée sur les lieux de travail¹¹⁴. Ce système de santé a perduré pendant des années, jusqu'à ce qu'il soit contesté par des mouvements de revendications menés par les élites africaines qui réclament plus de droits, voire l'indépendance des territoires conquis, sous domination étrangère.

- Mouvements de revendications et « santé pour tous »

La troisième étape de l'évolution des politiques de santé coloniales est marquée par la mise en place d'un système de « santé pour tous ». Au niveau des colonies africaines, cela se traduit par la prise en compte des Occidentaux, des travailleurs indigènes mais aussi du reste de la population. Ce nouveau système de santé colonial est mis en place grâce à la prise de conscience des élites africaines. Prise de conscience de la situation marquée par l'impérialisme coloniale. Il s'agit, pour l'élite africaine, de contester la supériorité blanche et l'hégémonie coloniale en cherchant à prendre le contrôle de la société africaine pour que celle-ci soit désormais constituée en « État national ».

Cette élite est constituée des cadres formés à l'école et les universités occidentales. Elle est animée, d'une part, par le désir de changer les conditions de vie et de travail des populations africaines dans les colonies. Et d'autre part, elle a le sentiment d'être investie

¹¹¹ Jacques Marseille, *Empire colonial et capitalisme français*, op.cit., p.155.

¹¹² MM. Le médecin-général Rieux, le médecin général Grall, le médecin-colonel Sandra et Al, *Le service de santé aux colonies*, op.cit., p.111.

¹¹³ S. Amin et C. Coquery-Vidrovitch, *Histoire économique du Congo 1880-1968*, Éditions Anthropos, Paris, 1969, p.33.

¹¹⁴ A.N.G, Fonds de la santé publique carton, N°H8.

d'une mission dont l'objectif premier consiste à conduire le peuple indigène vers l'émancipation et à assumer désormais ses responsabilités¹¹⁵. Tout comme Benjamin Rubbers¹¹⁶, Wilson-André Ndombet précise que :

« En effet, dans le maelstrom de la période d'après-guerre, un certain nombre de revendications imprégnées des idéaux de liberté vont être agitées par les puissances victorieuses et surtout montantes, à l'instar des États-Unis et de l'ex-Union des républiques socialistes soviétiques (URSS), consacrant ainsi le vieux principe wilsonien "du droit des peuples à disposer d'eux-mêmes", déjà dans l'air du temps au moment de la création de la Société des Nations, en 1919 (...) Hypothèse forte parce que défiante et génératrice d'espoir pour tous les territoires colonisés, mais critique malheureuse et mal venue du point de vue des puissances coloniales. De telle sorte que, face à la poussée de ces revendications internationales de l'époque et à la nécessité de préserver la paix dans le monde, la France décida unilatéralement de démocratiser sa doctrine, dont le premier écho fut perceptible au moment de la Conférence de Brazzaville, du 31 janvier au 8 février 1944. Toutefois, l'épreuve des faits face à la prise de conscience des Africains s'impose aussi à la métropole, l'obligeant du coup à ne plus tarder à procéder à une révision de son encadrement juridique et institutionnel et à ouvrir dans ce dispositif un petit espace de liberté que la Constitution du 27 octobre 1946 consacra et dont elle précisa les contours »¹¹⁷.

La prise de conscience des idéaux scandés par le principe wilsonien "du droit des peuples à disposer d'eux-mêmes" est largement partagée par la nouvelle élite gabonaise. Des heurts et discordes surviennent à la suite de la présentation de différentes propositions relatives à la conservation et de la gestion économique et financière de la fédération aéquienne de l'Afrique équatoriale française (AEF). Ces propositions ne plaisent pas particulièrement aux leaders politiques gabonais dont le Premier ministre du territoire, Léon Mba¹¹⁸.

¹¹⁵ Les élites africaines de la diaspora face au développement de leurs peuples : conseil mondial de la diaspora panafricaine, Paris, 2000.

Disponible en ligne sur <http://www.africa.smol.org>.

¹¹⁶ B. Rubbers, *Devenir médecin en République démocratique du Congo : la trajectoire socioprofessionnelle des diplômés en médecine de l'Université de Lubumbashi*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2003, p.41.

¹¹⁷ W.-A. Ndombet, *Partis politiques et Unité nationale au Gabon (1957-1989)*, Éditions Karthala, Paris, 2009, pp.20-21.

¹¹⁸ W.-A. Ndombet, *Partis politiques et Unité nationale au Gabon (1957-1989)*, *op.cit.*, p.21.

C'est ainsi qu'entre les deux guerres, une génération d'hommes voit le jour dans l'objectif de lutter pour une organisation politique et sociale égalitaire. Il s'agit, entre autres, du Mouvement Nationaliste Africain (M.N.A). Ce mouvement est né aux Antilles en 1900 et progressivement, il finit par gagner la majorité des pays africains. Parallèlement, à Libreville, en 1919, on assiste à la création d'une sous-section de la Ligue des droits de l'homme et du citoyen menée par l'élite gabonaise. Il s'agit notamment des Gabonais : Jean-Baptiste Ndendé, Antoine M'BA, Ignace Békalé, N'Tume Ossame, Maurice N'Gome Obiang, Victor Obame, Otsagne, Paulin N'Dingo, Martin Tambani Issembe et Léon M'Ba¹¹⁹.

Nous pouvons illustrer ces organisations politiques à travers l'engagement de Léon Mba pour libérer le Gabon du joug colonial. À cet effet, Florence Bernault souligne ceci :

« Le 12 août 1946 à Libreville, Léon Mba, un "évolué" bien connu de l'administration coloniale, fondait avec l'appui discret du GEC un nouveau mouvement politique, le Comité mixte gabonais. L'activité de Léon M'Ba remontait bien en deçà de la guerre. Pendant les années 1920, Léon M'Ba avait été membre fondateur de la Ligue des droits de l'homme à Libreville, puis nommé chef de canton, il était entré en conflit avec l'administration française et avait été exilé au Tchad, puis en Oubangui. En 1947 au regard d'une "conduite exemplaire", adroitement entretenue à l'égard des autorités. Cependant, la méfiance de l'administration ne diminua pas totalement à son égard : "son activité consiste surtout depuis vingt ans, à saper l'influence française" écrivait en 1950 le gouverneur du Gabon, Pierre-François Pélieu »¹²⁰.

De plus, Léon Mba appartenait à l'ethnie fang du Gabon, pour qui :

« Nous rappelons, en ce qui concerne le Fang, le rôle joué par les adeptes du Bwiti et comment les leaders les plus dynamiques surent faire de ce culte un instrument d'expression politique... Il est nécessaire de remarquer combien dans de tels mouvements, les éléments les plus agissants relèvent de cette catégorie sociale que nous disons celle des " évolués " »¹²¹.

¹¹⁹ A.N.G, *Fonds de la santé publique carton, op.cit.*

¹²⁰ F. Bernault, *Démocraties ambiguës en Afrique Centrale, Congo-Brazzaville, Gabon : 1940-1965, op. cit.*, pp.172-173.

¹²¹ G. Balandier, *Sociologie actuelle de l'Afrique noire : dynamique sociale en Afrique centrale*, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, 1963, p. 495.

Le Gabon participe, ainsi, aux combats durant les deux grandes guerres mondiales de 1914 et 1939 au côté de la France. Au sortir de ces deux guerres, qui ont coûté la vie à de nombreux combattants gabonais, dont le capitaine N'tchoréré, une compensation s'impose. Comme le précise Nicolas Metegue N'nah, pour qui :

« Avec l'éclatement de la Seconde Guerre mondiale, sonna le glas du régime colonial au Gabon comme ailleurs en Afrique et dans les autres parties du monde. En effet, menacées d'anéantissement par l'Allemagne nazie et ses alliés fascistes, les métropoles coloniales impliquées dans le conflit durent faire largement appel au potentiel humain et économique des pays colonisés. Ces derniers, en échange de leurs sacrifices, exigèrent de plus en plus de droits, de liberté et d'autonomie, lançant ainsi le processus qui devait aboutir à leur indépendance. Ainsi, les quinze années qui suivirent la fin de la Seconde Guerre mondiale furent marquées, au Gabon et ailleurs dans le monde, par une intensification de la lutte des peuples colonisés contre leurs oppresseurs et le recul de plus en plus accéléré de l'emprise coloniale »¹²².

Après la Seconde Guerre mondiale, deux élites gabonaises vont s'affirmer. Il s'agit de Jean-Hilaire Aubame, député au Parlement français et de Léon Mba, maire de Libreville. Ils vont amplifier leurs revendications à travers la création du Bloc Démocratique Gabonais (BDG) en s'appuyant sur des idéaux de l'élite africaine. Ainsi, comme le souligne Elikia M'Bokolo, il « apparaît que pour les élites africaines, l'objectif primordial, plus ou moins clairement formulé, était de substituer l'"État colonial" en "État national" »¹²³. Ainsi, poursuit-il :

« L'État national était conçu comme l'émanation du peuple tout entier, dans la mesure où la vision la plus commune représentait les populations colonisées comme ayant souffert d'une manière indifférenciée de la domination étrangère. Il devait incarner le peuple victorieux du colonialisme et par conséquent revêtir des formes unitaires et centralisées »¹²⁴.

¹²² N. Metegue N'nah, *Histoire du Gabon : des origines à l'aube du XXIe siècle*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2006, p.128.

¹²³ E.M'Bokolo, *Afrique noire : Histoire et civilisation XIXe-XXe siècle*, Éditions Hatier/Aupelf, Paris, t.2, 1992, p.241.

¹²⁴ E.M'Bokolo, *Afrique noire : Histoire et civilisation XIXe-XXe siècle*.

La Conférence africaine française, qui a réuni les gouverneurs des colonies africaines à Brazzaville (capitale administrative de l'AEF)¹²⁵, en 1944, représente un tournant important dans la politique coloniale de la France¹²⁶. Il y a une opposition pour le maintien du statut politique. Ainsi, les gouverneurs des colonies vont refuser l'idée ou le statut de territoire autonome. Ce refus laisse augurer des « fins de l'œuvre de civilisation, accomplie par la France dans les colonies, écarte toute idée d'autonomie, toute possibilité d'évolution hors du bloc français de l'empire »¹²⁷.

En revanche, même si le discours de De Gaulle et de Pleven, lors de la conférence de Brazzaville de 1944, témoigne d'une volonté d'ouverture tout en restant sous l'orbite française, la constitution du 27 octobre 1946, instituant l'Union française, a créé un cadre propice à l'éclosion du pluralisme politique en Afrique noire française.

Au Gabon, comme dans les autres territoires, de grands mouvements politiques ont vu ainsi le jour et se manifestent sur le terrain local. On peut citer, à cet effet, le Bloc Démocratique Gabonais (B.D.G), le Comité Mixte Gabonais (C.M.G), l'Union Démocratique et Sociale Gabonaise (l'U.D.S.G). Ces partis politiques, constitués de cadres gabonais, luttent pour l'émergence de l'État-nation au Gabon. Aussi, la jeunesse étudiante, qui se bouscule aux portails des universités, est prise par cette ferveur émancipatrice. Elle permet de créer deux autres partis politiques : le Parti de l'Unité Nationale Gabonaise (P.U.N.G.A) et le Mouvement Gabonais d'Action populaire (M.G.A.P). Ces mouvements sont fondés pour remettre en question l'action des Français dans la colonie du Gabon. Cette prise de conscience des étudiants a un objectif : mener une double lutte contre les Occidentaux, d'une part, et contre les anciens royaumes et empires africains, d'autre part.

Le Royaume du Loango fondé au XIV^e siècle, dans le Sud du Gabon, descend d'une longue dynastie de chefs forgerons¹²⁸. La famille du roi participe activement aux affaires politiques des colonies. Les grandes lignes des actions occidentales étant définies avec leur consentement dont les prémices découlent des accords signés entre les rois gabonais et les Occidentaux. En 1839¹²⁹, au Gabon, Bouët-Willaumez, capitaine de vaisseau français, signe

¹²⁵ Afrique Equatoriale Française.

¹²⁶ P. Soumille, « De la fédération aefienne à la naissance des Etats nations en Afrique Centrale de 1940 à 1960 ou l'échec du projet unitaire de Boganda », *Historiens et Géographes*, n°367, Juillet-Août 1999, p.226.

¹²⁷ *Ibid.*

¹²⁸ R. Mavoungou Pambou, « Le royaume de Loango : splendeur et décadence », 2009. Disponible en ligne sur : http://www.royaumeloango.org/index.php?option=com_content&task=view&id=91&Itemid=82

¹²⁹ Le Gabon M'Bolo (bonjour), 2011.

Disponible en ligne sur <http://kinnay04.free.fr/le%20gabon.htm>.

une convention avec un chef de la tribu Mpongwé, Rapontchombo dit « le roi Denis ». Cette convention consacre la présence française sur la rive gauche de l'estuaire du Gabon.

C'est dans cette optique qu'Elikia M'Bokolo souligne que la constitution d'« États nationaux » en Afrique n'a pas été chose facile pour les élites africaines et les populations autochtones. Ainsi, dit-il, elle a été l'objet :

« D'une accumulation de pressions d'origine interne ou externe produisant des mutations politiques majeures. Ces pressions furent entre autres une brusque accélération de la croissance démographique, l'intensification des échanges, le plus souvent recommandés de la côte, avec leurs conséquences sociales, culturelles et politiques »¹³⁰.

Il renchérit en ces termes :

« On assiste ainsi, au milieu des violences inévitables dans des mouvements aussi gigantesques, aux révolutions les plus contradictoires : formation d'État dans les régions qui les avaient précédemment ignorés ; disparition des vieux royaumes d'Afrique occidentale et centrale, remplacés souvent par des États reposant sur des groupes sociaux plus particularisés »¹³¹.

Les Occidentaux ne sont pas restés inactifs face à ce soulèvement populaire. Pierre-François Gonidec (1914-2008) souligne qu'il était temps d'ouvrir la perspective d'une histoire coloniale non instrumentale. La nouveauté était l'interrogation économique et sociale du phénomène colonial¹³². À travers des notes circulaires, les colons redéfinissent la nouvelle politique indigène qui caractérise la nouvelle colonisation. Ces circulaires ont un double objectif : d'une part, faire évoluer les colonies et, d'autre part, sauvegarder les traditions et les institutions naturelles. Afin de revoir ses rapports avec les colonisés, la France a mis en place un nouveau cadre : l'Union française. Dans cette nouvelle organisation, la colonie du Gabon devient un Territoire d'Outre-mer et enregistre pour l'occasion d'importantes innovations dans son fonctionnement, en l'occurrence dans le secteur de la santé.

Dans ce secteur, on constate un élargissement de la politique de santé coloniale. En réponse aux mouvements de contestations des élites africaines, dont les revendications ont porté sur la remise en cause de la politique de santé individuelle entretenue par les colons.

¹³⁰ Le Gabon M'Bolo (bonjour), 2011, *op.cit.*, p.36.

¹³¹ E. M'Bokolo, *Afrique noire : Histoire et civilisation XIXe-XXe siècle*, *op.cit.* p.36.

¹³² C. Coquery-Vidrovitch, *Enjeux politiques et l'histoire coloniale*, Éditions Agone, Marseille, 2009, pp. 24-25.

« Effectivement, dans les instructions du 15 février 1926 qui marquèrent un tournant décisif en matière de conception des stratégies des politiques sanitaires destinées à toutes les autorités compétentes, Carde exposa les buts recherchés, les méthodes et les moyens pour y parvenir ; la pratique de cette médecine préventive et sociale, à travers l'hygiène et les dépistages des maladies afin de prévenir les épidémies, devait permettre l'essor démographique, ce qui impliquait la réduction de l'assistance médicale individuelle, souvent réservée aux privilégiés. Quant aux moyens pour atteindre les objectifs fixés, chaque chef-lieu de colonies devait disposer d'un hôpital suffisamment équipé aussi bien en laboratoires de chimie et de bactériologie qu'en pharmacie et en magasin d'approvisionnement en matériel. Il fallait doter chaque circonscription administrative d'un dispensaire annexé d'une maternité et des postes médicaux. Ces centres de soins devaient être ces sortes d'observatoires pour mieux évaluer l'importance des maladies afin d'entreprendre les actions prophylactiques nécessaires »¹³³.

On assiste ainsi à la création d'un troisième hôpital, appelé hôpital général de Libreville. En complément des structures déjà existantes, un long bâtiment en forme de Z mesurant trois cents mètres est alors construit. Cet hôpital est composé entre autres de :

- un pavillon qui abritait des malades souffrant de tuberculose pulmonaire. Ce pavillon était appelé « bordes » ;
- un pavillon dit « isoler », réservé aux malades atteints de maladies contagieuses.

La construction de cet hôpital a duré 3 ans (1955-1958) par un architecte italien, Jean Vialatou. Il a été inauguré le 1^{er} janvier 1958. L'idée de la création de cet hôpital a été soutenue par deux élites gabonaises, représentants du Gabon au parlement français, à savoir :

- le sénateur Paul Indjiendjet Gondjout, représentant le Gabon au Sénat français ;
- et le député Jean Hilaire Aubame, représentant le Gabon à l'Assemblée nationale française.

Les populations autochtones vont enfin recevoir et bénéficier des soins médicaux de proximité. La construction de l'hôpital général de Libreville obéit en partie, aux recommandations et aux directives ministérielles de la métropole qui va répondre favorablement à l'obligation de créer un système d'assistance médicale et de médecine

¹³³ J-P Bado, *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-1960 : lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose*, Éditions Karthala, Coll. « Hommes et Sociétés », Paris, 1996, p. 227.

sociale. De telle sorte que les populations rurales, jusqu'aux villages les plus éloignés, puissent bénéficier de ces services¹³⁴.

Les revendications ont servi non seulement à remettre en cause une colonisation jugée trop dure, mais elle a également permis de dénoncer la politique de santé telle que conçue par les colons. Il importe de rappeler que, dans l'organisation et dans la gestion de ces hôpitaux, l'hospitalisation des indigènes n'est pas soumise aux mêmes normes disciplinaires et hygiéniques que l'hospitalisation des Européens.

Pour tous les travailleurs noirs, la literie se compose uniquement d'une natte et d'une couverture de laine, elle ne comporte pas de linge de corps si ce n'est des vêtements souillés de sang (pour les blessés) et de poussières. Les malades noirs se couchent à terre sur leur natte, changeant de place entre eux. Les villageois se situant très loin des postes coloniaux où se trouvent les hôpitaux vont parcourir de longues distances pour recevoir les soins. Ils sont coupés de leur village, parfois pendant plusieurs mois, sans qu'une assistance alimentaire ne leurs soit accordée.

Pour les Européens, l'hygiène était de mise, avec une ration journalière, des salles équipées de lit en fer, lavées et nettoyées quotidiennement.

Devant ces inégalités de traitement, la puissance coloniale est progressivement amenée à modifier son système de santé pour prendre en compte les autochtones ainsi que la valorisation du territoire.

L'organisation du système de santé colonial est parvenue à mettre en place un hôpital qui reçoit également les populations autochtones. Le nouveau système de santé colonial concerne aussi bien la santé des colons, des travailleurs indigènes que le reste de la population. Désormais, des structures sanitaires sont créées pour assurer la prise en charge sanitaire de l'ensemble de la population. Ainsi, dans les hôpitaux, les spécialistes étudient et décrivent les maladies tropicales. L'infrastructure sanitaire prend ainsi peu à peu consistance.

En 1926¹³⁵, le docteur Albert Schweitzer fonde l'hôpital Schweitzer, à Lambaréné, dans la province du Moyen Ogooué (Gabon). Au fil du temps, cet hôpital caractérise une colonisation qui s'intéresse à la santé des populations autochtones. Il est désormais question d'une œuvre qui marque un tournant capital dans l'implantation de la médecine occidentale au Gabon. L'œuvre du docteur Schweitzer, au Gabon, est aussi intéressante que son auteur. En

¹³⁴ A.N.G (Archives Nationales du Gabon), Journal officiel de l'A.E.F, 1937.

¹³⁵ Fondation internationale de l'hôpital Albert Schweitzer Lambaréné, Histoire de la Fondation, 2013. Disponible en ligne sur <http://www.schweitzerlambarene.org/fr/la-fondation/histoire.html>

1952, le docteur Schweitzer a reçu le Prix Nobel de la paix en signe de consécration. Pour avoir dédié sa vie au service de la santé coloniale au Gabon.

L'histoire de ce médecin alsacien¹³⁶ est une illustration parfaite de l'implantation de la médecine moderne au Gabon. Tout commence en 1913, lorsqu'Albert Schweitzer décide de s'installer au Gabon, en plein cœur de la forêt équatoriale malgré les dangers de la nature (favorable à la prolifération des maladies tropicales)¹³⁷ et des enjeux politiques du moment¹³⁸. En 1926, Albert Schweitzer est animé par ses convictions religieuses et principalement celle du respect de la vie. C'est donc au plus près des populations indigènes, en pleine brousse, qu'il a construit l'hôpital Schweitzer, pour apporter à ces derniers une assistance médicale. Il organise progressivement son travail en donnant les premiers soins en plein air, puis dans une pièce aménagée. Il crée un peu plus tard une salle d'accueil des malades et une pièce pour leur hospitalisation, équipée de 16 lits¹³⁹. Une pharmacie est construite par la même occasion et, assez rapidement, une salle d'opération.

Les patients viennent de partout à travers le Gabon. Les principales interventions portent le plus souvent sur le traitement des plaies, de gales, des ulcères et des opérations telles que celle de la hernie étranglée¹⁴⁰.

Dans le même sens, l'avènement de la médecine pédiatrique représente également un tournant important. Elle marque l'élargissement de la prise en charge médicale et la mise en place de la médecine moderne au Gabon. Orientée désormais vers l'ensemble de la population, la nouvelle médecine prend en charge de façon particulière la femme et l'enfant considérés comme vulnérables. D'où l'apparition des programmes spécifiques de prévention et d'intervention centrés sur la mère et l'enfant.

¹³⁶ Albert Schweitzer est Allemand de naissance. C'est après la Première guerre mondiale, suite à la défaite de l'Allemagne qu'il devient Français en 1920.

¹³⁷ Démonstré par la science, l'environnement dans lequel l'individu vit détermine son état de santé.

C.Herzlich souligne que le facteur exogène de la maladie est plus déterminant que le facteur endogène. (C.Herzlich, *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Éditions de l'EHESS, Paris, 1996, p.33.)

¹³⁸ À cette époque, il se retrouve en pleine forêt sauvage, au bord du fleuve Ogooué, un environnement réputé comme étant difficile d'y vivre car on y est confronté quotidiennement aux piqûres d'insectes de forêt, avec les risques sanitaires que cela comporte. Les piqûres de moustiques transmettent le paludisme, l'une des premières causes de mortalité au Gabon. Au niveau politique, l'Europe est à la veille de la Première Guerre mondiale. Dans ce climat de tension, voir un ressortissant allemand s'installer en colonie française était très peu courant.

¹³⁹ Le pratique du Gabon, « L'hôpital Schweitzer fête son centenaire », et disponible sur : [<https://www.lepratiquedugabon.com/lhopital-schweitzer-fete-son-centenaire/>]

¹⁴⁰ H. Makiba, « L'hôpital Albert Schweitzer de Lambaréné, 1913-2013 », Angela Berlis, Hubert Steinke, Fritz vonGunten, Andras Wagner, *Albert Schweitzer : Facetteneiner.Jahrhundertgestalt*, HauptVerlag, Bern, 2013, p.199.

C'est pour lutter contre les maladies tropicales, qu'il est mis en place l'assistance médicale indigène (AMI). Cette structure (AMI) a pour mission d'apporter les soins de santé et la formation des jeunes autochtones. Dès cet instant, l'organisation des soins se fait sous la forme de tournées médicales et de caravanes de santé qui sillonnent l'intérieur du pays. Au cours de ces tournées, les médecins interviennent directement auprès des malades et s'imprègnent des causes de décès survenus en leur absence. Une autre partie de ce travail porte sur la prévention, par le dépistage d'éventuelles épidémies et la sensibilisation des populations.

Cette médecine est portée sur le manque d'hygiène parce qu'elle est vecteur de la propagation des microbes, des endémies et des épidémies. De cette prise en charge, on retient également les campagnes de vaccination qui ont pour objectif de prévenir les populations contre certaines maladies.

Par la suite, l'AMI est remplacée par le Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie. Ce nouveau service, met l'accent sur les prérogatives de l'AMI, mais aussi sur la mise en place d'un système de liaison et d'évacuation aérienne des malades. Ce qui va permettre aux médecins de se rendre auprès d'un patient très affaibli. De même, cette liaison offre l'occasion aux patients d'être évacués dans une formation sanitaire centrale afin de recevoir les soins nécessaires.

Ainsi, on parle à cette période du « budget local de la santé des colonies »¹⁴¹. Il s'agissait d'un budget de santé qui repose pour l'essentiel sur les budgets de chaque colonie. À partir de 1925 et surtout de 1931, ce budget a permis d'octroyer des fonds considérables aux colonies, notamment pour alimenter les services de santé. Ainsi, les crédits destinés à la santé ont connu une augmentation systématique, passant de 178 millions en 1929 à 212 millions en 1930¹⁴². Les années 1920 et 1946 peuvent servir de repères pour le développement de « la médecine coloniale »¹⁴³.

S'agissant du retrait des Occidentaux et de la formation des autochtones, Florence Bernault souligne que :

« La question fut examinée à la Conférence des gouverneurs, tenue à Brazzaville en janvier 1944. La commission chargée du dossier conclut à la réduction de nouvelles entrées d'Européens dans les colonies afin de confier aux Africains les postes divers autrefois tenus par les Blancs. Durant la séance

¹⁴¹ Lapeysonnie, *La médecine coloniale : Mythes et réalités, op.cit.*, p.126.

¹⁴² Lapeysonnie, *La médecine coloniale : Mythes et réalités, op.cit.*

¹⁴³ MM. Le médecin-général Rieux, le médecin général Gall, le médecin-colonel Sandra [et Al], *Le service de santé aux colonies, op. cit.*, p.108.

plénière du 1^{er} février 1944, le gouverneur Astier de Pompignan indiqua que les Européens devaient se limiter aux rôles de techniciens, de guides, de gérants de coopératives et de sociétés de prévoyance »¹⁴⁴.

Ceci comme l'illustre le cas de Paul Igamba¹⁴⁵. Il s'agit d'un jeune Gabonais né en 1857, descendant d'un des derniers rois du Gabon. Il est embauché à l'hôpital de Brazza à Libreville à peine construit, en 1890. Il suit une formation en tant que brancardier. Mais il se fait assez vite remarqué grâce à son dévouement et sa serviabilité. C'est alors que les médecins militaires en charge de l'hôpital et relevant du ministère de la Marine et des Colonies décident de le former sur le tas, à la profession d'infirmier de l'assistance médicale indigène. Fonction qu'il remplit toujours avec dévouement jusqu'à la fin de sa carrière. Une carrière qui s'achève alors que Paul Igamba a évolué jusqu'au poste d'infirmier adjudant-chef de l'assistance médicale indigène. En guise de récompense pour son parcours professionnel et services rendus pour la santé des Gabonais pendant la colonisation, un hôpital au Gabon, précisément à Port-Gentil, sa ville natale, porte son nom : l'hôpital Paul Igamba de Port-Gentil.

¹⁴⁴ F. Bernault, *Démocraties ambiguës en Afrique Centrale, Congo-Brazzaville, Gabon : 1940-1965*, op.cit., p. 46.

¹⁴⁵ Port-Gentil Mandji Y'Orungu, « Paul Igamba, infirmier, éponyme de l'hôpital de Port-Gentil », publié le 09/11/2013. Disponible en ligne sur : [<http://www.mandji.net/igamba.shtml>]

Conclusion du chapitre 1

Nous ne pouvons traiter de l'accès aux soins au Gabon sans prendre le temps de définir ses contours, sachant que cette question est révélatrice des inégalités qui se sont accentuées entre les pays du Sud et les pays du Nord. On s'aperçoit que les réalités ne sont pas les mêmes d'un continent à l'autre. Pendant que l'Europe ne cesse de faire des progrès dans l'amélioration de son système de santé, les pays d'Afrique au sud du Sahara éprouvent encore des difficultés pour offrir à leurs populations un accès aux soins décent. Les OMD en sont un exemple concret. Si cette initiative mondiale concerne en premier lieu le développement des pays pauvres, les pays riches ne sont sollicités que pour y apporter une aide financière.

Le cas du Gabon semble assez curieux. D'après sa situation démographique, ce pays n'est pas très peuplé, il comptait moins de 500 000 habitants au début de son indépendance. Les années postindépendance ont été florissantes du point de vue de son économie. Il a eu de beaux jours, grâce à l'exportation du pétrole. Pourtant, les populations gabonaises demeurent exposées aux risques de santé : piqûres d'insectes, insalubrité et inondations, sources de nombreuses maladies en tête desquelles le paludisme. Le contexte sanitaire gabonais est vulnérable face aux menaces liées au climat tropical. Pour y faire face, les dirigeants gabonais ont souhaité, dans un premier temps, conserver l'héritage colonial. Il a fallu néanmoins adapter les politiques en vigueur au regard de l'évolution de la société. Ainsi, les gouvernants gabonais ont manifesté le désir de faire progresser leur système de santé. Depuis lors, le pays s'est lancé dans une course contre la montre dont on discutera dans notre prochain chapitre, « Stratégie politique de santé au Gabon ».

Chapitre 2 : Dimensions internationales et stratégies politiques de santé au Gabon

Introduction du chapitre 2

« Le Gabon a reconnu la santé comme "un droit du citoyen". Depuis 1970, il s'est assigné des objectifs précis : accroissement du bien-être de la population par celui de son confort physique, mental et social ; augmentation du rythme de la croissance démographique par la baisse du taux de mortalité infantile (grâce à la protection maternelle et des enfants, la lutte contre les maladies contagieuses) et lutte contre l'infécondité. Cette prise de conscience aigüe de l'importance de la santé au Gabon est due à trois causes : la première est commune à la plupart des pays d'Afrique qui connaissent des maladies caractéristiques telles que la tuberculose, la lèpre, la maladie du sommeil, la syphilis, la fièvre jaune ou le paludisme. Au Gabon, la superficie recouverte par la forêt humide aggrave encore ces risques de prolifération des maladies infectieuses et parasitaires. La seconde cause est due à l'hypofécondité qui touche la population gabonaise »¹⁴⁶.

D'où la déclaration suivante :

« Je vous fais aujourd'hui la promesse que dans les toutes prochaines années, tout Gabonais, où qu'il vive et quels que soient ses revenus, aura accès à des soins de qualité. Aussi formidable qu'elle soit, cette promesse, je la tiendrai car je sais que nous le pouvons »¹⁴⁷.

Bien qu'ayant toujours occupé l'espace militaire, la stratégie est également au cœur du pouvoir politique. Michel Foucault souligne, à cet effet, que la stratégie politique permet au pouvoir de se protéger en cas de danger imminent¹⁴⁸. Elle renvoie à toutes les orientations que le pouvoir adopte pour faire face à une menace publique. De ce fait, l'orientation pour la santé publique est une stratégie qui permet de faire face à la maladie.

C'est dans ce cadre que nous discutons, dans ce chapitre, de la stratégie politique de santé adoptée au Gabon. Il est important à ce niveau de souligner deux choses : la première est que parler de stratégie politique de santé, c'est admettre qu'il y a une part importante de volonté politique. La seconde chose à retenir est le caractère crucial de la stratégie politique de santé qui, bien souvent, s'engage sur des questions de vie ou de mort. Il se pose le problème de l'effectivité de l'action publique qu'il importe de confronter au terrain. Avant d'aborder en détail la question de l'efficacité du dispositif, il importe de comprendre comment s'organise la stratégie politique de santé au Gabon.

Elle se dessine sous trois formes : la première concerne la réappropriation des politiques de santé internationales ; la seconde est fondée sur la construction des dispositifs juridiques et

¹⁴⁶ M. Aicardi de Saint-Paul, *Le Gabon : du Roi Denis à Omar Bongo*, Éditions Albatros, Paris, 1987, pp.115-116.

¹⁴⁷ Omar Bongo, *Les chances du Gabon pour l'An 2000*, 1998.

¹⁴⁸ M. Foucault, *Histoire de la sexualité : la volonté de savoir*, Éditions Gallimard, Paris, 1976, p. 177.

opérationnels qui organisent la santé au niveau national ; enfin, la troisième concerne la mobilisation des acteurs nationaux de la santé. Cette mobilisation, en tant que volonté politique, est progressive. Comme nous l'entendons au travers des propos de Louis-Paul Aujoulat :

« L'évolution rapide des structures politiques n'a pas modifié les problèmes sanitaires des pays africains. Elle n'a pas amené de modifications sensibles aux solutions apportées jusqu'ici à ces problèmes. Les gouvernements des États se sont efforcés de maintenir l'organisation et l'infrastructure créées au cours des années de colonisation et d'en poursuivre le développement. Schématiquement, cette organisation, de caractère très « étatique », comprend des services de médecine de soins (hôpitaux, centres médicaux, dispensaires) et des services de médecine mobile spécialement chargés de la lutte contre les grandes endémies »¹⁴⁹.

Dans ce chapitre, il importe de comprendre les coopérations en matière de santé au travers de la question que nous posons à partir des travaux de Jean-François Lacronique¹⁵⁰. Peut-on se satisfaire des efforts de solidarité internationale déployés par de nombreux organismes officiels et non gouvernementaux au Gabon ?

¹⁴⁹ L-P Aujoulat, *Santé et développement en Afrique*, Éditions Armand Colin, Paris, 1969, p.155.

¹⁵⁰ M. Geoffroy et B. De Malherbe, *Contrainte économique et justice dans l'accès aux soins*, Éditions Lethielleux, Paris, 2011, p.189.

2.1. Liens internationaux de santé

Il apparaît une volonté de réappropriation de la politique de santé internationale au Gabon. L'État gabonais affirme vouloir rendre accessible les soins de santé pour tous. Dans l'article 5 du cadre général des pratiques en matière d'offre de soins en République Gabonaise, il est écrit que l'« administration des soins de qualité constitue la préoccupation centrale et la finalité du système de santé en République Gabonaise »¹⁵¹. Cette préoccupation de l'État gabonais se traduit par la prise en compte des recommandations internationales de la santé d'une part et d'autre part, par le développement des coopérations internationales. Toutefois, la mise en place de ces coopérations a pour effet pervers la faible application de la stratégie politique locale de santé (aussi, les populations préfèrent, aller consulter les médecins étrangers issus des coopérations plutôt que les médecins gabonais dans les hôpitaux publics). La question se pose sur une forme d'emprise des coopérants étrangers sur l'État et la démocratie¹⁵². De fait, l'État gabonais se retrouve dépendant de ces structures hospitalières de coopération plus efficaces et moins chères.

- Réappropriation de la politique de santé

« Pour ce qui est des rapports internationaux de santé que le Gabon entretient avec le reste du monde, je peux dire que tout est décidé dans un cadre international. Le Gabon n'est pas le seul pays à fonctionner de la sorte. Nous avons plusieurs liens internationaux de santé, c'est avec ces liens que nous travaillons pour formuler et appliquer les politiques de santé ». Propos d'un conseiller du ministre de la santé au Gabon.

Le Gabon a signé la charte des Nations unies (OMS, Unicef, PNUD) en matière de politique internationale de santé. Il est donc soumis aux normes internationales en matière de santé, c'est-à-dire que l'État gabonais, comme tous les autres pays membres, doit se réapproprier ces politiques de santé prises au niveau international. Comme le souligne le

¹⁵¹ Journal officiel de la République Gabonaise, Décret n°0143/PR/MSPS du 2 mars 2015 fixant le cadre général des pratiques en matière d'offre de soins en République Gabonaise, n°247, p.2286.

¹⁵² En référence à l'ouvrage d'Anne Salmon, *Les nouveaux empires. Fin de la démocratie ?*, Éditions CNRS, Paris, 2011. Pour l'auteur, la présence de lobbying pousse l'État à servir d'abord leur intérêt au détriment de la démocratie et donc de l'égalité pour tous. On pourrait dire, dans le cadre de cette recherche que l'emprise des coopérations étrangères au Gabon ne permet pas une égalité d'accès aux soins.

directeur général du ministère de la santé gabonais lors d'une interview télévisée : « *le Gouvernement a la responsabilité de la santé des Gabonais. Nous faisons le nécessaire lorsqu'il y a des problèmes de santé publique et en dehors de ces cas, nous travaillons au quotidien pour la bonne organisation des soins dans notre pays.* »

Ainsi, ce point de notre recherche se propose d'analyser l'appropriation de la stratégie politique de santé émise sur le plan international. Nous analysons dans cette section de recherche les différentes étapes qui fondent la stratégie politique de santé gabonaise : de la conférence d'Alma-Ata à l'Initiative de Bamako.

La Gabonisation d'Alma-Ata (1978)

Au début des années 1970, le système de santé, qualifié d'« hospitalo-universitaire » présente de nombreuses insuffisances. Il s'agit d'un modèle de santé qui privilégie l'implantation des structures sanitaires dans les zones urbaines et consacrées en grande partie aux soins curatifs¹⁵³. Pour pallier ces insuffisances, il est invoqué la question des Soins de santé primaires (SSP). Précisément, c'est à cette période que se pose le problème de l'accès aux soins pour tous. C'est-à-dire penser l'élargissement de l'accès aux soins aussi bien aux populations rurales qu'aux populations urbaines, d'une part, et de vulgariser les programmes de prévention contre des épidémies et endémies, d'autre part. Le problème majeur est lié au fait que les principales informations sanitaires ne sont diffusées que dans les hôpitaux centraux, alors que la majorité des populations vivent en brousse, éloignées de ces structures.

En 1978, a lieu l'organisation de la conférence d'Alma-Ata. Cette conférence vise la réorganisation et l'obtention d'une meilleure lisibilité du système de santé. Elle a réuni les instances internationales autour de l'OMS afin de réfléchir sur l'accès aux Soins de Santé Primaire (SSP). Cette conférence a pour objectif d'attirer l'attention des gouvernants, des personnels de santé et de la communauté internationale sur la nécessité de protéger et de promouvoir la santé pour tous les peuples du monde.

Il s'agit de mettre l'accent sur la réduction des inégalités d'accès aux soins. Cet objectif est débattu à l'intérieur de chaque État en vue de réduire les disparités entre zone rurale et zone urbaine. C'est donc une politique de développement de la santé qui doit permettre aux structures sanitaires de se rapprocher des malades. Il s'agit de mettre en place des politiques

¹⁵³ Les soins curatifs renvoient aux interventions médicales qui combattent la maladie, ses causes, ses conséquences, à travers par exemple les injections, les perfusions ou les pansements.

de santé de proximité. Les SSP sont reconnus comme étant des soins de base fondés sur l'intervention médicale géographiquement et financièrement accessible à toute la population.

Ces SSP font partie intégrante du système de santé national dont ils sont la cheville ouvrière et le principal foyer du développement économique et social de l'ensemble de la communauté. Ils représentent le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé. En rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

Les cinq éléments clés de cette politique de santé peuvent être synthétisés comme suit :

- réduire l'exclusion et les disparités sociales dans le domaine de la santé (réformes pour la couverture universelle) ;
- intégrer la santé dans tous les secteurs (réformes des politiques publiques) ;
- organiser les services de santé autour des besoins et des attentes des populations (réformes de la prestation des services) ;
- suivre des modèles de collaboration et de dialogue politique (réformes dans la direction) ;
- et augmenter la participation des acteurs concernés.

Au lendemain des indépendances du Gabon, le pays a hérité de la politique de santé laissée par les Français. Les médecins militaires français quittent les postes qu'ils occupaient pendant la colonisation. Leurs activités portaient sur les transmissions et la médecine préventive : vaccination de masse, promotion de l'hygiène, lutte contre les principales épidémies et grandes endémies¹⁵⁴ et pratique d'une chirurgie d'urgence¹⁵⁵.

Dès 1960, le nouvel État a manifesté assez vite sa volonté de renforcer le système de santé et de le faire évoluer par la formation d'un corps médical. Porté par cet élan, en 1977, le Gabon adhère à la Déclaration d'Alma-Ata et adopte en 1978 la stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP).

Trois ans plus tard, en 1980, il se réapproprie cette politique de santé internationale et présente sa stratégie d'application des SSP orientée de façon verticale, qui comprend une cellule mère située à Libreville et des cases de santé implantées dans tout le pays. Dans les

¹⁵⁴ Une endémie traduit la présence constante dans une zone géographiquement connue, d'un certain type de maladies. Pour y faire face, bien souvent, on a recours aux vaccinations des populations. Alors que l'épidémie renvoie à une maladie infectieuse, qui a un pouvoir de contagion et d'extension rapide. Généralement une épidémie dure un certain temps avant de disparaître.

¹⁵⁵ République gabonaise, *Rapport final sur la mise en œuvre de la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique : Analyse de la situation et l'estimation des besoins en vue de la préparation des plans nationaux d'action conjointe*, juin 2009, p.15.

années 1980, le développement des soins de santé primaires se manifeste à travers la construction des différentes structures sanitaires dans l'ensemble du pays, d'une part et d'autre part, par la formation des agents de santé des villages.

Malgré la crise économique qui éclate dans le courant des années 1970¹⁵⁶, le Gabon reste serein, bien que cette crise pétrolière ait eu des répercussions sur la stabilité et l'évolution des pays africains exportateurs du pétrole. La période de 1967 à 1977 correspond à une période de croissance économique, occasionnée par les embellies pétrolières et qualifiée d'« euphorique »¹⁵⁷. À cette période, l'État gabonais déploie sa stratégie de santé en se lançant dans de grands chantiers de développement. L'extrait suivant présente la stratégie gabonaise de santé :

« La priorité du gouvernement gabonais a été de renforcer les formations sanitaires existantes, d'en construire de nouvelles et de former des personnels de santé. Ce souci de développer les ressources humaines s'est traduit par la création d'une école d'infirmiers, devenue plus tard École nationale de santé et d'action sociale (ENSAS) puis École nationale d'action sanitaire et sociale (ENASS), établissement de formation des personnels paramédicaux. En 1975, le Centre universitaire des sciences de la santé (CUSS) a été créé, pour la formation locale des médecins et de certains paramédicaux. D'abord devenu Faculté de Médecine et des Sciences de la Santé (FMSS), il a récemment été érigé en Université des Sciences de la Santé (USS). Des filières de formation des personnels administratifs de santé ont été ouvertes à l'École Nationale d'Administration (ENA) et à l'École de Préparation aux Carrières Administratives (EPCA). À cet arsenal pour le développement des ressources humaines du secteur sanitaire s'ajoutent les opportunités de formation à l'étranger et de recrutement des personnels expatriés *via* les accords de coopération avec d'autres pays, notamment la France, la Chine, Cuba et le Canada »¹⁵⁸.

Toutefois, cette stratégie présente dès le départ des signes de faiblesse. Pourquoi avoir attendu trois ans pour établir la stratégie nationale sur les SSP au Gabon ? La mise en application de ce programme souffre également de certaines lacunes dans la formation du

¹⁵⁶ C'était la première crise pétrolière.

¹⁵⁷ H. A. Barro Chambrier, *L'économie du Gabon : Analyse politiques d'Ajustement et d'Adaptation*, Éditions Economica, Paris, 1990, p. 61.

¹⁵⁸ Groupe national de travail du Gabon, *Rapport final de la mise en œuvre de la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique*, 2009, p.15.

personnel de santé. Les recrutements et la formation des agents de santé censés travailler dans les villages ne se sont pas déroulés comme prévu. Cette stratégie de recrutement et de formation du personnel soignant des villages a été dévoyée. Le personnel soignant affecté refusant d'être payé en monnaie de singe ; c'est-à-dire une rémunération à hauteur de 20.000 francs CFA/mois¹⁵⁹. Ce qui va systématiquement déconsidérer et marginaliser les SSP au Gabon¹⁶⁰. En dépit des actions de formation, le personnel restait peu qualifié. Ce qui affaiblissait l'offre de soins.

À la deuxième moitié des années 1980, le Gabon traverse une crise pétrolière, marquée par la chute du prix du baril de pétrole sur le marché mondial. Il est contraint de modifier ces prévisions économiques. Cette crise a eu des répercussions sur le tissu économique et social national, en raison de la part importante des recettes pétrolières sur tous les projets.

La politique du Gabon fondée sur la « santé pour tous » en milieu hospitalier public se retrouve fragilisée. Les conditions économiques ne permettent plus aux hôpitaux publics de dispenser des soins à tous. On relève notamment des pénuries importantes en matière d'approvisionnement en médicaments et en matériel technique.

La stratégie politique de l'État visant à se réapproprier la déclaration d'Alma-Ata s'est retrouvée en difficulté. Ce qui s'est traduit par l'incapacité de l'État gabonais à tenir ses engagements.

Face à ces difficultés, l'Unicef et l'OMS ont été amenés à reformuler la politique de SSP. D'où l'Initiative de Bamako en 1987, dont l'objectif est de sortir de la gratuité des soins pour s'orienter vers des soins payants.

De l'Initiative de Bamako (1987) à la marchandisation des soins et la médecine de classe

« Dans les années 1980, après deux décennies de services de santé gratuits mais de piètre qualité pour les patients, presque tous les pays africains ont décidé d'améliorer les soins administrés en ayant recours au paiement direct dans leur offre de services publics. Cette décision que les gouvernements ont prise avec le soutien de la Banque mondiale a néanmoins provoqué de nombreuses contestations au sein de la société civile comme de la communauté scientifique.

¹⁵⁹ C'est l'équivalent d'une trentaine d'euros comme salaire par mois.

¹⁶⁰ République gabonaise, *Rapport final sur la mise en œuvre de la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique : Analyse de la situation et l'estimation des besoins en vue de la préparation des plans nationaux d'action conjointe, op. cit.*, p.15.

Les craintes qui s'exprimaient alors ont été confirmées par de nombreuses études menées en Afrique, démontrant que le paiement direct, malgré une amélioration de l'accès aux médicaments a en fait réduit l'accès aux soins pour les plus vulnérables, ce qui s'est traduit par une baisse du recours aux soins de santé »¹⁶¹.

Les années 1980 sont marquées par une prise de conscience du poids économique du système de santé de nombreux pays africains. Après les SSP, on s'aperçoit que les programmes de plusieurs pays africains dont le Gabon ont du mal à s'appliquer. Les résolutions prises lors de la déclaration d'Alma-Ata se retrouvent face à une situation inédite. D'une part, les résolutions prises nécessitent un engagement financier des États ; D'autre part, ces pays africains sont pour la plupart des pays exportateurs de matières premières et donc exposés aux fluctuations du marché international. Ce qui ne leurs permettent pas d'avoir une stabilité financière susceptible de financer et de soutenir un tel programme.

Impulsée par Unicef et l'OMS, et adoptée par les ministres africains de la Santé en 1987, l'Initiative de Bamako devient la réponse aux difficultés financières et organisationnelles du secteur de la santé dans plusieurs pays d'Afrique au sud du Sahara. D'après l'Unicef :

« L'Initiative de Bamako (...) est née de la constatation selon laquelle, bien qu'ils aient en principe accepté la conception générale des soins de santé primaires, de nombreux pays – notamment en Afrique subsaharienne – n'avaient, à la fin des années 1980, ni les ressources ni les moyens pratiques nécessaires pour les mettre en œuvre. De nombreux établissements de santé ne disposaient pas des ressources et du matériel qui leur aurait permis de fonctionner efficacement, tant et si bien que le personnel prescrivait des médicaments qui devaient être achetés à des détaillants privés, travaillant souvent sans licence et sans supervision, et que de nombreux patients ne faisaient plus confiance à ces établissements publics inefficaces et insuffisamment financés. Cette situation menaçait de réduire à néant les acquis des années 1980. Les principales difficultés consistaient à convaincre les donateurs de faire de nouveaux investissements, à arrêter la réduction des budgets du secteur social en général et du secteur de la

¹⁶¹ V. Ridde, *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : Au-delà des idéologies et des idées reçues*, Éditions Les presses de l'université de Montréal, Québec, 2012, p.87.

santé en particulier à augmenter ces budgets, et à ramener dans le système public l'argent dépensé dans les secteurs privés et informels »¹⁶².

Dès lors, l'Initiative de Bamako a pour objectif de faire payer les malades pour les soins délivrés, d'une part, et de décentraliser la gestion des systèmes de santé, d'autre part. Nous prenons appui sur l'analyse faite par Stéphane Tizio et Yves-Antoine Flori, pour décrire les aboutissements de l'Initiative de Bamako. Ainsi, cette directive politique de santé se fonde sur un double objectif : le premier concerne l'aspect financier et le second est d'ordre organisationnel. Comme ils le notent : l'« Initiative de Bamako est le nom de la réforme qui vise à tarifier les soins dans le secteur public »¹⁶³.

S'agissant du premier objectif qui est *d'ordre financier*, encore appelé « recouvrement des coûts », c'est-à-dire fondé sur la tarification des soins publics, il permet de résoudre les carences financières du système de santé des pays membres de l'OMS, plus précisément, ceux de l'Afrique au sud du Sahara. Cet objectif, comme le rappellent Stéphane Tizio et Yves-Antoine Flori, vise à la fois à lutter contre la désaffection des structures de santé publiques, à améliorer l'efficacité des dépenses de santé et l'amélioration de l'équité¹⁶⁴.

Cette lutte contre la désaffection des structures de santé tente de résoudre le problème de la sous-utilisation des services de santé périphériques en introduisant la tarification des soins ; une tarification qui permettra une meilleure redistribution au niveau local. Pour ces auteurs :

« La tarification a en fait pour objectif principal de drainer des fonds vers les structures publiques d'offre de santé afin que les ressources ainsi collectées soient réutilisées à l'échelon local pour financer l'achat des inputs qui manquent le plus. [...], la tarification doit être réservée aux soins les moins coûteux et la création de systèmes d'assurance-maladie doit permettre de financer les soins les plus onéreux »¹⁶⁵.

On comprend que la tarification des soins permet non seulement de faire face aux besoins financiers de santé que les États membres de l'OMS et l'Unicef ont du mal à

¹⁶² Tiré d'un communiqué de l'Unicef, « L'initiative de Bamako ». Disponible sur : http://www.unicef.org/french/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5_fr.pdf

¹⁶³ S. Tizio, Y.-A. Flori, « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? », *Tiers-Monde*, 1997, n° 152, vol. 38, pp. 837-858.

¹⁶⁴ *Ibid.*

¹⁶⁵ *Ibidem.*

subventionner, mais également de remotiver le personnel soignant. Cela dit, l'introduction de la tarification de soins est supposée être un vecteur d'efficacité et de performance. Ainsi, l'extrait suivant permet de l'explicitier en ces termes :

« [...] la contribution des usagers, *via* l'augmentation des ressources disponibles, doit permettre de supprimer les pénuries et de remotiver les personnels par l'intéressement aux performances des structures de santé : ils pourraient être plus efficaces, car mieux payés. [...], l'application de tarifs induira une baisse de la demande de soins, mais cette baisse s'accompagne d'un accroissement des dépenses de santé et de l'amélioration des disponibilités monétaires du centre de santé. Si ces disponibilités financières servent à améliorer la qualité des soins, l'effet – positif – de la qualité sur la demande devra compenser l'effet-prix négatif »¹⁶⁶.

Sous l'angle de l'amélioration de l'efficience des dépenses de santé et de l'amélioration de l'équité, l'analyse de Stéphane Tizio et Yves-Antoine Flori aboutit à l'idée selon laquelle :

« L'introduction de la rationalité économique induite par la gestion des ressources là où elles sont collectées permettrait d'améliorer non seulement la qualité des soins mais aussi de rassurer l'équité par la réaffectation des dépenses publiques que la tarification permettrait d'épargner. Le paiement permettrait ainsi d'inciter à une meilleure allocation des ressources : si les centres de santé font payer leurs services, ils seront obligés de payer leurs inputs et le critère d'efficience deviendra alors le principal critère de choix allocatif, en réintroduisant une allocation par les prix. Cette efficience exige que les décisions soient prises au plus près de la fourniture des soins : la gestion doit alors être décentralisée dans l'optique de la construction d'un marché de la santé qui fait l'objet de l'instauration de la participation communautaire »¹⁶⁷.

Le second objectif, d'ordre organisationnel, est caractérisé par la décentralisation du système de santé, c'est-à-dire par la participation communautaire de soins de santé. Il s'agit d'un nouveau système organisationnel dans lequel l'État n'est plus le seul décideur. Ce nouveau système implique désormais plusieurs acteurs qui forment ce que l'on appelle la

¹⁶⁶ S. Tizio, Y.-A. Flori, « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? », *op.cit.*

¹⁶⁷ *Ibid.*

« participation communautaire » ou « santé communautaire » pour reprendre l'expression de l'OMS.

Par « participation communautaire », on entend plusieurs facteurs dont les plus prégnants prennent en compte la dimension sociologique et la dimension économique, si l'on s'en tient à l'analyse définitionnelle de Stéphane Tizio et Yves-Antoine Flori. Pour ces deux auteurs, il s'agit de la « décentralisation du pouvoir politique de l'État vers les collectivités locales »¹⁶⁸ ; cela « consiste en la mise en place de comités élus par les populations, devenant ainsi les interlocuteurs – et les acteurs – privilégiés des intervenants en matière de santé »¹⁶⁹. Aquilino Morelle et Didier Tabuteau, dans leur ouvrage *La santé publique*, explicitent l'idée de santé communautaire comme étant :

« (...) la démarche par laquelle les individus et les familles prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, mais s'attachent aussi à développer « leur capacité de concourir à leur propre développement comme celui de la communauté ». La santé communautaire repose donc sur la participation des membres de la collectivité à la gestion de la santé individuelle et collective. Elle se définit au sein d'un groupe humain et d'un territoire de santé et privilégie la promotion de la santé »¹⁷⁰.

Du point de vue sociologique, la participation communautaire renvoie à la perception que les individus ont de la santé. Il s'agit du changement des comportements des individus, plus précisément des malades, lorsqu'ils ont recours aux soins. Cela dit, les personnes malades développent une forme de confiance de soi et un esprit de responsabilité¹⁷¹. Et sous l'angle économique, la participation communautaire permet de rapprocher le plus près possible la « décision de l'action en matière de santé »¹⁷², c'est-à-dire qu'elle permet d'« améliorer l'efficacité du système de soins et l'équité »¹⁷³. Ainsi, la jonction sociologie et économie permet de déduire que :

« La participation communautaire est un processus économique et social qui, en transférant le pouvoir décisionnel du gouvernement central vers une collectivité locale, doit induire un changement de comportement au sein de la

¹⁶⁸ S. Tizio, Y.-A. Flori, « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? », *op.cit.*

¹⁶⁹ *Ibid.*

¹⁷⁰ A. Morelle, D. Tabuteau, *La santé publique*, Éditions Presses Universitaires de France, « *Que sais-je ?* », 2^e édition mise à jour, Paris, 2015, p. 45.

¹⁷¹ *Ibid.*

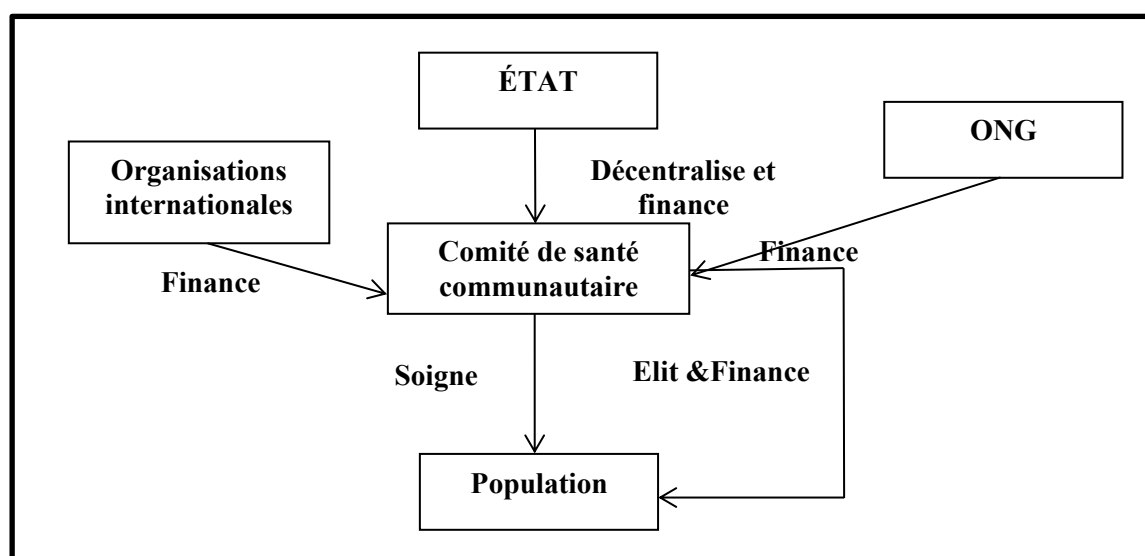
¹⁷² *Ibidem.*

¹⁷³ *Ibidem.*

communauté, en termes d'évaluation et de satisfaction des besoins, et aboutir à l'autosuffisance sanitaire par la mise en œuvre et le suivi d'un système de recouvrement des coûts »¹⁷⁴.

Cela dit, la participation communautaire implique la coopération et l'effort de chaque acteur dans la mise en œuvre des recommandations de l'Initiative de Bamako en matière de recouvrement de coûts de santé. Dès lors, la figure ci-après illustre la participation communautaire de soins de santé en impliquant les organisations internationales : les ONG, l'État, le comité de santé local et la population de la communauté.

Figure 1. Schéma général de la participation communautaire



Source : S. Tizio, Y.-A. Flori, « L'initiative de Bamako : « santé pour tous » ou « maladie pour chacun » ? », *op.cit.*

Avec l'Initiative de Bamako, le pouvoir de décision se trouve décentralisé à tous les échelons de la société. Il s'agit désormais d'une politique de santé qui prend en compte plusieurs acteurs parmi lesquels le gouvernement central qui regroupe l'État et le comité de santé villageois ou communautaire, les organisations internationales et les ONG, le comité de santé local et la population.

Chaque acteur a un rôle important à jouer dans la mise en œuvre du nouveau système de santé. À la suite de cette figure, Stéphane Tizio et Yves-Antoine Flori notent que :

« - Le gouvernement central. Il s'agira de regrouper sous ce terme l'État et tous les échelons décentralisés à un niveau supérieur au comité de santé villageois

¹⁷⁴ A. Morelle, D. Tabuteau, *La santé publique, op.cit.*, p. 45.

– ou communautaire. Le gouvernement central décentralise le pouvoir de décision en matière de santé vers les instances locales. D'autre part, il peut allouer des fonds publics aux collectivités locales, qui seront chargées de les diriger vers les plus démunis. De plus, si le dispensateur de soins est fonctionnaire, sa rémunération peut rester à la charge de l'autorité centrale, ce qui n'est pas toujours le cas.

- Les organisations internationales et les ONG. Il s'agit des deux principales organisations extérieures qui sont aptes à soutenir un projet de mise en place des soins communautaires, dans l'esprit de l'Initiative de Bamako. Leur principal rôle est de financer les dispensaires locaux ainsi que la collecte et la diffusion d'informations en direction des pouvoirs publics, des patients potentiels et des comités de gestion des structures locales. Certaines organisations internationales fixent par ailleurs les priorités de politique économique en général et sanitaires en particulier.

- Le comité de santé local. Cet acteur est composé en fait de plusieurs entités. Il regroupe les notables du village – ou de la communauté urbaine -, les individus chargés de la gestion du centre de santé, et les dispensateurs de soins.

- La population de la communauté est le dernier et le principal acteur. Son rôle est double : elle élit les membres du comité de santé et elle finance le comité de santé par le biais de systèmes de tarification à l'usage »¹⁷⁵.

Au vu de ces orientations, que peut-on dire de leur appropriation dans le contexte gabonais ?

Rappelons que de 1960 à 1980, le Gabon connaît un boom économique marqué par la croissance des revenus pétroliers¹⁷⁶. Ce qui lui a permis de supporter pendant un certain temps

¹⁷⁵ S. Tizio, Y.-A. Flori, « L'initiative de Bamako : « santé pour tous » ou « maladie pour chacun » ? », *op.cit.*

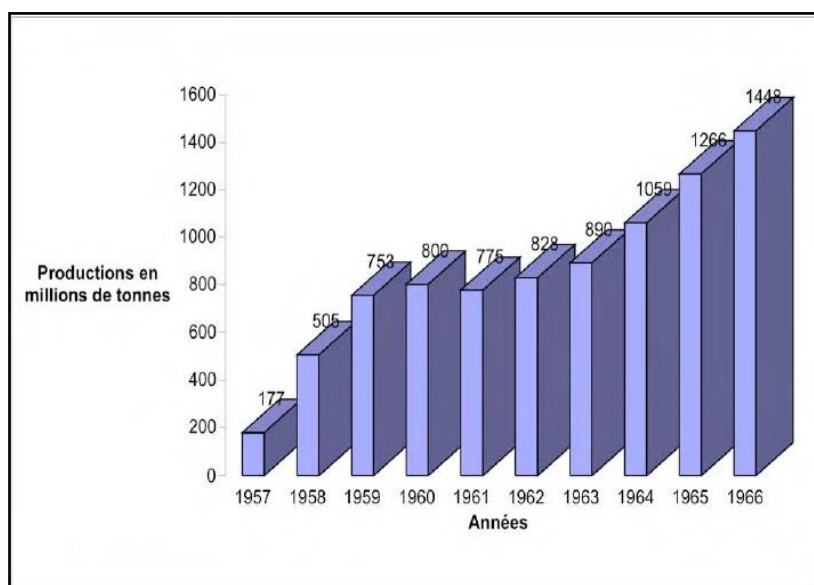
¹⁷⁶ Cette croissance économique se déroule dans un contexte de sous-peuplement du Gabon, que ce soit au niveau des grandes agglomérations tout comme à l'intérieur du pays. Arrivé au Gabon durant la période précoloniale, Du Chaillu décrit déjà le sous-peuplement gabonais en ces termes : « La population des villages n'est pas très nombreuse. Bien peu pour atteindre jusqu'à mille habitants, quelques-uns ont plusieurs centaines et la majorité n'en a pas même cent : il est donc impossible d'organiser de grandes expéditions pour la guerre et le pillage. ». Tiré de E. M'Bokolo, *Le Gabon précolonial : étude sociale et économique*, *Cahiers d'études africaines*, 1977, vol 17, n°66-67, p.341.

Ainsi, B. Claude précise en 1978, ce qui suit : « Le Gabon est un pays d'Afrique équatoriale dramatiquement sous-peuplé, sous-développé, sous-ravitailé. Dans un contraste saisissant, les richesses potentielles ou déjà exploitées de ce pays en font l'un des tout premiers du continent : la faiblesse de sa population lui permet d'occuper la deuxième place en Afrique pour la valeur du PNB par habitant. Outre l'utilisation du produit de ces richesses qui peut être plus ou moins judicieusement affectée à son développement (surtout à partir de

la crise économique des années 1980 et donc, de tarder à mettre en œuvre les recommandations de Bamako.

Cette stabilité financière a perduré pendant plusieurs années, au point de lui permettre de se démarquer de ses voisins africains. Les deux graphiques ci-après démontrent les progrès enregistrés dans la production du pétrole. Le premier graphique retrace l'évolution de la production du pétrole entre 1957 et 1966 et le second, quant à lui, montre l'évolution de la production entre 1967 et 1977.

Graphique 1 : Évolution de la production du pétrole de 1957 à 1966

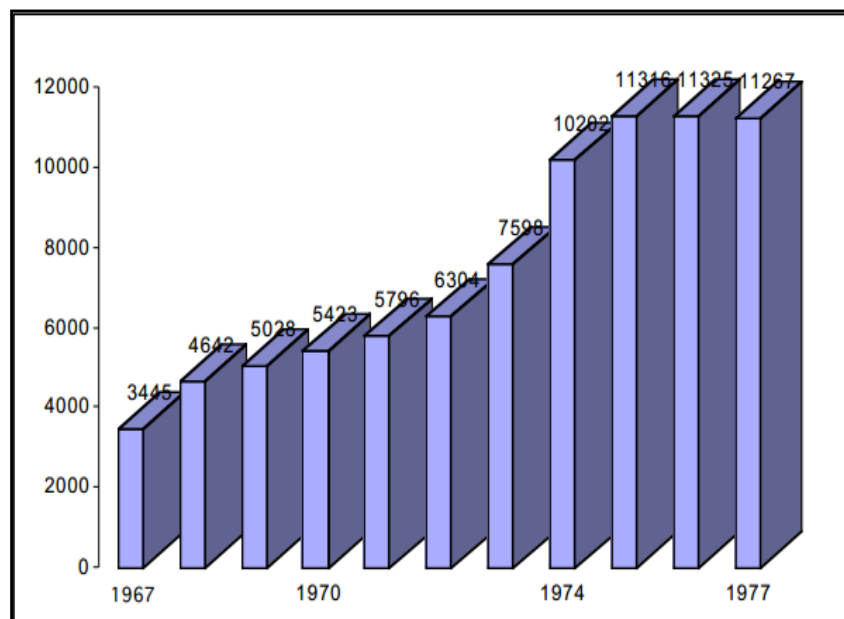


Source : DGE cité par M. Mbadinga, *État, entreprises et développement au Gabon : Contribution à une étude géographique*, Thèse de doctorat en géographie, Université de Montpellier III, Montpellier, 2006pp. 205 et 206.

Ce premier graphique sur l'évolution de la production pétrolière de 1957 à 1966 montre l'évolution significative de la quantité de pétrole produite au fil des années. On part de 177 millions de tonnes en 1957 pour 1448 millions de tonnes en 1966.

1973 où l'euphorie pétrolière laisse libre cours aux projets les plus ambitieux), le problème de la main-d'œuvre se pose avec une acuité suraiguë, tant au plan quantitatif que qualitatif ». Cité dans B. Claude, Problèmes actuels de main-d'œuvre au Gabon : conditions d'une immigration contrôlée, *Cahiers d'outre-mer*, 1978, n°124, p.375.

Graphique 2 : Production pétrolière de 1967 à 1977



Source : DGE cité par M. Mbadinga, *État, entreprises et développement au Gabon : Contribution à une étude géographique op.cit*

Ces graphiques illustrent les deux principales étapes de la croissance pétrolière. Le deuxième graphique, sur l'évolution de la production pétrolière de 1967 à 1977, permet de voir l'augmentation exponentielle de la production pétrolière du Gabon, allant jusqu'à 11267 millions de tonnes en 1977. Ce qui permet à plusieurs observateurs, parmi lesquels Metegue N'nah¹⁷⁷, Hugues Alexandre Barro Chambrier, de qualifier cette période d'exceptionnelle dans l'histoire du Gabon. Ce d'autant plus que les prix du pétrole avaient quadruplé (de 1975 à 1977). Induisant ainsi une croissance annuelle moyenne du PIB de 22,2 % de 1975 à 1977¹⁷⁸.

Durant la situation économique favorable (1960 à 1980), les pouvoirs publics du Gabon ont pu améliorer la santé des populations, comme le souligne le rapport d'information sur l'État sanitaire du Gabon. Ce rapport stipule que le Gabon a connu des « progrès spectaculaires lorsqu'on se réfère aux maladies transmissibles : méningites, 135 cas en 1950 contre 54 en 1965 »¹⁷⁹. Et la création dans tout le pays de structures sanitaires du secteur public et parapublic (CNSS). Nicolas Métégue N'nah indique également que « d'importantes

¹⁷⁷ N. Metegue N'nah, *Histoire du Gabon : des origines à l'aube du XXIe siècle*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2006, pp.199-200.

¹⁷⁸ *Ibid.*

¹⁷⁹ *L'État sanitaire du Gabon*, in *Information gabonaise*, N°33, octobre 1966, p.54.

réalisations sociales (hôpitaux, écoles, équipements sportifs) virent le jour et le niveau de vie moyen de la population s'éleva sensiblement »¹⁸⁰.

Il n'en demeure pas moins que, pendant la période de la crise (des années 1980), l'État gabonais commence à rencontrer des problèmes de trésorerie. Ce qui va impacter le système national de santé, comme le souligne Gaston Biyogo Bi-Ndong :

« Cette détérioration des indicateurs économiques du pays a entraîné une diminution des moyens de l'État et les secteurs sociaux ont été les premiers à pâtir de cette situation. Ainsi, les lois sociales qui plaçaient le Gabon en première ligne des pays africains ayant bâti une politique de protection sociale ambitieuse va connaître un déclin progressif qui se traduira par la perte des avantages acquis dans les domaines de la prise en charge des affiliés aux différentes caisses et la détérioration des plateaux techniques de toutes les structures sanitaires publiques et parapubliques du pays »¹⁸¹.

Ainsi, note-t-il :

« Les formations mobiles devenaient rares et furent peu à peu remplacées par la direction régionale de la santé mais le service des grandes endémies demeura dans les chefs-lieux de chaque province. Cet éclatement de ces équipes s'expliquerait par les faibles allocations budgétaires de l'État, l'usure des équipements de travail et leur manque d'entretien »¹⁸².

Devant cette dégradation, l'État n'a pas eu d'autres issues que d'adopter les recommandations de l'Initiative de Bamako. Ce qui a conduit le Gabon à rompre avec la politique de la gratuité des soins, à instaurer la stratégie de la participation communautaire, c'est-à-dire d'impliquer tous les citoyens à l'effort de santé.

D'après un de nos enquêtés, retraité du ministère de la Santé :

« Pour respecter l'Initiative de Bamako, il y a eu par exemple la mise en œuvre du ticket modérateur et la réorganisation du système national de santé.

¹⁸⁰ N. Metegue N'nah, *Histoire du Gabon : des origines à l'aube du XXI^e siècle*, op.cit., p.200.

¹⁸¹ G. Biyogo Bi-Ndong et al., *Assurance maladie au Gabon*, Colloque sur la couverture maladie en Afrique Francophone, Paris, 2004, p.3.

¹⁸² G. Biyogo Bi-Ndong et Al, *Assurance maladie au Gabon*, op.cit.

Pour le ticket modérateur, le ministère avait décidé que les malades allaient désormais payer une quote-part qui varie selon les interventions de santé. Pour ce qui est des interventions de santé au niveau national, les patients devraient s'acquitter de 10% de frais de soins tandis que pour les interventions à l'étranger, ils devraient déboursier 20% de frais de santé. Sachant que le suivi financier de cette activité était à la charge du ministère des Finances, plus précisément du Trésor public. »

Sur le plan organisationnel, on est dans un système de santé décentralisé : chaque acteur de santé a un rôle à jouer afin de rendre efficace le système de santé. La région sanitaire (direction régionale de santé) assure la coordination, la supervision et le contrôle des départements sanitaires.

Si les recommandations de Bamako ont transformé la structuration sociale du système de santé gabonais, il n'en demeure pas moins que cela a introduit des dysfonctionnements tels que la marchandisation des soins et la médecine de classe. Cette marchandisation des soins est née de l'absence d'harmonisation et de contrôle dans la mise en place du ticket modérateur ou du tiers payant par les services compétents. Chaque service ou médecin facture ses actes de santé indépendamment de la réglementation légale en matière de soins de santé.

C'est dans ce sens que l'extrait d'entretien ci-après l'illustre :

« Avant d'aller vivre en province, j'ai vécu à Libreville et je sais comment ça fonctionnait déjà dans les années 1990. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de remarquer que les hôpitaux appauvrissent les malades. Si ce n'est pas la secrétaire qu'il faut payer pour faire son travail, c'est le médecin qui te fera payer "sa consultation" à "son prix". Une fois que c'est fini, la pharmacie dans l'hôpital n'a toujours pas de médicaments, pourtant, si tu proposes une somme d'argent, ils sont capables de te les fournir. Bref, ne va pas là-bas sans argent sinon tu meurs. C'est tout ce que j'ai retenu. Ce que je n'ai jamais compris, c'est que l'État dise qu'à l'hôpital public, on ne se soigne plus gratuitement mais sans dire à tout le monde combien faut-il payer pour la consultation, pour les soins. Le manque d'information a fait que les médecins eux-mêmes fixent les tarifs. Nous ne savons pas grand-chose on paye simplement ! Avec le recul, je me dis que si les tarifs étaient affichés au vu de tous, peut-être qu'on ne se ferait pas avoir. Nous, on est malade et ignorant alors les infirmiers et médecins en profitent. »

En plus de la marchandisation de soins, la médecine de classe a pu également trouver une place au travers du même procédé. L'extrait suivant tiré de nos entretiens précise ce qui suit :

« Ça fait trois jours que je fréquente le CHL. À chaque fois, l'infirmière me dit de rentrer chez moi et de revenir demain pour voir le médecin. Au prétexte qu'il n'est pas là. Alors, hier, je l'ai entendu dire à sa collègue ceci "il pense que je vais le faire rentrer dans le bureau du médecin aussi facilement ? Il arrive, il ne donne rien, même pas 500 francs CFA pour acheter un jus ou un Coca cola comme le font les autres. Tant qu'il ne me donne rien, je le ferai repartir à chaque fois. Qu'il aille voir ailleurs s'il n'est pas content ! Ici, ce n'est pas un hôpital des pauvres, ici, il faut sortir l'agent. Si un jour, il va dans les cliniques, il va payer n'est-ce pas ? Et bien, pourquoi pas ici ?" Alors je suis venu ce matin avec 1000 francs CFA. Elle les a pris avec un grand sourire, en me disant ceci : Ah enfin, tu as compris qu'on ne fait pas le bénévolat ici. On ne voit pas le médecin sans rien me donner avant. Je vais maintenant voir si le médecin peut te recevoir tout de suite ou demain. Ceux qui sont dans la salle d'attente ont payé plus que toi. S'il n'y a plus de place tu reviendras pour demain. Après avoir consulté son registre. Elle m'a dit de revenir demain. Je vais faire comment ? Les riches ont payé plus que moi ».

Lors de notre enquête de terrain au CHUL, précisément au service ticket modérateur, l'observation participante nous a permis de nous rendre compte de la marchandisation de soins au CHUL. Le constat est que : le plus souvent, les secrétaires de service viennent négocier avec les patients en salle d'attente, de sorte que ces derniers ne puissent pas s'acquitter des frais du ticket modérateur ou du tiers payant. Le but de cette négociation est d'orienter les malades directement vers le service ou le médecin concerné, moyennant une certaine somme d'argent.

« Je ne suis pas passé par le service du ticket modérateur, je n'ai pas eu besoin. La secrétaire m'a demandé de lui donner une bonne fois 5000 francs CFA pour la consultation. D'après elle, ça m'évite d'aller faire la queue et surtout de payer un peu plus dans le service du ticket modérateur ».

Nous avons pu observer plusieurs cas de malades qui ne se présentaient pas au bureau des entrées mais qui allaient directement dans les services pour recevoir leurs soins. Il s'était installé une sorte de concurrence entre le service du bureau des entrées et les secrétariats des différents services. L'un promettant une formalisation des procédures d'admission des malades à l'hôpital à travers le ticket modérateur ; l'autre promettant des soins de santé à des tarifs "réduits"¹⁸³.

Le Centre Hospitalier de Libreville (CHL), devenu CHUL, a maintenu le monopole sur les évacuations sanitaires dans tout le territoire national. Car, selon un responsable, « *la gestion de ce dossier fait rentrer beaucoup d'argent vu le coût financier que les évacuations sanitaires engagent. Du coup, cela permet de négocier directement avec le concerné afin de lui soutirer une certaine somme* ».

- Les organismes de santé internationaux

Sur le plan international, les politiques de santé sont chapeautées par les organisations des Nations unies et les organismes non étatiques. Leur système de gouvernance se déploie progressivement dans chaque État et chaque localité selon les attentes et les besoins de chacun. Ainsi, le Gabon n'a pas échappé à cette structuration de la santé et ceci, depuis l'époque coloniale, comme nous l'avons démontré dans le premier chapitre de notre recherche. Ces organisations sont des supports importants dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la stratégie politique de santé nationale.

Dans ce point de notre recherche, nous allons limiter notre analyse sur la coopération des organisations des Nations unies dans le domaine de la santé au Gabon à quatre organisations internationales, à savoir l'OMS, l'Unicef, l'UNFPA et la Croix-Rouge gabonaise.

L'OMS

L'OMS est, historiquement, le principal coopérant de l'État gabonais depuis le début des années 1950. Son action et ses missions se situent à plusieurs niveaux selon qu'elle est

¹⁸³ Comme c'était le cas dans les pays d'Afrique de l'Ouest, cité dans V. Ridde, *op.cit.*, p. 106. « Les agents de santé, confrontés à cette insuffisance des ressources, rétablissent quelquefois le paiement ou continuent à se livrer à des pratiques officieuses ».

sollicitée par le gouvernement gabonais. Elle joue le rôle de conseiller et d'arbitre en matière de politiques et d'orientations stratégiques de la santé. C'est en cela qu'elle contribue, au côté du gouvernement gabonais, à l'élaboration de la stratégie nationale de santé et à sa mise en œuvre grâce à son expertise technique reconnue mondialement. Au Gabon, l'intervention de l'OMS est fondée sur la stratégie de coopération. Il s'agit d'une stratégie qui tient compte de plusieurs dimensions parmi lesquelles :

- la stratégie institutionnelle de l'OMS,
- le cadre stratégique de l'OMS pour la Région africaine ;
- le document de Santé pour tous au 21^e siècle ;
- le plan national d'Action sanitaire ;
- le plan-cadre des Nations unies pour l'Assistance au Développement (UNDAF) et de la déclaration des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), en particulier sur la lutte contre la pauvreté¹⁸⁴.

En même temps, cette stratégie tient également compte des « priorités sectorielles du NEPAD (Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique) et des objectifs de l'Accord de coopération avec la Communauté économique des États de l'Afrique centrale (CEMAC) »¹⁸⁵.

Ainsi, la SCP (Stratégie de Coopération avec le Pays) est un projet d'action, clairement défini, validé et signé entre l'OMS et le Gabon. Il rend compte des actions futures à mener sur une période déterminée. Ce projet décline les axes stratégiques nationaux comme la politique nationale de développement sanitaire (PNDS). La SCP devient de ce fait un document important de la coopération entre l'OMS et le Gabon.

À travers ce document, l'OMS décline, en étroite collaboration, sa vision et sa politique de santé sur le plan national, en partenariat avec le ministère chargé de la Santé et ses différents partenaires. La SCP permet à l'OMS de rationaliser sa coopération avec le Gabon en mettant en avant son leadership d'acteur mondial de santé d'une part, et d'autre part, permettre que l'OMS renforce ses « compétences et ses capacités pour mieux répondre aux attentes du pays et assurer le plaidoyer en faveur de la santé »¹⁸⁶. De ce fait, depuis 2004, les SCP sont réalisées. Ce qui permet à l'OMS d'avoir une bonne visibilité de ses actions au

¹⁸⁴OMS, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays Gabon, 2004-2007, op.cit.*, p. 1.

¹⁸⁵*Ibid.*

¹⁸⁶*Ibidem.*, p.34.

Gabon. Le premier rapport va de 2004 à 2007, le deuxième de 2008 à 2012, tandis que le dernier est en cours.

Selon le rapport stratégique, 2008-2012, il ressort que l'intervention stratégique de l'OMS au Gabon est substantielle¹⁸⁷. L'OMS a contribué à l'amélioration du système de santé gabonais.

Ainsi, le tableau ci-après révèle l'évolution des principaux indicateurs de santé du Gabon entre 2004 et 2007.

Tableau 3 : Indicateurs sanitaires

Type d'indicateur	Valeur initiale et source		Valeur en 2007 et source	
1. Espérance de vie, à la naissance 1.	57,3 ans (hommes) 61,4 ans (femmes)	(EDS 2000) (EDS 2000)	- 56 ans (hommes) 63 ans (femmes)	(OMS 2008) (OMS 2008)
2. Taux de mortalité maternelle	519/100000NV	(EDS 2000)	520/100000NV	(MSP 2005)
3. Prévalence contraceptive, chez les femmes	36 %	(EDS 2000)	33%	(OMS 2008)
4. Proportion d'accouchements assistés par un personnel médical	87,3%	(MSP 2004)	85,8%	(MSP 2005)
5. Taux de mortalité infantile	91,4‰	(EDS 2000)	60 ‰	(MSP, 2005)
6. Prévalence VIH	8.1%	(MSP, 2004)	5,9%	(MSP 2007)
7. Couverture antirétrovirale	ND		39 %	(ONUSIDA 2007)
8. Couverture en PTME	ND		4%	(MSP 2006)
9. Couverture en DOTS	22%	(PNLT 2004)	31%	(PNLT 2006)
10. Taux de couverture vaccinale, en DTC3	43 %	(PEV, 2004)	81%	(PEV 2007)
11. Taux de PFA non polio	1 cas /100000	(PEV 2004)	2,82 cas/100000	(PEV 2007)
12. Pourcentage des cas de PFA avec 2 échantillons des selles, dans les 14 jours	50%	(PEV 2004)	100 %	(PEV 2007)
13. Complétude des rapports de surveillance hebdomadaire	37%	(IELE, 2004)	89%	(IELE 2007)
14. Pourcentage de la population ayant accès à l'eau potable	77%	(EDS 2000)	87%	(OMS 2008)

Source : OMS, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2008-2013 Gabon, op.cit.*, p. 9. EDS (Enquête de développement sanitaire)

¹⁸⁷OMS, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays Gabon, 2008-2013*, p. 9.

Dans ce tableau, l'on peut regrouper les résultats de santé de la période, 2004-2007, en trois groupes.

Le premier, qui concerne la mortalité maternelle et la mortalité infantile, qui connaissent chacune des variations différentes. La mortalité maternelle n'a pas connu de changement tandis que la mortalité infantile connaît une baisse de 31,4 %.

Le second, relevant du domaine de la lutte contre le VIH/Sida, connaît des améliorations dont l'impact n'est pas ressenti compte tenu du niveau élevé du taux de prévalence du pays comparé aux autres pays. Aussi, on constate une faible couverture de la prise en charge des PVVIH et en PTME.

Le troisième, qui concerne le taux de couverture vaccinale, la surveillance des PFA et la surveillance hebdomadaire des maladies à potentiel épidémique connaît des améliorations significatives. Ainsi, la politique nationale de santé connaît des améliorations significatives sur cette période de 2004 à 2007, comme le souligne le rapport stratégique 2008-2013 :

« Le pays dispose désormais d'une politique nationale de santé, d'un Plan National de Développement Sanitaire et d'une carte sanitaire nécessitant une mise à jour régulière. Par ailleurs, la gestion des médicaments dans les régions sanitaires a été renforcée et l'accessibilité à certains traitements améliorée. Ainsi, le coût des anti-rétroviraux (ARV) a été réduit de 80 % depuis 2006. Le Gouvernement a adopté la gratuité des ARV pour les élèves, les étudiants et les indigents, celle des antituberculeux pour tous les malades et celle des antipaludiques pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans »¹⁸⁸.

L'OMS est impliquée dans la coordination de certaines activités du ministère de la santé publique gabonais. C'est ce qui ressort de l'extrait ci-après.

« En matière de santé et environnement, l'OMS a apporté un appui dans l'élaboration de la politique nationale et d'un plan d'action de mesures prioritaires d'urgence ainsi que dans l'analyse de la situation, en matière de salubrité de l'environnement qui a abouti à des propositions pour un renforcement de l'assainissement des villes de Libreville et Lambaréné. Les capacités des structures institutionnelles des secteurs prioritaires et des communautés, en matière d'ouvrages d'assainissement de base et de sécurité sanitaire des aliments, ont aussi été renforcées. [...] L'OMS a également participé aux réunions du

¹⁸⁸OMS, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2008-2013 Gabon, op.cit.*, p. 9.

Comité de coordination multisectoriel (CCM) pour la lutte contre le paludisme, dans le cadre de la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des activités financées par le Fonds mondial pour le Sida, la tuberculose et le paludisme/GFATM »¹⁸⁹.

Cela dit, l'implication de l'OMS dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques de santé souffre parfois de certaines limites comme la prise en compte du contexte gabonais. Un de nos enquêtés nous disait ceci :

« Souvent, l'impression que l'on a est que l'OMS travaille de façon "générale", soit en voulant calquer la démarche de santé qui a emmené les pays du Nord à se développer, soit en formulant des politiques de santé internationales pour l'Afrique de façon générale, comme si on était un seul et même pays. Les réalités que l'on retrouve chez nos voisins ne sont pas les mêmes au Gabon. Encore que le Gabon est différent de plusieurs pays africains sur plein de secteurs, mais pourquoi nous mélanger tous ? »

Plusieurs de nos interlocuteurs perçoivent l'OMS comme étant un organisme international pour la santé qui se situe en haut de l'échelle et surtout éloigné des réalités du terrain. Certains nous disent à ce sujet :

« On ne les voit qu'à la télévision, près d'un ministre ou du président de la République. On les classe aussi à ce niveau comme des autorités politiques. Ils ne sont présents que dans les événements médiatisés du pays. Pour un Gabonais lambda, l'OMS, c'est un organisme des grands, des riches et surtout pas des démunis ! »

L'impression qui se dégage est que l'OMS ne tient pas suffisamment compte de l'environnement et des mentalités gabonais ou, en un mot, du mode et style de vie de la population gabonaise. Les problèmes de fond sont survolés. Une infirmière du CHUL nous confiait ceci :

« L'année dernière lorsque le ministre et les représentants de l'OMS au Gabon sont venu au CHUL, il était prévu qu'ils fassent une visite au service de maternité du CHUL. Tu sais ce qu'ils ont fait ? Il y a eu des travailleurs du bâtiment qui sont passés quelques jours avant pour refaire uniquement la peinture

¹⁸⁹ OMS, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2008-2013 Gabon, op.cit.*, p. 9.

sur la devanture du service. C'est à ce niveau que la délégation s'est arrêtée pour s'afficher devant les médias. Pendant ce temps, l'intérieur du service de maternité est dégradé ».

Les politiques de santé de l'OMS sont appliquées au Gabon sans pour autant tenir compte des contingences culturelles. Cela dit, les mentalités gabonaises font surface à un moment donné et paralysent les initiatives entreprises. Nous reprenons ainsi l'expression de "*politique de mondialisation*", avec laquelle Pierre Bourdieu tentait, à la fin des années 1990, de critiquer la circulation internationale des politiques tout en s'interrogeant sur ceux qui la mettaient en œuvre¹⁹⁰. À cet effet, Cheik Ibrahima Niang précise que : « La recherche épidémiologique et les interventions de santé publique semblent être dominées en Afrique par des modèles et théories qui ont fait leur preuve dans des contextes différents (aux États-Unis en particulier) »¹⁹¹. La situation est telle qu'il s'agit en fait d'êtres humains à considérer dans leur milieu initial pour réussir un projet de santé. Or, l'OMS ne creuse pas suffisamment cet aspect. Bien qu'étant coopérant, « *pourquoi ne pas proposer par exemple, des mesures de contrôles et de sanctions dans le suivi des programmes sanitaires* », nous disait un de nos enquêtés du ministère de la Santé.

Le cas du Gabon mérite ainsi une réflexion plus approfondie depuis les années 1960. Au sortir des indépendances, ce pays est riche, déterminé à développer son système de santé en manifestant une volonté politique de santé internationale et nationale. Pourtant, au bout d'une trentaine d'années, ce système est à bout de souffle, il n'arrive toujours pas à se développer. Cela, bien qu'étant accompagné par l'OMS depuis les années 1950.

L'Unicef

Au Gabon, la stratégie politique de santé est également soutenue par l'Unicef. Son apport vise plusieurs secteurs, parmi lesquels la santé (le VIH/Sida, la protection de l'enfant et l'inclusion sociale). Cela dit, les missions de l'Unicef au Gabon relèvent d'une volonté mondiale d'accès aux soins pour tous. Son action concerne l'évaluation et la proposition, mais aussi la politique et le soutien matériel en matière de santé. Ce qui contribue à réduire

¹⁹⁰ J. Siméant, *Guide de l'enquête globale en science sociales*, Éditions CNRS, Paris, 2015, p.48.

¹⁹¹ C. I. Niang, *Santé, société et politique en Afrique*, Éditions Livre vert du CODESRIA, Dakar, 2008, p.22.

l'iniquité entre les Gabonais en matière d'accès aux soins, d'une part et, d'autre part, à réduire la mortalité infantile, à améliorer la santé maternelle, à combattre le VIH/Sida, le paludisme.

Sur le plan de l'évaluation et de la proposition, on peut noter les « résultats de l'analyse par l'approche MODA¹⁹² des privations auxquelles font face les enfants gabonais¹⁹³ », que les experts de l'Unicef ont présentés aux parlementaires des deux chambres et aux maires. Cette initiative vise plusieurs objectifs :

« (...) renforcer leurs connaissances sur les privations des enfants, les sensibiliser et leur fournir des informations qui leur permettent une prise de décision basée sur des évidences et d'aider le Gouvernement à mieux orienter ses choix politiques en faveur des enfants et notamment des plus vulnérables. L'analyse de la situation de la femme et l'enfant fournit encore plus d'informations sur les causes des iniquités pour soutenir le plaidoyer en faveur de l'enfant »¹⁹⁴.

Sur le plan matériel, l'Unicef organise plusieurs activités comme celle effectuée en 2015¹⁹⁵ qui coïncidait avec notre période d'enquête de terrain. Il s'agissait de l'organisation de deux campagnes de vaccination contre la polio sur les trois ans, planifiée par le Partenariat mondial. Ces campagnes ont « permis de vacciner respectivement 110,8 et 115,3 pour cent des enfants de 0 à 5 ans (selon les données administratives) et 96 % pour chacun des deux passages selon les données du monitoring indépendant »¹⁹⁶.

Le rapport annuel 2015 souligne que cette réussite de la campagne de vaccination est le « fruit d'une très bonne mobilisation sociale, mais aussi de la recherche de nouveaux partenaires menée par l'Unicef et qui a abouti à la contribution d'un opérateur de téléphonie mobile durant le deuxième passage »¹⁹⁷. Il importe de rappeler que l'un des projets réalisés par l'Unicef, associant l'évaluation, la proposition et l'action concrète, au Gabon, est la mise en œuvre de la politique de « santé communautaire ».

Dès lors, Michel Manciaux et Jean-Pierre Deschamps, dans leur ouvrage commun, *La santé de la mère et de l'enfant*, soulignent que :

¹⁹² Analyse des Privations Multiples et Cumulatives.

¹⁹³ Unicef Annual Report 2015 Gabon, p. 1.

¹⁹⁴ *Ibid.*

¹⁹⁵ Nous pouvons voir l'ensemble de ses activités en ligne. Disponibles sur : www.unicef.org. L'idée dans ce point, n'est pas de présenter ou de répertorier l'ensemble des activités que mène l'Unicef au Gabon mais plutôt, en quelques exemples, d'illustrer sa contribution dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de santé du Gabon.

¹⁹⁶ Unicef Annual Report 2015 Gabon, *op.cit.*, p. 1.

¹⁹⁷ *Ibid.*

« La santé communautaire implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de sa santé : réflexion sur les besoins, les priorités ; gestion et évaluation des activités. Il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment des besoins prioritaires et participent activement à la mise en place et au déroulement des activités les plus aptes à répondre à ces priorités »¹⁹⁸.

C'est ainsi qu'au Gabon, cette politique est mise en œuvre, à partir de 1999, par l'Unicef, en collaboration avec l'hôpital Schweitzer de Lambaréné¹⁹⁹.

« (...) **L'approche « santé communautaire » dans l'hôpital Schweitzer.**

À la fin des années 1990, l'Unicef souhaite appuyer le Gabon dans la mise en œuvre des soins de santé primaires par une politique de fourniture de médicaments essentiels génériques. L'hôpital Schweitzer intervenait depuis de nombreuses années à travers des opérations préventives dans les villages. Les requêtes des populations pour la mise en œuvre d'activités curatives en sus des activités préventives conduisirent l'Unicef et l'hôpital Schweitzer à lancer un programme de santé communautaire fondé sur un forfait payé par le patient, en vertu du principe de recouvrement des coûts, tandis que l'accès aux médicaments génériques était garanti par l'action de l'Unicef, permettant en principe de réduire la charge pour le centre de santé et le patient »²⁰⁰.

Cependant, les études menées par Valéry Rilde et Mathieu Ekwa-Ngui sur la mise en œuvre de la « santé communautaire » de l'Unicef, en partenariat avec l'hôpital Schweitzer, n'ont pas connu le succès escompté. Cela est dû aux non-prises en compte de plusieurs indicateurs, comme le souligne l'extrait ci-après :

« Cependant, malgré la bonne disponibilité des médicaments et les résultats encourageants du couplage entre activités préventives et curatives, le bilan effectué par Valéry Rilde et Mathieu Ekwa-Ngui (2005, p. 25.) est mitigé. En particulier, le processus est en réalité peu participatif du point de vue des usages ;

¹⁹⁸ M. Manciaux et J.-P. Deschamps, *La santé de la mère et de l'enfant*, Éditions Flammarion Médecine Sciences, Paris, 1978, p. 31.

¹⁹⁹ B. Boidin, *La santé, bien public mondial ou bien marchand ? : Réflexions à partir des expériences africaines*, Éditions Presses Universitaires Septentrion, Coll. « capitalisme, éthique, institutions », pp. 88-89.

²⁰⁰ *Ibid.*

la gestion des fonds est peu transparente ; l'absence de mécanisme formel d'exemption de paiement pour les indigents et l'absence d'harmonisation remettent en cause les objectifs d'équité »²⁰¹.

Aussi, il n'en demeure pas moins que la contribution de l'Unicef fragilise davantage l'apport propre de l'État dans ce domaine. C'est ce qui ressort du rapport 2015 de l'Unicef. Dans ce rapport, il est clairement indiqué que l'État gabonais connaît des difficultés pour donner sa quote-part au vu de la réalisation des activités programmées avec l'Unicef. Cette difficulté que connaît l'État gabonais touche l'écart qu'il y a entre sa stratégie politique et l'exécution de celle-ci. C'est dans cette optique que Bruno Boidin précise que :

« Au titre des faiblesses, le programme de coopération a été négativement impacté par l'irrégularité de la disponibilité des intrants supportés par le budget de l'État. De ce fait, les activités de renforcement des capacités qui font partie des stratégies majeures retenues en début de cycle ne conduisent que faiblement aux résultats planifiés, notamment dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant »²⁰².

La Croix-Rouge gabonaise

Parmi les organisations non gouvernementales qui militent en faveur de l'amélioration du système de santé au Gabon, il y a la Croix-Rouge gabonaise. En tant qu'auxiliaire des pouvoirs publics, ses activités et ses projets s'inscrivent pleinement dans le domaine socio-sanitaire, en faveur des populations les plus vulnérables²⁰³. Son action est rendue efficace grâce à son large réseau de volontaires et ses structures opérationnelles de base (antennes) qui sont implantées sur l'ensemble du territoire national. Ce qui lui permet d'entreprendre ses activités et ses projets de développement structurel et durable sur l'ensemble du territoire national. Ainsi, la Croix-Rouge gabonaise intervient dans sept secteurs d'activité en rapport avec la santé des populations vulnérables. Il s'agit de procéder à la sensibilisation de proximité afin d'atteindre un grand nombre de personnes. Parmi les sept secteurs d'intervention, il y a la lutte contre le VIH, la lutte contre le paludisme, la santé de la mère et

²⁰¹ Bruno Boidin, *La santé, bien public mondial ou bien marchand ? : Réflexions à partir des expériences africaines*, op.cit., p.89.

²⁰² *Ibid.*, p. 2.

²⁰³ Croix-Rouge gabonaise, « Activités santé ».

Disponible sur : [<http://www.croixrouge-gabon.org/htdocs/menusgauche/plandaction/?menu=505>]

de l'enfant, la santé sexuelle et la reproduction²⁰⁴, le renforcement des capacités, la médecine itinérante et la santé communautaire.

S'agissant de la première disposition, la lutte contre le VIH, la Croix-Rouge gabonaise intervient dans la sensibilisation de proximité afin de prévenir ce fléau. En plus, elle procède à la distribution de préservatifs masculins et féminins et organise des dépistages volontaires.

Sur le plan de la lutte contre le paludisme, la Croix-Rouge intègre des activités de sensibilisation de proximité, soutenues par la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action en vue de lutter contre le paludisme.

Au plan de la santé de la mère et de l'enfant, la Croix-Rouge vulgarise, à travers des moments de sensibilisation de proximité, l'importance des consultations prénatales, la planification familiale, l'allaitement maternel exclusif, la lutte contre les maladies évitables par vaccination et le déparasitage des enfants.

La santé sexuelle et la reproduction, quant à elles, permettent à la Croix-Rouge d'intégrer des activités de sensibilisation de proximité sur les grossesses précoces et la distribution des moyens de prévention.

La Croix-Rouge, à travers le volet formation, permet de renforcer les capacités de ses adhérents. Il s'agit de former des volontaires sur les différentes thématiques sanitaires.

Pour ce qui est de la médecine itinérante, la Croix-Rouge intègre des « interventions de médecine curative » qui sont offertes gratuitement aux populations résidant dans les zones dépourvues en structures de santé opérationnelles. Enfin, à travers la santé communautaire, la Croix-Rouge intervient dans la prévention de proximité et l'accompagnement des populations vulnérables en les amenant à être acteurs de leur propre santé.

Au vu de toutes ces prérogatives, il faut souligner que la Croix-Rouge gabonaise est très peu présente sur le terrain. Certains de nos interlocuteurs, soit les ignorent complètement, soit ils en ont entendu parler, vaguement, à travers les médias. En fait, la Croix-Rouge apparaît épisodiquement juste pour faire parler d'elle dans les médias, sans pourtant aller au contact régulier avec les populations comme nous l'explique un de nos enquêtés :

« Franchement, la Croix-Rouge ne fréquente pas les bas-quartiers de Libreville. On les connaît plus à travers les médias. Sur le terrain, ils sont rarement présents. Je ne sais pas trop à quoi ils servent. Ils apparaissent une fois l'année et c'est tout, comment veux-tu qu'on les connaisse vraiment. Déjà le siège

²⁰⁴ En tant qu'organisation des Nations unies, l'UNFPA (ou FNUP : Fonds des Nations unies pour la population) intervient aussi au Gabon depuis 1988 en faveur du droit à la santé, c'est-à-dire sur le thème de la santé de la reproduction.

est en plein centre-ville. Pour quelqu'un qui vit au fond du Nzeng-Ayong, il n'aura jamais l'occasion de les croiser ».

Ces propos posent le problème de la distance entre les organismes internationaux de santé présents au Gabon et les populations. Cette distance se ressent aussi bien au niveau des politiques que des actions menées, lesquelles qui sont déconnectées de la réalité du terrain.

- Les coopérations en matière de santé

« Pour un pays comme le Gabon, on ne peut pas suivre tout seul les directives internationales de santé. Je pense que c'est important que nous soyons accompagnés et soutenus par un certain nombre d'acteurs de la santé, d'où l'intérêt des coopérations », Propos recueillis auprès d'un membre du cabinet du ministre de la Santé. Cette logique se rapproche de celle de Pierre Rosanvallon²⁰⁵ qui précise, suite à la crise de l'État-providence en Occident, qu'économiquement, il n'y a pas un État au monde qui puisse tenir des engagements de santé publique et de solidarité sociale tout seul.

L'État gabonais a signé des accords bilatéraux avec plusieurs pays pour diversifier l'offre de soins. Parmi ces pays, il y a la France, l'Autriche, la Belgique, le Canada, la Chine, l'Espagne, les États-Unis, l'Italie, la Turquie, le Maroc et l'Égypte, etc.

Nous retenons deux secteurs en lien avec notre recherche. Il s'agit du secteur de la construction des bâtiments hospitaliers et de l'équipement hospitalier. Dans ce secteur, les principaux pourvoyeurs sont l'Autriche, qui a financé à hauteur de 28 milliards de francs CFA (40 M\$) la construction et l'équipement de deux hôpitaux, l'un à Koulamoutou et l'autre à Port-Gentil ; le Canada a financé la construction de l'hôpital de Franceville à hauteur de 8 milliards de francs CFA (11,4 M\$). Il a participé aussi à la construction des hôpitaux provinciaux d'Oyem dans le Woleu-Ntem et de Mouilla dans la Ngounié. L'Espagne a octroyé à l'État gabonais des dons en matériel médical et radiologique. Ces dons sont fournis par la société espagnole Equatro à hauteur de 17 milliards de francs CFA (24,3 M\$). D'autre part, les accords bilatéraux ont concerné le secteur de la formation de personnel de santé. Ce sont les pays comme l'Italie, la Belgique, le Maroc et la Turquie qui y ont joué le rôle le plus important.

²⁰⁵ P. Rosanvallon, *La crise de l'État-providence*, Éditions Seuil, Paris, 1981, p.8.

Par ailleurs, les pays comme la France, la Chine et l’Egypte sont aussi concernés. L’aide de la France est tournée vers le financement, la formation et l’apport technique tandis que celles de la Chine et de l’Egypte se sont démarquées à travers la construction de structures hospitalières.

Coopération franco-gabonaise

Depuis le début des années 1990, la France a revisité sa politique de coopération en matière de santé avec le Gabon. Globalement, cette révision concerne la réduction des effectifs, la diminution générale de l’aide, la réduction de l’assistance technique, d’une part et, d’autre part, une nouvelle organisation du travail fondée sur une démarche projet. Son intervention au Gabon consiste à développer des « capacités d’expertise, de conseil et de transfert de compétences à la position de substitution occupée jusqu’alors par l’assistance technique »²⁰⁶.

Il s’agit, désormais pour la France, de centrer son intervention sur l’amélioration de la politique de santé, c’est-à-dire de soutenir le Gabon, aussi bien dans la réforme de son système de santé que sur le programme d’investissement et de réhabilitation des structures hospitalières.

Ainsi, depuis 1992, la coopération française s’est concentrée sur deux principaux axes de projets, à savoir :

1) « l’appui à la mise en œuvre de la politique nationale avec, successivement, le Projet d’ « appui à l’harmonisation des systèmes de santé au Gabon » et le Projet d’ « appui au Plan National d’Action Sanitaire (PNAS) ».

2) l’appui à la lutte contre le Sida avec, successivement, un Projet d’ « information, éducation, communication » (IEC), puis le Projet d’ « appui à l’information et la communication pour la prévention du Sida en République du Gabon », suivi de l’actuel Projet de « Prévention et surveillance épidémiologique du VIH SIDA »²⁰⁷.

La mise en œuvre de ces deux axes de projets a permis à la France d’être un partenaire important dans le processus d’amélioration de la stratégie politique nationale de santé qui a

²⁰⁶ C. Damour et al., *Évaluation de la coopération française dans le secteur santé au Gabon (1990-2001)*, op.cit., p. 43.

²⁰⁷ Idem.

pour préoccupation de coller à la réalité vécue, quotidiennement, par la population, c'est-à-dire celle de l'accès aux soins pour tous. Ainsi, le tableau ci-après permet de dresser les différentes interventions de la France dans l'amélioration de la politique en matière de santé.

Tableau 4 : Chronologie des faits marquants depuis 1990

1991 (CICS)	Juillet Décembre	Commission mixte franco-gabonaise Création du Comité Interministériel de Coordination de la réforme du secteur Santé
1992	Avril Juin Décembre	États généraux de la santé débouchant sur le Projet d'harmonisation des systèmes de santé du Gabon (projet de réforme) Mission d'identification de l'action de la France (Demazière/Delorme/Josseran) Description Projet d'appui à l'harmonisation des systèmes de santé/FAC
1993	Mars Avril	Entrée au CA du CIRMF Convention FAC 92 Appui à l'harmonisation des systèmes de santé
1995	Janvier Décembre	Ordonnance du 14 janvier 1995 : Loi d'orientation de la politique de santé Missions de suivi du Projet FAC 92 (Bouscharain/Bruno)
1996	Avril Juin	Convention avec min. Coop/CIRMF Convention FAC 96 SIDA
1997	Février Mai	P.N.A.S Mission OMS/Coop évaluation du PNAS Réorganisation du MSPPP Mission d'identification de l'action française au Gabon Jumelage avec CHU Nîmes
1998		Convention Fac 98 : Appui à la mise en place du PNAS Commission mixte franco-gabonaise
2000	Avril	Actualisation PNAS 2000-2002
2001	Novembre	Évaluation projet Sida 1 Comité de pilotage du Projet FAC 98
2002		Convention Fac/Sida 2 FAC/Mise en place d'un Samu

Source : C. Damour et al., *Évaluation de la coopération française dans le secteur santé au Gabon (1990-2001)*, op.cit., p. 44.

Si l'on s'en tient uniquement à ce tableau, il ressort que ces derniers temps, la coopération franco-gabonaise a porté sur l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de santé. Cette nouvelle coopération a démarré avec la création d'un comité interministériel de coordination de la réforme du secteur Santé. Il s'agit d'un comité qui regroupe aussi bien les experts français de la santé que ceux du Gabon pour travailler en étroite collaboration en vue de l'amélioration de la politique nationale de santé.

Cette coopération agit dans le domaine de l'élaboration, du suivi et de l'évaluation des projets de santé. Aussi, elle œuvre dans l'élaboration de l'ordonnance du 14 janvier 1995, qui est une loi fondamentale d'orientation de la stratégie politique de santé au Gabon. La France a soutenu l'État gabonais dans l'élaboration du Programme National d'Actions sanitaires (PNAS). Enfin, elle a contribué à la réorganisation du ministère de la Santé publique.

En plus, cette coopération a joué un rôle important dans le suivi des actions et des programmes de santé du gouvernement gabonais. Parmi ces actions et programmes, il y a le suivi du projet FAC 92, c'est-à-dire que la coopération française a mis en place un comité chargé de suivre la mise en œuvre du Fonds d'Aides et de Coopération afin de s'assurer que les fonds alloués aux différents projets ne sont pas détournés à des fins diverses. C'est le cas également de la mise en œuvre du PNAS et des projets liés au Sida (FAC/Sida). Après l'étape du suivi, la coopération française a procédé à l'évaluation de ses activités au Gabon. Ce qui a permis à la France d'établir un rapport final de leur coopération avec le Gabon, en vue d'identifier les points forts et les points faibles de leur action en matière de santé.

Coopération sino-gabonaise

La coopération sino-gabonaise a débuté le 24 avril 1974 avec la signature d'un protocole d'accords. Un an plus tard, la Chine dote le Gabon d'une première structure hospitalière de coopération dont la mission principale est d'offrir aux Gabonais des soins de qualité. Dans cette coopération sino-gabonaise, on compte deux centres hospitaliers. L'un situé à Libreville et l'autre à Franceville, troisième grande ville du Gabon. S'agissant de Libreville, l'hôpital sino-gabonais est situé en plein cœur de Belle vue 2. Ce qui permet à la Chine de contribuer à la politique générale de santé fondée sur l'accès aux soins pour tous, comme le souligne le ministre de la Santé publique :

« Depuis 40 ans, la Chine travaille à nos côtés en accompagnant le Gouvernement à relever de nombreux défis en matière de santé publique. La construction de l'hôpital sino-gabonais et, plus récemment, l'affectation de plusieurs médecins chinois et autres personnels médicaux et paramédicaux, participent de la volonté de la République populaire de Chine d'aider le gouvernement gabonais à améliorer l'accès des populations aux soins de proximité. »

Dans cette coopération, l'on peut constater la volonté de construire des hôpitaux au plus près des populations. L'hôpital sino-gabonais est construit dans un quartier habité par des populations économiquement faibles. Cet hôpital situé dans le troisième arrondissement de Libreville est quasiment l'unique structure de santé du service public. Il répond à la politique de la proximité des structures de santé avec les populations. Il regroupe une dizaine de médecins spécialistes, un cuisinier et un interprète, soit 13 coopérants séjournant au Gabon pendant 2 ans et demi. Comme le souligne la directrice de cette structure, c'est ce qui fait la réputation de cet hôpital :

« En 2015, l'hôpital a reçu 60 120 malades. Le plus grand nombre de patients a été surtout dans les services d'ophtalmologie, ORL (oto-rhino-laryngologie), stomatologie, gynécologie et pédiatrie. La médecine générale draine également un grand monde car tous les parents amènent promptement leurs enfants malades dans cet hôpital du quartier. "Nous sommes l'unique hôpital où il n'y a pas besoin de rendez-vous pour être reçu par un médecin spécialiste car selon les coopérants chinois, la maladie ne donne pas de rendez-vous", assure la directrice de l'hôpital »²⁰⁸.

Aussi, en termes d'équipements et de médicaments, la partie chinoise est très bien dotée. Elle veille non seulement à la construction-rénovation des bâtiments, mais aussi à l'approvisionnement des pharmacies internes :

« L'hôpital a été entièrement construit et équipé par la Chine. Chaque année, le gouvernement chinois offre une enveloppe importante à l'hôpital pour l'achat d'équipements et des médicaments. "Tous les médicaments fournis par la Chine sont donnés gratuitement aux malades", ajoute Li Henglin, (...). Plus de 40 ans après sa première mise en service, l'hôpital accuse un certain âge. Il y a quelques années, le complexe a été entièrement rénové. En 2015, le gouvernement chinois a fait un don exceptionnel d'un milliard de francs CFA pour renouveler le plateau technique. "Nous sommes l'un des rares centres de santé qui dispose d'une radiologie numérique", se vante Mme Kouanga, "plus que satisfaite" par l'aide de la Chine »²⁰⁹.

²⁰⁸ Le ministère des Affaires étrangères de la République populaire de Chine, « Hôpital de la coopération sino-gabonaise de Libreville : une œuvre salubre pour les pauvres », 13/04/2016. Disponible en ligne sur : <http://www.fmprc.gov.cn/zflt/fra/zfgx/whjl/t1355125.htm>

²⁰⁹ *Ibid.*

Le centre hospitalier sino-gabonais de Franceville obéit au même principe. En plus des centres hospitaliers qui exercent des activités sanitaires permanentes, la coopération sino-gabonaise a développé une forme de médecine périodique appelée « caravane médicale ». Il s'agit de la caravane menée par la délégation chinoise dans la ville de Bongoville et aux alentours de Franceville. Cette caravane a pour mission la consultation et le traitement gratuit des patients de cette localité. Des spécialistes, onze en tout, ont ainsi pu consulter 1500 patients. Pour les cas graves, ils sont invités à se diriger vers le centre hospitalier sino-gabonais de Franceville pour recevoir des soins approfondis et des opérations chirurgicales, comme le décrit la photographie ci-après.

Photo 1 : Franceville/Coopération Gabon-Chine en matière de santé

Franceville/Coopération Gabon-Chine/Santé

1500 patients bénéficient des consultations et des médicaments gratuits

N.O.
Franceville/Gabon

DANS le cadre de la coopération sanitaire entre le Gabon et la Chine, la mission médicale installée à l'hôpital de la Coopération sino-gabonaise de Franceville, a effectué le week-end dernier une caravane médicale de consultations et de traitements gratuits à Bongoville, chef-lieu du département de Djouari-Agnili, dans le Haut-Ogooué.

Le centre médical de ladite ville a abrité cette caravane conduite par Wu Jin Yuan, médecin ophtalmologue. Au niveau provincial, le directeur régional de santé sud-Est (DRS), Clet Ovono Edzo tenait à cette opération médicale, au regard des insuffisances enregistrées au centre médical de Bongoville en matière de personnel et de médecins spécialistes. Ainsi, le DRS a privilégié la population de cette ville pour bénéficier des consultations gratuites des spécialistes.

A cet effet, onze médecins chinois ont pu consulter, dans les domaines bien spécifiques de l'ophtalmologie, la gynécologie, la chirurgie, la pédiatrie et de la médecine. Au total, 1500 malades ont été examinés, et ont bénéficié des médicaments offerts à la pharmacie, ouverte par les spécialistes chinois sur les lieux.

Les cas les plus difficiles, ainsi que les malades nécessitant une opération chirurgicale, ont été orientés vers l'hôpital de la Coopération sino-gabonaise de Franceville pour une meilleure prise en charge.

Cette caravane médicale gratuite marque la première séance de l'année 2016. La seconde, prévue dans les mois à venir, marquera la fin de cette mission chinoise axée sur la santé, et qui a une durée déterminée de deux ans, conformément à la convention signée entre le Gabon et la Chine.

Cette mission, qui est donc à sa deuxième et dernière année, n'a pas manqué d'exprimer le plaisir qu'elle a à accomplir cette opération. « Nous avons apporté beaucoup de médicaments, pour soigner les maladies locales telles que la fièvre, le paludisme, l'hypertension, la douleur, etc. Nous avons reçu en consultation beaucoup de malades. Mais tout s'est bien déroulé, car nous avons également fourni les médicaments. Nous sommes très heureux de cette collaboration et de travailler dans le domaine de la santé », a indiqué Wu Jin Yuan.

Pour leur part, les malades ont salué l'arrivée de la caravane dans leur localité. « Je suis venu pour l'étouffement dont je souffre. Après la consultation, on m'a donné le médicament. Vraiment, tout s'est bien passé, sans bousculade. La caravane médicale est une bonne initiative qui nous évite les déplacements vers Franceville. Les médecins sont bien disposés et il y a des spécialistes qui nous consultent. Nous sommes très contents », a témoigné un patient.



Un patient examiné par un spécialiste.



Des médicaments ont été fournis sur place



Quelques malades attendant d'être consultés.

Source : Franceville/Gabon, « Franceville/coopération Gabon-Chine/Santé : 1500 patients bénéficient des consultations et des médicaments gratuits.

Disponible sur : [file:///C:/Users/TEMP/Desktop/v20160329%20Franceville-Coop%C3%A9ration%20Gabon-Chine-Sant%C3%A9.pdf

Coopération égypto-gabonaise

La coopération entre l’Égypte et le Gabon date de 1975. Elle concerne plusieurs secteurs, parmi lesquels, la santé. Dans les années 1990, l’Égypte a construit le centre médical égypto-gabonais. Cet hôpital est composé en majorité des médecins égyptiens qui séjournent pendant des années au Gabon. Ce centre de santé fonctionne grâce au financement égyptien. Le gouvernement égyptien fait des dons dans ce sens. Cet hôpital est équipé de plusieurs services parmi lesquels, l’ophtalmologie, la médecine générale, la gynécologie, le bloc accouchement, la maternité, la pédiatrie.

Grâce à ces différents services, le centre de santé égypto-gabonais permet de désengorger le CHUL. Il offre également l’occasion à plusieurs Gabonais, installés dans le 5^e arrondissement de Libreville (quartier Beau-Séjour), de se faire soigner à moindre coût, sinon gratuitement. La majorité des personnes qui vivent dans cette partie de la ville n’ont pas assez d’argent pour assurer leur transport jusqu’au CHUL ou pour aller se faire soigner dans des hôpitaux de fortune. Le centre de santé égypto-gabonais permet aux Gabonais de cette localité d’accéder à des soins de proximité.

Nous avons eu plusieurs fois l’occasion d’interviewer des malades qui exprimaient leur satisfaction vis-à-vis de ces hôpitaux de coopération en comparaison avec les hôpitaux publics gabonais. L’un de nos interviewés signalait ceci : « les Chinois et les Égyptiens sont bien. Eux, ils font de leur mieux. Ils t’accueillent tranquillement, te soignent sans pourtant t’insulter ou te gronder. Franchement, là-bas, ils respectent plus le malade par rapport à nos hôpitaux de l’État. Moi je préfère souvent partir là-bas, c’est mieux. »

Des déclarations similaires ont été avancées plusieurs fois par les malades gabonais. Ces derniers se sentent plus en confiance avec les médecins de coopération plutôt qu’avec les nationaux comme le souligne l’extrait d’entretien suivant :

« Dans les hôpitaux des gabonais, on sait que rien ne fonctionne comme il le faut. Si ce ne sont pas des problèmes de grèves, ce sont les machines qui sont tout le temps en panne ! Vraiment on se demande même pourquoi ces hôpitaux existent puisqu’ils ne nous soignent pas (en riant). Franchement, ce n’est pas une blague, même dans les nouveaux hôpitaux que le gouvernement a inaugurés récemment, ils ont déjà des problèmes pour soigner les gens ».

Ce malaise est symptomatique de la qualité de l'accueil, de la prise en charge et des équipements médicaux. La présence de ces hôpitaux de coopération rend cependant l'État gabonais dépendant des coopérants étrangers. Tel le déploiement de lobbying financier²¹⁰ dans un État, l'implantation de ces hôpitaux de coopération est l'un des moyens de maintenir cette dépendance. La stratégie politique de santé gabonaise est incapable de se matérialiser dans son entièreté, c'est-à-dire de fournir des résultats satisfaisants en termes d'accès aux soins pour tous en comptant sur ses propres efforts (sur ses hôpitaux, par exemple). Pour y parvenir, il lui faut l'apport des coopérations étrangères qui financent leurs propres structures et non celles du pays.

²¹⁰ En référence à l'ouvrage d'Anne Salmon, *Les nouveaux empires. Fin de la démocratie ?*, op.cit., p. 32. Elle décrit le lobbying en ces termes : « Le lobbying présente effectivement le risque d'une formation de l'intérêt général à partir des intérêts particuliers de ceux qui entrent dans cette course à l'influence dotés de moyens que nul citoyen ne pourrait mobiliser. Il peut entraîner des déséquilibres en contribuant à modeler le bien commun avec des armes de nature financière et technocratique susceptibles de faire valoir des intérêts privés auprès des élus politiques en dehors du débat public. C'est en ce sens que la généralisation du lobbying est symptomatique de nouvelles tensions entre les pratiques capitalistes et la démocratie. ». Nous pouvons nous saisir de cet extrait pour aussi se projeter sur l'influence que la Chine et l'Égypte exerce sur l'État Gabonais.

2.2. Pour une politique de santé nationale

Après avoir examiné les interventions des organisations internationales et des pays étrangers, cette sous-section se focalise sur l'analyse de la stratégie politique nationale de santé. Il s'agit d'interroger l'évolution des programmes émanant de l'Etat gabonais. Parmi les mesures politiques de santé, il y a celles qui concernent le volet juridique et celles qui sont relatives au volet opérationnel. Cette synergie entre différents secteurs permet aux pouvoirs publics de s'affirmer comme étant les garants de la santé publique au Gabon.

Cet engagement reste teinté de pratiques visant la quête du profit personnel au détriment de l'intérêt commun. L'éthique, la déontologie, ne valent rien dans ce milieu corrompible qui fait que la stratégie adoptée est en réalité faiblement appliquée. La santé au CHUL est un fonds de commerce qui fait apparaître qu'une loi en elle-même ne vaut pas grand-chose : ce qui compte c'est sa mise en œuvre. C'est tout le problème au Gabon. Le pays dispose d'une batterie de lois sur la santé qui donne l'impression d'un encadrement de la santé publique. Mais la mise en œuvre pose un véritable problème. Il existe un fossé entre la théorie et la pratique. En quoi consiste la stratégie politique de santé au Gabon et d'où viennent ses faiblesses ?

- Stratégie juridique

Au Gabon, la santé et la protection sociale sont régies par la loi n° 3/91 du 26 mars 1991 portant Constitution. C'est un ensemble de textes qui soulignent la volonté de l'État à préserver la santé de toute la population gabonaise. Dans l'article 1^{er}, alinéa 8, il est affirmé que l'État assure la protection de toute la population en matière de santé et de sécurité sociale. C'est sur la base de cette loi fondamentale qu'émergent la loi 8/91 et la loi 12/95 réglementant le système de santé au Gabon. L'intérêt de se pencher sur ce volet juridique est celui d'établir l'écart qui existe entre les textes de lois et leurs mises en œuvre sur le terrain. Cette posture a pour but de comprendre les raisons de ce décalage entre l'adoption d'une loi et sa pratique sur le terrain. C'est également ce qu'Anne-Chantal Hardy explicite en ces termes :

« Le droit est mobilisé par la sociologie de multiples manières. (...). Autrement dit, la règle juridique produit une norme symbolique qui se distingue des faits et de leur interprétation par le sociologue. (...). Il s'agit d'évaluer la

nature et le niveau de la rupture qui peut s'observer entre l'énoncé de la règle et sa réalisation »²¹¹.

Gratuité des soins pour les fonctionnaires (loi 8/91)

La loi 8/91 relève d'une stratégie politique visant à assurer la santé d'une catégorie sociale particulière, à savoir les fonctionnaires, ce qui est assez singulier. Elle est adoptée le 26 septembre 1991 sous la bannière du statut général des fonctionnaires à son article 122. Cet article souligne que « le fonctionnaire ainsi que ses conjoints et ses enfants à charge ont droit aux visites médicales et soins gratuits dans les dispensaires, centres médicaux et hôpitaux de la santé publique »²¹².

Cette loi à priori extrêmement favorable aux fonctionnaires fait pourtant l'objet d'un bilan mitigé. Les fonctionnaires gabonais ont des souvenirs partagés sur ce qu'ils ont vécu avec la loi 8/91. Deux positions tranchées se dessinent clairement : ceux qui pensent que les années postindépendance ont été les meilleures et ceux qui soutiennent que c'était difficile d'accéder aux soins malgré la loi 8/91. Les anciens fonctionnaires du Gabon, ceux-là qui ont travaillé depuis les indépendances, restent très nostalgiques de ce qu'ils appellent « la belle époque ». Pour eux, c'est la meilleure époque du Gabon. Les Gabonais sortent de la colonisation et prennent les commandes du pays. Soulagés d'être sortis du joug colonial, ils ont tous foi en la classe politique. L'élite gabonaise, qui a œuvré pour la libération de son territoire, est fortement animée par le désir de voir la population gabonaise s'épanouir, l'extrait d'entretien ci-après permet de l'explicitier comme suit :

« Les politiciens avaient une grande influence, on les aimait. Il y a eu quelques années après les premières élections présidentielles, la formation de nombreux groupes d'animations traditionnelles pour chanter notre attachement au pouvoir en place. On voulait honorer les délégations gouvernementales à chacune de leurs sorties et rentrées officielles. Chacun pouvait trouver du travail. À Libreville, il y avait deux hôpitaux de référence, l'hôpital Jeanne Ébori pour les salariés du privé et l'hôpital général qui prenait tout le monde. Il n'y avait pas encore beaucoup d'hôpitaux et de pharmacies comme à présent. Quand on tombait malade, les hôpitaux étaient accessibles. Tu y vas, on te soigne. On te

²¹¹ A.-C. Hardy, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Éditions Presses de l'école des hautes études en santé publique, Rennes, 2013, p.47.

²¹² HEBDO Information, *Statut général des fonctionnaires*, Libreville, le 27 septembre 1991, n°239.

donne les médicaments soit pour toi ou pour les enfants. On devait juste payer au bureau d'entrée de l'hôpital général (CHL) un carnet de santé, le reste ne coûtait rien. Que ce soit pour voir un médecin, pour faire les examens médicaux et les médicaments, tout était gratuit. Bon, à mon âge, je ne maîtrise plus comment ça se passe mais je vois juste les gens qui se plaignent. »

La tranche des fonctionnaires gabonais qui n'ont pas connu « la belle époque » mais qui ont travaillé pendant la loi 8/91 ont un tout autre avis. Ces fonctionnaires pensent qu'il est difficile de se soigner, même quand la loi 8/91 était d'actualité. La plupart de ces fonctionnaires n'ont pas vu de différences majeures entre l'avant et l'après loi 8/91. Pire, beaucoup d'entre eux ignorent l'existence de cette loi. En fait, cette loi survient alors que d'énormes problèmes freinent déjà l'accès aux soins dans les structures de santé. Car dans les années 1980, le système de santé gabonais souffre de nombreuses paralysies. À partir de 1985, toutes les évaluations sur les SSP démontrent leurs échecs²¹³. On y pointe le manque de matériel, le manque d'entretien des structures de santé ; le manque de personnel et de médicaments. C'est à cette période que la santé au Gabon a cessé de progresser.

Face à cette situation, l'accès aux soins de santé s'est considérablement détérioré comme on peut le constater au travers du taux de couverture vaccinale. Le rapport d'évaluation de la coopération française rédigé en 2002, parle d'un taux en décroissance totale. La couverture vaccinale est passée de 88 % en 1985 à 17 % en 2001²¹⁴. Comme le souligne le même rapport : « La dimension scandaleuse de la situation résidant dans le fait qu'un des pays les plus riches du continent se retrouve avec une des plus mauvaises couvertures vaccinales »²¹⁵. Les fonctionnaires ont donc vécu cette détérioration. Ce qui fait que lorsque le Gouvernement adopte la loi 8/91, ils espèrent une amélioration du traitement des fonctionnaires en matière de santé. Or, dans les faits, il n'y a pas d'amélioration. Certains de nos interlocuteurs, fonctionnaires du ministère de la Fonction publique, parlent d'effet d'annonces et de publicité politique sans réelle volonté de mise en application.

Il ressort par ailleurs que la mise en œuvre de la gratuité des soins des fonctionnaires qui a conduit à « la médecine de classes », c'est-à-dire à l'accès aux soins de santé en fonction du

²¹³ M. Agondogo et P. Ngomo, *Mise en œuvre de la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique : Analyse de la situation et estimation des besoins en vue de la préparation des plans nationaux d'actions conjointes*, Libreville, 2009, p.15.

²¹⁴ C. Damour et al., *Évaluation de la coopération française dans le secteur santé au Gabon (1990-2001)*, op.cit., p. 14

²¹⁵ *Ibid.*

statut et du positionnement dans la hiérarchie sociale. La catégorie socioprofessionnelle a encore de nos jours un impact réel. Les fonctionnaires de catégorie supérieures sont mieux accueillis et mieux pris en charge que les fonctionnaires de catégories moyenne ou inférieure. L'extrait d'entretien ci-après explicite cette différenciation des patients fonctionnaires au CHUL et ce, dès le début des années 1990. C'est-à-dire au moment de l'instauration de la gratuité des soins pour tous les fonctionnaires qui normalement aurait dû, au moins à l'intérieur de cette catégorie, instituer des formes d'égalité de traitement. Or, ainsi qu'il est rapporté :

« Au début des années 1990, l'hôpital général, le premier hôpital des fonctionnaires, nous traitait avec beaucoup d'inégalité. Un jour, au cours d'un rendez-vous de consultation pour ma fille, je l'ai vécu. Je suis arrivé en premier avec ma fille pour voir un médecin. J'avais rendez-vous à 9h30, je suis arrivé en salle d'attente à 9h15. Il fallait attendre l'heure du rendez-vous, sauf que le médecin n'est arrivé qu'à 10h30. Au même moment, c'est un monsieur fonctionnaire, que je connaissais, qui venait également mais pour un rendez-vous prévu à 11h. Ce monsieur était chef de service au ministère du Travail, il était véhiculé et avait une voiture très confortable, en costume, cravate (bref), un habillement de haut cadre de la fonction publique. Dès son arrivée, on aurait cru qu'il était aussi de ce service médical. La secrétaire l'a accueilli chaleureusement et s'est empressé de le laisser entrer dans le bureau du docteur avant moi ! Je suis resté calme à attendre avec ma fille. On a l'impression qu'il est prioritaire par rapport à moi qui suis juste un fonctionnaire simple. »

En accueillant le haut fonctionnaire avec toutes les révérences possibles, le personnel estime que le pourboire, la générosité, le cadeau, va être conséquent, contrairement à celui d'un simple fonctionnaire. La loi 8/91 est un cas d'école significatif des difficultés à impulser des pratiques égalitaires effectives. Dans ce domaine, il apparaît que la législation, à elle seule, ne suffit pas à introduire des changements concrets. Après 4 ans d'existence, cette loi a disparu sans avoir accompli sa mission et n'a pas fait l'objet d'une évaluation. Elle sera abrogée par la loi 12/95.

Adoption de la loi 12/95

Avant la promulgation de la loi 12/95, la stratégie politique de santé au Gabon est fondée sur la réappropriation des résolutions d'Alma-Ata avec, en tête, les Soins de Santé Primaires (SSP). Depuis lors, l'État gabonais a toujours fonctionné sur la base des mesures sectorielles. Dans le secteur public, la loi 8/91 prévoit la gratuité des soins pour les fonctionnaires. Tandis que dans le secteur privé, les travailleurs bénéficient d'une couverture médicale financée grâce aux cotisations patronales de 4,1% et gérées par la CNSS (Caisse Nationale de Sécurité Sociale). Le reste de la société, c'est-à-dire les agents contractuels de l'État, les travailleurs indépendants et les indigents sont couverts par la CNGS (Caisse Nationale de Garantie Sociale) à travers une dotation budgétaire de l'État.

En 1995, le système national de santé est au bord du gouffre, il va de dysfonctionnement en dysfonctionnement. La mauvaise gestion administrative, les carences financières de l'État, la vétusté des hôpitaux publics et parapublics provoquent une situation intenable. Les pouvoirs publics sont ainsi amenés à repenser le système de santé. La gratuité des soins est remise en cause. L'État s'achemine vers une politique de santé participative préconisée par l'Initiative de Bamako. Ce qui marque un tournant important. D'où l'adoption de la loi 12/95 survient après la modification de la Constitution de la République gabonaise. Aussi, dans l'article 3, il est dit : « l'État selon ses possibilités garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, aux handicapés, aux vieux travailleurs et aux personnes âgées, la protection de la santé » ; l'article 5 précise : « La nation proclame la solidarité et l'égalité de tous devant les charges publiques en matières de santé. Chacun doit participer, dans la mesure de ses ressources, au financement de ces charges ».

En 1991, les travaux sur la réforme de la politique de santé débutent sous la responsabilité du ministère chargé des Affaires sociales. Ces travaux ont abouti, en avril 1992, à la tenue des états généraux de la santé dont les conclusions sont résumées en trois objectifs :

- 1) le projet d'harmonisation du système de santé ;
- 2) la loi d'orientation de la politique de santé du Gabon ;
- 3) le Plan National d'Action Sanitaire²¹⁶.

²¹⁶ C. Damour et al., *Évaluation de la coopération française dans le secteur santé au Gabon (1990-2001)*, op.cit., p. 29.

Le premier objectif renvoie à la performance. Il s'agit désormais de rendre performant le système de santé. Une triple action est évoquée comme le souligne le rapport de Caroline Damour et *al.* sur l'*Évaluation de la coopération française dans le secteur santé (1990-2001)*. Il s'agit :

- 1) d'une harmonisation des secteurs public et parapublic ;
- 2) de la promotion de la planification sanitaire ;
- 3) de la mise en place de la gestion dans le mode d'organisation et de fonctionnement des établissements de soins²¹⁷.

Le second objectif renvoie à l'élaboration de la loi d'orientation de la politique de santé du Gabon, encadrée par l'ordonnance 001/95 du 14 janvier 1995. Il vise une meilleure efficacité du système de santé gabonais. Il s'agit de :

« (...) doter la nation d'un système de santé efficace, souple et accessible à tous les citoyens, quelle que soit leur situation sociale et géographique » (article 6).

Elle reconnaît la coexistence de trois systèmes : le service public de santé (institutions et formations sanitaires financées par l'État, les collectivités locales, les tiers payants ou reconnus d'utilité publique), le secteur privé (lucratif et non lucratif) et la médecine traditionnelle. Les principales orientations de cette loi portent sur l'acceptation du recouvrement des coûts mettant officiellement un terme à la gratuité des soins, la création du service public de santé, l'autonomie de gestion des hôpitaux, et la prise en compte d'une carte sanitaire comme étant « instrument fondamental de coordination et de planification de la politique nationale de santé » (article 41) »²¹⁸.

Autrement dit, cette loi vise :

- « la protection de la mère et de l'enfant ;
- le renforcement du système de prévention, en insistant en particulier sur la médecine préventive, l'hygiène publique et l'assainissement, l'information, l'éducation et la communication en matière de santé ;
- la protection des groupes de population vulnérables tels que les malades mentaux, les handicapés et les personnes âgées ;

²¹⁷ C. Damour et *al.*, *Évaluation de la coopération française dans le secteur santé au Gabon (1990-2001)*, *op.cit.*.

²¹⁸ *Ibid.*

- la création d'un service public de santé diversifié faisant intervenir plusieurs acteurs et dont l'efficacité implique une véritable coordination au niveau des investissements et une recherche systématique des complémentarités ;
- la définition de la carte sanitaire comme instrument fondamental de coordination et de planification de la politique nationale de santé ;
- la redéfinition des mécanismes de financement du service public de santé afin d'assurer à tous l'équité des contributions à l'effort de santé et l'égalité des conditions d'accès aux soins. Cette redéfinition implique une réforme institutionnelle de la protection sociale ;
- le transfert de certaines responsabilités aux formations sanitaires, par la réforme des procédures budgétaires et la décentralisation de leur gestion ;
- la précision des grandes lignes à suivre pour redynamiser les ressources humaines par une administration rationnelle des personnels existants, la planification du recrutement et de la formation, l'amélioration des conditions de vie et de travail des professionnels de la santé ;
- la définition de la politique des médicaments et des matériels médico-chirurgicaux qui vise à assurer :
 - la permanence, dans toutes les structures du service public de santé, des médicaments et des matériels nécessaires à leur fonctionnement ;
 - la sécurité des consommateurs des médicaments »²¹⁹.

Sur la base du rapport d'évaluation des activités de soins de santé primaires²²⁰ de l'hôpital Albert Schweitzer à Lambaréné²²¹, nous avons pu retracer le parcours des soins de santé participatifs au Gabon²²². Les activités des Centres de Santé Communautaires (CSC) ont lieu dans les locaux standards construits par le ministère de la Santé publique. Dans ces CSC, les infirmiers titulaires sont à la charge de l'État ou de l'Assemblée départementale. Les

²¹⁹ Ministère de la Santé, des Affaires sociales, de la Solidarité et de la Famille, *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015*, 2010, pp. 13-14.

²²⁰ M. Diallo et B. Ninteretse, *Évaluation des activités de soins de santé primaires de l'hôpital Albert Schweitzer à Lambaréné (Gabon)*, Éditions Médecine Tropicale, Libreville, 2007.

²²¹ Capitale provinciale du Moyen-Ogooué.

²²² On parle également de recouvrement des coûts, selon Mamadou Mariki : « Par système de recouvrement des coûts, il faut entendre la prise en charge de tout ou partie des dépenses de santé par les bénéficiaires (en générale les malades), cité dans J. Brunet-Jailly (Sous dir.), *Se soigner au Mali : une contribution des sciences sociales*, Éditions Karthala, Paris, 1993, p.247.

autres personnels de santé sont payés par la communauté villageoise. Chaque centre rural est visité une fois tous les quinze jours par le médecin responsable et chaque centre urbain toutes les semaines.

Au cours d'une consultation, le patient est reçu par un aide-soignant payé par la communauté. Il est chargé d'inscrire le patient sur un cahier de réceptions. Il lui prend les constantes (température et poids). Par la suite, l'aide-soignant procède à l'encaissement du montant de consultation à raison de 1 000 francs CFA (soit environ 1,50 euro) pour les adultes et 500 francs CFA (0,75 euro) pour les enfants. Sauf pour les personnes identifiées comme indigentes par la communauté, pour qui la consultation est gratuite. Par la suite, le patient est autorisé à rencontrer l'infirmier qui lui vérifie sa tension et établit un diagnostic et l'ordonnance. Enfin, le patient se rend en pharmacie pour recevoir les médicaments.

Le recouvrement de la somme de 1000 francs CFA est reparti comme suit : 500 francs CFA sont versés directement à la caisse du centre qui est gérée collectivement. Cette somme permet de racheter les équipements nécessaires d'une part, et d'autre part, ils servent à indemniser le personnel qui est directement géré par cette caisse. Les 500 francs CFA qui restent sont quant à eux versés sur un compte bancaire en vue de l'approvisionnement du centre en médicaments.

Il existe un compte bancaire sur lequel le trésorier du comité verse tous les mois l'ensemble des recettes du CSC. Ce versement est supervisé par le médecin du Service de Santé Communautaire (SSC) et le comptable de l'hôpital Albert Schweitzer (HAS). Ce dernier est chargé de faire le rapport entre le versement mensuel et le nombre de malades reçus. Le règlement des factures de médicaments est effectué par virement visé du médecin SSC, du directeur de l'HAS et du directeur régional de la santé, suite à un accord du comité de santé. Au travers de l'HAS, on peut constater qu'il existe un circuit de recouvrement qui inclut plusieurs acteurs.

Cependant, ce système de recouvrement ne permet pas de couvrir tous les besoins de santé de l'hôpital. Cet hôpital se voit souvent obligé de se tourner vers un financement supplémentaire. Ceci en vue, par exemple, d'améliorer les séances d'éducation pour la santé dans cette partie du pays. Car sur toutes les politiques du moment, près de 90% ne concernent que la médecine curative.

Décret sur la gratuité des soins au CHL, volonté ou propagande politique ?

En février 2006, le Premier ministre gabonais Jean Eyeghe Ndong, communément appelé « ministre du Social », annonce dans une communication aux sénateurs que les patients paient par an 600 millions de FCFA au CHL. Selon lui, face à cette charge, il importe de réfléchir sur les moyens d'alléger les dépenses des ménages en matière de santé. L'un des moyens est d'inscrire cette charge dans le budget de l'État 2007²²³. Cette stratégie se concrétise au travers de l'annonce du décret n°104/PR/MSP du 15 janvier 2007²²⁴, fixant les modalités de prise en charge des malades dans les formations sanitaires publiques.

Dans son article 2, ce décret souligne que les dispositions s'appliquent au Centre Hospitalier de Libreville. L'application dans les autres formations sanitaires publiques fera l'objet d'un arrêté du ministre chargé de la Santé publique. L'article 4 de ce décret énonce les bénéficiaires de cette mesure :

- les agents publics civils et militaires et leurs ayants droit ;
- les membres des institutions constitutionnelles et leurs ayants droit ;
- les retraités de l'État et leurs ayants droit ;
- les élèves et étudiants ;
- les ministres du culte et assimilés ;
- les personnes économiquement faibles²²⁵ et leurs ayants droit ;
- les assujettis de la caisse nationale de garantie sociale ;
- les personnes non affiliées à un organe de protection sociale ;
- les usagers assurés sociaux de la caisse nationale de sécurité sociale²²⁶.

L'article 6, de ce décret fait mention de l'ensemble des soins concernés. Il s'agit des soins externes, c'est-à-dire de l'ensemble des soins requis par l'état de santé d'un malade non hospitalisé, qu'il s'agisse de consultations médicales, de soins infirmiers, de soins dentaires, d'examens radiologiques, d'examens de laboratoire, de petite chirurgie ou de toute autre prestation à caractère médical ou paramédical, sont également considérés comme soins externes, les examens périodiques et les visites médicales.

²²³ Infosplusgabon, « La propagation des maladies à l'échelle internationale menace la santé, l'économie et la sécurité », mis en ligne le 25 février 2007.

Disponible en ligne sur : http://www.infosplusgabon.com/article.php3?id_article=1430.

²²⁴ Hebdo informations N°447 du 15 février 2007, décret n°104/PR /MSP du 15 janvier 2007.

²²⁵ Ces personnes sont définies selon l'article 7 de la loi n°10/82 du 24 septembre 1983 portant code de garantie sociale. Cité dans Hebdo informations N°447 du 15 février 2007, décret n°104/PR /MSP du 15 janvier 2007

²²⁶ Concernés par l'ordonnance n°29/77 du 7 juillet 1977 instituant une couverture des frais d'hospitalisation dans les formations sanitaires de type universitaire ou de première catégorie.

Une fois ce décret adopté, on s'aperçoit comme Olivier de Sardan et Valéry Ridde²²⁷ l'avaient déjà signalé dans le contexte sanitaire du Burkina Faso, du Mali et du Niger, des difficultés d'application pour la mise en place effective de la gratuité des soins :

« On retrouve dans la santé les mêmes difficultés qui pèsent plus généralement sur toutes les politiques publiques dans les pays du Sahel : des mesures annoncées de façon "politicienne", sans études de faisabilité ou projets pilotes, sans que les mesures techniques ne soient prêtes, sans que les usagers et les professionnels aient été consultés et suffisamment associés, sans que l'État ne soit en mesure de tenir ses engagements, et qui sont dépendantes de la bonne volonté éventuelle des bailleurs de fonds ou des ONG du Nord »²²⁸.

Le décret sur la gratuité des soins au CHL a du mal à se mettre en pratique. Un mois après la publication du décret sur la gratuité des soins, on peut voir, dès l'entrée du CHL, de grands tableaux, avec une écriture en rouge sur fond blanc, qui donnent des informations sur les modalités à suivre pour pouvoir profiter de la gratuité des soins. Ce décret a incité les populations à fréquenter le CHL. L'on peut observer une importante circulation de personnes dans tout l'hôpital :

« Il est 9h30 lorsque nous sommes au grand portail du CHL (l'entrée principale de l'hôpital). On peut observer une importante circulation des piétons et des automobilistes. Le portail est grandement ouvert pour faciliter la circulation. Sur les trottoirs, on observe un mouvement de personnes qui entrent dans l'hôpital. Certains sont accompagnés, surtout pour ceux-là qui ne se sentent pas bien, et d'autres sont tout seuls. Ils ont tous l'air pressés d'arriver dans l'hôpital. Chacun prend le temps de marquer une courte pause de deux minutes environ pour lire rapidement ce qu'il est inscrit comme consignes sur un grand tableau situé juste à l'entrée. Avec les écrits en grands caractères rouges sur fond blanc. Aussitôt fini, ils poursuivent leur route vers les services qui les intéressent. Au niveau du service des consultations externes, plusieurs malades attendent. Certains sont debout et d'autres assis sur les bords du bâtiment. Tous attendent d'être reçus par un médecin. Cette affluence est la même dans les services de maternité ».

²²⁷ J-P Olivier de Sardan et V. Ridde (Sous dir.), *Une politique publique de santé et ses contradictions : gratuité des soins au Burkina-Faso, au Mali et au Niger*, Éditions Karthala, Paris, 2014, p.7.

²²⁸ *Ibid.*, pp.81-82.

Mais au-delà de cette affluence, qu'en est-il vraiment de la gratuité des soins au CHL ?

Le CHL rencontre d'énormes difficultés de fonctionnement. Le financement de l'État s'est avéré bien en deçà des attentes de l'hôpital. À cela s'ajoute la présence des services dits "intouchables" au CHL. Tous ces problèmes ont engendré ce que nous avons appelé la « restriction sélective de la gratuité des soins au CHL ». Selon un membre du personnel interviewé, la question de la capacité d'accueil au CHL se pose : Notre interlocuteur poursuit en disant que « *le CHL a beau être l'hôpital de référence au niveau national, il n'en demeure pas moins qu'il présente de nombreuses insuffisances* ». Ce qui a conduit l'Administration à faire un état des lieux du fonctionnement du CHL en vue d'évaluer ses insuffisances. C'est sur la base du compte rendu de la réunion de la Commission chargée du suivi de la mesure portant gratuité des soins au CHL²²⁹ que l'on se rend compte de l'ampleur des carences de cet hôpital.

Présidée par son Directeur général et avec la participation des responsables de chaque service, il ressort de cette commission que le CHL accuse deux déficits majeurs. Le premier renvoie au sous-effectif et le second à une insuffisance du matériel de travail.

L'effectif du CHL. Selon ce rapport, il manque douze (12) médecins parmi lesquels, 6 médecins spécialistes, 5 gynécologues et 1 médecin ORL (oto-rhino-laryngologie). Dans le service de maternité, il manque 6 médecins spécialisés et 26 sages-femmes. Il faudrait 34 infirmiers d'État et 55 infirmiers assistants. Les secrétaires de santé et les brancardiers ne sont également pas en effectif complet parce qu'il faut 9 secrétaires de santé et 20 brancardiers. Le CHL est dans le besoin d'un technicien supérieur en génie sanitaire et hygiène publique et 8 techniciens supérieurs de bloc. Enfin, nous notons un besoin de 30 techniciennes de surface.

Le matériel de travail. Il ressort que le CHL a de réels besoins techniques, couplés avec de nombreuses pannes : panne des appareils de reprographie, panne et manque d'entretien de l'équipement biomédical. Il faut une intervention d'ensemble sur le matériel médical et chirurgical : bloc opératoire, imagerie, urgences, réanimation, laboratoires. Il manque de l'eau dans certains services comme les services de traumatologie et des urgences. Il faut aussi l'achat d'un groupe électrogène, d'une nouvelle batterie de cuisine et la réfection du réseau téléphonique. La vétusté des locaux et le non-renouvellement du matériel médical sont des situations qui prévalent dans tous les services du CHL. Aussi, les services très

²²⁹ Compte rendu de la réunion de la Commission chargée du suivi de la mesure portant gratuité des soins au CHL, fait à Libreville le 13 avril 2007.

importants comme ceux de la radiologie et de la traumatologie sont fermés pour des raisons de travaux.

Il se pose aussi un problème de places disponibles. La maternité ne dispose pas de lits en nombre suffisant. Ces priorités définies par tous les chefs de service prennent en compte le ravitaillement en équipement d'anesthésie au bloc opératoire gynéco-obstétrique. Reconnaissant aussi que le service d'orthopédie n'est pas épargné par les nombreux problèmes qui minent la structure hospitalière, cette institution ayant atteint le seuil de sa capacité d'accueil, elle n'a pas bénéficié de structures nouvelles, adaptées à la croissance démographique. C'est dans ce sens que le directeur des ressources humaines du CHL dit que : *« Le site est devenu petit. Il n'y a plus de place. »*

En plus de cela, il y a une autre préoccupation fondamentale liée à l'apport financier de l'État. Autrement dit, on s'est interrogé sur le financement de la gratuité des soins, plus précisément sur les raisons qui ont entraîné la restriction de la prise en charge. Il ressort de nos données d'enquêtes de terrain que le financement de l'État pour la mise en œuvre de la gratuité des soins au CHL a été versé sur le compte de l'hôpital et géré par son agence comptable. D'après le directeur des ressources humaines du CHL, ce montant s'élève à 600 millions de francs CFA, soit environ 850 000 euros. Ce même interlocuteur souligne que :

« Il s'est avéré que le montant versé par l'Etat est insuffisant, au regard des difficultés internes que traversait le CHL. Il y avait les services de radiologie et de traumatologie qui sont complètement fermés pour cause de travaux, alors que ce sont des services clés. La direction du CHL avait pensé d'abord à finir ses travaux avec le montant qui lui avait été versé ».

À un autre, agent de la direction des affaires financières (DAF), de préciser que :

« Cette somme ne pouvait pas permettre que la gratuité des soins soit appliquée telle qu'elle avait été annoncée. De plus, la gratuité des soins pose des problèmes qui coûtent cher, si on évalue seulement ce montant à partir des besoins du CHL avant l'exécution de la gratuité des soins, il est insuffisant. Pour que le CHL soigne le malade d'une manière générale, il a besoin de 47 milliards de francs CFA par an. Si l'on s'en tient au montant de 600 millions de francs CFA, on ne peut pas parler de gratuité des soins au CHL mais tout simplement d'une partie de restructuration de ses locaux. En fait, la détermination du montant versé n'a pas fait l'objet d'une étude, c'est un montant déterminé ».

arbitrairement. En février 2006, le Premier ministre a annoncé dans une communication aux sénateurs que les patients paient par an 600 millions de FCFA au CHL, sans préciser si ces frais payés par les patients ne concernent que les consultations ou d'autres dépenses pour les soins de santé. Il n'a pas précisé les détails comme les actes du médecin, les examens (...). Du coup, le CHL a été surpris dans cette décision et mis devant le fait accompli ».

On se rend compte que cette structure hospitalière accumule déjà des insuffisances avant la mise en place de la gratuité des soins. Ajouté à cela l'insuffisance des subventions de l'État, –cette situation va entraîner *de facto* la restriction sélective de la gratuité des soins. Comme le souligne un agent à la DAF : « *D'emblée, les services qui se retrouvent avec un manque de spécialistes important sont mis à l'écart. De même pour les services qui ont un plateau technique en panne* »²³⁰. C'est cette démarche de disqualification progressive qui constitue ce que nous avons appelé le processus de restriction de la prise en charge dans la gratuité des soins au CHL.

Soulignons par ailleurs que le CHL est constitué de quarante-deux (42) services²³¹ or, tous les services ne font pas l'objet de la gratuité des soins. Le CHL n'a sélectionné que trois services appelés « services pilotes » pour expérimenter ce dispositif. Si l'on s'en tient aux propos du directeur général de cet hôpital, il s'agit d'un point de départ en vue d'élargir plus tard la gratuité des soins à tous les autres services. Le choix de restreindre l'application du décret à quelques services, - à savoir le service de consultation externe (gynécologie externe ; ORL ; ophtalmologie ; pédiatrie ; consultation médecine et stomatologie), le BOGO (accouchement) et l'oxiologie (les urgences) n'est pas en faveur des malades.

L'application de la gratuité des soins à partir de ces trois services pilotes s'avère insuffisante au regard des 39 services qui sont écartés par l'administration de cet hôpital, alors que le but de ce décret est de soulager les bénéficiaires des coûts de santé onéreux. Si l'on prend le cas de l'endocrinologie-service de médecine B du CHL, ils ne répondent pas aux attentes de la population confrontée à ce que les experts appellent la situation épidémique du diabète²³². Le CHL enregistre près de 2 300 cas en 2001, il compte maintenant (2009) 6 000

²³⁰ Compte rendu de la réunion de la Commission chargée du suivi de la mesure portant gratuité des soins au CHL, *op.cit.*

²³¹ Direction des affaires médicales, n°184, MSHPPF/CHL/DG/DAM/CE.

²³² M. P. Ntyonga-pono et C. Nguemby-Mbina, *Le Diabète sucre à Libreville : Prévalence et perspectives*, Médecine d'Afrique Noire, 1996, p.1.

Disponible en ligne sur : <http://www.santetropicale.com/Resume/74307.pdf>

cas de diabétiques (sans compter les cas enregistrés dans les autres formations sanitaires du pays). Dans ces services, la place hospitalière des diabétiques a quadruplé en 10 ans, le pourcentage de diabétiques hospitalisés est passé de 2,7 % en 1984 à 10,57 % en 1994. Depuis 1992, les deux tiers des patients reçus en consultation sont diabétiques. Les experts estimaient déjà un large dépassement des 20 % pour le début des années 2004²³³. Ces chiffres font redouter une explosion de cette pathologie au Gabon.

Les dépenses liées à cette maladie sont coûteuses, à partir du moment où un diabétique sous insuline dépense environ 45 000 francs CFA par mois, soit 540 000 francs CFA²³⁴ par an (pour l'insuline). À ces dépenses, il faut ajouter le coût des examens de suivi qui varie entre 20 000 francs CFA et 30 000 francs CFA l'examen²³⁵. Face à cette réalité, nous pouvons convenir que la participation de ce service à la gratuité des soins aurait vraiment permis de soulager les patients.

En plus de ce service, il y a également celui de neurologie. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) représentent le premier motif d'admission dans les services de neurologie. Ils sont l'une des causes les plus importantes de handicap des adultes au Gabon. Dans ce service, le montant des examens n'était pas à la portée de tous. Les examens comme l'EEG²³⁶ coûtent 15 000 francs CFA (soit 22,50 euros) ; un EMG²³⁷ coûte 25 000 francs CFA (soit 37,50 euros). Sur la base d'une comparaison des prix entre le service de neurologie et les services de consultations externes, l'on constate que les examens dans les services de consultations externes s'élèvent en moyenne à 5 000 francs CFA (soit 7,50 euros). Que ce soit pour la vue, pour les dents, pour les oreilles et autres, tandis que dans le service de neurologie, l'examen le moins cher s'élève à 15 000 francs CFA (soit 22,50 euros). Au cours d'une étude, en 2002, sur les aspects épidémiologiques et évolutifs des accidents vasculaires cérébraux (AVC)²³⁸ au CHL, il a été mentionné que :

« Sur les 255 patients hospitalisés dans le service de neurologie, 205 avaient été admis pour accident vasculaire cérébral. L'accident vasculaire cérébral est survenu dans 59 % des cas chez des sujets âgés de moins de 55 ans et les patients sans emploi représentaient 50,20 % de l'échantillon de l'étude »²³⁹.

²³³ M. P. Ntyonga-pono et C. Nguemby-Mbina, *Le Diabète sucre à Libreville : Prévalence et perspectives*, op.cit.

²³⁴ Soit environ un total de 812 euros par an

²³⁵ 45 euros

²³⁶ Electroencéphalogramme

²³⁷ Electromyogramme

²³⁸ K. Ndouongo philomène et al., *Aspects épidémiologiques et évolutifs des accidents vasculaires au Centre hospitalier de Libreville (Gabon)*, African journal of Neurological sciences, 2002.

²³⁹ Ibid.

Ces données révèlent que la tranche des patients sans emploi est la plus touchée. Elle représente un peu plus de la moitié des malades hospitalisés dans ce service, soit 50,20%. Aussi, les retraités représentent un tiers de ces malades. Une des difficultés de ces deux couches sociales réside dans leurs ressources financières qui sont faibles, voire quasi absentes pour les chômeurs.

Ainsi, en tenant compte de cette situation, la gratuité des soins aurait pu permettre à ces bénéficiaires volontairement écartés de se soigner à moindre coût. À partir du tableau ci-après, l'on peut observer par catégories sociales, l'ensemble des couches sociales privées de la gratuité des soins.

Tableau 5 : Répartition des patients en neurologie selon les couches sociales

Professions	Total des hommes et femmes (%)
Retraité	64 (25, 10)
Fonctionnaire	32 (12, 55)
Particulier	10 (3, 92)
Sans emploi	128 (50, 20)
Autres	21 (8, 24)

Sources : Ph. Kouna Ndouongo et al., *Aspects épidémiologiques et évolutifs des accidents vasculaires au Centre hospitalier de Libreville (Gabon)*, African journal of Neurological sciences, 2002.

Ces malades accusent des difficultés à se faire soigner en neurologie. Les sans-emploi par exemple, représentent plus de la moitié des patients de ce service.

La restriction dans la prise en charge des services concernés par la gratuité des soins est aussi une sélection qui découle de l'influence de certaines personnalités du CHL. En effet, au CHL, il existe des services dits « intouchables ». Un agent du service du bureau des entrées souligne que « *certain services ne sont pas concernés par la gratuité des soins au CHL parce qu'ils ne fonctionnent pas sous les ordres de la direction générale. En fait, en dehors des directives de la direction générale du CHL sur la gratuité des soins, il y a déjà d'autres décisions parallèles* ». Ce même interlocuteur ajoute que :

« Ce sont les grands médecins qui le font. Ils font de ces services leur propriété privée. Ces hautes personnalités sont des médecins qui ont en même temps de hautes responsabilités politiques. Tu vois, on se retrouve avec des espèces de "cliniques privées" si on peut les appeler comme ça dans les locaux du CHL. Ces services bénéficient du matériel et des médicaments de l'État. Pourtant,

ils fonctionnent de façon autonome. Dans ces services, il se passe des choses exceptionnelles que l'on ne retrouve pas dans les autres services. Les tarifs augmentent systématiquement sans raison apparente et sans que la direction générale n'en soit informée. Se faire opérer par exemple, dans le service de chirurgie B au CHL, c'est faire face à un impératif, celui du règlement de la totalité de la facture avant l'opération ».

Même constat dans les maternités du CHL où un autre interlocuteur renchérit en ces termes :

« Il y a trois maternités au CHL : la maternité C, la maternité Azizet Fall Diaye rez-de-chaussée et la maternité Azizet Fall Diaye étage. Mais seule la maternité C est retenue pour faire appliquer la gratuité des soins. Quant aux deux autres, elles ne sont pas concernées. Ces deux maternités ont été mises à l'écart parce qu'elles fonctionnent à part. Il faut payer une somme allant de 50 000 francs CFA à 100 000 francs CFA pour espérer être hospitalisé dans ces maternités ou cliniques privées (en ironisant) ».

Devant ces dysfonctionnements, ces restrictions et pratiques de santé dus au décret sur la gratuité des soins au CHL, l'on peut désormais convenir que cette politique a plus porté sur des effets d'annonce que sur l'accès aux soins. C'est ainsi que nous allons nous pencher sur l'analyse de l'opérationnalisation de la stratégie politique, en prenant appui sur les différents programmes de santé : le PNAS et le PNDS.

- Stratégie opérationnelle

Au-delà de la stratégie juridique de santé, l'on s'intéresse, cette fois-ci, à la stratégie opérationnelle de l'État. Les lois et décrets ne suffisent pas à eux seuls à concrétiser la volonté politique ou pour la rendre effective. Depuis l'adoption de la loi 12/95, deux plans d'action ont été élaborés : le Plan national d'action sanitaire (PNAS) et le Programme national de développement sanitaire (PNDS).

Plan national d'action sanitaire (PNAS)

En 1998, l'État gabonais met en place le Plan National d'Action Sanitaire (PNAS). Ce plan vise la mise en œuvre des orientations définies dans la loi 12/95. La mise en œuvre de la politique exigeant la participation financière de chaque acteur nécessite que l'on mette des mécanismes de contrôle et d'harmonisation des tarifs de soins. Il s'agit en outre de répondre aux problèmes liés au paiement direct de particuliers. Laurent Musango et Aboubacar Inoua soulignent les conséquences immédiates de cette politique sur le budget des ménages :

« (...) le paiement direct des particuliers pesait lourdement sur les budgets des familles. Cette forme de financement a pris de l'importance dès la fin des années 1980 avec la généralisation de la tarification des actes dans les structures publiques, parapubliques et privées. Cette situation a été aggravée par une absence d'harmonisation et de contrôle de la tarification pratiquée dans les hôpitaux. À ce jour, il n'existe pas de tarification standardisée au sein des structures publiques et encore moins entre les différents secteurs public, parapublic et privé. En plus des frais de consultations et d'hospitalisation, les familles supportaient très souvent les frais liés aux médicaments car les formations sanitaires étaient souvent en rupture de stock. La quasi-absence de politique de promotion du médicament générique, même dans les formations sanitaires de premier contact, rendait l'accessibilité aux médicaments problématique et donc plus chère pour les populations »²⁴⁰.

Pour faire face à cette situation, le PNAS est étalé sur plusieurs années en vue de « doter la nation, à l'horizon 2020, d'un système de santé cohérent mais aussi performant, mettant l'individu au centre des soins accessibles à tous les citoyens et reposant sur la stratégie des soins de santé primaires »²⁴¹. Le PNAS vise également à assurer :

« Le respect des droits humains, notamment le droit à la santé et prône les valeurs d'équité dans l'accès aux soins et de justice sociale. Il garantit des prestations de qualité sur toute l'étendue du territoire national et permet ainsi aux

²⁴⁰ L. Musango et A. Inoua, *Assurance maladie obligatoire au Gabon : un atout pour le bien-être de la population*, World Health Report (2010), p.11. Disponible en ligne sur : <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/GabonNo16FINAL.pdf>

²⁴¹ *Idem.*, p. 7.

populations de jouir d'un bon état de santé, gage de développement durable du pays »²⁴².

Ce plan sanitaire cherche à améliorer le cadre institutionnel, la qualité des soins et des services par la rationalisation des ressources humaines et financières. Concernant la qualité des soins, le décret n° 001157 crée des conseils de gérance dans les formations sanitaires. Il précise leur rôle notamment celui de veiller à la bonne gérance de la formation sanitaire. Il a pour vocation de superviser et de contrôler la gestion des médicaments et de déterminer les priorités en équipement immobilier, fournitures et moyens logistiques. À propos de la rationalisation de ressources humaines, le PNAS propose de s'attaquer aux politiques de recrutement en milieu hospitalier. L'objectif est alors de maîtriser les effectifs à partir d'une planification des besoins. Il s'agit de veiller à une meilleure répartition du personnel dans l'ensemble du pays, pour éviter sa concentration dans la capitale au détriment des provinces.

Au terme de deux bilans, il s'avère que le PNAS ne parvient pas à résoudre les problèmes de santé au Gabon. Parti de 1998 à 2000 puis de 2001 à 2003, le PNAS n'a pas obtenu les résultats escomptés. On note une grande insatisfaction des populations. La gestion des structures de santé ne s'est pas améliorée ; la supervision et le contrôle des médicaments sont restés superficiels ; les hôpitaux de provinces manquent toujours de personnels. Libreville est la première et unique destination professionnelle pour le corps médical, créant ainsi un véritable déséquilibre dans la répartition du personnel sur tout le territoire national. Les conséquences sont dramatiques sur l'état de santé de la population gabonaise.

Le rapport d'évaluation de la coopération française dans le secteur de la santé au Gabon (1990 à 2001) souligne que :

« (...) le budget de santé est le plus élevé de la région de l'ordre de 50 000 francs CFA/habitant et par an, l'accès aux soins ne s'est pas amélioré et les indicateurs de santé restent médiocres avec une morbidité et une mortalité toujours largement dominées par les maladies infectieuses et parasitaires et par l'épidémie de VIH/Sida qui semble progresser inexorablement (...) Un tel système de santé peu efficient pour la majorité de la population et ne permettant pas aux pauvres d'accéder aux soins, est source d'un mécontentement croissant de la part de la population et d'un discrédit notable des services publics de santé (...); le Gabon a ainsi pris 15 ans de retard par rapport à de nombreux pays

²⁴² L. Musango et A. Inoua, *Assurance maladie obligatoire au Gabon : un atout pour le bien-être de la population, op.cit.*

africains en matière d'organisation de système de santé et s'avère incapable à ce jour de mener une politique sanitaire efficace »²⁴³.

Le constat d'échec du PNAS a contraint les pouvoirs publics gabonais à réformer plusieurs fois le PNAS, mais en vain. L'insatisfaction des populations demeure. Celle-ci est d'autant plus grave qu'elle touche davantage les couches sociales les plus démunies en les plongeant encore un peu plus dans la pauvreté et la précarité. Comment parvenir à un véritable système de santé pour tous ? En partant des SSP à la gratuité de santé pour tous jusqu'au PNAS, rien ne marche. Comment la santé, qui se veut un vecteur du progrès social et économique, peut-elle être au cœur des politiques, d'actions développementalistes, si elle n'est pas profitable aux patients ? Il importe dans les lignes qui suivent de lire la stratégie du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS).

Programme National de Développement Sanitaire (PNDS)

Au vu de cette situation de santé qui ne permet toujours pas un accès aux soins pour tous, le gouvernement gabonais décide d'organiser les États généraux de la santé en 2005. Il a mobilisé les différentes communautés et les autorités locales pour examiner en profondeur le système de santé et dégager des pistes de sortie de crise. À la suite de ces États généraux, le Gouvernement a élaboré un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui décrit ainsi les cibles et prochaines stratégies de santé au Gabon. Le PNDS tient compte aussi bien des objectifs des OMD que de l'environnement sanitaire national. Ces dernières recommandations relatives au PNDS vont se décliner en neuf points. Le tableau ci-dessous précise les objectifs ainsi que les indicateurs d'impact du programme national de développement de la santé gabonais.

²⁴³ C. Damour et al., *Évaluation de la coopération française dans le secteur santé au Gabon (1990-2001)*, op cit., pp. 14-15.

Tableau 6 : Les recommandations du PNDS

Objectifs spécifiques	Indicateurs d'impact
Réduire la mortalité maternelle de 519 décès pour 100 000 NV à 129 décès pour 100 000NV, d'ici 2015	Ratio de mortalité maternelle
Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 92 pour 1000 NV à 30 pour 1000 NV, d'ici 2015	Taux de mortalité infanto-juvénile Taux de mortalité infantile Taux de mortalité néonatale
Réduire de 5,2% à 3% la séroprévalence du VIH, d'ici 2015	Prévalence/Incidence du VIH
Réduire de 96 pour 100 000 habitants à 50 pour 100 000 habitants la mortalité liée au paludisme d'ici 2015	Taux de mortalité spécifique au paludisme Prévalence/Incidence du paludisme
Réduire de 410 pour 100 000 habitants à 200 pour 100 000 habitants la prévalence de la tuberculose d'ici 2015	Taux de mortalité spécifique à la tuberculose Prévalence/Incidence de la tuberculose
Eliminer la trypanosomiase humaine africaine en tant que problème de santé publique et prendre en charge les autres pathologies tropicales négligées	Taux de mortalité spécifique de la THA Prévalence de la THA Prévalence de la lèpre Prévalence de l'ulcère de Buruli
Réduire d'au moins 50 % l'incidence des maladies émergentes (Chikungunya, Dengue, Ebola)	Incidence du Chikungunya, de la Dengue, et Ebola
Réduire d'au moins 25% la mortalité et la morbidité liées au diabète, à l'hypertension artérielle, à la drépanocytose, aux maladies mentales et aux cancers d'ici 2015	Prévalence/Incidence du diabète Prévalence/Incidence de l'HTA Prévalence/incidence des cancers du col Prévalence/incidence de la drépanocytose Prévalence/incidence des insuffisances rénales Taux de mortalité spécifique aux maladies
Réduire d'au moins 30% la mortalité intra-hospitalière d'ici 2015	Taux de mortalité intra-hospitalière

Source : PNDS 2011-2015

Le Gabon s'est ainsi attelé à définir les objectifs clés de santé et les délais de leurs réalisations. Au vu des nombreux manquements enregistrés dans l'accès aux soins national et en prenant en compte tous les engagements du pays en matière de santé internationale (dont les OMD, et la déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires les plus récents)²⁴⁴, le PNDS est perçu comme étant une stratégie des autorités gabonaises pour

²⁴⁴ D'après l'OMS, il s'agissait d'une conférence internationale tenue du 28 au 30 avril 2008 à Ouagadougou au Burkina Faso. La conférence a eu lieu en présence de tous les États membre de la Région Afrique. Le but était de passer en revue l'expérience antérieure dans les soins de santé primaires et de redéfinir les

intensifier les interventions essentielles pour atteindre les OMD 4, 5 et 6. Comme évoqué en juillet 2016 par le ministre de la Santé gabonaise, Paul Biyoghe Mba, le « PNDS 2017-2021 est désormais l'unique cadre référentiel des interventions en matière de santé et dont l'objectif général est d'améliorer l'état de santé et le bien-être des populations »²⁴⁵.

orientations stratégiques pour l'intensification des interventions essentielles en vue d'atteindre les OMD liés à la santé. Ceci, en utilisant l'approche des soins de santé primaires pour renforcer les systèmes de santé. Sur la base de l'établissement de partenariats solides et du renouvellement de l'engagement de tous les pays de la Région Africaine.

²⁴⁵ Sadi Gilbert, « Gabon-santé : validation du Plan National de Développement Sanitaire 2017-2021 », *Times Gabon*, le 6 juillet 2016.

2.3. Les acteurs nationaux

Analyser l'écart entre la stratégie politique de santé et l'accès aux soins nécessite de prendre en compte le rôle des acteurs de la santé. La matérialisation de la stratégie politique de santé n'est pas l'apanage des décisions politiques, elle concerne aussi celles des acteurs nationaux et privés. Le Gabon compte plus de 959 structures de soins, depuis les cases de santé jusqu'aux hôpitaux nationaux et privés, tous les secteurs de santé confondus²⁴⁶. L'implication de l'ensemble des professions réglementées par le Code de la santé publique confère à chaque acteur le droit de mener des actions qui contribuent à l'amélioration de l'état de santé de la population gabonaise.

L'OMS désigne par acteur de santé :

« - le Gouvernement, non seulement le ministère de la Santé ou le département de la santé, mais aussi ceux des Finances, du Trésor, de l'Éducation, etc. ;

- les gouvernements locaux ;
- les partis politiques ;
- les organisations de personnels de santé et les réseaux de prestataires de soins ;
- les groupes d'assurance-maladie et autres fonds de financement des soins de santé ;
- les patients et les usagers des services de santé ;
- les organisations non gouvernementales et le secteur à but non lucratif ;
- les groupes communautaires et les organisations de la société civile ;
- le secteur commercial et le secteur privé ;
- les donateurs et les organismes d'aide, y compris les initiatives mondiales dans le secteur de la santé ;
- les institutions des Nations unies, y compris l'OMS »²⁴⁷.

De façon plus précise, François Xavier Verschave souligne que :

²⁴⁶ Fondation Sylvia Bongo Ondimba, *Évaluation des services de santé maternelle néonatale et infantile au Gabon, op.cit.*, p.7.

²⁴⁷ OMS, *Politiques sanitaires nationales : une large consultation de tous les acteurs de la santé*. Disponible en ligne sur : <http://www.who.int/nationalpolicies/processes/stakeholders/fr/>

« (...) globalement, la santé comme bien public à l'échelle mondiale ne doit pas se limiter aux prises de conscience et politiques au niveau international, mais articuler les trois niveaux (local, national, mondial). Tout en reconnaissant le rôle important des institutions internationales comme l'OMS ou l'Unicef, la place des États et des professionnels de la santé (médecins, infirmiers, pharmaciens...) ou l'apport des industries pharmaceutiques, c'est aussi refuser de leur reconnaître un monopole de légitimité et d'action. C'est s'efforcer de mettre en œuvre de véritables politiques publiques, fruits de la concertation entre les différents acteurs concernés et ne pas se limiter à de simples politiques étatiques. C'est revenir à l'idée que la santé doit être « l'affaire de tous » et développer des alliances entre « la société civile internationale » et ceux qui, au sein des professionnels, des États et des institutions internationales, résistent à la marchandisation de la santé »²⁴⁸.

Dans le cadre de la politique de santé au Gabon, l'on retrouve plusieurs niveaux d'intervention des acteurs. Il y a des acteurs nationaux, parmi lesquels le ministère de la santé, le service de santé militaire et les acteurs privés tels que les polycliniques, les cliniques, les cabinets de soins. L'ensemble de ces acteurs doit concourir à la stratégie politique de santé au niveau national.

- Le secteur public (civil et militaire)

Ministère de la Santé publique

Au Gabon, comme on l'a vu, les orientations politiques de la santé sont régies par la loi 12/95 du 14 janvier 1995. Parmi ces priorités, il y a le décret n° 1158/PR/MSPP du 4 septembre 1997 portant sur les attributions, l'organisation et le fonctionnement du ministère de la Santé publique et de la population. Le ministère prépare et met en œuvre la politique du gouvernement en matière de santé. Il définit la carte sanitaire comme instrument fondamental de coordination et de planification de la politique nationale. Il fixe les priorités de santé publique.

²⁴⁸ F.-X. Verschave (coord.), *La santé mondiale entre racket et bien public*, op.cit., pp. 55-56.

Son rôle est d'orienter les actions pour améliorer la santé de la population et lutter contre le tabagisme, l'alcoolisme, le sida et le paludisme. Le ministère redéfinit les mécanismes de financement du service public de santé afin d'assurer à chaque citoyen l'équité des contributions et l'égalité d'accès aux soins. Il fixe les règles de l'organisation des soins et leur prise en charge. Il s'occupe du transfert de certaines responsabilités aux formations sanitaires par la réforme des procédures budgétaires et de décentralisation. L'état de santé de toute la population est ainsi au cœur des préoccupations et les directives annoncées sont les conséquences de cette ambition affichée.

Ce ministère est responsable de la prévention et de l'organisation des soins sur l'ensemble du territoire national en collaboration avec d'autres ministères, notamment, le ministère du Budget et des Comptes publics, le ministère de l'Économie, de la Promotion des investissements, de la Prospection et le ministère de l'Éducation nationale et de l'Enseignement technique et professionnel.

Le ministère de la Santé publique s'occupe aussi de l'offre des soins préventifs et curatifs (programme de santé publique, hygiène et assainissement, infrastructures, équipements, produits pharmaceutiques) et du développement des ressources en santé. Il précise les grandes lignes à suivre pour redynamiser les ressources humaines par une administration rationnelle du personnel existant, la planification du recrutement et de la formation, l'amélioration des conditions de vie et de travail des professionnels de la santé. Il a la charge de définir la politique des médicaments et des matériels médico-chirurgicaux.

Au-delà de ces missions clairement définies, il ressort de nos données d'enquêtes de terrain que le ministère de la Santé ne joue pas véritablement son rôle de contrôleur et de coordinateur du système de santé. Il existe en fait un "laisser-aller" dans les pratiques de santé. Cette passivité des agents du ministère de la Santé, notamment ceux de l'inspection générale chargée de la santé, est due au fait que les responsables hiérarchiques sont mêlés à des pratiques de corruption, détournements existants dans les structures de santé publique. C'est dans ce sens qu'un agent de l'inspection de la santé explique :

« Notre travail est partiel, nous sommes confrontés à beaucoup d'obstacles, on ne peut pas débarquer dans un hôpital ou dans une pharmacie selon notre organisation. Il faut au préalable l'accord de notre direction pour mener des inspections. Pourtant, c'est là que commencent les problèmes. On n'est pas libre de travailler en toute transparence et objectivité. Soit c'est les directeurs qui annulent une inspection sur le terrain, soit les rapports que nous établissons

n'aboutissent à rien. C'est pourquoi les scandales en milieu hospitalier sont fréquents. Les gens font comme ils veulent, le ministère ne fait pas son travail ».

Cet extrait d'entretien fait ressortir que les agents du ministère de la Santé sont clairement impliqués dans les dysfonctionnements qui touchent à la gestion des hôpitaux. Ce qui fait que les inspecteurs accusent des difficultés pour exercer leur mission de contrôleur de la bonne gestion sanitaire et hospitalière. C'est ainsi qu'au niveau national, le ministère a du mal à maîtriser les contrôles pour les rendre efficaces. Lorsqu'il y a une décision de politique nationale de santé, elle met souvent du temps à s'appliquer. Souvent, c'est à Libreville que ça commence et se termine. Nous avons vu le cas du décret sur la gratuité des soins au CHL. Ce décret est adopté dans le but de l'élargir à l'ensemble du territoire national. Or, ainsi que nous l'avons souligné, son application est restreinte.

De fait, il apparaît qu'il n'y a pas de coordination réelle entre le ministère et les hôpitaux publics de Libreville et ceux des provinces. Bien souvent, les responsables sanitaires de province sont obligés de se déplacer pour obtenir des informations. Le directeur d'un hôpital de province l'explique en ces termes :

« En province, on est soumis aux directives qui viennent de Libreville. Sauf qu'on a du mal à suivre tellement les choses ne fonctionnent pas comme elles devraient. Je me demande s'ils ne nous oublient pas souvent ! J'ai prévu dorénavant un voyage sur Libreville par mois pour aller moi-même m'imprégner de l'actualité. Par exemple, lorsqu'il y a des dotations, nous, on ne voit rien. D'abord, on l'apprend des semaines plus tard. Lorsqu'on veut demander notre part, parce qu'on fait beaucoup de choses dans le strict minimum. Vous savez ce qu'ils nous disent ? Mais il n'y en avait pas assez pour tout le monde. Ou encore, pour vous ce sera la prochaine dotation. Ou encore, on avait envoyé du matériel mais il a été détourné lors du transport. Dans tous les cas, cette situation fait qu'on fonctionne dans la pénurie permanente ».

On note qu'il y a tout un marché parallèle bien souvent illicite que le ministère de la Santé ne maîtrise pas. Il n'est pas rare par exemple de trouver sur les étalages des marchés gabonais des médicaments en vente libre. Bien souvent, on ignore leur provenance et leur contenance réelle. Ils sont vendus sans emballage et sans notice. Les personnes qui les

achètent ne détiennent que les informations transmises par le commerçant. C'est une activité développée au Gabon, au vu et au su de tous.

Le ministère est exposé aux détournements des équipements médicaux. À ce sujet, un de nos interlocuteurs du ministère de la Santé publique explique que :

« Lorsqu'il y a des dotations en équipements de santé, le ministère les réceptionne mais ne les répartit pas de façon équitable dans tout le pays. Soit toute la dotation est détournée. Dans ce cas, personne n'en parle plus. Soit c'est une partie de la dotation qui est détournée. Dans ce cas, le reste on le répartit dans le pays comme on peut. La disparition des dotations se fait bien souvent avec la complicité des responsables. Ils les utilisent à leur propre compte. Chacun a soit une structure de santé qu'il ravitaille (cabinet médical, clinique, pharmacie..). Ou ils font des affaires avec les propriétaires des structures de santé ou même avec les pharmaciens ».

Le pays est confronté à un trafic d'équipements de santé qui ont vocation à être utilisés dans les hôpitaux publics. Ces détournements sont un frein à l'accès aux soins pour tous au profit d'un enrichissement personnel privé.

Santé publique militaire

Le système de santé au Gabon bénéficie de l'apport du ministère de la Défense nationale. En dehors de ses missions de protection des biens et des personnes, ce ministère participe à la mise en œuvre des politiques de santé au niveau local et national. C'est à travers la direction générale des services de la santé militaire que le système de santé militaire est organisé. Il s'agit d'assurer les soins aux militaires et à leurs familles mais aussi aux populations dans le besoin.

Cette direction est composée de plusieurs structures dont la plus importante est l'hôpital des instructions des armées Omar Bongo Ondimba. Dans les chefs-lieux de province, dans chaque caserne militaire et gendarmerie nationale, il existe une infirmerie.

Selon la Direction générale du service de santé militaire, 70 % des patients des structures militaires sont des civils et 30 % des militaires. La collaboration entre le secteur public civil et le secteur militaire de santé est souvent déterminante lors de campagnes de masse telles que les journées nationales de vaccination (JNV) et les journées de lutte contre

les épidémies (fièvre hémorragique à virus Ebola). Sous l'angle de la formation, l'État gabonais et ses partenaires ont mis en place une école régionale de formation dans les métiers de santé. Ce qui permet d'assurer la formation et le maintien des connaissances et compétences de son personnel. Le ministère de la Défense est doté d'une École d'application du service de santé militaire de Libreville (EASSML). Cette école est créée en 2004. Elle est composée de plusieurs médecins venant d'horizon divers :

« (...) L'EASSML regroupe des médecins militaires en fin de formation, issus de toute l'Afrique francophone. Elle mutualise ainsi une infrastructure et des moyens pédagogiques modernes dont il serait difficile de disposer au sein de chaque pays. Elle permet également de mettre en relation les futurs médecins militaires africains et de travailler l'interopérabilité nécessaire pour leurs futures projections internationales (MINUSMA, MINUSCA, AMISOM...) »²⁴⁹.

Cette école a pour mission :

- « de former à la médecine appliquée aux armées, les jeunes médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes ;
- d'assurer le tutorat des officiers médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes admis en stage de spécialisation ou de qualification ;
- de coordonner la préparation des personnels paramédicaux candidats à l'admission aux écoles de cadres de santé ;
- de participer à la promotion de la recherche au sein du service de santé militaire du Gabon ;
- d'assurer ou de participer, en partenariat avec les établissements, organismes nationaux ou étrangers, à la formation postdoctorale des médecins militaires et civils, notamment dans le domaine de la médecine des urgences, de catastrophe et de la médecine tropicale »²⁵⁰.

À ce jour, il n'y a pas de véritables coordinations entre les hôpitaux publics et les hôpitaux militaires. C'est-à-dire qu'il n'y a aucun fichier central de santé qui permette

²⁴⁹ BCISSA, « Gabon : le CMIA à l'école du service de santé militaire », mis en ligne en 2016. Disponible sur : <https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/gabon-le-cmia-a-l-ecole-du-service-de-sante-militaire>

²⁵⁰ Réseau d'expertise et de formation francophone pour les opérations de paix, « Ecole d'application du service de santé militaire de Libreville (EASSML) », Disponible sur : <http://reffop.francophonie.org/structures-de-formation/ecole-d-application-du-service-de-sante-militaire-de-libreville-eassml>

de retracer le parcours de santé des malades. L'impression est que chacun fonctionne dans son espace, sans tenir compte de ce que font les autres. D'après la direction générale de l'hôpital militaire, faute de clarté des démarches à suivre, la prise en charge des malades civils est difficile.

- Le secteur privé

Le privé non lucratif

Le privé non lucratif est organisé par un ensemble des hôpitaux fondés sur des initiatives individuelles, comme c'est le cas avec la création de l'hôpital Albert Schweitzer de Lambaréné. Il repose aussi sur des initiatives collectives issues de confessions religieuses, c'est le cas de l'hôpital évangélique de Bongolo, dans la province de la Ngounié.

L'hôpital Albert Schweitzer. Initialement au cœur de la médecine coloniale, l'œuvre du docteur Albert Schweitzer commence en 1926, comme nous l'avons expliqué au premier chapitre. Il s'agit d'un hôpital chargé d'apporter une assistance médicale aux malades de la localité de Lambaréné, capitale de la province du Moyen Ogooué. Cet hôpital dispense des soins à l'endroit des personnes blessées, des personnes atteintes de la gale et d'ulcères. Cet hôpital procède à des opérations chirurgicales. Au fil des années, l'hôpital Albert Schweitzer connaît de véritables améliorations tant au niveau de la capacité d'accueil que de la qualité des soins administrés aux patients. Elles ont été possibles grâce aux dons et aux œuvres de charité dont bénéficie l'hôpital à travers le monde.

Sur le plan de la capacité d'accueil, cet hôpital comporte 300 lits répartis dans plusieurs services médicaux : chirurgie, maternité, pédiatrie, médecine préventive, médecine interne. Il réalise chaque année 50 000 consultations, 8 000 hospitalisations et 3 000 interventions chirurgicales. Ce qui hisse cet hôpital à un niveau comparable au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL).

En 2009, la stratégie politique pour rendre accessibles les soins de santé à toutes les couches sociales a donné un nouveau souffle dans ce secteur. Elle a permis à l'hôpital Albert Schweitzer d'être transformé en pôle d'excellence en matière de santé. Depuis 2013, cette structure hospitalière devient l'Hôpital Universitaire Albert Schweitzer de Lambaréné. Il est désormais composé de l'hôpital provincial Georges Rawiri, de l'ancien hôpital Albert Schweitzer et d'un campus universitaire. Comme précisé sur le site officiel de l'hôpital :

« Ce centre est un modèle de coopération scientifique sans frontière et un pôle en matière de prise en charge et de recherche concernant les maladies tropicales et infectieuses. Ce CHU qui est lié à une université afin de former en théorie et en pratique les futurs professionnels médicaux et paramédicaux englobe le campus administratif du Centre international universitaire, l'hôpital public régional Georges Rawiri et les laboratoires du Centre de recherches médicales. De plus, une salle polyvalente destinée à accueillir des conférences scientifiques complète l'ensemble de ce pôle de référence pour l'Afrique »²⁵¹.

S'agissant du pôle recherche du laboratoire de l'hôpital Albert Schweitzer, il a pour activités les recherches fondamentales et cliniques : la recherche fondamentale concerne certaines maladies comme la schistosomiase, la parasitose intestinale ou la tuberculose ; les recherches cliniques se concentrent notamment sur le vaccin contre le paludisme. Elles sont soutenues par des sessions de formation assurées par l'université de Tübingen (RFA) et Leiden des Pays-Bas.

Le CHU Albert Schweitzer vise plusieurs objectifs parmi lesquels :

- l'évaluation des problèmes de santé régionaux ;
- l'amélioration des pratiques de soin ;
- le développement de nouvelles technologies pouvant bénéficier aux populations ;
- la formation d'un personnel compétent et qualifié²⁵².

L'Hôpital évangélique de Bongolo. L'hôpital évangélique est créé dans les années 1930 à l'initiative des missionnaires américains. Il est situé au sud du Gabon, dans la ville de Lebamba dans le quartier appelé « Bongolo ». Érigé en dispensaire, il était tenu par un groupe d'infirmières missionnaires qui s'occupait essentiellement des besoins médicaux de cette localité du pays.

En 1977, l'arrivée d'une équipe de personnel médical missionnaire a permis l'agrandissement du dispensaire ; ce qui a donné naissance à l'hôpital de Bongolo de l'alliance chrétienne et missionnaire du Gabon. Il a une capacité d'accueil de 158 lits. Cet

²⁵¹ Gabon émergent, « le Gabon émergent en action : un nouvel hôpital à Lambaréné flambant neuf », mis en ligne en 2013. Disponible en ligne sur : <http://www.gabonemergent.org/2013/10/le-gabon-%C3%A9mergent-en-action-un-nouvel-h%C3%B4pital-%C3%A0-lambar%C3%A9n%C3%A9-flambant-neuf.html>

²⁵² *Ibid.*

hôpital est composé de plusieurs services parmi lesquels le service ambulatoire, le service de chirurgie, le service de médecine adulte, le service de maternité, le service de pédiatrie et le laboratoire. Il y a également, une clinique dentaire, une clinique de chirurgie des yeux et un centre de traitement du VIH/Sida.

En plus des missionnaires américains présents, plus de 70 Gabonais exercent dans cet hôpital ; l'hôpital accueille des patients venant de toutes les provinces du Gabon et des pays voisins (Congo Brazzaville). Cette structure hospitalière a une notoriété nationale et sous-régionale. C'est ce qui ressort de l'extrait d'entretien suivant :

« J'ai été opéré, ici, il y a quatre mois par-là, en fait j'avais souvent mal au bas-ventre. J'ai fait plusieurs fois des examens dans les hôpitaux de Libreville, on me disait qu'il n'y avait rien. Moi, je pensais même à aller consulter à la tradition. Jusqu'au jour où j'ai entendu parler de Bongolo, je suis venu et là, on a découvert le kyste qui m'embêtait et après mon opération je vais mieux ».

En témoigne aussi l'histoire du fils de Jacqueline :

« Mon fils s'appelle Bongolo, parce que c'est Bongolo qui lui a sauvé la vie. Il était malade toute son enfance, on avait fait le tour des hôpitaux et cliniques de Libreville sans que personne ne découvre sa maladie. Pourtant, plusieurs fois, il avait été hospitalisé à l'Hôpital pédiatrique d'Owendo sans que personne ne trouve sa maladie. On ne croyait même pas qu'il grandirait. En allant à Bongolo, c'est le docteur Tomson qui avait découvert qu'il s'agissait des amygdales, il avait été opéré et jusqu'aujourd'hui, il n'est plus souffrant »²⁵³.

En plus des soins de qualité, reconnus par les patients, l'hôpital évangélique de Bongolo a un volet formation. Il forme de jeunes Gabonais aux métiers de la « santé tropicale » :

« En plus des soins de santé, ces volontaires assurent la formation des jeunes Gabonais souhaitant évoluer dans le domaine médical. L'hôpital dispose d'un petit centre de formation d'infirmiers créé depuis 1971. Quelque 25 promotions sont sorties de ce centre. Les 9 étudiants de la dernière promotion ont

²⁵³ Témoignage d'une dame que nous avons croisée par hasard pendant notre terrain. Ce qui nous avait interpellé c'était le fait qu'elle appelle son fils Bongolo, c'est très original comme nom. C'est pourquoi nous l'avons interrogée.

tous été retenus pour renforcer les effectifs de l'établissement. Auparavant, seuls les majors étaient retenus pour servir dans l'hôpital »²⁵⁴.

L'État gabonais a décidé, depuis 1990, de subventionner cette structure afin qu'elle réponde davantage aux besoins de santé de toute la population gabonaise.

Le privé lucratif

Le secteur lucratif de la santé s'est très vite imposé dans les pays sous-développés, notamment dans les pays africains. Ce développement est dû notamment à la crise économique qui a provoqué la réduction des budgets de fonctionnement des services publics de santé. Ces services ont fait l'objet de restrictions budgétaires entraînant l'envolée des cliniques privées dont les fondateurs sont, pour la majorité, des médecins exerçant dans les structures publiques de santé. Les médecins du public ont su profiter de cette faille pour se mettre à leur propre compte. Le cas du Congo Kinshasa en est une des premières illustrations africaines :

« La réduction drastique du budget national pour la santé et la déliquescence des sociétés d'État au fil de ces trente dernières années ont entraîné un effet inverse, la prolifération des formations privées : en 1972, le docteur Tumba fonde la "Clinique de la pitié", le premier établissement médical de ce genre à Lubumbashi ; aujourd'hui, la ville en compterait plus de deux cents (Kanku, non daté). L'érosion des salaires et la dégradation des outils hospitaliers dans les institutions sanitaires publiques et semi-publiques ont d'abord conduit des médecins à créer des organisations de ce type au centre-ville puis en périphérie »²⁵⁵.

Ce cas n'est pas isolé. Au Gabon, le secteur privé de la santé s'est développé au début des années 1990. C'est en profitant des dysfonctionnements de l'hôpital public que le secteur privé lucratif a pu se positionner comme alternative face aux besoins des malades.

²⁵⁴ Santé tropicale, « Gabon : un CTA en construction à l'hôpital de Bongolo (sud) », mis en ligne en 2007. Disponible sur : <http://www.santetropicale.com/gabon/actus.asp?id=2403>

²⁵⁵ B. Rubbers, *Devenir médecin en République démocratique du Congo : la trajectoire socioprofessionnelle des diplômés en médecine de l'Université de Lubumbashi, op.cit.*, pp.78-79.

Ce secteur privé est loin d'être maîtrisé par le Gouvernement. Il n'y a aucune donnée fiable, que ce soit à la direction générale de la santé publique ou au ministère de la Santé. Néanmoins, on peut souligner que ce secteur est très développé au Gabon et particulièrement dans les deux grandes villes du pays : Libreville et Port-Gentil. Il est composé de plusieurs structures :

- des polycliniques (à Libreville : la polyclinique El Rapha, la polyclinique Saint André, la polyclinique du Dr Chambrier et la polyclinique Waterman. À Port-Gentil : la polyclinique BILIE et la polyclinique Saint Pierre) ;
- des cliniques (environ 11 à Libreville et 2 à Port-Gentil) ;
- des cabinets médicaux (dont près de 85 % sont situés à Libreville) ;
- des laboratoires d'analyses médicales ;
- une trentaine de pharmacies à Libreville et à Port-Gentil.

Les entreprises du secteur privé (pétrole et bois) ont également développé des pans de santé destinés à leur personnel, c'est-à-dire qu'elles ont leurs propres structures de soins. Il s'agit notamment de la clinique Elf à Port-Gentil et de la pharmacie des Forestiers, qui est l'une des plus grandes de Libreville.

Si le secteur privé lucratif est très développé au Gabon, il n'en demeure pas moins que la qualité des soins administrés dans ces structures pose un réel problème. Certains personnels médicaux font preuve de négligences ou d'incompétences. L'article publié sur le site internet du média en ligne, « *Gabonreview* »²⁵⁶, est patent.

« De Léon Nzouba qui n'avait cessé de fustiger le laxisme et le mercantilisme des établissements privés, à Jean-Pierre Oyiba, les plaintes des différents ministres de la Santé n'ont pas fini d'être enregistrées, particulièrement dans la capitale où pullulent des cliniques pour le moins irrespectueuses de la dignité humaine. Alors qu'une réunion de « recadrage » avait été organisée le 1^{er} avril courant afin d'interpeller les prestataires sur « les graves violations de l'exercice de la médecine privée » observées depuis quelques temps, un nouveau cas de laxisme vient d'être dénoncé, qui devrait aboutir dans les jours qui viennent à une descente des forces de l'ordre sur les lieux.

L'histoire, rapportée par la directrice de la communication du ministère de la Justice, commence il y a quelques semaines à la faveur d'une remise de dons à

²⁵⁶ Griffin Ondo Nzuey, « Attention, cliniques privées tueuses ! », *Gabon Review*, mis en ligne en 2015, disponible sur : <http://gabonreview.com/blog/attention-cliniques-privees-tueuses/>

l'église Notre Dame de l'Assomption de Libreville au cours de laquelle elle fait état des difficultés de santé de sa mère à la responsable d'une clinique privée, sise à la vallée Sainte-Marie. Si, dans un premier temps, la religieuse semble vouloir faire subir des soins de kinésithérapie à cette dame du troisième âge, précisons-le, qui porte une prothèse et qui a récemment été contrainte de quitter un premier établissement de santé, les choses vont vite mal se passer. Durant un mois, raconte Marie-Sylvie Hervo-Akendengue, la famille ne va cesser de dépenser sans qu'aucune amélioration ne soit perceptible dans l'état de santé de la patiente. Très vite, les soupçons de la famille vont se confirmer : *« Nous avons découvert qu'elle n'a ni agrément ni aucun document qui lui permet d'exister. L'infrastructure n'est même pas aux normes, le corps médical est incompetent et non qualifié, et elle entretient un réseau de faussaires »*.

Pour la plaignante, qui a tôt fait d'interpeller l'archevêché et le ministère de la Santé et de la Prévoyance sociale, *« la mère religieuse qui est la propriétaire de la clinique abuse de la vulnérabilité des malades et des familles en détresse pour les spolier »*. Puis, raconte-t-elle, *« sa pharmacie n'est pas une officine, elle s'approvisionne avec les médicaments des patients qu'elle revend »*. De même, il semble que la responsable de la clinique incriminée ait pu *« contourner l'inspection du ministère de la Santé »* grâce à la couverture d'un haut cadre du ministère de la Santé. Bien souvent appelé *« parapluie »*.

En réanimation depuis plus de deux semaines, la malade suit des soins intensifs dans un autre établissement privé jugé plus *« sérieux »*, dont un médecin est resté dubitatif devant les ordonnances délivrées par la clinique de Sainte Marie, les jugeant inadaptées aux besoins de la patiente. Pour l'heure, Marie-Sylvie Hervo-Akendengue et les siens se réservent le droit de porter l'affaire en justice ».

Ce cas, parmi tant d'autres, illustre l'impunité dans laquelle évolue le secteur privé lucratif gabonais. Ce secteur bénéficie des failles du ministère de la Santé publique et des Hôpitaux publics.

En plus de la remise en cause de la qualité des soins, il faut noter le problème de sous équipement de ces structures. Rares sont les structures de santé qui ont un plateau technique

bien pourvu et disposant d'une capacité d'accueil suffisante pour répondre à la demande grandissante.

Ceci est d'autant plus inquiétant que ces structures privées lucratives ont une fréquentation en hausse. Le phénomène est favorisé par la CNAMGS. En effet, les patients assurés de la CNAMGS ont désormais le choix : ils peuvent se soigner dans le secteur public ou dans le secteur privé. Ajoutée à ces difficultés, il y a, également, la non-maîtrise ou la quasi-absence de contrôle dans ce secteur de santé. Comme le souligne le rapport de l'OMS : le « plateau technique desdites structures est souvent limité et le contrôle de la qualité de leurs prestations est difficile à assurer par manque de moyens »²⁵⁷.

²⁵⁷ OMS, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays. République gabonaise, 2004-2007*, p. 18.

Conclusion du chapitre 2

Ce chapitre porte sur la stratégie politique de santé au Gabon. Pour comprendre l'accès aux soins, nous avons mobilisé deux principaux axes. Le premier axe est fondé sur la réappropriation de la stratégie internationale de santé, alors que le second est axé sur l'analyse de cette stratégie politique de santé au niveau national.

Le Gabon fonde sa politique de santé en tenant compte des préconisations internationales et des réalités nationales. Cette stratégie politique comporte un volet juridique et opérationnel. Sur le plan juridique, on note l'adoption de lois et décret (Loi 8/91, Loi 12/95, Décret n°104/PR/MSP du 15 janvier 2007 fixant les modalités de prise en charge gratuite des patients dans les formations sanitaires). Cette stratégie juridique est soutenue par une volonté opérationnelle qui encadre désormais de façon pratique l'accès aux soins dans les hôpitaux gabonais (PNAS, PNDS).

À ce stade, nul ne peut contester la volonté politique de santé au Gabon. Toutefois, cette dernière demeure de faible portée. En plus des difficultés de financement, d'organisation, de fonctionnement et de coordination, le Gabon n'a pas encore atteint un niveau d'indépendance en santé. Les conditions de vie des populations sont affectées par la mise en place du programme d'ajustement structurel appliqué depuis les années 1980 et la dévaluation du franc CFA survenue en janvier 1994²⁵⁸.

La mondialisation est un facteur aggravant de la marchandisation de la santé. Nous pouvons le voir dans l'extrait suivant :

« La mondialisation pose le problème fondamental de la transformation de la santé en un service commercial, d'autant que les institutions financières internationales – Banque mondiale et OMS – se chargent de définir les politiques à mettre en place en imposant des mesures aux États. Les approches de coopération, comme les documents stratégiques de réduction de la pauvreté qui intègrent les programmes de santé, sont conçus sous l'égide de la Banque mondiale. Ses cadres intègrent très peu les définitions et concepts de la santé tels qu'ils sont socialement construits dans les sociétés et cultures africaines »²⁵⁹.

²⁵⁸ B. Kouassi, *Pauvreté des ménages et accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali et Togo*, Éditions Karthala, Paris, 2008, p.53.

²⁵⁹ C. I. Niang, *Santé, société et politique en Afrique*, Éditions Livre vert du CODESRIA, Dakar, 2008, p.39.

Tout ce qui intervient dans la santé des populations gabonaises vient de l'étranger, le pays est un consommateur des produits médicaux avec tous les risques logistiques et comptables que cela peut comporter.

L'un des risques sur lequel il convient d'insister est l'implantation des grandes multinationales qui exploitent les ressources du pays. L'exploitation industrielle du bois, du caoutchouc, du pétrole et du manganèse a certainement un impact sur la santé des populations. Or, les études sur les répercussions de ces industries sur la santé ne sont jamais rendues publiques. Durant des années, les populations sont exposées à des activités d'exploitation sans connaître les risques et sans que l'entreprise ne s'implique dans la santé des populations de la localité.

C'est le cas d'Areva²⁶⁰. Présent de 1961 à 1999, le site d'Areva à Mounana a été très critiqué. Au bout d'une quarantaine d'années d'activités, les autorités se sont mobilisées pour dénoncer les effets de l'exploitation de l'uranium sur la santé des populations. Comme l'illustre l'extrait ci-après :

« Selon le rapport 2006-2007 produit par l'hôpital local Jean Claude Andraut de Mounana, la situation sanitaire de la localité serait préoccupante. Il relève notamment des centaines d'enfants de 0 à 5 ans atteints de pathologies pulmonaires, de multiples cas de maladies sanguines, gynécologiques, des malformations congénitales et enfin des maladies dermatologiques »²⁶¹.

Il est important de souligner l'irresponsabilité des entreprises privées et celle de l'État. En matière de RSE (la Responsabilité sociétale de l'entreprise), Areva n'a pas rempli sa mission. Par ailleurs, comme l'explique Djeneric Saka Alandji, il apparaît que l'État gabonais est impuissant face aux entreprises multinationales²⁶².

²⁶⁰ Areva est une multinationale française du secteur de l'énergie. Elle œuvre principalement dans le nucléaire. Une de ses activités porte surtout sur l'extraction de l'uranium. C'est dans ce cadre que cette entreprise s'est installée au Gabon, précisément à Mounana, dans le sud-est du pays, depuis la fin des années 1950. À travers la création de la Compagnie des mines d'uranium de Franceville (COMUF), la multinationale exploitait l'uranium dans la localité de Mounana, ce jusqu'en 1999.

²⁶¹ Revue de presse, « Gabon : la pollution radioactive d'Areva à Mounana refait surface », juillet 2008.

²⁶² D. Saka Alandji, *Processus de privatisation et nouveau management dans les entreprises gabonaises*, op.cit.

Chapitre 3 : Diagnostic officiel du système de santé au Gabon

Introduction du chapitre 3

D'après Marc Augé et Claudine Herzlich, quand on parle de "droit à la santé" c'est pour insister sur la réduction des inégalités d'accès aux services médicaux²⁶³. Dans ce chapitre, en nous focalisant sur cette dimension, nous nous intéressons au diagnostic officiel relatif à l'écart entre la stratégie politique de santé et l'accès aux soins au Gabon. Nous entendons par diagnostic officiel l'analyse faite par les pouvoirs publics, les organismes non étatiques et les institutions internationales sur le système de santé. Ces analyses concernent les infrastructures, les équipements, le personnel soignant et le financement. Il est question d'interroger chaque partie de cette chaîne de santé.

La carte sanitaire du Gabon est élaborée en faisant ressortir le déséquilibre de l'implantation des structures sanitaires dans tout le pays. À ce problème s'ajoute le fait que certaines structures de santé comptabilisées ne sont plus opérationnelles.

La question du financement est au cœur de cette analyse, puisqu'il revêt une importance cruciale dans le développement d'un système de santé. Pour développer les infrastructures, les équipements, les médicaments et la formation des personnels, il faut des subventions conséquentes. L'Initiative de Bamako est une parfaite illustration de l'importance du financement dans le secteur de la santé. Ce d'autant plus que ce secteur a fait l'objet de plusieurs rencontres internationales. L'objectif de ces rencontres est de réfléchir sur les possibilités de financement du système de santé qui reposait sur l'apport de l'État et sur l'apport extérieur. En 2001, à Abuja (au Nigeria), lors du sommet africain sur le VIH/Sida, les chefs d'États africains ont arrêté à 15 % la part du budget de la santé dans le budget national. Lors de l'initiative 20/20, les États africains ont consenti à mobiliser 20 % de leur budget national et 20 % de l'aide publique au développement des services sociaux de base (santé et éducation)²⁶⁴. Cela montre l'intérêt des pouvoirs publics à chercher des solutions pérennes en vue de garantir le financement de l'accès aux soins pour tous.

Au vu de ces recommandations, il importe de souligner que le Gabon est différent de certains pays de l'Afrique subsaharienne ; après son indépendance, il a connu plus de vingt ans de croissance économique grâce au pétrole. Ces atouts macro-économiques et la faiblesse numérique de sa population auraient pu faciliter un accès équitable aux soins sur l'ensemble

²⁶³ M. Augé et C. Herzlich, *Le sens du mal : anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Éditions des archives contemporaines, Paris, 2004, pp.235-236.

²⁶⁴ Ministère de la Santé, des Affaires sociales, de la Solidarité et de la Famille, *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015*, op.cit., p. 19.

du territoire gabonais. Or, malgré ces facteurs favorables, il apparaît des défaillances dans les politiques ayant pour but l'accès aux soins pour tous. Selon les bilans officiels, qu'en est-il de ce diagnostic ? Comment les pouvoirs publics évaluent-ils leur action au regard de la croissance économique, de la faible démographie et de la stabilité politique ?

3.1. La carte sanitaire

Dans l'ordonnance n°006/PR/2017 du 27 février 2017 portant réforme hospitalière en République Gabonaise, il est souligné en son article 39 que :

« La carte sanitaire a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. Elle détermine également de façon globale, sans distinguer le secteur public et le secteur privé, les structures et les équipements nécessaires à la prise en charge des soins hospitaliers, ainsi que leur localisation »²⁶⁵.

Autrement dit, l'ordonnance n°1/95, portant orientation de la politique de santé en République Gabonaise précisait déjà en son article 41 ce qui suit :

« La carte sanitaire est l'instrument fondamental de coordination et de planification de la politique nationale de santé. Elle constitue la base du développement et de la planification des investissements et des ressources humaines sur l'ensemble du territoire national. Elle est élaborée par le Ministère de la santé, en coordination avec les autres secteurs concernés. La carte sanitaire est révisable. Ses normes techniques sont fixées par voie réglementaire »²⁶⁶.

Face à ce cadrage officiel, on se rend pourtant compte que le secteur hospitalier Gabonais est confronté à l'inégale répartition des infrastructures de santé. Le Ministère de la santé gabonaise est par ailleurs confronté à un personnel médical réfractaire aux affectations pour des postes de travail en province.

- Inégale répartition des infrastructures de santé

Dans les années 1990, le Gabon a dû faire face à l'évolution démographique. Les soins de santé primaires (SSP) ont nécessité que l'État gabonais investisse dans la construction de nouveaux bâtiments. C'est ainsi que le Gabon s'est doté d'hôpitaux, de centres médicaux, de dispensaires, d'infirmiers et d'écoles de formations en s'appuyant sur l'organisation administrative en place.

²⁶⁵ Journal officiel de la République Gabonaise, Ordonnance n°006/PR/2017 du 27 février 2017, *op.cit.*, p.3351.

²⁶⁶ Journal officiel de la République Gabonaise, Ordonnance n°1/95, portant orientation de la politique de santé en République Gabonaise, n°1, p.8.

Comme indiqué dans le rapport issu du Sommet de Johannesburg en 2002 :

« En 1992, les services de santé comprenaient : 586 formations sanitaires et 76 unités pour la protection maternelle et infantile, 9 services provinciaux de génie sanitaire et hygiène publique. En 1996, chaque regroupement de villages gabonais dispose d'un centre de santé et d'une école. On compte environ 281 médecins, 287 pharmaciens, 250 sages-femmes, 271 infirmières et aides-soignantes, 50 agents de santé de village »²⁶⁷.

Le système de santé compte désormais 10 régions sanitaires et 52 départements sanitaires. Ce système s'appuie sur trois secteurs répartis comme suit :

- le secteur public civil et militaire ;
- le secteur parapublic essentiellement composé des structures de la caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) ;
- le secteur privé lucratif et non lucratif.

Le tableau ci-après répartit les structures sanitaires par secteur de santé.

Tableau 7 : Répartition des structures sanitaires par secteur

Secteurs	Public	Parapublic CNSS	Privé lucratif	Privé non lucratif	Humanitaire	Total
Hôpitaux généraux	12	2		2 ^(*)		16
Hôpitaux spécialisés (bases incluses)	12	1				13
Cliniques			19			19
Polycliniques		1	1			2
Centres médicaux	41	9				50
SMI	51					51
Dispensaires	413			4 ^(**)		417
Cases de santé	157					157
Infirmeries	37				8	45
Cabinets			79			79
Laboratoires d'analyses			4			4
Pharmacies			33			33
Total	729	13	136	6	8	884

^(*) HG Schweitzer et Bongolo

^(**) Missions catholiques et protestantes

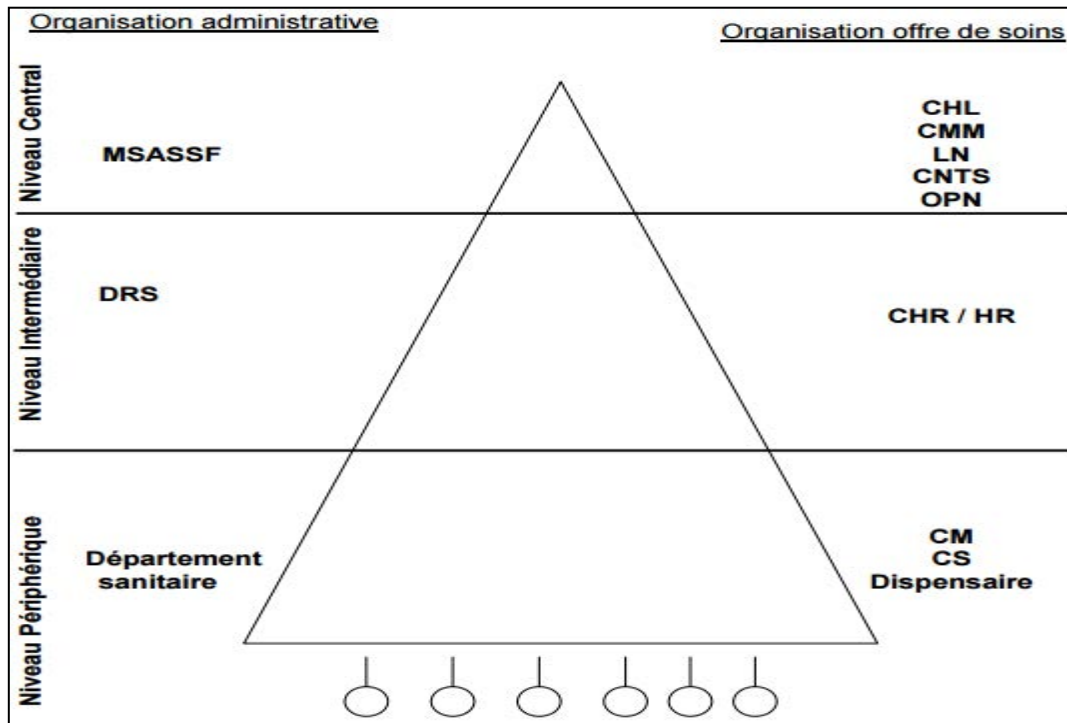
²⁶⁷ Nations unies, *Sommet de Johannesburg 2002*, Gabon, p. 25.

Le secteur public civil est organisé de manière pyramidale en trois niveaux. Le premier niveau appelé niveau central ou niveau stratégique comprend l'ensemble des directions centrales, y compris les programmes des instituts et des structures de soins et de diagnostics de référence. Il est à la pointe de la pyramide sanitaire. Le second niveau est qualifié d'intermédiaire ou d'appui technique. Il est formé de dix (10) directions régionales de santé et de neuf (9) centres hospitaliers régionaux implantés dans les chefs-lieux de provinces. Ces centres hospitaliers régionaux servent de référence aux structures du premier niveau de la pyramide sanitaire. Le dernier et troisième niveau correspond au niveau périphérique encore qualifié d'opérationnel. Il correspond à la base de la pyramide. Il s'agit de départements sanitaires. Il est composé de l'ensemble des centres médicaux, des dispensaires, des centres de santé de district ou urbain et des cases de santé.

Soulignons que les centres médicaux, implantés dans les chefs-lieux des départements, servent de structures sanitaires de référence pour ces localités. Il existe 52 centres médicaux correspondant aux 52 départements sanitaires.

La figure ci-après permet de représenter la configuration organisationnelle du secteur public civil de santé.

Figure 2 : Configuration organisationnelle du secteur public civil de santé



Source : Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015, disponible sur : http://www.coopami.org/ft/countries/countries/Gabon/social_protection/pdf/social_protection01.pdf

Il faut noter que cette présentation officielle est bien souvent mise à mal. En effet, la présence des nouveaux édifices sanitaires ne suffit pas pour résoudre le problème du manque de structures de santé. La concentration des structures dans les grandes agglomérations, les capitales provinciales pose le problème de l'accès aux soins des populations les plus reculées des grands centres urbains.

Il ressort une inégalité d'accès aux soins qui s'est progressivement creusée. Le rapport du directeur de la santé publique dénonce cette répartition :

« Il apparaît donc que la couverture médicale s'exerce de telle façon que la population se trouve séparée en trois tranches : - la première, très privilégiée, habitant les préfectures et les sous-préfectures ou les environs immédiats, bénéficie d'un établissement hospitalier bien équipé, dirigé par un ou plusieurs médecins, - la deuxième, moins favorisée, habitant un village et ses environs, où une infirmerie est implantée, est visitée par un infirmier et plus ou moins contrôlée par le médecin du district. Ces deux tranches bénéficient d'installations statiques ; - la troisième enfin, habitant loin des centres et des infirmeries, est contrôlée une fois par an, parfois tous les six mois, par des équipes mobiles. En cas de nécessité absolue, elle est obligée de parcourir une distance importante, hors de ses moyens, pour aller consulter au centre médical ou y amener ses malades. La difficulté est telle que le plus souvent la famille renonce »²⁶⁸.

Les populations urbaines sont privilégiées au détriment de celles qui vivent loin des villes. Si au travers du lancement du Plan National d'Action Sanitaire, les pouvoirs publics ont renoué avec l'idée de faire aboutir la politique de l'accès aux soins pour tous, il n'en demeure pas moins que les infrastructures annoncées portent majoritairement sur le niveau central et intermédiaire de la pyramide de santé.

²⁶⁸ IMTSSA, « Gabon 1963-65, Politique sanitaire, partie I », *op.cit.*, pp. 2-3.

- Des structures sanitaires hors d'usage

Le système de santé gabonais est composé d'environ 959 structures de soins, depuis les cases de santé jusqu'aux hôpitaux nationaux. S'agissant des structures de premier contact, il y a près de 700 structures. Ce sont les dispensaires, les infirmeries, les cabinets de soins et les hôpitaux régionaux, les centres hospitaliers universitaires. Il y a certes des bâtiments, construits pour la plupart après les indépendances, mais qui ne sont plus opérationnels soit par manque des personnels de santé, soit par manque d'entretien ou parce qu'ils ne répondent plus aux normes. Le résumé du rapport du *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015*, souligne, à cet effet, que les centres médicaux sont majoritairement dans un état de décrépitude et que l'« offre de soins de qualité et l'utilisation des services de santé sont insuffisantes, les infrastructures et équipements du premier niveau de la pyramide sanitaire sont souvent vétustes »²⁶⁹.

À ce sujet, le rapport sur *l'Évaluation des services de santé maternelle néonatale et infantile au Gabon* fait le bilan selon lequel de nombreux dispensaires sont fermés et d'autres ne répondent à aucune norme²⁷⁰. Certains ne sont plus opérationnels et sont désormais fermés soit temporairement, soit définitivement. D'autres sont ouverts au public alors qu'ils ne le devraient plus, à cause des risques d'effondrement. Ce qui réduit considérablement le nombre des établissements et accentue l'inégalité d'accès aux soins. La carte ci-après permet d'observer cette situation au niveau des maternités.

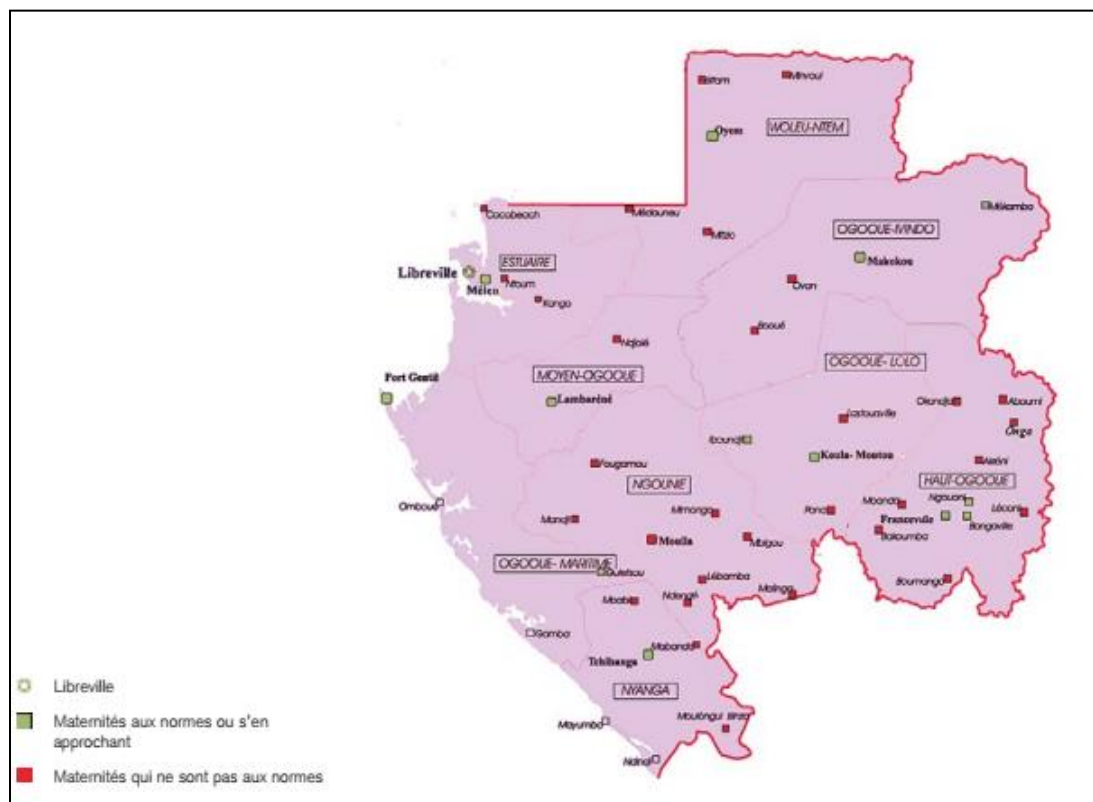
²⁶⁹ Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015, p. 6.

Disponible en ligne sur :

http://www.coopami.org/fr/countries/countries/Gabon/social_protection/pdf/social_protection01.pdf

²⁷⁰ Fondation Sylvia Bongo Ondimba, *Évaluation des services de santé maternelle néonatale et infantile au Gabon, op.cit.*, p.9.

Carte 1 : Rapport de la situation des maternités actuelles



Source : Rapport Général de Supervision Nationale SMI, ministère de la Santé, février 2014.

Cette carte illustre la situation contrastée des infrastructures de maternité. Entre le nombre annoncé et ceux qui sont réellement en capacité d'accueillir, il y a un écart considérable. On retrouve au moins dans chaque province une maternité qui ne répond plus aux normes et donc qui ne doit plus accueillir les populations.

Au nord du Gabon, dans la province du Woleu-Ntem, la Fondation Sylvia Bongo Ondimba, dans son rapport, aboutit à l'analyse suivante :

« (...) Le centre médical de Minvoul est vétuste, inapproprié et difficilement accessible. L'audit conduit conclut que le centre ne devrait pas être en exploitation (...) Au centre médical de Mitzié, la maternité est dans un état de délabrement complet : salle d'accouchement exigüe, très mal éclairée, sans accès à l'eau et sans aucun respect de normes d'hygiène et de sécurité. L'audit conduit indique qu'il présente des risques graves et imminents d'affaissements d'éléments de structure (plafonds, charpentes, cloison) et qu'il ne devrait pas être exploité »²⁷¹.

²⁷¹ Fondation Sylvia Bongo Ondimba, *Évaluation des services de santé maternelle néonatale et infantile au Gabon, op.cit.*, p.10.

Le rapport, réalisé par le programme Art Gold Gabon initié par le PNUD au Gabon, fait ressortir que dans la même province du Woleu-Ntem, sur 11 cases de santé, il n'y en a qu'une opérationnelle²⁷². Aussi, il n'y a pas de centre de santé à Oyem²⁷³, chef-lieu de la province, situé à près de 600 km de Libreville.

Un autre rapport précise que dans le Moyen-Ogooué : « le nombre de structures sanitaires relevé (...) n'indique pas le caractère fonctionnel ou non de ces entités. On note : seuls 29 dispensaires sont fonctionnels, soit 80,6% de l'ensemble ; 13,9% des dispensaires sont fermés contre 5,5% abandonnés »²⁷⁴.

Par conséquent, les populations ont du mal à accéder aux soins, soit parce qu'il y a moins de centre de santé opérationnel, soit parce qu'ils sont trop éloignés. Les populations doivent parcourir des kilomètres, parfois à pied, pour se faire soigner.

Ce phénomène est observable dans la région nord du Gabon mais aussi dans la province de l'estuaire, où la majorité des centres de santé est située loin des transports en commun. C'est le cas par exemple de l'hôpital de Melen et du CHU d'Angondjé, dont l'accès est quasiment impossible aux heures de pointe. L'on retrouve également la même chose à Franceville, où le centre hospitalier régional est situé à plusieurs kilomètres de la ville. Un de nos interlocuteurs souligne qu'il faut se lever très tôt le matin, aux environs de quatre ou cinq heures, pour espérer arriver à l'hôpital vers dix heures du matin : il faut compter environ cinq heures pour s'y rendre.

²⁷² PNUD, *Programme Art Gold Gabon: Document de marketing province du Woleu-Ntem, op.cit.*, p.24.

²⁷³ *Ibid.*, p.27.

²⁷⁴ *Ibidem.*, p.24.

3.2. Personnel de santé et équipements

La question du personnel de santé est déterminante. Rien ne peut se faire dans la santé publique si le personnel adéquat n'est pas qualifié et disponible. La gestion du personnel est un volet crucial. Il se trouve qu'au Gabon, la gestion du personnel n'existe que de nom. D'un côté, on a un ministère de la Santé qui s'estime impuissant et de l'autre côté, on a un personnel qui ne souhaite pas exercer en province. Cette situation a nécessairement des conséquences sur la répartition des agents de santé sur le territoire national.

Par ailleurs, le personnel soignant travaille bien souvent sans équipement adéquat. Il est contraint d'exercer sans respecter le protocole des soins, faute d'équipements.

- Un personnel de santé réfractaire aux affectations

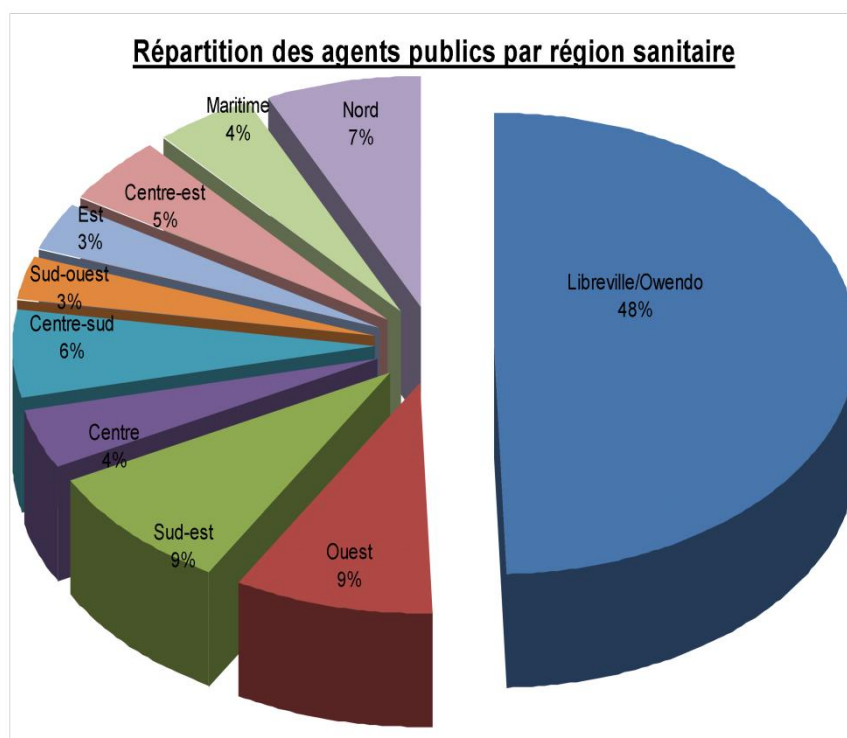
Le personnel de santé est géré par la Direction générale des ressources humaines et des moyens généraux. Cette direction est chargée d'élaborer et de faire appliquer le plan directeur du développement des ressources humaines, de planifier les recrutements et de suivre l'évolution des carrières des personnels. En effet, les personnels sont en première ligne pour l'application de la stratégie politique de santé. L'on estime à environ 12 000 personnes exerçant dans le secteur de la santé²⁷⁵ dont 9 500 pour le secteur public. En termes de ratio, il y a environ, dans le secteur public, quatre médecins, cinquante infirmiers et quatre sages-femmes pour 10 000 habitants²⁷⁶. Les aides-soignants, les laboratoires d'analyses et les ambulanciers complètent le dispositif. Tous participent à la mise en œuvre des politiques de santé publique et exercent des métiers variés à travers les 959 structures de santé qui existent dans le pays²⁷⁷. Ainsi, le graphique suivant donne la répartition du personnel de santé à travers le Gabon.

²⁷⁵ Ministère de la Santé, des Affaires sociales, de la Solidarité et de la Famille, *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015, op.cit.*, p.22.

²⁷⁶ *Ibid.*

²⁷⁷ *Idem.*, p.20.

Graphique 3 : Répartition des agents publics par région sanitaire



Source : Ministère de la Santé, des Affaires sociales, de la Solidarité et de la Famille, *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015, op.cit.*

Le graphique ci-dessus donne des indications sur la répartition des agents publics au niveau national. Toutefois, cette répartition est inégalitaire : près de la moitié des agents sont concentrés à Libreville. On constate que l'autre moitié du personnel est inégalement répartie à travers le reste du pays. On retrouve seulement 3% du personnel hospitalier dans le sud-ouest, contre 48% du personnel hospitalier exerçant à Libreville et Owendo. On a une différence de 45% entre les deux régions. On peut souligner que les Librevillois ont 48% de chances de rencontrer un médecin contre 3% pour les populations du sud.

La répartition des effectifs du système de santé au Gabon freine la mise en œuvre des politiques de santé. Comme le souligne le rapport du PNDS 2011-2015:

« (...), l'absence d'une réelle politique formelle de développement des ressources humaines est à l'origine du déficit quantitatif et qualitatif en personnel dans les domaines prioritaires tels que : la santé publique, l'épidémiologie, la chirurgie, la gynécologie obstétrique, la pédiatrie, l'anesthésie-réanimation, la médecine des urgences, la psychiatrie, la médecine transfusionnelle, d'autres

spécialités médicales cliniques et la gestion des systèmes de santé sollicitées à différents niveaux de la pyramide de soins »²⁷⁸.

Le même rapport souligne le problème du nombre de sages-femmes qui connaît une régression annuelle. Cette baisse des effectifs peut s'expliquer par la faible attraction des étudiants pour cette profession. Ce rapport indique que « si rien n'est fait pour la rendre plus attractive, le Gabon court le risque d'un déficit grandissant en sages-femmes avec pour conséquences la non-sécurisation des accouchements et, partant, une élévation de la mortalité maternelle et périnatale »²⁷⁹.

Relativement à la politique de gestion des ressources humaines, l'on se demande comment l'État gabonais, qui a adhéré librement à la politique mondiale d'Alma-Ata sur la « santé pour tous d'ici l'an 2000 », et réitéré cette adhésion lors des rencontres internationales de santé, peut atteindre ses objectifs ? Ce d'autant plus que les OMD, cibles 4 et 5, recommandent de réduire la mortalité infantile et d'améliorer la santé maternelle.

Le déficit global des effectifs de l'ensemble du système de santé est important et ne semble pas s'améliorer, comme nous le rapporte un conseiller du Ministère de la santé. Celui-ci nous dit que l'augmentation du personnel de santé dépend de plusieurs facteurs sur lesquels les pouvoirs publics s'appuient. Parmi ces facteurs, il y a l'adéquation entre besoins en personnel et effectifs réels, l'adéquation formation-emploi et l'amélioration des conditions de travail et de vie du personnel.

Le Gabon souffre d'un manque important de médecins spécialistes. Ces derniers sont souvent préoccupés par des responsabilités administratives, au point de délaissé leur métier. Comme le soulignent Mathieu Detchessahar et Anouk Grevin, les « managers ne sont plus sur le terrain ; ils ne connaissent plus le travail, ses contraintes et les difficultés auxquelles les opérationnels sont confrontés. Ils n'ont plus le temps de s'y intéresser. La dynamique de l'équipe en pâtit et l'organisation du travail, aussi »²⁸⁰.

L'analyse faite par le ministère de la santé publique est conscient de ce problème des effectifs. C'est du moins ce qui ressort de l'extrait du rapport final du PNDS :

« La non-maîtrise des effectifs, la mauvaise répartition du personnel par rapport aux besoins et la démotivation du personnel de santé du fait de l'absence

²⁷⁸ Ministère de la Santé, des Affaires sociales, de la Solidarité et de la Famille, *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015*, op.cit., p.18.

²⁷⁹ *Ibid.*

²⁸⁰ M. Detchessahar, A. Grevin, « Un organisme de santé... malade de " gestionnisme " », *Annales des Mines – Gérer et comprendre*, 2009/4, n°98, pp. 27-37.

de plan de carrière, des mauvaises conditions de vie et de travail. Enfin, le recrutement et la gestion des agents sont fortement dépendants du ministère en charge de la Fonction publique et celui en charge du Budget, qui constituent ainsi de véritables (goulots d'étranglements) fourches caudines pour le ministère de la Santé en ce qui concerne la satisfaction des besoins en ressources humaines »²⁸¹.

Les entretiens auprès de la Direction des ressources humaines du ministère de la santé font ressortir que l'inégale répartition du personnel de santé est due au mode de gestion. Les responsables administratifs chargés des affectations du personnel sont souvent confrontés à des résistances comme l'on peut le constater dans l'extrait d'entretien ci-après.

« Certes, c'est nous qui avons une bonne visibilité des besoins en personnel de santé sur l'ensemble du territoire national. Mais, seulement, les choses ne sont pas si simples que ça. Nous, on affecte les gens en province. Certains y vont et d'autres non. Tu sais ce qui se passe ? Ben, ils font intervenir leurs parents, des connaissances, amis... pour qu'on les garde sur Libreville ou dans la grande ville provinciale de leur choix. Personne ne veut aller au village. Ils sont rares ceux qui acceptent ».

Face à l'absence de logement ou à des logements vétustes, à l'absence d'eau potable et de l'électricité dans ces zones sanitaires, certains personnels de santé refusent effectivement leur affectation. C'est ce qui ressort de l'extrait d'entretien, ci-après, réalisé auprès d'un médecin-chef :

« Il savent que "leurs intervenants" vont agir ! Et puis, il y a une autre réalité, les gens fuient le village parce que les conditions de vie et de travail ne sont pas simples. Ils se plaignent des logements qui sont vétustes ou inexistantes. Parfois, sans eau potable, parfois sans électricité. Ils ne peuvent pas faire grand-chose là-bas. C'est vécu pour certains comme "une sorte de punition, c'est le garage" surtout pour les jeunes générations. Ils sont coupés du reste du pays. Enfin, c'est ce que j'ai entendu des plaintes des personnes qu'on affecte à l'intérieur du pays ».

²⁸¹ Ministère de la Santé, des Affaires sociales, de la Solidarité et de la Famille, *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015, op.cit.*, p. 19.

Cette section nous aide à comprendre qu'au Gabon, la stratégie politique de santé affichée dans les textes n'a pas le même écho sur le terrain, notamment lorsque l'on prend le cas de la gestion du personnel de santé. Par ailleurs, si la gestion du personnel de santé et les conditions de travail offertes aux salariés en province sont un frein à la mise en œuvre de la politique de santé, il faut aussi se tourner vers le problème des équipements pour comprendre les difficultés d'une amélioration des soins pour tous au Gabon.

- Le sous-équipement

Politique, structures, personnel, équipements de santé sont complémentaires dans le processus de prise en charge et donc dans l'accès aux soins. Au niveau des équipements, il est difficile de faire un état des lieux précis. D'estimer le nombre d'équipements de santé que compte le système de santé publique. Toutefois, les études existantes font état d'un manque important d'équipements. Comme le souligne Simon-Pierre Ezéchiel Mvone-Ndong :

« (...), un médecin travaillant dans une structure hospitalière dépourvue d'un bloc opératoire et ne disposant pas d'anesthésiste ne recevra pas le patient, (...). Étant entendu que l'approximation est une attitude qu'il faut toujours récuser dans l'exercice d'un geste médical, il est évident qu'un médecin consciencieux et sérieux n'accepterait pas d'utiliser un matériel médical qui ne peut produire des résultats probants »²⁸².

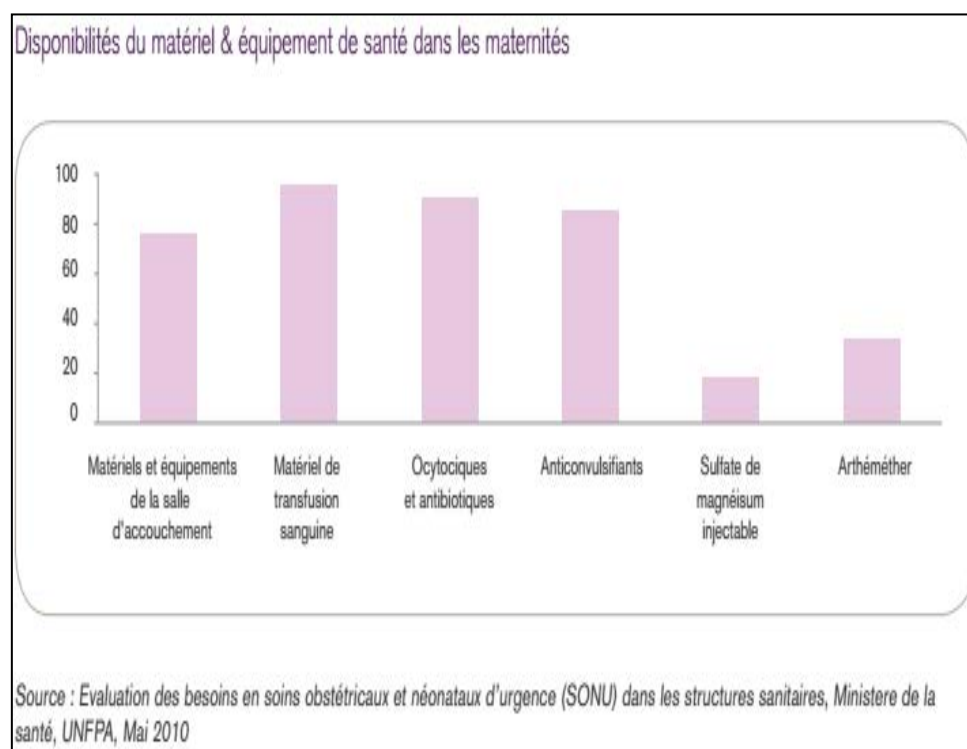
Comment les pouvoirs publics comptent-ils renverser la courbe sanitaire, dès lors que les déficits en matière d'équipements sont patents ?²⁸³ Les maternités de Lékoni et Akiéni situées dans la province du Haut-Ogooué sont dépourvues du minimum de matériel médical. Un équipement comme la couveuse, indispensable pour un service de maternité est inexistant²⁸⁴. Le graphique ci-après synthétise les résultats d'une enquête menée par le ministère de la santé.

²⁸² S.-P. E. Mvone Ndong, *Santé et précarité au Gabon, le système de santé gabonais comme un texte*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2011, pp.84-85.

²⁸³ Ce problème est le même lorsque l'on regarde du côté des médicaments. À tel point que D. Fassin et D. Memmi dans leur ouvrage, *Le gouvernement des corps*, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 2004, p.98 affirment que finalement, l'industrie pharmaceutique agit à tous les niveaux de l'espace public et envers les différents segments de population concernés.

²⁸⁴ Fondation Sylvia Bongo Ondimba, *Évaluation des services de santé maternelle néonatale et infantile au Gabon, op.cit.*, p.15.

Graphique 4 : Disponibilité du matériel de santé dans les maternités



Il ressort de ce graphique que les pouvoirs publics ne tiennent pas compte du volet équipement dans la mise en œuvre de la stratégie politique de santé. Or, le déficit est de 80% des besoins d'équipements, rien que pour le secteur maternité. Le rapport d'audit effectué par la Fondation Sylvia Bongo Ondimba en témoigne :

« Les structures sanitaires qui offrent les services obstétricaux et néonataux d'urgences, ne disposent pas toutes du matériel nécessaire conforme aux normes OMS. L'analyse des équipements a révélé un déficit notoire de matériel. Les hôpitaux répondent en majorité aux normes fixées par l'OMS. Cependant, les centres médicaux, pour la plupart en milieu rural, manquent de matériel. Les difficultés d'approvisionnement, les problèmes de maintenance, la mauvaise gestion du budget qui leur est alloué ou la polarisation de ce budget sur les structures sanitaires urbaines en sont les causes principales. Toutefois, une autre cause peut être soulignée : il existe une surdotation de certains établissements, pourtant peu fréquentés car situés dans des zones très peu peuplées. Cela pénalise

la dotation en matériel de structures délaissées mais néanmoins très fréquentées »²⁸⁵.

À Libreville ou à l'intérieur du pays, le problème du sous-équipement se pose avec acuité. L'absence d'équipements sanitaires réduit considérablement l'intervention des praticiens de la santé. Ces derniers ne peuvent pas poser certains gestes médicaux parce qu'ils évitent de mettre en danger la vie des patients en utilisant du matériel vétuste ou inadapté.

Simon-Pierre Ezéchiel Mvone-Ndong souligne que les médecins ont souvent du mal à assurer le traitement dentaire des patients à cause du manque d'outils de travail. Ils se contentent de pratiquer des extractions de dents. Ils inhibent ainsi une partie importante de leur savoir qui est important pour les populations. Allant dans le même sens, le rapport sur le PNDS souligne que la majorité des services d'aide au diagnostic des grands centres urbains sont dépourvus d'équipements de travail, de réactifs et de films²⁸⁶. De son côté, le rapport de la Fondation Sylvia Bongo Ondimba relève que « les formations sanitaires du premier niveau présentent des insuffisances en équipements. Il se pose de surcroît des problèmes de maintenance »²⁸⁷.

Ce problème réduit considérablement l'accès aux soins dans les structures hospitalières publiques comme l'explique un médecin généraliste du CHUL :

« L'absence du matériel médical ne nous permet pas de proposer aux patients un large panel de service dans nos structures de santé du pays (...) nous manquons très souvent du matériel médical nécessaire aux soins médicaux et de santé. C'est pour cela que certains de nos services sont obligés d'être fermés ».

D'un côté, on a une stratégie politique de santé et de l'autre côté, une mise en œuvre caduque. Si le système de santé gabonais accuse un déficit en matière d'équipement de santé, qu'en est-il des budgets alloués à ce secteur ?

²⁸⁵ Fondation Sylvia Bongo Ondimba, *Évaluation des services de santé maternelle néonatale et infantile au Gabon, op.cit.*, p. 13.

²⁸⁶ Ministère de la Santé, des Affaires sociales, de la Solidarité et de la Famille, *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015, op.cit.*, p.17.

²⁸⁷ Fondation Sylvia Bongo Ondimba, *Évaluation des services de santé maternelle néonatale et infantile au Gabon, op.cit.*, p. 9.

3.3. Le financement comme vitrine de l'écart de la santé

Dans plusieurs pays développés, le système financier et comptable est clairement défini. Ce qui n'est pas nécessairement le cas pour les pays du Sud. Comme le souligne Joseph Brunet-Jailly, pour qui :

« Pour mieux décrire et suivre l'évolution de leurs activités économiques, les pays développés ont profondément amélioré leur système comptable, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale et sous l'influence de la théorie keynésienne. Ils ont identifié dans des comptes annexes des secteurs d'activités qui ne peuvent pas être réduits à leur apparence économique. À partir de 1960, les systèmes de comptabilité nationale ont été perfectionnés par la construction de comptes satellites pour chacun des principaux domaines d'action de l'État. Ainsi, par exemple, on trouve en France des comptes satellites de la santé, de l'éducation, du logement, de la recherche et de la protection sociale. Ces différents comptes sont connectés entre eux et construits par les ministères de tutelle respectifs (Fardeau, 1990). Le compte satellite de la santé a pour objet d'analyser l'ensemble de biens et services produits et consommés pendant une année, quelle que soit la source de financement. Il permet de déterminer la consommation médicale totale, mais également d'identifier ses différentes composantes ; d'apprécier la recherche médicale, les activités de médecine préventive, les dépenses de construction et les autres investissements. Une telle évolution n'a pas été perçue dans les pays en voie de développement où l'état de délabrement des systèmes de soins et le caractère rudimentaire et peu fiable des systèmes comptables et financiers sont reconnus de tous »²⁸⁸.

Au Gabon, il n'y a pas de clarté dans la gestion des finances du secteur de la santé. Le système souffre de détournement des budgets. C'est ce pan que nous allons analyser dans cette section.

²⁸⁸ J. Brunet-Jailly (Sous dir.), *Se soigner au Mali : une contribution des sciences sociales*, Éditions Karthala, Paris, 1993, p.231.

- Détournement des budgets de santé

Pour faciliter l'accès aux soins des populations, l'État gabonais alloue chaque année un budget conséquent au ministère de la Santé, qui est chargé à son tour d'organiser le système de santé nationale en construisant des nouvelles structures sanitaires, en assurant l'entretien et le fonctionnement du système de santé, mais aussi en assurant la formation du personnel de santé. Le rapport de l'OMS souligne, à cet effet, que : « le budget d'investissement de l'État alloué au secteur de la santé a régulièrement augmenté passant de 4,9 milliards en 2003 à 13,6 milliards en 2007 »²⁸⁹. Le tableau ci-après permet d'observer cette évolution.

Tableau 8 : Budget de l'État attribué au ministère de la Santé publique

Année	Budget État	Budget de la Santé	% Budget santé/ État	Budget de la santé investissement		Budget de la santé fonctionnement	
2003	624,47	25,83	4,14	4,96	19,2%	20,87	80,8%
2004	653,53	49,86	7,63	7,50	15%	42,36	85%
2005	753,16	49,95	6,63	7,19	14,4%	42,76	85,6%
2006	1000,31	59,44	5,94	12,00	20,2%	47,44	79,8%
2007	1047,55	70,73	6,75	13,66	19,3%	57,07	80,7%
Moyenne	815,80	51,16	6,22	9,06	17,63%	42,10	82,4%

Source : Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Afrique, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2008-2013 Gabon, op.cit.*, p p.11-12. Disponible en ligne : [Stratégie de Coopération de l'OMS avec les pays 2008-2013: Gabon](#)

Il ressort du rapport du PNDS de 2011-2015 ce qui suit :

« On estime à près de 200 milliards de francs CFA (soit 400 millions de dollars US) les dépenses totales de santé, dont 138 milliards de francs CFA pour le secteur public en 2009. Ces dépenses représentent 4,6 % du PIB du pays. Les dépenses totales de santé par capitale en dollars US ont doublé entre 2000 et 2007, passant de 185 dollars US à 373 dollars US. Ces dépenses publiques de santé, bien

²⁸⁹ OMS, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2008-2013 Gabon, op.cit.*, pp.11-12.

qu'en augmentation en valeur absolue, sont passées de 67,9 % en 2000 à 64,5 % en 2007 des dépenses totales de santé »²⁹⁰.

On s'aperçoit qu'en plus de l'accroissement budgétaire, il y a une augmentation significative des dépenses publiques réparties à part égal entre les dépenses d'investissements (constructions, réhabilitation et équipements) et les dépenses de fonctionnement (salaire des personnels de santé). Comme le souligne l'extrait du rapport du PNDS 2011-2015 :

« Ces chiffres indiquent que les dépenses publiques augmentent moins vite que les dépenses totales. Près de 50 % de la part étatique du budget de la santé sont consacrés aux investissements (constructions, réhabilitations et équipements) et 50 % au fonctionnement. Entre 40 % et 50 % du budget de fonctionnement du secteur public de la santé sont consacrés aux salaires des agents »²⁹¹.

Malgré l'importance du budget consacré à la santé, on se rend compte que celui-ci ne permet pas un véritable accès aux soins pour tous au regard des dysfonctionnements observés dans l'ensemble du système de santé. Dès lors, on peut se demander à quoi servent ces subventions de l'État ?

L'histoire du Gabon telle qu'expliquée par Nicolas Metegue N'nah fournit quelques clés de compréhension. Nous avons été interpellé par ce passage :

« La reprise économique qui s'affirma à partir de 1979 à la suite du "deuxième choc pétrolier" fut de courte durée. Durant quelques années, elle permit à l'État d'accroître régulièrement son budget qui dépassa les 700 milliards de francs CFA en 1985 et elle donna l'illusion d'un retour de la prospérité. Mais avec elle, les vieux démons ressurgissent. Si les derniers tronçons de chemin de fer furent achevés et quelques centaines de kilomètres de routes ainsi que d'importants travaux de télécommunications réalisés, le train de vie de l'État, lui, recommença à peser lourdement sur les finances publiques. Par ailleurs, les détournements de deniers publics continuèrent »²⁹².

²⁹⁰ Ministère de la Santé, des Affaires Sociales, de la Solidarité et de la Famille, *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015, op.cit.*, p. 19.

²⁹¹ *Ibid.*

²⁹² N. Metegue N'nah, *Histoire du Gabon : des origines à l'aube du XXIe siècle, op.cit.*, p.215-216.

L'auteur va encore plus loin en apportant les précisions suivantes :

« Enfin, si l'on se réfère aux déclarations officielles, l'insouciance dans la gestion des fonds publics était devenue une véritable gangrène qui rongait le pays. Ainsi, au début du mois de juillet 1988, le conseil supérieur de la magistrature, suivant en cela de nombreux conseils des ministres, s'émut vivement de l'ampleur que prenaient les détournements de deniers publics. Le mois suivant, le président Bongo lui-même admit : "L'État avait beaucoup dépensé. On avait constaté beaucoup de gaspillages". En d'autres termes, la crise n'était pas seulement due aux aléas du marché des matières premières et de la tenue du dollar sur les marchés de change mais aussi à une gestion défectueuse des finances de l'État »²⁹³.

De manière récurrente, le Gabon est confronté à la question des détournements de biens publics. Les résultats de notre enquête de terrain font ressortir l'écart entre les budgets annoncés, les budgets décaissés et les budgets de réalisation. Comme l'explique un directeur administratif et financier (DAF) de l'une des structures de santé de Libreville :

« L'affaire de la gestion des budgets de santé au Gabon est plus que regrettable. Je suis à ce poste depuis 7 ans, je n'ai jamais vu un projet prévisionnel se réaliser comme prévu. Quand le budget est alloué en principe, il tient compte de tous les besoins de santé au niveau national. Sauf qu'une fois alloué, celui-ci connaît un dégraissage depuis le décaissement. Une fois qu'il est décaissé, le budget est à nouveau dégraissé avant d'arriver à la phase de réalisation du projet. Du coup, parfois, plus de la moitié du budget initial se "volatilise dans la nature". Avec le peu qui reste, on essaie de commencer une réalisation sans l'achever. Soit on choisit d'acheter les équipements les moins coûteux et c'est tout ! On attend le prochain budget. Durant des années, les choses se sont passées de cette manière. Du coup, on a une tonne de travail inachevé, des équipements toujours incomplets et des impayés auprès de nos fournisseurs. Bref, nous avons des soucis partout ! »

Ce directeur décrit tout un système de détournement de fonds qui concerne plusieurs échelons. Il va ainsi du sommet de l'État jusqu'au niveau le plus bas. Il note que :

²⁹³ N. Metegue N'nah, *Histoire du Gabon : des origines à l'aube du XXIe siècle*, op.cit., p.217.

« Moi-même, en tant que DAF, je suis souvent confronté à cette triste réalité dans cet hôpital. Il m'est parfois arrivé d'aller vérifier dans un service si l'achat prévu d'un équipement avait bien eu lieu afin de justifier le décaissement budgétaire. Mais rien n'est fait avec cet argent "chacun met sa part dans la poche". Le budget a beau augmenter mais tant que c'est toujours ce système qui fonctionne en toute impunité, qui doit le gérer, la situation de santé sera pareille ».

Lorsque l'on réfléchit sur les finances de la santé au Gabon, on est face à un paradoxe total.

Si certains pays estiment qu'ils ont besoin de financements pour atteindre l'accès aux soins pour tous, le cas du Gabon peut servir d'exemple pour montrer que cette hypothèse a des limites. Au détournement de fonds publics s'ajoute le problème de l'attractivité du travail en région. Les structures de santé provinciales sont fortement impactées par les détournements de budgets, ce qui explique en partie l'état de délabrement des infrastructures et des équipements de santé mais aussi le refus du personnel d'aller en province en raison des mauvaises conditions de travail et de vie.

L'on peut prendre l'exemple du Centre hospitalier régional Paul Moukambi décrit par le quotidien gabonais l'*Union*. Il s'agit d'un centre hospitalier, le seul d'ailleurs capable de recevoir les malades de cette localité. Celui-ci souffre de nombreux dysfonctionnements qui supposeraient une aide publique. Sous le titre de *«Ogooué-Lolo/Koula-moutou/infrastructures sanitaires. Le Centre hospitalier régional Paul Moukambi à l'agonie »*, ce média souligne ceci :

« Inauguré il y a bientôt quinze ans par le président Omar Bongo Ondimba, le Centre hospitalier régional Paul Moukambi (CHRPM) de Koula-Moutou s'éteint petit à petit, tournant au ralenti. La plupart de ses services sont en effet confrontés à des difficultés de tous ordres, parmi lesquelles l'absence de médecins spécialisés, l'obsolescence du plateau technique qui ne répond plus aux besoins du moment ainsi que celle des services buanderie, morgue et cuisine. L'ambulance, don de la coopération nippone, est sur cale depuis plusieurs mois. Le personnel soignant se plaint également de travailler dans des conditions extrêmement difficiles avec, régulièrement, les délestages d'électricité et les coupures d'eau. Ce, en dépit des efforts consentis par la direction de cet établissement sanitaire,

qui souhaite la mise en place d'un conseil de gestion pour débattre des problèmes de fonctionnement du CHRPM. Elle déplore l'absence de moyens pour initier, autant que faire se peut, quelques investissements nécessaires à la réhabilitation de cette structure hospitalière jadis fierté de la province de l'Ogooué-Lolo. Les personnels soignants syndiqués menacent de suspendre leurs activités, si rien n'est fait dans l'urgence. Car, selon eux, le CHRPM est à l'agonie et n'est pas loin de devenir un véritable mouvoir »²⁹⁴.

La volonté affichée pour permettre l'accès aux soins au Gabon est détournée à des fins personnelles, ce qui explique en partie la situation de délabrement des hôpitaux public.

- Le contraste gabonais

L'analyse de l'écart entre la stratégie politique de santé et l'accès aux soins à partir de la dimension économique et financière pose le problème du paradoxe gabonais. L'on constate que ce pays n'a pas su tirer profit de ses acquis. Comme le relève également Etienne Bertrand Feumetio:

« En 2001, le ministre de l'Agriculture, de l'Elevage et du Développement rural n'y est pas allé par quatre chemins pour dépeindre la situation, dans une allocution présentée lors d'une réunion de la 25^e session des travaux du FIDA : "Le Gabon présente des indicateurs sociaux comparables à ceux de certains pays africains à revenus faibles. Le revenu par habitant élevé cache de grandes disparités entre les niveaux de vie. Une partie importante de la population gabonaise rencontre en réalité d'énormes difficultés pour se nourrir, se soigner, se loger, se vêtir décentement ». Et de souligner que : « Le nombre de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté en 1994 au Gabon est évalué à 75% de la population totale ». Avant de conclure sur les statistiques qui peuvent donner des vertiges : « Dans le domaine de la santé, le Gabon possède un profil démographique et épidémiologique caractéristique des pays pauvres. L'espérance de vie est faible, les taux de mortalité sont très élevés. La morbidité reste dominée par les maladies parasitaires et infectieuses. La malnutrition est devenue un

²⁹⁴ L'Union, « Ogooué-Lolo/Koula-moutou/infrastructures sanitaires. Le Centre hospitalier régional Paul Moukambi à l'agonie », n°12652, 18 février 2016, p. 16.

problème de santé publique, à telle enseigne que 11% des enfants naissent avec un poids inférieur à 2,5 kg ». Lorsqu'on sait que depuis 1997, la situation économique et sociale du Gabon n'a fait que se dégrader d'année en année, on peut imaginer l'ampleur du désastre en ce début d'année 2007 »²⁹⁵.

Aussi, l'analyse d'Emmanuel Ebang Ondo sur la santé au Gabon est également pertinente. Face au dysfonctionnement du système de santé gabonais, l'auteur s'interroge sur la qualité de l'offre de soins dans les structures sanitaires du pays, à savoir :

Comment se fait-il qu'un pays comme le Gabon, qui dispose de nombreuses richesses, peut arriver à produire un système de santé aussi « délabré » et inéquitable ? Autrement dit, qu'est-ce qui peut expliquer l'inefficacité et la dégradation du système de santé gabonais alors que ce pays y alloue un budget conséquent et dispose d'un PIB/habitant élevé par rapport à certains de ses voisins ?

C'est autant de questions auxquelles se heurtent les chercheurs qui travaillent sur la santé au Gabon. Si, au niveau national, l'écart de la santé est patent, au niveau international, la situation reste inchangée. C'est ce qui ressort de cette analyse comparative en matière de dépense de santé entre le Gabon et certains pays africains, réalisée par Estelle Nkale Bougha Obouna²⁹⁶. L'essentiel de son analyse comparative est synthétisée dans le graphique ci-après.

²⁹⁵ E. B. Feumetio, *Le Gabon, un pays si riche... mais très pauvre, Décryptage d'un authentique paradoxe socio-économique, op.cit.*, p.107.

²⁹⁶ E. Nkale Bougha Obouna, *Pauvreté, santé et genre au Gabon, thèse de doctorat en Science économique, op.cit.*, p.68.

Graphique 5 : Comparaison des dépenses de santé entre le Gabon et d'autres pays africains

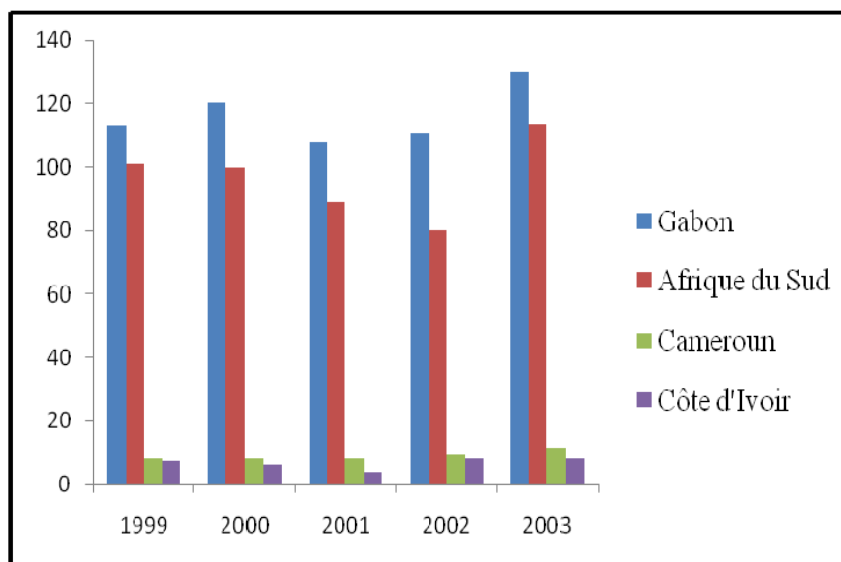


Figure 1.1 : Dépenses Publiques de santé par habitant au taux de change moyen (US\$) – 1999–2003

Source : Rapport sur la santé dans le Monde 2006–Travailler ensemble pour la santé.

Il ressort de ce graphique qu'entre 1999 et 2003, les dépenses de santé du Gabon sont largement au-dessus de celles de l'Afrique du sud, du Cameroun et de la Côte d'Ivoire. D'après les statistiques de la Banque mondiale, pendant la même période, l'Afrique du sud a une population de 46 millions d'habitants, alors qu'au Gabon, à cette même période, la population est estimée à 1 million d'habitants. Le Cameroun, pays voisin, compte pour sa part 17 millions d'habitants tandis que la Côte d'Ivoire comptait une population de 16 millions d'habitants.

Sur le plan politique, certains pays comme la Côte d'Ivoire ont connu des crises politiques. Crises qui se sont traduites pour la plupart par des conflits armés qui ont perturbé ce pays, tandis que le Gabon connaît une stabilité politique. Sur le plan sanitaire, il est le pays qui dépense le plus, dépassant de 100 fois les dépenses du Cameroun et de la Côte d'Ivoire. Tout ceci sans que cela ne se ressente dans l'accès aux soins. Bien au contraire, le Gabon présente une situation sanitaire précaire. C'est ainsi que l'un de nos interlocuteurs évoquait ce qui suit :

« Franchement, c'est triste mais que voulez-vous ? Nous on n'est pas comme d'autres pays d'Afrique qui sont pauvres, ils n'ont pas des ressources

naturelles, pour eux ça se comprend s'ils n'arrivent pas à s'en sortir ! Mais pour nous, la nature nous a tout donné au Gabon, des ressources naturelles, notre sol et notre sous-sol sont riches, suffisamment riches pour offrir à 1 million d'habitants une vie décente et développer 267 667 km². Au lieu de ça, on a carrément le contraire, les gens souffrent du manque de conditions intéressantes de vie et de santé. Je ne sais même pas comment les dirigeants analysent cette situation ? Omar Bongo dans sa tombe, je pense qu'il doit porter cette responsabilité. C'est lui qui a dirigé le pays quand tout allait bien, le boom pétrolier à lui seul aurait suffi pour développer durablement le pays. Les gens se soignent très mal. Les conditions sont floues pour ne pas avouer au gens qu'en réalité on ne sait pas vers où on va. La CNAMGS là-bas, c'est un bateau qui commence à chavirer, moins de 10 ans seulement après sa création ! »

3.4. La médecine traditionnelle

Même si la médecine traditionnelle a longtemps été reniée et dégradée, il importe de retenir qu'elle a su se maintenir dans l'univers sanitaire gabonais. Aujourd'hui, elle est davantage prise en compte par la médecine moderne qui cherche à l'intégrer.

- Évolution de la médecine traditionnelle

On sait que « la question des médecines parallèles est un sujet tabou pour la médecine hospitalo-universitaire. En apparence, les médecines parallèles font partie des questions "pas très sérieuses" que la faculté préfère ignorer »²⁹⁷. C'est pourquoi la médecine moderne et la médecine traditionnelle ont évolué chacune de leur côté. Mais vers la fin du XX^e siècle, notamment en 1978, elles sont devenues complémentaires grâce à l'initiative de l'OMS, conclue lors du sommet d'Alma-Ata. La médecine traditionnelle est, de ce fait, considérée comme un soutien important à la médecine moderne en vue de garantir un accès équitable aux soins de santé pour tous. Elle devient nécessaire dans la gestion du système de santé publique. Comme le souligne Élisabeth Motte-Florac :

« Celles-ci²⁹⁸ furent dès lors qualifiées : « d'indispensables pour les pays du Sud », car accessibles géographiquement, abordables financièrement et capables de couvrir la plupart des besoins en soins de santé primaires ; « d'utiles pour les populations des pays du Nord » en raison des nouvelles perspectives qu'elles offrent aux médecines complémentaires et parallèles (OMS, 2002) »²⁹⁹.

Ainsi, la reconnaissance de la médecine traditionnelle dans le système de santé publique vise à résoudre l'épineux problème de l'accès aux soins pour tous. Il s'agit, de mobiliser toutes les compétences nécessaires, médecins et tradithérapeutes ou tradipraticiens, afin d'« améliorer les programmes de prévention et mettre en place des mesures sociales visant à

²⁹⁷ J. Benoist (Sous dir.), *Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical*, Éditions Karthala, Paris, 1996, p.315.

²⁹⁸ « Celle-ci » est mise au pluriel par l'auteur, Élisabeth Motte-Florac, pour caractériser les médecines traditionnelles. Ce qui ne change pas le sens de la phrase de l'auteur et encore moins celle que nous accordons à ce concept de médecine traditionnelle.

²⁹⁹ E. Motte-Florac, « Les pharmacopées de tradition orale », *Cahiers de littérature orale, mis en ligne en 2011*. Disponible sur : <http://clo.revues.org/322;DOI:10.4000/clo:322>

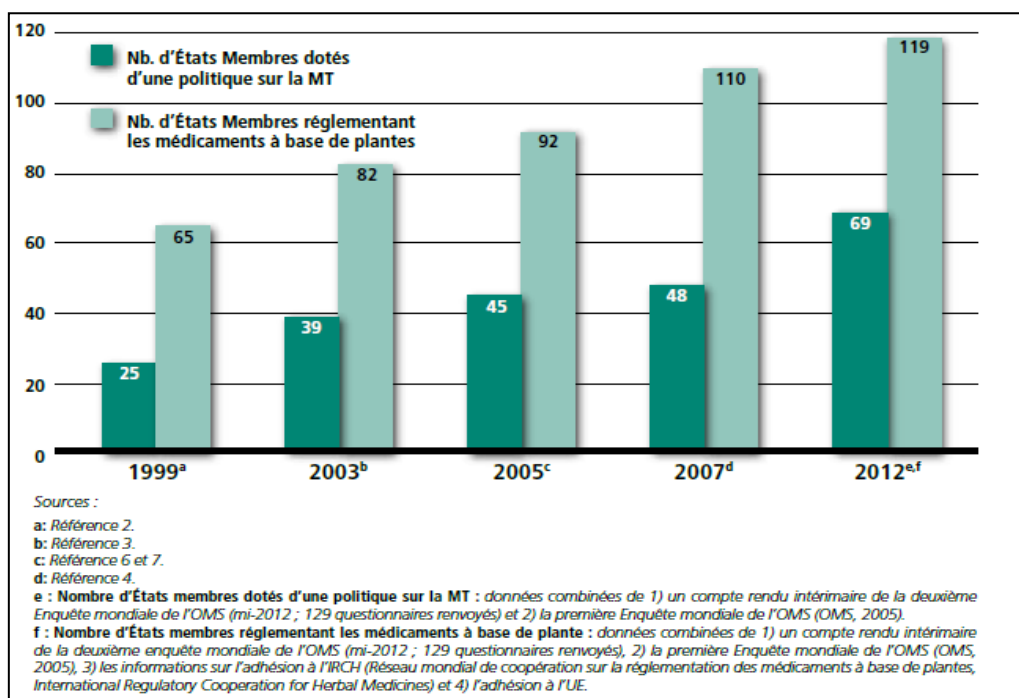
assurer à chaque personne l'accès à des soins de qualité³⁰⁰. » C'est pour cela que plusieurs États ont fini par intégrer la médecine traditionnelle dans leur programme de santé.

Le graphique ci-après, de l'OMS, est une parfaite illustration de l'évolution des indicateurs -d'intégration de la médecine traditionnelle dans plusieurs États du monde. Cette intégration permet de redynamiser la politique de redressement des institutions sanitaires des pays-membre de l'OMS. Dès 2003, l'OMS a instauré la « journée de la médecine traditionnelle en Afrique », célébrée le 31 août de chaque année.

Elle définit la médecine traditionnelle comme étant :

« [...] la somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales »³⁰¹.

Graphique 6 : Évolution des indicateurs de progrès des pays définis par la stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle



Source : Organisation mondiale de la Santé, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*, op.cit., p. 21.

³⁰⁰ S.-P. E. Mvone-Ndong, *La médecine traditionnelle. Approche éthique et épistémologique de la médecine au Gabon*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2008, Coll. « Études Africaines », préface du Dr G. Maka, p. 15.

³⁰¹ Organisation mondiale de la Santé, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*, p. 12. Disponible sur : www.who.int

Ce graphique illustre la mise en œuvre progressive des politiques de médecine traditionnelle et le nombre d'États réglementant les médicaments à base de plantes. Ainsi, on observe qu'entre 1999 et 2012, le nombre d'États mettant en œuvre les politiques de santé traditionnelle a presque triplé, passant de 25 à 69. Les États, usant des plantes comme médicaments, ont quasiment doublé. Ils sont passés de 65 États en 1999 à 119 États en 2012. L'apport social de la médecine traditionnelle dans la couverture médicale d'un grand nombre d'États membres de l'OMS est en nette progression.

- La médecine traditionnelle gabonaise

Le Gabon, membre de l'OMS, fait partie de ces pays africains qui ont intégré la médecine traditionnelle dans leur système de santé. La fréquence avec laquelle les patients consultent les tradithérapeutes ou tradipraticiens en est une parfaite illustration même si les données statistiques font défaut au niveau national.

Le rapport de l'OMS sur la stratégie de coopération avec le Gabon souligne à cet effet que :

« Une grande partie de la population a recours aux services des tradipraticiens. Le secteur de la médecine traditionnelle est encore peu organisé. Les données de ce secteur, non encore intégrées dans le système national de santé, sont insuffisantes pour en mesurer l'importance et l'efficacité »³⁰².

La médecine traditionnelle devient, au même titre que la médecine moderne, une thérapeutique à laquelle ont recours de nombreux Gabonais. Ce secteur de la médecine est encadré aussi bien par l'Organisation des chercheurs tradipraticiens du Gabon (OCTG) que par l'Institut de pharmacopée et de médecine traditionnelle (IPHAMETRA). L'OCTG regroupe « plus de 800 associations de thérapeutes spécialisées dans le traitement de nombreuses maladies récurrentes en Afrique, notamment dans la sous-région d'Afrique centrale avec plus ou moins de réussite »³⁰³.

³⁰² OMS, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays. République gabonaise, 2004-2007, op.cit.*, p. 18.

³⁰³ Dzonteu Désiré – Clitandre, « Normaliser la médecine traditionnelle au Gabon », mis en ligne en 2012. Disponible sur : <http://gabonreview.com/blog/normaliser-la-medecine-traditionnelle-au-gabon/>

Au Gabon, c'est près de trois quarts de la population qui ont régulièrement recours à deux types de médecine ; la médecine traditionnelle et la médecine moderne »³⁰⁴.

Selon le directeur de l'IPHAMETRA, le professeur Paul Bourobou Bourobou :

« L'IPHAMETRA (...) est un institut du Centre national de la recherche scientifique et technologique (Cenarest). Cet institut s'occupe de tous les aspects relatifs à l'étude des plantes, de la flore du Gabon ainsi que des aspects liés à la pharmacopée et à la médecine traditionnelle. Les grandes lignes de nos activités sont : premièrement, étudier la flore, donc les plantes du Gabon sur les plans de la description, de l'écologie, des médicaments. Ensuite, nous avons la charge de valoriser notre pharmacopée et notre médecine traditionnelle »³⁰⁵.

Cet institut permet de coordonner trois types de médecines. Il s'agit de la médecine occidentale, de la médecine africaine et de la médecine orientale (chinoise). Les recherches, fondées sur les trois médecines, ont permis de prendre en compte l'apport de la médecine traditionnelle dans l'organisation du système de santé. Dans l'institut, elles ont permis de se rendre « *compte de l'efficacité de certaines recettes traditionnelles sur des maladies difficiles à classer par les autres médecines* »³⁰⁶.

Les chercheurs de l'IPHAMETRA ont revu leur position par rapport aux praticiens de la médecine traditionnelle. Comme le souligne le directeur de l'IPHAMETRA, « *il faut plutôt mettre en place un cadre de collaboration pour le bien de nos malades* »³⁰⁷. L'extrait d'entretien réalisé par Maxime Kamga auprès du directeur de l'IPHAMETRA sur la recherche médicinale au Gabon se présente comme suit :

« Côté médecine traditionnelle, l'IPHAMETRA collabore avec les tradipraticiens selon un type de partenariat bien défini. Parlez-nous de ce type de partenariat.

Effectivement nous avons mis en place un partenariat IPHAMETRA-tradipraticiens. Ce partenariat est mis en place grâce au Forum de partenariats « public-privé » pour une gouvernance universitaire innovante organisé par le

³⁰⁴ S.-P. E. Mvone-Ndong, *La médecine traditionnelle. Approche éthique et épistémologique de la médecine au Gabon*, op.cit., p. 12.

³⁰⁵ Croissanceplus, « Contribution de la médecine traditionnelle à l'émergence », mis en ligne en 2013. Disponible sur : <http://croissanceplus.canalblog.com/archives/2013/03/05/26578174.html>

³⁰⁶ *Ibid.*

³⁰⁷ *Ibidem.*

ministère de l'Éducation nationale, sous le haut patronage du président de la République.

Ce Forum nous a ouvert beaucoup de voies. Avant le Forum, nous – à l'IPHAMETRA – on ne savait pas trop comment travailler avec les tradipraticiens. On les considérait comme des pauvres gens, sans éducation, sans diplômes. On a oublié que si nous sommes en retard en Afrique, c'est parce qu'on a toujours mis en avant le diplôme et non les compétences.

Au sortir de ce Forum et après avoir mis de côté les a priori, j'ai initié la mise en place d'un « schéma type de collaboration » avec les tradipraticiens. Ce schéma a été appuyé par la loi portant orientation générale de l'éducation, de la formation et de la recherche en son article 68. Au regard de cet article, j'ai défini un partenariat facile. Premièrement, pour tout ce qui touche aux aspects explicables, notamment pharmacopée et phytothérapie. On collabore avec les tradipraticiens qui vendent leurs médicaments à nos patients. En retour, nous étudions ces médicaments pour en sortir des phytomédicaments. Et une fois le phytomédicament produit, une part des ventes est reversée au tradipraticien et l'autre à l'IPHAMETRA.

La deuxième approche de ce partenariat avec les tradipraticiens concerne tout ce qui touche aux aspects inexplicables, notamment quand il s'agit d'un patient victime du fusil nocturne ou de folie. Il arrive à l'IPHAMETRA, nous regardons notre banque de données des tradipraticiens opérant dans ces domaines. Ensuite, on oriente le patient vers celui jugé compétent, sans plus.

L'essence de la médecine traditionnelle, c'est à la fois l'explicable, mais aussi l'inexplicable. L'IPHAMETRA – à travers ce schéma type de collaboration – met de la recherche autour de ces deux aspects »³⁰⁸.

Rappelons que l'histoire de la médecine traditionnelle au Gabon, comme dans plusieurs pays d'Afrique, est très ancienne. Elle s'occupe au départ des problèmes de société. Il s'agit d'une médecine qui est au cœur du fonctionnement de la société, c'est-à-dire qui joue un rôle social important, comme le souligne Simon-Pierre Ezechiél Mvone-Ndong :

« Pendant la période précoloniale, la médecine traditionnelle a joué un rôle social important. Elle soutenait l'action publique du chef de village. Elle faisait

³⁰⁸ Croissanceplus, « Contribution de la médecine traditionnelle à l'émergence », *op.cit.*

partie de cette grande institution qu'est le Conseil des sages, cheville maîtresse de la société. On faisait appel aux tradithérapeutes pour les fiançailles, le mariage, la résolution des conflits, etc. Ces fonctions sociales en faisaient avant tout une médecine préventive »³⁰⁹.

À l'arrivée des colons, la médecine traditionnelle a été marginalisée et persécutée pendant environ 130 ans. C'est la médecine moderne qui a pris le dessus sur toutes les questions de santé. La médecine traditionnelle a été ainsi présentée comme un ensemble de pratiques dangereuses qui exposent à des risques. La médecine traditionnelle a néanmoins continué de soigner clandestinement les malades. Ce qui fait qu'elle va cohabiter pendant tout ce temps avec la médecine moderne. Chacun travaillant de son côté, sans chercher à se connaître.

Après une première reconnaissance de la communauté internationale, la médecine traditionnelle sera, officiellement, chargée de guérir des maladies naturelles et surnaturelles à base des éléments de la nature et des rituels. Une étude de l'OMS mentionne plusieurs produits de la médecine traditionnelle.

« **Les produits de MT/MC** comprennent les matières à base de plantes, les préparations à base de plantes et les produits finis à base de plantes, qui contiennent comme ingrédients actifs des parties de plantes ou autres matières végétales ou une combinaison des deux. Dans certains pays, les médicaments à base de plantes peuvent traditionnellement contenir des ingrédients actifs naturels, organiques ou inorganiques, qui ne sont pas d'origine végétale (matières animales et minérales) (Réf. : deuxième enquête mondiale de l'OMS, explication du questionnaire modifié) »³¹⁰.

Ces éléments de la nature permettent de soigner plusieurs types de maladies, comme le décrit Simon-Pierre Ezechiél Mvone-Ndong. Pour lui :

« [...], la médecine traditionnelle comprend de nombreuses spécialités dont l'efficacité est parfaitement reconnue dans la société gabonaise : réparation des fractures (orthopédie) ; soins obstétricaux et gynécologiques ; renforcement de l'immunité ; soins chirurgicaux ; soins pédiatriques, soins néonataux, etc. Par

³⁰⁹ S.-P. E. Mvone-Ndong, *La médecine traditionnelle. Approche éthique et épistémologique de la médecine au Gabon, op.cit.*, p. 16.

³¹⁰ Organisation mondiale de la Santé, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023, op.cit.*, p. 31.

exemple, dans le Haut-Ogooué, plus précisément chez les Obamba, on donne le nom Alihanga à tout enfant qui, à la naissance, doit sa survie au tradithérapeute spécialisé dans les soins néonataux »³¹¹.

Aussi, comme le souligne l'OMS :

« Les pratiques de MT/MC englobent les thérapies médicamenteuses et les thérapies de soins reposant sur des procédures, telles que les thérapies faisant usage de médicaments à base de plantes, la naturopathie, l'acupuncture et les thérapies manuelles comme la chiropratique, l'ostéopathie, ainsi que d'autres techniques connexes, dont le qigong, le tai chi, le yoga, la médecine thermique, et autre thérapies physiques, mentales, spirituelles et orientées esprit-corps. (Réf. : Guide général des méthodologies de recherche et d'évaluation de la médecine traditionnelle de l'OMS, explication modifiée des thérapies reposant sur des procédures) »³¹².

La médecine moderne se charge de réparer les dysfonctionnements d'ordre naturel et donc physique. Ces deux dimensions de la médecine sont inscrites dans le quotidien des Gabonais. Certains médecins y voient d'ailleurs l'occasion de se former à ces deux formes de médecines en vue de les exercer, comme le souligne Simon-Pierre Ezechiél Mvone-Ndong.

« Aujourd'hui, il y a des choses qui changent, les médecins conventionnels gabonais s'initient aux pratiques de la médecine traditionnelle et exercent, soit ouvertement, soit clandestinement, les deux médecines, moderne et traditionnelle. Ces médecins luttent pour rendre à la médecine sa vraie valeur : une médecine qui soigne le corps et l'âme »³¹³.

L'auteur assimile ainsi cette dualité médicale à l'analyse faite par Socrate lors de son discours avec Charmide. Un discours qui illustre bien la deuxième facette de la médecine traditionnelle, c'est-à-dire celle qui est chargée de soigner les dysfonctionnements spirituels,

³¹¹ *Ibid.* p. 16. Lire aussi le rapport de la recherche initiée par l'Unesco sur la pharmacopée et la médecine traditionnelle chez les Pygmées du Gabon. Cette recherche est conduite par l'équipe du professeur Jérôme Kwenzi-Mikala et le docteur Samuel Mbadinga. L'aboutissement de ces travaux est la réalisation d'une « classification de 117 noms de plantes illustrant autant d'espèces végétales utilisées par les tradipraticiens pygmées et leurs multiples modes d'emploi. « Unesco, Pharmacopée et médecines traditionnelles chez les Pygmées du Gabon, Unesco 2009, p. 6. Rapport disponible en ligne. »

³¹² *Ibidem.*, p. 31.

³¹³ S.-P. E. Mvone-Ndong, *La médecine traditionnelle. Approche éthique et épistémologique de la médecine au Gabon, op.cit.*, 17.

psychiques, moraux et donc qui relève du surnaturel. Le discours de Socrate rend ainsi compte de la nécessité de soigner le corps avec l'âme, car les deux forment un tout qu'il ne faudrait pas dissocier.

« [...] de même qu'il ne faut pas entreprendre de soigner les yeux indépendamment de la tête, ni la tête indépendamment du corps, de même il ne faut pas non plus entreprendre de soigner le corps indépendamment de l'âme, et que la raison pour laquelle de nombreuses maladies échappent aux médecins grecs est qu'ils méconnaissent le tout dont il faudrait qu'ils prennent soin, car lorsque le tout va mal, il est impossible que la partie se porte bien »³¹⁴.

Ainsi donc, les praticiens de la médecine traditionnelle deviennent des acteurs importants de santé dans des États comme le Gabon, au moment où la médecine moderne accuse des difficultés à répondre efficacement aux besoins de santé de toute la population et à apporter les solutions pour permettre l'accès aux soins pour tous. Comme le rappelle le président de l'OCTG, Me Franck René Evoung Abessolo, le gouvernement gabonais « attend beaucoup des pratiquants de la médecine traditionnelle pour la guérison des maladies tant d'ordre physiologique que spirituel »³¹⁵.

La médecine traditionnelle est ainsi considérée comme une pratique à développer. Il y a une grande part de cette activité que personne ne maîtrise, pas même les tradipraticiens. Les prescriptions sont à formaliser pour un meilleur contrôle des procédures et une harmonisation des connaissances. Il ne faut pas oublier que la médecine traditionnelle provient de la culture gabonaise, qui est multiple. La force de cette médecine réside dans l'harmonisation de tous ces savoirs et de toutes ces compétences.

³¹⁴ S.-P. E. Mvone-Ndong, *La médecine traditionnelle. Approche éthique et épistémologique de la médecine au Gabon, op.cit.*

³¹⁵ D.-Cl. Dzonteu, « Normaliser la médecine traditionnelle au Gabon ». Disponible sur : <http://gabonreview.com/blog/normaliser-la-medecine-traditionnelle-au-gabon/>

Conclusion du chapitre 3

Ce chapitre sur le diagnostic officiel du système de santé a permis d'identifier les dysfonctionnements qui paralysent l'accès aux soins au Gabon. En plus du fait que Jean-Pierre Dozon³¹⁶ démontre que la politique et l'économie sont un obstacle à la prise en charge sanitaire, d'autres freins sont caractéristiques du contexte gabonais. Les détournements des budgets alloués à la santé ont un impact significatif sur l'ensemble du système de santé. Ce qui compromet son fonctionnement normal en raison des problèmes d'infrastructures, de gestion du personnel ou d'équipements médicaux. Comme le soulignaient déjà Caroline Damour et *al.* :

« (...) le budget santé est le plus élevé de la région, de l'ordre de 50 000 francs CFA/habitant et par an ; l'accès aux soins ne s'est pas amélioré et les indicateurs de santé restent médiocres, avec une morbidité et une mortalité toujours largement dominées par les maladies infectieuses et parasitaires et par l'épidémie de VIH/Sida qui semble progresser inexorablement »³¹⁷.

Après avoir présenté le discours officiel relatif au dysfonctionnement du système de santé gabonais, il importe dans la deuxième partie de confronter ces discours aux réalités de terrain à partir d'une analyse approfondie de deux cas : la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS) et le Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL). Les informations officielles manquent de précisions, peut-être volontairement, pour masquer l'ampleur des écarts qui existent entre les décisions prises et leurs mises en œuvres. Est-ce que les diagnostics et les bilans effectués par les pouvoirs publics cadrent avec la réalité empirique ?

³¹⁶ M. Godelier, *Maladie et santé selon les sociétés et les cultures*, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, 2011, p.125.

³¹⁷ C. Damour et *al.*, *Évaluation de la coopération française dans le secteur santé au Gabon (1990-2001)*, *op.cit.*, p.14.

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Notre travail de recherche porte sur l'accès aux soins en rapport avec la stratégie politique de santé au Gabon. Dans cette première partie, nous nous sommes focalisée sur la stratégie politique officielle de santé. Celle-ci inclut des acteurs nationaux et internationaux en vue de diversifier l'offre de santé.

Au regard des premières données d'enquête, il ressort que la stratégie politique de santé peine à être appliquée. L'accès aux soins pour tous, bien qu'affiché par les autorités, n'est pas effectif, et ce malgré un financement conséquent. Sur le plan juridique, les lois et les décrets n'arrivent pas à s'imposer dans les structures de santé. À plusieurs niveaux, tout au long de notre analyse, nous avons constaté des dysfonctionnements dans la mise en œuvre de la stratégie politique de santé.

Après les indépendances, ce pays possède de nombreux atouts pour développer l'accès aux soins. Une croissance économique notable, une population peu nombreuse et aussi une stabilité politique. Pourquoi ces atouts ne traduisent pas par un développement cohérent et efficace du système de santé ? Pourquoi le pays est-il encore de nos jours confronté à des problèmes de fond ?

Cette première partie de notre étude a permis de préciser l'orientation de la stratégie politique et le rôle de chaque acteur. Malgré la volonté politique, au moins telle qu'elle s'exprime dans les discours, mais pas seulement puisque le financement public en matière de santé est conséquent, il apparaît de réels dysfonctionnements. Ceux-ci ne sont pas uniquement d'ordre économique puisque le Gabon est un pays relativement riche et que la dépense publique est loin d'être négligeable. Aussi, il est important de ne pas limiter l'analyse aux aspects strictement financiers. Une étude sociologique au plus près du terrain est donc nécessaire pour examiner dans le détail les dimensions pratiques de l'accès aux soins au Gabon. Faute de comprendre les points de blocage, il est probable que la solution qui consisterait à insuffler plus d'argent dans le système de santé n'aurait toujours pas l'effet escompté : l'accès aux soins de qualité pour tous.

**Partie 2 : L'accès aux soins pour tous en
pratique. Le cas du Gabon.**

INTRODUCTION DE LA DEUXIEME PARTIE

Si la première partie de cette recherche a permis de discuter de la stratégie politique de santé, cette seconde partie est consacrée à sa dimension pratique. Nous partons d'un discours officiel pour le confronter à la réalité telle qu'observable empiriquement. La version officielle de l'écart entre la stratégie politique de santé et l'accès aux soins renvoie à un niveau d'explication encadré et maîtrisé. Son importance est tout de même capitale, ce d'autant plus que le constat d'un écart est malgré tout reconnu.

Les données d'enquêtes de terrain permettent de décrire et d'analyser l'ampleur et les raisons de cet écart à partir de l'étude pratique. Cette partie détaille ces pratiques au regard des éléments de terrain recueillis pendant nos enquêtes. Nos données proviennent des observations sur sites et des interviews réalisées auprès des agents de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS) et leurs partenaires, des Gabonais Économiquement Faibles (GEF), du personnel soignant et des malades du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL), des responsables d'église et des lieux de guérison mystique.

La CNAMGS, qui est susceptible de contribuer à l'accès aux soins pour tous, est prise dans le piège de l'assurance maladie au Gabon. Face à la crise économique qui secoue le Gabon depuis 2014, cet organisme de santé national peine à remplir ses engagements de la santé pour tous. Elle accuse des tensions de trésorerie qui conduisent les assurés à endurer une restriction des droits. Les Gabonais économiquement faibles (GEF), en pâtissent. Ils sont exposés au refus des soins et de la carte CNAMGS dans les hôpitaux et pharmacies.

Au niveau du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL), son fonctionnement, son organisation et ses pratiques sont un frein à l'accès aux soins pour tous. En plus des carences en personnel et en matériel de travail, dans le premier hôpital du Gabon, l'accès aux soins pour tous est mis à mal par une marchandisation des soins et une médecine de classe dont il faut préciser les contours. C'est l'objet de cette partie.

**Chapitre 4 : La CNAMGS comme dispositif politique d'accès aux
soins pour tous**

Introduction du chapitre 4

Depuis des décennies, la question des inégalités sociales dans le secteur de la santé a été au cœur de nombreux programmes politiques. Certains responsables en ont fait une priorité lors des élections présidentielles. Ali Bongo Ondimba, lors de ses campagnes présidentielles de 2009 et 2016-avait fait de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS) son principal argument politique. La CNAMGS est présentée comme le levier indispensable pour réduire les inégalités. Ce dispositif est ainsi défendu par le chef de l'État. Comme le souligne Christian Hervé, le « thème des inégalités sociales est un cheval de bataille des politiques publiques qui prétendent les combattre »³¹⁸.

Ainsi que nous l'avons souligné, les pouvoirs publics gabonais ont toujours consacré une part importante aux politiques de santé. C'est ainsi qu'en 1983, l'État gabonais crée la Caisse Nationale de Garantie Sociale (CNGS), dans l'objectif de faciliter l'accès aux soins des populations démunies. En 2007, elle est remplacée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS). Ce nouvel organisme est présenté comme le dispositif de sécurité sociale le plus complet pour le Gabon. Il prend en compte toutes les couches sociales de la population, c'est-à-dire les fonctionnaires, les salariés du secteur privé et les Gabonais économiquement faibles (GEF). Cette nouvelle politique sociale, dont la CNAMGS est un pilier, vise une meilleure gestion de la prise en charge sanitaire. C'est pourquoi, analyser l'accès aux soins de santé revient à se pencher sur ce système de prise en charge. L'intérêt de se tourner vers la CNAMGS rejoint ce que Pernelle Smits, Johanne Préval et Jean-Louis Denis résumant en ces termes : « le secteur de la santé dépasse largement la seule activité de soins et implique une variété de secteurs qui agissent sur les déterminants de la santé. Ainsi, nombre de politiques publiques en santé requièrent une intervention multisectorielle »³¹⁹. De ce fait, l'objectif de ce chapitre est d'analyser la prise en charge sanitaire de la CNAMGS, c'est-à-dire son influence au moment de sa création, ses promesses et ses limites.

³¹⁸ C. Hervé et al, *Les inégalités sociales et la santé : enjeux juridiques, médicaux et éthiques*, Éditions Dalloz, Paris, 2015, p.22.

³¹⁹ Pernelle Smits, Johanne Préval et Jean-Louis Denis, « Prendre en compte la santé dans les politiques publiques. Étude d'un régime de gouvernementalité au Québec », *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 34, n° 2, juin 2016, pp. 45-70.

4.1. L'effet CNAMGS au Gabon

La CNAMGS remplace la CNGS dont elle doit corriger les effets pervers. Or, dès sa création, cet organisme est confronté aux difficultés qui avaient conduit à la dissolution de la CNGS. Comme le souligne Luc Oyoubi, ministre gabonais : « *Honnêtement, vu comment c'est parti avec la CNAMGS, je me demande bien si on n'est pas en train de vivre la CNGS 2 ?* ». La CNGS n'a pas survécu à la croissance de la population démunie. Cette tranche de la population qui ne cotise pas à l'assurance maladie est appelée GEF. Il apparaît que la CNAMGS est rattrapée par le même problème : une population GEF croissante et une subvention insuffisante.

Cette section vise à analyser le passage de la CNGS à la CNAMGS. Il importe toutefois, en préalable, de revenir sur les motifs de suppression de la CNGS.

- De la CNGS à la CNAMGS, quelles leçons tirer ?

Comme le souligne Jean-François Girard, « la promotion de la santé et la solidarité nationale doivent aller de pair, le premier objectif devrait être de travailler à réduire les inégalités d'états de santé qui clivent la nation entre les sexes, entre les régions et entre les groupes sociaux »³²⁰. L'une des mesures d'urgence prises par le gouvernement gabonais, après l'indépendance du pays, est la création d'un organisme chargé de réduire les inégalités sociales en matière de santé. Il s'agit de la création de la Caisse Nationale de Garantie Sociale (CNGS), qui a existé de 1983 à 2007. Cette caisse avait pour objectif la protection des indigents face au risque de maladie. L'existence de cette caisse nationale de santé prend en compte les préconisations du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) de 1998. Celui-ci définit l'indigence comme « un état de pauvreté extrême, d'impuissance et d'incapacité à se prendre en charge pour la satisfaction de ses besoins élémentaires »³²¹.

L'État gabonais s'est engagé à prendre en charge l'ensemble des dépenses de santé de cette catégorie sociale. Les patients démunis avaient la garantie de se soigner gratuitement. Or, la mise en application de cette politique connaît des limites. Les effets de cette politique ne sont pas perceptibles. Les populations rencontrent des difficultés à accéder aux soins de santé. Parmi les manquements, il y a l'aspect financier qui est un facteur capital.

³²⁰ J-F Girard, *Quand la santé devient publique*, Éditions Hachette Littératures, Paris, 1998, p.79.

³²¹ P. Fournier, *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2013, p.195.

Devant le défi d'assurer la gratuité des soins, la CNGS s'est retrouvée en situation de crise. Liée à la baisse progressive des subventions de l'État, nous pouvons le constater dans le tableau ci-après.

Tableau 9 : Évolution des dotations budgétaires accordées à la CNGS et taux des besoins couverts de 1983 à 1996

Année	Dotation budgétaire annuelle en milliards de francs CFA	Taux des besoins couverts (en %)
1983 (6 mois)	3	100
1984	2,46	49,10
1985	2,24	43,33
1986	2,34	34,15
1987	1,65	23,73
1988	1,115	22,39
1989	1	15,15
1990	1,2	19,71
1991	1,2	17,60
1992	1,3	19,48
1993	1,1	20,46
1994	1,1	19,85
1995	1	15,98
1996	1	15,13

Sources : Direction générale de l'Économie 2008.

On observe que la dotation de l'État est passée de 3 milliards de francs CFA (soit 4 511 279 euros), pour une couverture d'une durée de six mois en 1983, à 1 milliard de francs CFA en 1996. Le taux de couverture des besoins, quant à lui, part de 100 % au moment du démarrage pour atteindre 15,13% en 1996. C'est une chute vertigineuse. Dès sa deuxième année d'existence, la couverture des besoins de la CNGS a subi une cure drastique. La moitié des besoins sont désormais couverts. Cette situation a des conséquences immédiates, comme le souligne un ancien assuré CNGS :

« Les premières années de la CNGS étaient bien. On allait à l'hôpital, on nous soignait, on nous donnait les médicaments, tout ça sans rien payer. C'est juste le carnet de santé qu'on nous demandait si tu l'as c'est bien, dans le cas contraire, on paye 1 000 francs CFA pour l'avoir. Quand tu vas voir le médecin, il ne te demande pas d'argent. Soit il donnait gratuitement les médicaments directement depuis l'hôpital, soit il te donne l'ordonnance pour aller en pharmacie. Quand tu vas à la pharmacie, on te sert les médicaments sans rien

payer. Mais quand, la crise a commencé, c'était maintenant compliqué pour avoir tout ça. Partout, dans les hôpitaux et les pharmacies, on disait qu'il y avait des ruptures de matériel et de médicaments. Surtout pour nous, les assurés CNGS, on ne voulait plus nous recevoir ».

Devant la réduction des subventions de l'État, la CNGS a fini par revoir à la baisse ses prestations, c'est-à-dire ses remboursements auprès de ses partenaires, hôpitaux, cliniques et pharmacies, pour leur prestation à l'endroit de ses assurés. Cette réduction des subventions s'est transformée en crise de confiance. Les hôpitaux tels que ceux de la CNSS n'ont plus trouvé d'intérêt à collaborer avec la CNGS. Ils ont alors refusé de prendre en consultation les patients ayant une carte d'assurance CNGS. C'est du moins ce que précise l'extrait d'un entretien avec un ancien assuré CNGS :

« Je te prends par exemple le cas des hôpitaux de la CNSS. Nous on y avait accès, mais comme il y a eu des problèmes avec l'État, les hôpitaux de la CNSS ont carrément affiché à chaque entrée des hôpitaux qu'ils ne reçoivent plus les assurés CNGS pour motif de dettes impayées ».

La CNGS était en fait asphyxiée par des dettes envers les organismes de soins. Dès 1996, plus aucun indigent n'était reçu dans les hôpitaux de la CNSS et les hôpitaux étrangers. L'accès aux soins pour les personnes indigentes est alors devenu quasiment impossible.

Par ailleurs, le mode de management de cet organisme posait problème. Face à l'accroissement des pratiques clientélistes et de corruption, la gestion administrative de la CNGS perdait en efficacité : le profit personnel primait sur l'intérêt commun. Un ancien agent du service de recouvrement explique ceci :

« Du côté de la gestion administrative qu'est-ce qui posait problème ? La gestion administrative de la CNGS posait beaucoup de problèmes. Les agents administratifs n'étaient pas rigoureux dans leur travail. Il y a eu plusieurs fois des cas de corruptions et de détournements des fonds. On se demande bien comment l'argent se volatilisait ? Les responsables eux-mêmes déclaraient certaines sommes sans aller les verser aux hôpitaux envers lesquels nous avions des impayés. Dès fois, ils disaient qu'ils attendaient le versement mais quand c'était fait, on ne les entendait plus parler, c'était silence radio. On accumulait les impayés et expliquait tout par la crise alors que dans le fond, on aurait pu verser

déjà le peu que l'État envoyait je pense. Tu te retrouves avec un directeur des transactions financières qui dit que j'attends d'avoir la totalité des montants pour régler le tout. Alors pendant ce temps, il a la tentation de mettre la main dessus et voilà, on part de peu pour rien du tout finalement !

***Mais en quoi les agents administratifs seraient impliqués ?** Tout le monde avait en tête que le pays traverse une crise pétrolière mais, est-ce que c'est la crise qui dit d'enregistrer des assurés sur la base de faux documents ou parfois sans document administratif ? On voit bien que chacun voulait remplir ses poches et sans tenir compte des fondements de cet organisme. Plus les années passaient, plus la situation empirait. Les agents administratifs acceptaient d'enregistrer presque tout le monde pourvu qu'ils aient un intérêt personnel, c'est bon le dossier passe. Du coup, cette couche sociale des démunis gonflait. Le temps qu'on s'en rende compte, les coûts des soins occasionnés étaient déjà trop importants. On ne pouvait plus s'en sortir avec un budget réduit et une explosion du nombre des assurés ».*

Les nombreux dysfonctionnements de son mode de gestion ont conduit à la liquidation totale de la CNGS. Ce constat d'échec rejoint ce que Valéry Ridde résume en ces termes :

« À la suite de l'Initiative de Bamako, de nombreux pays en Afrique ont mis en place des mécanismes de participation financière des usagers, en complément des fonds alloués au système de santé par l'État et d'autres sources. En parallèle, des décrets ont institué l'exemption du paiement des soins pour les plus pauvres, en vue de garantir l'accès aux soins pour tous. Mais de nombreuses études montrent l'échec de ces stratégies d'exemption : soit elles ne sont pas appliquées, soit elles profitent à des non pauvres. Cet échec s'explique notamment parce que si aucune compensation financière n'est prévue, chaque patient exempté représente un manque à gagner pour les structures sanitaires »³²².

La CNGS a fini par fermer parce qu'elle ne pouvait plus assurer les charges financières. Par conséquent, les agents contractuels de l'État, les travailleurs indépendants et surtout, les

³²² V. Ridde, *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : Au-delà des idéologies et des idées reçues*, op.cit., p.223.

personnes indigentes, étaient livrés à eux-mêmes et en pleine détresse³²³. Chacun devait payer pour les prestations sanitaires. Accéder aux soins de santé est ainsi devenu un luxe où seul celui qui a les moyens a le droit à la santé.

La grande majorité des démunis éprouvent des difficultés à se faire soigner. Comme le disait un interlocuteur, l'un de ses parents s'était fait amputé du pied gauche à cause du refus des médecins de traiter son diabète, faute de moyens financiers pour payer la consultation et les examens. Un autre interlocuteur a évoqué le cas de sa femme qui a dû accoucher en pleine route en voulant rallier un hôpital, après un premier refus dans la clinique proche de son domicile. Le troisième interlocuteur faisait état de l'arrêt du traitement pour des raisons de non-paiement des prestations par la CNGS.

Devant ces obstacles à l'accès aux soins liés en partie aux dysfonctionnements de la CNGS, le chef de l'État, Omar Bongo Ondimba initie en 2002, le projet d'assurance maladie obligatoire et universelle. Il fallait tourner la page d'une politique de santé en difficulté pour écrire une nouvelle page. La nouvelle politique a ensuite été inspirée par le rapport de Bernard Kouchner sur la santé au Gabon³²⁴. En 2004, Bernard Kouchner réalise une étude sur la faisabilité d'une assurance maladie obligatoire et universelle au Gabon. Cette même année le gouvernement discute du sujet. Au bout de deux ans, on distingue deux solutions de sortie de crise. D'un côté, il y a « les conservateurs » qui prônent l'assurance maladie obligatoire et universelle dans le cadre du maintien de la CNGS et d'autres, « les réformateurs », qui soutiennent la construction d'un nouvel édifice et entendent signer l'arrêt de mort de la

³²³ Tout comme aux USA et dans plusieurs pays européens, il a été prouvé que l'échec d'une politique sociale de santé contribuait à augmenter les inégalités sociales de santé. Tiré de C. Niewiadomski et P. Aiach, *Lutter contre les inégalités sociales de santé : politiques publiques et pratiques professionnelles*, Éditions Presses de l'école des hautes études en santé publique, Rennes, 2008, p. 84.

³²⁴ Il est intéressant de souligner à ce niveau que le rapport de Bernard Kouchner sur la santé au Gabon n'a jamais été rendu public, ayant été commandité à l'époque par feu le président Omar Bongo Ondimba. Les grandes lignes du rapport avaient été publiées dans la presse. Mais le rapport complet avait été remis en mains propres au président de cette époque et inaccessible au public. En 2004, Bernard Kouchner avait réalisé une étude de faisabilité d'une assurance maladie obligatoire et universelle au Gabon. Ce deuxième rapport est également inaccessible. Retenons que le premier rapport a fait l'objet de nombreuses contestations en raison de son coût, et du risque fort élevé de plagiat. Ces doutes sont soutenus par Pierre Péan, dans son ouvrage, « le monde selon K ». Les arguments présentés sont : le court délai d'enquête de terrain effectuée par Bernard Kouchner au Gabon pour réaliser ledit rapport ; les recommandations énoncées ressemblaient fortement à ceux de la France (donc inadaptées au contexte gabonais) ; le montant facturé à l'État gabonais pour ce travail était supérieur à la moyenne). Interrogés par des journalistes de *Libération*, certains députés de l'opposition gabonaise, tout comme ceux de la majorité comme Guy-Christian Ossagou avaient admis n'avoir jamais reçu, ni travaillé sur ce supposé rapport. Pour démontrer également les limites de ce rapport, il y a eu l'apparition d'un autre rapport sur la santé au Gabon : « Évaluation de la coopération française dans le secteur santé au Gabon (1990 – 2001) », publié un an et demi avant celui de Kouchner. Ce rapport auquel nous avons eu accès nous semble proche du contexte gabonais et en phase avec la situation sanitaire de ce pays.

CNGS. Le chef de l'État choisit la seconde option. Il décide alors de liquider la CNGS au profit de la Caisse Nationale d'assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS).

- Création de la CNAMGS

Suivant la logique des fonds d'équité initiée au Cambodge, le Gabon s'est illustré, à son tour, dans la mise en œuvre de cette politique sociale. Il s'agit d'une politique qui vise à favoriser l'accès aux soins de santé à toutes les couches sociales. Valéry Ridde souligne que :

« Les fonds d'équité sont apparus au début des années 2000 au Cambodge comme un moyen d'améliorer l'accès aux soins des plus pauvres, dans un contexte de participation financière des usagers. Le principe est le suivant : un organisme indépendant identifie les plus pauvres et paye les structures sanitaires pour les soins qu'elles leur délivrent. Plusieurs pays africains s'y sont intéressés depuis, mais les modalités d'adaptation de la stratégie aux contextes africains restent à étudier »³²⁵.

C'est dans ce sillage que le projet CNAMGS va voir le jour. Des mesures d'exemption³²⁶ visent en premier lieu les indigents, c'est-à-dire ceux qui présentent une « incapacité prolongée à payer pour les soins de santé minimum »³²⁷. La CNAMGS est créée le 4 juin 2008 sous le Décret n°510 /PR /MTEPS³²⁸. Ce décret prévoit de couvrir les frais de santé des chômeurs, des paysans, des travailleurs indépendants, des indigents et de ceux qui sont exclus des structures existantes. La priorité est de fournir une assurance maladie aux Gabonais économiquement faibles (GEF) en premier lieu, puis d'étendre la couverture à toutes les autres couches de la population (les fonctionnaires puis les salariés du secteur privé et les professions libérales).

³²⁵ V. Ridde, *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : Au-delà des idéologies et des idées reçues*, *op.cit.*, p.223.

³²⁶ Ces mesures d'exemptions se rapprochent fortement de celles qui ont été mises en œuvre lors de la prise en charge des personnes handicapées en France. À cet effet, Serge Ebersold nous indique ceci : « Le passage d'une logique médicale à une logique administrative, la volonté de spécifier les populations "handicapées" en leur attribuant un statut particulier renvoyant à une gestion particulariste, procède d'une volonté de définir, comme le souligne J.-J. Dupeyroux, une politique à l'égard des handicapés qui s'inscrit dans l'émergence de ce que R. Castel appelle une nouvelle politique sociale». Tiré de Serge Ebersold, *L'invention du handicap : la normalisation de l'infirme*, Éditions du CTNERHI, Flash informations numéro hors série, 1997, p.93.

³²⁷ *Ibid.*, p.275.

³²⁸ Article 1 du Décret n°510/PR/MTEPS du 04 Juin 2008, *Hebdo informations*, N°557 – 11 Octobre 2008.

D'après l'ordonnance n°0002/2007/PR du 4 janvier 2007, instituant un régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale en République Gabonaise, le statut de Gabonais économiquement faible est attribué aux Gabonais résidant sur le territoire national et selon les modalités suivantes :

« Au sens de la présente ordonnance, a la qualité de Gabonais économique faible, toute personne physique de nationalité gabonaise, âgée d'au moins seize ans ainsi que les ministres du culte, prêtres, imams, pasteur, religieux et religieuses dont les revenus inférieurs au salaire minimum interprofessionnel garanti, nécessitent le recours à la solidarité nationale afin de bénéficier d'une protection sociale contre les risques maladie et maternité. Le statut de Gabonais économiquement faibles est reconnu après une enquête sociale sur le postulant, effectuée selon les modalités fixées par décret »³²⁹.

Depuis sa création, la CNAMGS est aujourd'hui la vitrine de l'assurance maladie au Gabon. Elle est présentée comme étant l'œuvre gouvernementale la plus réussie et la plus aboutie. Sauf que cette structure a déjà connu des échecs. Comme nous le souligne un assuré en ces termes :

« Avant même que je t'explique ce qui se passe, si tu fais attention à l'actualité, tu verras que les médias en parlent assez souvent. C'est comme des faits divers alors qu'en réalité, c'est devenu le quotidien. Récemment, c'était le cas d'un assuré CNAMGS qu'ils ont montré à la télévision parce que la pharmacie de Nkembo, pourtant agréée par la CNAMGS, a refusé de lui donner ses médicaments aux tarifs CNAMGS. Donc le pauvre, il pleurait parce qu'il n'avait pas d'argent pour acheter ses médicaments hors tarif CNAMGS. On en parle dans les médias comme si c'était un cas isolé ! Moi-même je connais plusieurs personnes à qui les pharmacies ont refusé les médicaments avec la carte CNAMGS. »

Les assurés CNAMGS ne sont pas à l'abri des surprises lorsqu'il s'agit de se procurer les médicaments auprès des pharmacies ou lorsqu'il s'agit d'accéder aux soins de santé gratuitement dans les hôpitaux conventionnés. Plusieurs structures partenaires de la santé deviennent de plus en plus sceptiques, voire s'opposent à la délivrance de leurs prestations

³²⁹ Journal officiel de la République Gabonaise, Ordonnance n°0002/2007/PR du 4 janvier 2007, instituant un régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale en République gabonaise, n°1, p.5.

pour les assurés CNAMGS. La gratuité de soins de santé prônée par la CNAMGS devient ainsi problématique. Devant le refus de soins, certains patients succombent à la maladie. Comme le souligne un de nos interviewés, parent d'un malade décédé suite à un refus des soins dans une clinique partenaire de la CNAMGS :

« J'étais arrivé à la clinique proche de chez moi avec ma fille vers les 10h, une fois devant la secrétaire du médecin, nous avons présenté notre carte CNAMGS pour bénéficier de la réduction, sauf que cette dernière, capricieuse comme tout, elle n'a voulu rien prendre et encore moins rien entendre si ce n'est percevoir toute la somme d'argent, c'est-à-dire les 10 000 francs CFA des frais de consultations au lieu de 3000 francs CFA pour les personnes détentrices de la carte CNAMGS. N'ayant pas la somme exigée, nous avons tenté de supplier la dame pour qu'elle essaie de voir avec le médecin qui était présent ce jour pour les consultations. Cette dernière a refusé, elle nous a calmement demandé d'aller chercher de l'argent et de revenir, auquel cas nous ne serons pas reçus par le médecin. Devant cette triste nouvelle, nous avons tenté de regagner le CHUL mais, malheureusement, avec les transports en commun et les bouchons, elle n'a pas tenu. Elle a succombé à la maladie ».

Devant le refus de consultation, la vie des patients gabonais se trouve menacée. Le cas des malades du VIH est patent. Ils sont désespérés devant l'irrégularité de la délivrance des antirétroviraux. Les porteurs du VIH se sentent ainsi abandonnés alors que la majorité d'entre eux sont sous le régime des GEF. C'est ce qui ressort de l'interview accordé par un assuré CNAMGS séropositif :

« Les assurés CNAMGS séropositifs ont des traitement à vie des antirétroviraux. En principe, avec la CNAMGS, on est pris en charge à 100%. Donc on se présente tous les mois à l'hôpital, moi c'est à l'hôpital de Nkembo pour recevoir le traitement d'un mois. Non seulement ils nous donnent qu'un mois de traitement, mais des fois, le mois qui suit, on nous dit qu'il y a rupture des stocks. Souvent dans ce cas-là, on nous demande de repasser la semaine d'après. À ce moment, si on a la chance, quand tu reviens, tu auras ton médicament, sinon, il faut encore attendre. Moi j'attends déjà depuis deux semaines. Depuis que j'ai commencé mon traitement, au début c'était bien, mais depuis un moment, à peu près un an, je ne prends plus mon traitement régulièrement. Il y a toujours un

problème avec les antirétroviraux. Du coup, ça se répercute sur ma santé. Je suis souvent faible, ça se voit même que je suis malade, tout ça parce que mon traitement est irrégulier ! Moi, je suis un GEF, je n'ai pas d'argent pour acheter les antirétroviraux en pharmacie par moi-même donc quand il y a rupture des stocks, je suis coincé, obligé d'arrêter aussi le traitement ! ».

La situation des assurés CNAMGS est loin de ce que promettait l'initiative. Certes louable, ce dispositif d'assurance maladie universelle manque de stabilité. Une instabilité qui se fait ressentir chaque jour un peu plus. Cet organisme peine à assurer sa mission première, garantir à tous ses assurés un accès aux soins de santé. La catégorie la plus importante de son dispositif reste les GEF. Ils sont les plus exposés à la précarité et le moindre écart en matière de soin se répercute sur la santé, notamment pour les séropositifs.

Au vu des irrégularités de la CNAMGS les partenaires optent de nouveau pour des mesures de restrictions, voire de refus de soins et de médicament. Des irrégularités se traduisent par des dettes, des retards de paiement auprès des hôpitaux, cliniques et pharmacies. Pour la CNAMGS, la responsabilité incombe au gouvernement et au retard de paiement des subventions. Ce qui crée des difficultés de trésorerie pour le fonds GEF. C'est une situation accablante pour les personnes malades GEF.

4.2. La CNAMGS rattrapée par les vieux démons de l'assurance maladie au Gabon

La maîtrise des fonds de santé est un sujet aussi ancien que celui de l'assurance-maladie³³⁰. Les pays développés, tout comme ceux du Sud, sont confrontés à ce problème.

Comme nous l'avons vu dans la section précédente, malgré la volonté politique d'être une référence en matière de protection sociale en Afrique centrale, la CNAMGS a fini par sortir de sa logique qui est celle de garantir un accès équitable aux soins de santé. Désormais, chaque partenaire applique sa propre logique en vue de garantir sa survie, quitte à mettre à mal l'accès aux soins de santé soutenu par la CNAMGS. Cette situation est causée par l'amenuisement des fonds alloués, les différentes manœuvres de corruption, des lourdeurs administratives et surtout par le manque de stabilité dès lors que l'ensemble des ressources financières provient de l'extérieur. À aucun moment, la CNAMGS n'a disposé d'un fonds de roulement propre. Ce qui ne facilite pas son fonctionnement, surtout lorsque l'on comprend que l'organisme dépend des versements des compagnies de téléphonie mobile dans un contexte où l'effort financier de l'État est quasi nul.

Cette section décrit et analyse les modalités de financement de la CNAMGS et les réactions de ses partenaires.

- À propos des fonds de financement (tension de trésorerie pour les fonds GEF)

Comme le souligne Jean-François Girard, « au-delà du nécessaire combat contre toutes les inégalités de santé, la population en état d'exclusion mérite un intérêt particulier, parce qu'elle en constitue la pointe extrême. »³³¹ La CNAMGS a fait des GEF sa priorité, ce qui devrait passer par un fonds de roulement solide afin de garantir la pérennité de l'assurance maladie pour tous.

Il se trouve que les sources de financement de la CNAMGS sont différentes selon les catégories de population. Les pouvoirs publics à travers la CNAMGS ont mis en place un système mixte qui combine l'utilisation des fonds prélevés au niveau des taxes et impôts avec le système contributif obligatoire où les ressources financières proviennent des salariés, des

³³⁰ P. Askenazy et al., « Pour un système de santé plus efficace », *Notes du conseil d'analyse économique*, vol 8, n°8, 2013, p.2.

³³¹ J-F Girard, *Quand la santé devient publique*, *op.cit.*, p.85.

travailleurs indépendants, des employeurs et de l'État. La CNAMGS fonctionne grâce au regroupement de trois fonds distincts, à savoir :

- le fonds d'assurance maladie des agents publics et fonctionnaires de l'État ;
- le fonds d'assurance maladie des travailleurs salariés du secteur privé, parapublic, des travailleurs indépendants, des professions artisanales, commerciales et libérales ;
- et le fonds de garantie sociale des Gabonais économiquement faibles.

Les fonds qui proviennent des agents publics et salariés du privé sont alimentés par les cotisations sociales des employeurs, l'État employeur cotise pour le compte des agents publics et une partie des cotisations provient du secteur privé. Ceci est réparti comme suit :

- 4,1% à la charge des employeurs ;
- 2,5% à la charge des travailleurs ;
- 1,5 % à la charge des retraités (les titulaires des pensions inférieures ou égales au SMIG sont exonérés car considérés comme des GEF).

Le fonds de garantie sociale des Gabonais économiquement faibles, quant à lui, provient de deux sources, l'une privée et l'autre public :

- la redevance obligatoire à l'assurance maladie : impôt indirect à hauteur de 10 % du chiffre d'affaires des opérateurs de téléphonie mobile et de 1,5% des montants de transferts d'argent à l'étranger (hors CEMAC) ;
- la dotation budgétaire de l'État.

En tant que garante de la couverture maladie au Gabon, la CNAMGS agit en qualité de tiers payant :

- pour les maladies ordinaires, 80 % des frais médicaux sont pris en charge ;
- pour les maladies de longue durée, 90 % des frais médicaux sont pris en charge ;
- pour certains actes tels que l'accouchement effectué sous contrôle médical, les évacuations sanitaires à l'étranger des GEF, c'est 100 % de prise en charge.

Cette répartition des charges est la même lorsqu'il s'agit de l'achat des médicaments auprès des pharmacies. Le malade a, à sa charge, soit 20 % ou 10 % des tarifs conventionnés.

Il faut souligner que si les différentes sources de financement de la CNAMGS semblent évidentes dans la pratique, elles posent cependant un certain nombre de difficultés, notamment en temps de crise. En 2014, lorsque la CNAMGS procède aux dernières immatriculations de masse, le pays entre dans une crise économique importante. Le

représentant du FMI au Gabon, Montfort Mlachila, parle d'un pays durement touché par la chute des cours du pétrole³³². Récemment, dans un communiqué de presse du FMI, la situation économique du Gabon est décrite en ces termes :

« Depuis le milieu de 2014, le repli des cours du brut provoque une forte chute des exportations de pétrole et des recettes budgétaires. Dans ce contexte, le Gabon doit relever trois grands défis macroéconomiques : le ralentissement de la croissance, l'augmentation des niveaux d'endettement public et l'insuffisance des marges de manœuvre budgétaires et extérieures. Le repli de l'activité économique s'est poursuivi en 2016, avec un taux de croissance de 2,1%, contre 3,9% en 2015. Malgré l'ajustement budgétaire considérable opéré depuis 2014, la situation budgétaire globale s'est fortement détériorée »³³³.

Cette situation de crise a des répercussions sur l'emploi au Gabon. Le secteur pétrolier gabonais connaît une série de licenciements économiques. Comme énoncé dans les médias sous le titre *Crise pétrolière : déjà plus de 2000 personnes licenciées* :

« La crise pétrolière qui secoue Port-Gentil ne fait pas dans la dentelle. C'est par vagues entières qu'elle continue d'alimenter le chômage. Après d'autres entreprises de la place, Robert Services, une société de services pétroliers, vient d'annoncer le licenciement pour motif économique d'environ 400 agents d'ici la semaine prochaine. Un chiffre alarmant qui porte le nombre de déflatés à plus de 2000, depuis le déclenchement de la crise du pétrole ».

La crise économique gabonaise a engendré le chômage et une augmentation notable des GEF. La charge financière supportée par les sociétés de téléphonie mobile est également remise en question par la crise économique. Le fonds de subvention GEF se retrouve frappé de plein fouet. Cette situation se traduit par le non-respect des engagements de la CNAMGS auprès de ses partenaires : hôpitaux publics (CHUL), cliniques privées et pharmacies.

³³² Tiré d'un entretien en podcast réalisé par le Podcast du FMI et mis en ligne en 2016. Disponible sur : <http://www.imf.org/fr/news/podcasts/all-podcasts/2017/11/11/le-gabon-touch-par-le-repli-des-cours-du-p-trole>

³³³ Fonds monétaire international, *Le conseil d'administration du FMI approuve un accord élargi de 642 millions de dollars au titre du mécanisme élargi de crédit (MEDC) en faveur du Gabon*, Communiqué de presse n° 17/233, du 20 juin 2017, p.3.

- Mécontentement des partenaires de la CNAMGS (hôpitaux, cliniques et pharmacies)

La CNAMGS est créée dans le but de garantir l'accès aux soins de santé à tous, de manière à réduire les inégalités entre les différentes couches sociales de la population gabonaise. Pour atteindre cet objectif social, la CNAMGS s'est entourée de plusieurs partenaires avec lesquels elle travaille. Il s'agit de partenariats signés entre la CNAMGS et les hôpitaux publics, les cliniques et polycliniques privées, les laboratoires d'analyses médicales et les pharmacies. La CNAMGS accuse des difficultés à honorer ses engagements financiers. Devant les retards et les non-paiements des prestataires, l'on s'interroge sur la capacité de la CNAMGS à garantir un accès équitable aux soins de santé. Les données d'enquête révèlent que les partenaires sont souvent amenés à revoir leur contrat, soit en adoptant de nouvelles stratégies comme nous l'avons montré précédemment ou soit en rompant le contrat qui les lie à la CNAMGS. Un médecin et chef de service dans une clinique privée souligne ce qui suit :

« La CNAMGS nous doit beaucoup d'argent. Cela fait déjà plus d'un an que nous n'avons pas été payés alors que nous avons soigné beaucoup de malades sous présentation de l'assurance CNAMGS. Ce qui fait qu'aujourd'hui nous tournons à perte, même si nous n'acceptons plus les malades qui viennent avec la carte CNAMGS. Cette situation nous embarrasse beaucoup dès lors que les malades ne comprennent pas que ce n'est pas de notre faute mais plutôt celle de la CNAMGS, qui refuse toujours de nous payer. La conséquence immédiate est que beaucoup de malades refusent désormais de venir se faire soigner chez nous sous prétexte que nous ne sommes pas gentils et que nous préférons laisser mourir les malades à cause de l'argent. Cette situation nous désespère beaucoup, au point que nous ne voulons plus avoir à traiter avec la CNAMGS. Elle ne respecte pas sa part d'engagement alors que nous respectons la nôtre ».

À un autre interlocuteur, comptable dans une polyclinique, d'ajouter ce qui suit :

« la CNAMGS est un mauvais payeur. Nous nous retrouvons aujourd'hui en déficit économique à cause d'eux, au point d'avoir du mal à payer les médecins, les sages-femmes et les anesthésistes qui viennent exercer dans notre clinique. Ici, on recevait tout type de patients, la grande part avait juste la carte CNAMGS. Nos médecins qui exercent en même temps dans les hôpitaux publics et au privé

sont payés selon le nombre d'heures de travail. Mais comment payer ces médecins si la majorité des patients sont des assurés de la CNAMGS et donc exemptés des frais de consultations ? Ce qui fait que nous avons perdu non seulement beaucoup d'argent mais aussi nos médecins à cause de la CNAMGS qui est mauvais payeur. Nous regrettons tout simplement le jour que nous avons signé ce partenariat alors que nous étions bien sans problème de budget de fonctionnement ».

Les pharmacies ne sont pas épargnées par le non-respect de paiement des prestations. Sur la dizaine de pharmacies partenaires, il n'en reste plus que cinq qui continuent de servir les médicaments aux malades CNAMGS. Les responsables de pharmacies réagissent de diverses manières, soit à travers la rupture de contrat. Soit, ils ne vendent que les médicaments qui coûtent moins de 5000 francs CFA. Comme le souligne un pharmacien :

« Devant le non-paiement de la CNAMGS qui nous doit beaucoup d'argent, nous ne savons plus quoi faire car on a beau envoyer des relances, elle répond toujours par des promesses qui ne sont pas toujours tenues. Du coup, nous sommes dans le regret de souvent dire aux malades qui viennent acheter les médicaments que nous ne travaillons plus avec la CNAMGS. Donc il faut payer la totalité sinon rien ».

Les témoignages qui suivent témoignent de cette mesure :

« Je reviens de la pharmacie, ils ont refusé de me servir le médicament qui est écrit sur mon ordonnance. Ils me demandent de payer sinon je n'aurai rien. La dame qui m'a parlé a dit qu'elle pouvait me servir avec la carte CNAMGS si le médicament coûtait dans les 1000, 2000 jusqu'à 5000 francs CFA par là. Quand c'est plus, elle ne peut pas. Ce sont les consignes qu'elle a reçues ».

À nouveau, un autre témoigne :

« Je tourne depuis ce matin avec mon ordonnance pour chercher une pharmacie qui pourrait m'accepter avec la carte CNAMGS. Je vis à Owendo, là-bas, aucune pharmacie n'accepte les ordonnances avec la carte CNAMGS. Ma copine m'a dit que dans tout Libreville, c'est pareil, le seul espoir qui me reste c'est la pharmacie des Forestiers en Mbolo. Je vais aller voir, je prie Dieu pour

que eux ils prennent mon ordonnance. Si ce n'est pas le cas, je ne sais pas quoi faire, où aller avec cette ordonnance ».

Les partenaires de la CNAMGS se plaignent des lourdeurs administratives lors du traitement des dossiers de paiement. Beaucoup de responsables des cliniques interviewés estiment que le traitement des dossiers devrait se faire de façon continue et rapide, c'est-à-dire au moins une fois par mois. Ce qui permettrait d'assurer la continuité de leur prestation. Comme l'explique un directeur administratif et financier dans une clinique privée :

« La CNAMGS prend des mois pour traiter les dossiers que nous leur envoyons, alors qu'ils ne sont pas sans ignorer que la continuité de nos prestations dépend de leur délai de paiement. Car derrière nos prestations, il y a un ensemble de charges à supporter. C'est le cas déjà, pour commencer, des médecins que nous faisons venir pour consulter nos malades qui viennent pour la majorité avec les cartes CNAMGS. Il y a aussi des charges fixes telles que l'électricité, les infrastructures que nous louons, les équipements médicaux, etc. Cette situation, non seulement, nous oblige à traiter autrement les patients qui se présentent avec la carte CNAMGS mais aussi et surtout, nous incitent à rompre le contrat avec la CNAMGS. »

Cette situation remet en cause le mode de fonctionnement de la CNAMGS. La manifestation la plus dure est celle du refus de soigner les malades CNAMGS.

- La CNAMGS, objet de propagande politique

Fondée grâce à l'initiative d'Omar Bongo Ondimba, la CNAMGS a pour principale mission l'accès aux soins de santé pour tous. Il s'agit d'une politique sociale qui se veut globale, en touchant l'ensemble des Gabonais. Il s'agit de réduire les inégalités en matière de santé. Au départ, sa création a été appréciée par l'ensemble de la population, notamment des couches sociales démunies, les Gabonais économiquement faibles (GEF).

Cette nouvelle politique sociale s'impose dans la société en affichant une volonté de modernisation du mode de prise en charge sanitaire. Cette modernisation a cherché à rompre avec les anciennes méthodes ayant conduit à la fermeture de la CNGS. La CNAMGS est devenue l'organe central du système de santé en prenant en charge la santé de l'ensemble de

la population. Ses dysfonctionnements mettent donc en péril l'ensemble du système de santé gabonais.

Son cadre juridique est clairement défini et amendé. Les décrets d'application, la définition du statut du GEF et du panier de soins sont effectifs. Il y a une définition des prestations accessibles à tous les ayants droit et des modalités de conventionnement. En 2008, le projet démarre avec de nombreux défis, Libreville est choisie pour abriter le siège de la CNAMGS tandis que neuf centres d'immatriculation sont créés dans les chefs-lieux de provinces. On assiste au recrutement, à la formation des équipes, au lancement des outils comptables et aussi à la mise en place des procédures et des nouvelles applications métiers. Le planning intègre une phase pilote de décembre 2008 à mars 2009. Dans la même période, de 2008 à 2010 les personnes économiquement faibles sont immatriculées. Les fonctionnaires sont concernés de mars 2011 jusqu'en 2012. L'immatriculation s'applique aux salariés du privé à partir de 2014. Ce protocole a permis à chaque titulaire de la carte d'assurance maladie de prétendre à un accès en pharmacie et dans les hôpitaux conventionnés et agréés par la CNAMGS. La CNAMGS est alors le projet phare des pouvoirs politiques, il faut absolument la rendre opérationnelle.

Cependant, comme l'explique un responsables de direction de la CNAMGS :

« On dirait que le Gouvernement était juste content d'inaugurer l'ouverture des bureaux CNAMGS à Libreville et en province. Tout le monde en parle fièrement à la télévision, à la radio, dans les journaux, certes, mais dans tout ça, personne ne se demande quelles sont les garanties de survie de tout ça. On se satisfait du présent et on laisse le temps nous conduire vers l'inconnu, pour ne pas dire vers des situations de crise. »

Les politiques n'ont pas tenu compte des facteurs qui ont causé l'échec du premier organisme public d'assurance, la CNGS. La CNAMGS manque de fonds propres de fonctionnement. Elle travaille sur la base des subventionnements extérieurs exposés aux effets de crises économiques. On est devant un organisme public de santé créé sans avoir tiré les leçons du passé.

Depuis 2014, la CNAMGS ne tient plus ses obligations de paiement auprès de ses partenaires. L'organisme est en proie à une chute vertigineuse de ses missions en matière d'accès aux soins de santé pour tous. Devant les engagements non tenus, il s'est développé de nouvelles manœuvres que l'on décriait à l'époque de la CNGS. Des manœuvres de

clientélisme, de corruption et de surfacturation des frais de consultation. Chaque partenaire, à son niveau, a développé des stratégies de contournements de la CNAMGS. C'est le cas par exemple du CHUL. Comme le souligne un patient :

« Les consultations en urgences sont là pour gonfler les salaires des médecins et embrouiller la politique de l'assurance maladie qui ne trouve toujours pas un écho favorable auprès du personnel soignant du CHUL. Ici, on a l'impression, surtout dans certains services (faites le tour vous verrez de vous-même) que la carte d'assuré CNAMGS n'existe que de nom et pour les agents de cet organisme qui font sa propagande dans le vide. À chaque fois que je viens ici, dans ce service, je dois toujours payer plus car la politique qui a remplacé la CNAMGS est celle de la consultation en urgence. À prendre ou à laisser ! Je crois en 2014, 2015 c'était possible de prendre un rendez-vous et de voir un médecin juste sur présentation de la carte CNAMGS. Mais depuis là, ça a changé. Vers la fin de l'année 2015 par-là, les médecins commençaient à recevoir de moins en moins de malades CNAMGS jusqu'à ce qu'un jour ils aient carrément décidé de ne plus prendre personne sur rendez-vous mais qu'en urgences, donc payant. »

Un médecin du CHUL explique :

« À défaut d'attendre le paiement de nos prestations par la CNAMGS, nous facturons désormais nos prestations aux patients qui veulent se faire soigner. Après, s'ils veulent, ils pourront exiger à la CNAMGS des remboursements. Car nous ne voulons plus être dupes, la CNAMGS est mauvais payeur. Nous n'allons pas continuer à travailler cadeau. On préfère dans ce cas revenir à l'ancien système qui avait conduit à la mort de la CNGS car ce nouvel organisme ne respecte pas ses engagements et en aucun cas il semble vouloir régler le litige avec nous ses partenaires. Ce que je t'explique fait partie de nos doléances, nous avons fait des courriers auprès du ministère et de la CNAMGS mais c'est toujours pareil, personne ne bouge. Alors, soit on fabrique les organismes d'assurance maladie pour vraiment travailler, soit on se limite juste à en faire un argument politique ».

En plus de cette stratégie des personnels de santé à vouloir contourner la politique de l'assurance maladie pour tous, l'on peut observer de nouvelles pratiques contestables. Une

fois arrivés aux bureaux des entrées du CHUL, les patients, qui ont la carte CNAMGS, sont obligés de payer le ticket modérateur et de déboursier la somme de 8000 francs CFA pour obtenir la fiche de la CNAMGS gratuite par le passé. Cette fiche leur permet non seulement d'être reçus en consultation mais aussi d'acheter les médicaments prescrits. La fiche de consultation CNAMGS est un retour vers la privatisation de la santé au détriment d'une politique publique de soin qui devait être l'un des leviers de la réduction des inégalités sociales au Gabon.

Au niveau des cliniques privées, il s'est aussi développé des stratégies de contournement qui consistent à augmenter les prix de consultation. Un agent administratif d'une clinique souligne :

« Nous étions obligés d'augmenter les frais de consultation et d'hospitalisation pour essayer de supporter le poids de la dette de la CNAMGS. Car, si on refuse catégoriquement de soigner les patients qui ont la carte de la CNAMGS, cela peut engendrer des soulèvements, voire des tensions sociales. Ce qui ne serait pas bien pour notre activité et encore moins pour notre partenariat avec les pouvoirs publics, même si, il arrivera un moment où nous serons obligés de penser à la rupture du contrat. Ça c'est notre idée, le Gouvernement le sait aussi. Pourtant, les choses n'ont pas changé alors nous on a mis en exécution ce plan. Il préfère laisser le nom CNAMGS même si eux-mêmes dans le fond, ils savent que la situation n'est pas normale ».

La relation problématique de la CNAMGS et des cliniques privées ne facilite pas leur fonctionnement. Nombreuses connaissent des difficultés, tant sur le plan matériel (absence de nouveaux outils de travail, faute de moyen) que sur le plan salarial (difficulté de paiement de salaires des employés surtout des médecins vacataires). Ce qui a entraîné certaines cliniques à rompre leur contrat avec la CNAMGS, comme l'explique un cadre :

« Nous étions obligés d'arrêter le partenariat avec la CNAMGS malgré les garantie de l'État. La CNAMGS nous doit beaucoup d'argent et à chaque fois que nous tentons de demander le paiement de notre ardoise, les autorités de cet organisme nous demandent toujours d'attendre. À chaque fois, c'est le même discours alors que nous avons des charges à assumer dans nos cliniques respectives. Ce qui a, d'ailleurs, failli causer la fermeture de notre clinique car vous n'êtes pas sans ignorer que nous avons les mêmes médecins que le CHUL

donc potentiellement envahis chaque jour par des consultations. Les patients gabonais préfèrent le privé parce qu'ici nous prenons soins d'eux et les médecins sont plus disposés à soigner contrairement à quand ils sont dans les hôpitaux publics ».

L'anarchie s'est installée dans les hôpitaux publics, privés et dans les pharmacies. La crédibilité de la CNAMGS et celle de l'État sont mises à mal. Un enquêté nous confie :

« Vous savez que nos gouvernants passent leur temps à renier la réalité, à dire que la CNAMGS est une réussite, que tout va bien. Surtout que les élections approchent, ils vont bien s'en servir. Franchement, soyons sérieux, un organisme qui existe depuis 2007 ou 2008, en 2015 on est là encore à gérer les problèmes qui étaient considérés comme acquis. Les grands chefs de la CNAMGS passent à la télévision pour se vanter au lieu de se remettre en question. Les fois où ils ont reconnu qu'il y a problème, c'est pour les balayer du revers de la main en disant, ça va aller. Ils font des discours avec des belles phrases mais qui, en réalité, ne collent pas avec les vrais problèmes. Ça veut dire ce que ça veut dire (en souriant) ».

Cette situation fragilise davantage la politique de la CNAMGS qui prône la réduction des inégalités en matière de santé. Si, aujourd'hui, ce malaise est connu de tous, il n'en demeure pas moins que cet organisme ne fait rien pour sortir du chaos dans lequel il tend progressivement. Devant ces nombreux dysfonctionnements, alors que les pouvoirs publics continuent à vanter, lors des campagnes politiques, les mérites de la CNAMGS, on se pose la question de savoir si la création de la CNAMGS ne relève pas d'une propagande éhontée des pouvoirs publics, tant les écarts entre les discours et la réalité sont frappants et perceptibles par les populations. Il faut être très éloigné du terrain pour ne pas s'en rendre compte. Aussi, le message de propagande s'adresse-t-il aux populations ou aux organismes internationaux qui, éventuellement, pourraient accepter non sans complaisance d'en être dupe.

Conclusion du chapitre 4

Nous concluons ce chapitre en rejoignant Marie-Aline Bloch et Léonie Hénaut :

« L'histoire des politiques sanitaires et sociales, ainsi retracée au prisme de la coordination, frappe par le nombre de textes réglementaires, lois, décrets et circulaires, et par l'accumulation impressionnante de dispositifs dédiés à la coordination, à tous les niveaux d'intervention... Malgré tout, cette accumulation rend le système de santé peu lisible pour les acteurs, au premier rang desquels les usagers et leur entourage... »³³⁴.

Depuis la création de la CNGS, le Gabon est confronté à un réel défi d'application des politiques publiques. Les dispositions et annonces faites d'un point de vue politique ne correspondent pas aux réalités du terrain. Les populations et tout particulièrement les plus démunis ou en langage technocratique, les GEF, sont confrontées à une assurance maladie qui ne couvre pas leurs besoins et les maintient dans la précarité. Les promesses sont audacieuses pour des réalités misérables. La CNAMGS par ses dysfonctionnements est une assurance maladie à double vitesse. Elle couvre tant bien que mal les couches sociales qui cotisent et délaisse les populations qui ne cotisent pas. Les GEF sont dès lors confrontée à toutes sortes de mauvais traitements hospitaliers comme nous allons le détailler dans le prochain chapitre. Les plus démunis sont de plus en plus pénalisés et accusent des refus lorsqu'ils présentent leurs cartes CNAMGS pour obtenir des soins ou des médicaments.

Ce dispositif d'assurance maladie ne permet pas aux GEF d'accéder aux soins. De fortes incohérences existent entre la CNAMGS et ses partenaires entraînant ainsi une cessation de prestation. Cette décision est la même dans les hôpitaux gabonais qui ne veulent plus entendre parler de ce dispositif. Le prochain chapitre, centré sur les résultats de l'enquête menée au cœur du CHUL, permet de dévoiler l'ampleur de l'échec du programme de la CNAMGS au Gabon.

³³⁴ M-A. Bloch et L. Hénaut, *Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Éditions Dunod, Paris, 2014, p.79.

Chapitre 5 : L'Accès aux soins au CHUL

Introduction du chapitre 5

« La médecine est une activité sociale bénéfique, mais certains aspects de l'organisation professionnelle de la médecine la conduisent à des abus de pouvoir qui ne sont pas conformes à l'image qu'elle aime à donner »³³⁵.

Avant de confronter les politiques aux réalités hospitalières, on se rend compte qu'il s'agit de franchir un cap. Car, les politiques de santé ne servent à rien si le personnel soignant et les malades n'entretiennent pas des relations favorables aux soins et donc à la guérison. Il faut donc se plonger au cœur de cette relation et examiner les conditions de son amélioration. Pour ce faire, comme le soulignent Françoise Gonnet et Sylvie Lucas :

« Malgré les différences fortes observées dans le mode de fonctionnement, des problèmes similaires se posent aux différents hôpitaux et aux acteurs hospitaliers, qu'ils soient médecins, administratifs, soignants, médico-techniques ou autres. Il s'agit le plus souvent de difficultés rencontrées par les acteurs au quotidien : problème de personnel, d'absentéisme, de remplacements, de conditions de travail, de charge de travail, etc. »³³⁶.

Pour emprunter les mots de Patrice Bourdelais³³⁷, nous dirons que l'expansion du CHUL ces dernières décennies « ne masquent plus sa fragilité, aggravée par les comportements d'un personnel hospitalier divisé et désorienté, enfermé dans un univers aux hiérarchies archaïques et rigides qui le coupe des politiques de santé adoptées, tel un hôpital qui atteint son point de crise ».

Ce chapitre est consacré à l'« examen de l'exercice réel, quotidien, observable, de la médecine, au-delà des idéologies médicales officielles »³³⁸. Il s'agit de rendre visible l'organisation officielle, donc « formelle », de la santé mais aussi son aspect « informel ». Ceci dans le but de mettre au jour la part laissée dans l'ombre, c'est-à-dire toute une facette de l'organisation sociale de la santé.

Florent Schepens souligne que la mentalité dominante du système de santé français est celle de combattre la mort. « En effet, la mort est aujourd'hui une affaire de professionnels »³³⁹. Pour cela, le corps médical est animé par le fait de sauver des vies et

³³⁵ J-F. Malherbe, *Sujet de vie ou objet de soins ? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*, Éditions Fides, Québec, 2007, p.163.

³³⁶ F. Gonnet et S. Lucas, *L'hôpital en question (s) : un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Éditions Lamarre, Rueil-Malmaison, 2003, p. 127.

³³⁷ P. Bourdelais et al, *État-providence : arguments pour une réforme*, Éditions Gallimard, Paris, 1996, p.296.

³³⁸ N. Dodier et S. Darbon, « Eliot Freidson, La profession médicale », *Sciences sociales et santé*, vol. 3, n° 1, 1985, pp. 129-143.

³³⁹ F. Schepens, *Les soignants et la mort*, Éditions érès, Paris, Coll. « clinique du travail », 2013.

donc, de repousser le plus possible la mort. Quant au CHUL, il renvoie l'image d'un mouiroir. Les populations ne s'étonnent plus qu'une personne est morte dans cet hôpital. Chaque jour des gens meurent sans aucune assistance médicale et par faute de soins. Parfois, une femme, faute d'avoir payé, donne naissance à même le sol, à l'indifférence du personnel soignant.

Face aux comportements inhumains du personnel soignant du CHUL, les patients ou leur famille désespèrent. Le témoignage d'une des personnes interviewées est symptomatique des craintes que suscite l'hôpital :

« Oh ça, ce n'est pas un hôpital ! Tout le monde sait qu'il ne faut pas aller au CHUL pour une urgence de ce genre. Au CHUL, il faut aller quand tout va bien ! (en ironisant). Franchement, soyons sérieux, un hôpital qui se veut être le premier du pays ; alors qu'il n'y a aucun médicament. Les médecins sont toujours soit absents, soit en retard sur leur poste de travail. Les infirmières t'insultent pour répondre à une question. On soigne les malades en fonction des affinités. C'est ça un hôpital public ? Il aurait dû l'emmener dans une clinique, peut-être qu'il aurait eu plus de chances pour s'en sortir. Moi, je ne peux pas emmener ma femme si elle veut accoucher dans cet hôpital. Il n'y a rien qui marche là-bas ! Les gens vont là-bas parce qu'ils n'ont pas le choix ou parce qu'ils comptent sur un parent ou une connaissance pour les prendre en charge. Si ce n'est pas ça, ne perds pas ton temps, à moins que tu veuilles mourir. Le CHUL tue les gens tous les jours, au prétexte que ce n'est pas de leur faute si l'État ne fait pas le nécessaire. Tu te rends compte ! Moi je déteste cet hôpital et les arrogants médecins et infirmiers qui travaillent là-bas. J'ai aujourd'hui cinquante ans. Tu sais combien de personne moi j'ai entendu qu'elles sont mortes dans cet hôpital ? Eh ben plusieurs ! c'est pourquoi, j'expliquais à mon neveu qu'il ne faut pas emmener quelqu'un qui convulse au CHUL, sinon tu es sûr qu'il va y rester ».

Un des reproches le plus souvent fait au CHUL est celui du manque de soins. Nous entendons par manque de soins le fait que cet hôpital public ne dispose pas de toutes les compétences physiques et matérielles pour exercer. En plus de ces manquements, le CHUL est réputé comme étant un hôpital qui pratique une médecine différenciée selon les malades, sélective en fonction des couches de populations. Dans ce chapitre, nous tenterons d'analyser le fonctionnement réel de cet hôpital en insistant sur sa mission qui est l'accès aux soins pour tous.

5.1. Présentation du CHUL

Cette section porte notamment sur le CHUL et le démantèlement des services des urgences et de la maternité C. Elle s'appuie sur les données de notre enquête dans cet hôpital complétée par les observations que nous avons pu y mener lors de périodes d'immersion. Il s'agit de vérifier si les configurations actuelles du CHUL facilitent ou non l'accès aux soins pour tous. Le cas est intéressant puisque la loi a clairement défini les missions et obligations du service public hospitalier. Il est dit dans l'article 5 de l'ordonnance n°006/PR/2017 du 27 février 2017 portant réforme hospitalière en République Gabonaise que :

« Les établissements de santé publics hospitaliers garantissent à tous un accès égal aux soins. Les praticiens qui y exercent ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils sont tenus d'accueillir toute personne, de jour comme de nuit, en urgence si l'état du malade ou du blessé le justifie »³⁴⁰.

C'est en ce sens qu'ici plus qu'ailleurs, on peut mesurer l'écart entre la volonté politique telle qu'elle se déploie dans la législation et sa mise en œuvre dans les pratiques quotidiennes.

- Évolutions

Depuis sa création, le CHUL a connu de nombreuses réformes qui lui ont permis de réorganiser ses locaux et son système de soins. À ce jour, il a connu quatre différentes appellations correspondant à son évolution. Il s'agit d'abord de l'Hôpital de Brazza en 1890, ensuite de l'Hôpital Général de Libreville en 1958, puis du Centre Hospitalier de Libreville en 1969 et enfin du Centre Hospitalier Universitaire de Libreville depuis 2012. Ces différentes étapes marquent son évolution structurelle (construction de nouveaux bâtiments) et sanitaire (nouveaux services de soins) qui est indissociable de l'histoire du pays.

³⁴⁰ Journal officiel de la République Gabonaise, Ordonnance n°006/PR/2017 du 27 février 2017 portant réforme hospitalière en République Gabonaise, n°339, p.3347.

De l'Hôpital de Brazza au Centre Hospitalier de Libreville. Il est fondé en 1890 par la marine militaire française conduite par Pierre Savorgnan de Brazza³⁴¹. Il est baptisé Hôpital Général de Libreville, le 1^{er} janvier 1958. Le projet avait été soutenu par le député Jean-Hilaire Aubame³⁴² et le sénateur Indjendjet Ngondjout³⁴³. Il est marqué par la construction d'un bâtiment en forme de Z qui mesurait trois cents mètres³⁴⁴ pour abriter les services administratifs, les religieuses. Il y avait une partie consacrée à l'hospitalisation des fonctionnaires et un dernier bâtiment réservé aux personnes souffrant de maladies contagieuses.

Pendant les deux premières phases de son histoire, ce sont les coopérants médecins chefs de la mission française qui dirigeaient cet hôpital. À partir de 1969, sous le décret n°683/PR/MSPP du 1^{er} octobre 1969 et par l'instruction ministérielle 0049/MSPP/Cab5 du 20 janvier 1981 qui désigne les centres hospitaliers, on parle désormais du Centre Hospitalier de Libreville (CHL), géré à ce moment par les Gabonais³⁴⁵. L'hôpital dispense des soins curatifs, préventifs et promotionnels. En parallèle, on y retrouvait des activités d'enseignement et de recherche. La capacité d'accueil de l'hôpital s'est progressivement élargie, passant de 260 lits en 1968 à 519 en 1980.

- Organisation

Depuis le 1^{er} juin 2012, l'hôpital est connu sous le nom de Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL). Cette nouvelle appellation survient à la suite de la construction du bâtiment des urgences, à la construction du bâtiment des hospitalisations de la médecine externe et interne et à la rénovation de tous les autres bâtiments de l'hôpital. Le CHUL est classé comme étant un hôpital de niveau central ou tertiaire. Sa mission est celle d'offrir, à l'échelle nationale, des prestations de santé essentiellement spécialisées. Il sert également de cadre de formation et de recherche à la suite des conventions signées avec les instituts de formation en santé publique ou de recherche.

En 2012, l'hôpital compte 1200 lits disponibles pour tous ses services. Il comporte plusieurs pavillons :

³⁴¹ Docteur Jean-René Guikoumbi, *Histoire du CHL*, Archives du CHL.

³⁴² Représentant du Gabon à l'Assemblée nationale française.

³⁴³ Représentant du Gabon au Sénat français.

³⁴⁴ La construction avait duré trois ans de 1955 à 1958, menée par un architecte italien, Jean Vialatoux.

³⁴⁵ Ce changement est une conséquence de l'indépendance du Gabon à la date du 17 août 1960 et à la politique de la gabonisation des postes et des fonctions.

- un pavillon qui correspond à l'actuelle maternité A. Il était destiné aux hospitalisations des cadres de la métropole. Il regroupait également plusieurs services (les services de médecine, administratifs, le bloc opératoire et le bureau des entrées) ;

- un pavillon abritait le laboratoire. C'est le bâtiment de l'actuelle direction de l'École nationale d'action sanitaire et sociale (ENASS) ;

- la Direction générale : nous distinguons trois directions générales, à savoir : la direction générale et deux directions générales adjointes.

En revanche, nous notons 4 directions techniques :

- la direction des affaires médicales (DAM) qui comprend 5 services, à savoir : le service de la pharmacie ; le service des soins infirmiers et obstétricaux ; le service de la coordination médicale ; le service d'hygiène hospitalière ;

- la direction des ressources humaines (DRH) qui est composée de 3 services dont : le service de la gestion du personnel (SGP) ; le service de la formation et du perfectionnement (SFP) ; le service social (SS) ;

- la direction des affaires financières (DAF) qui regroupe trois services, à savoir : la comptabilité, la planification et les admissions ;

- la direction de la logistique, des équipements et des entretiens et travaux (SET) ; l'alimentation (SA) ; la maintenance biomédicale (SMB).

Les ressources financières du CHUL proviennent notamment des subventions ou dotations budgétaires de l'État et des collectivités locales ; de ses ressources propres ; de la participation financière des partenaires au développement ; des dons et legs ; et de toutes les autres ressources qui peuvent lui être affectées³⁴⁶. Ainsi, le CHUL est un établissement public à caractère scientifique. Il contribue à la mise en œuvre de la politique de l'État en matière de soins, de santé publique, de formation en médecine, en odontologie, en biologie et en pharmacie. Cet hôpital sert d'appui aux centres hospitaliers régionaux. L'établissement jouit de l'autonomie de gestion administrative et financière. Il est placé sous la tutelle technique des Ministères en charge de la santé, de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique.

³⁴⁶ Journal officiel, Ordonnance n°006/PR/2017 du 27 février 2017, *op.cit*, p.3350.

- Conditions de travail des personnels de santé

Si la stratégie politique semble s'adapter aux décisions internationales en matière de santé, leurs applications posent un certain nombre de problèmes, surtout en ce qui concerne les personnels de santé. Au Gabon, les personnels de santé sont souvent confrontés à de difficiles conditions de travail. Or, en tant que premiers concernés dans la mise en œuvre des politiques de santé et surtout du respect de celles-ci, les pouvoirs publics se doivent de leur assurer de meilleures conditions de travail et de vie pour qu'ils s'investissent davantage dans l'exercice de leur métier.

Parmi les difficultés que rencontrent les personnels soignants, il y a l'augmentation du volume de travail liée au sous-effectif, l'absence du matériel de travail, le problème de la rémunération, le problème de prime qui est, selon certains de nos interlocuteurs, supprimé.

S'agissant du sous-effectif, il faut souligner qu'au départ, avant que le CHL ne devienne le CHUL, les équipes de travail étaient composées de huit personnes. Aujourd'hui, quand on prend le cas de la maternité C, les équipes ne sont plus constituées que de quatre personnes. Comme le souligne notre interlocutrice, sage-femme à la maternité C :

« Depuis la conversion du CHL en centre hospitalier universitaire, il n'y a plus eu un renforcement des effectifs et encore moins un remplacement systématique du personnel admis à la retraite. Ce sous-effectif s'explique au travers de la réduction du nombre des étudiants admis au parcours « sage-femme » de l'université de santé ».

Cette baisse considérable des effectifs accroît la charge de travail. Tout comme Simon Berenholc³⁴⁷, Djeneric Saka Alandji précise que, dans le cas précis du Gabon :

« (...) La réduction des effectifs fait que les travailleurs réalisent, désormais, le travail que devrait effectuer trois ou quatre personnes. Ce qui a des répercussions sur le volume de travail qui s'accroît. Les travailleurs doivent se surpasser pour faire face à l'augmentation du volume de travail qui, (...) devient insupportable »³⁴⁸.

³⁴⁷ S. Berenholc, *L'Homme social à son corps dépendant : Analogies comportementales entre les cellules biologiques et les sociétés humaines*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2015, P.193.

³⁴⁸ D. Saka Alandji, *Processus de privatisation et nouveau management dans les entreprises gabonaises*, op.cit., 255.

D'autre part, cette baisse significative des effectifs a un effet négatif sur la qualité du travail et l'accueil des patients, comme le souligne une sage-femme à la maternité C :

« Pour ce qui est des effectifs, il n'y a pas trop de personnel. Avant au CHL, on tournait avec des équipes de 8 sages-femmes par équipe, mais là c'est descendu à 4. C'est vraiment compliqué pour travailler. Cette baisse est due au manque de formation. Il n'y a pas beaucoup qui sortent de l'université de la santé [...]. Les conditions de travail de nuit font qu'on est obligé de craquer. Tout le monde vient accoucher au CHUL et pour 4 sages-femmes c'est vraiment insuffisant. Vous vous retrouvez à gérer des dizaines de femmes en travail alors que vous êtes que 4. À un moment, on devient désagréable vu la charge. Vraiment on a du mal à maîtriser nos émotions tellement on est débordé. La maternité C, c'est un cadre de travail bien différent à celui du privé. Quand on travaille dans les structures privées, je pense qu'il y a moins de monde. Au privé, pendant toute une nuit, le service de garde des sages-femmes n'intervient pour faire accoucher que deux à trois femmes enceintes contrairement au CHUL où c'est la misère tellement nous sommes débordés dans le travail ».

Pour ce qui est du manque de matériel, le personnel soignant est souvent exposé à de nombreux risques de contamination pendant l'exercice de sa profession. Le matériel de protection le plus basique comme les gans sont inexistant. Pour pallier ces insuffisances, soit l'infirmière rédige rapidement une ordonnance, non pas pour acheter de quoi soigner le malade, mais pour acheter uniquement le matériel de base pour une intervention. Il peut s'agir des gants, de compresses, du coton, du désinfectant, du sparadrap par exemple. Comme précisé dans cet échange entre un infirmier et un parent du malade : *« allez d'abord acheter ce que je viens de vous prescrire et c'est seulement après qu'on pourra le toucher. Ici, il n'y a rien, même pas les gants pour s'approcher du malade. Faites vite on vous attend avant de le voir ».*

Dans d'autres circonstances, le personnel est souvent amené à faire des "gymnastiques risquées", c'est-à-dire prendre le risque d'intervenir pour le cas d'un malade, même quand il y a un manque de matériel. Comme le souligne notre interlocutrice, médecin généraliste :

« Il n'y a pas assez de gants pour se protéger. Des fois, il y en a le matin et en milieu de journée, plus rien du tout. Dans ces cas, on a déjà été amené au

moins une seule fois à intervenir sans les gants ! C'est risqué pour nous et pour le malade, même si on se lave les mains après. Les désinfectants aussi sont quasi inexistantes, donc on fait sans ! »

À une autre, médecin aux urgences, de souligner qu'« *il manque des stocks en médicaments et matériels depuis toujours. Il arrive des périodes où il y en a, mais ce n'est jamais pour longtemps !* » Ce sont des cas parmi tant d'autres où l'absence de matériel de travail au CHUL se fait sentir.

Ainsi, une autre de nos interlocutrices, sage-femme de la maternité C du CHUL, fait allusion au nombre insuffisant des tables d'accouchement et des couveuses :

« On a 6 boîtes avec deux tables par boîte. Ce qui fait que la maternité C a 12 tables d'accouchement. Ce nombre est même insuffisant comparé au nombre de femmes qui viennent accoucher. Elles sont souvent obligées d'être assises hors des boîtes quand tout est plein. C'est surtout le cas pour celles qui arrivent en dernier. En plus de cela, il y a un problème de couveuse. On a que trois couveuses pour 1000 nouveau-nés au moins par mois donc imaginez un peu. Surtout qu'il y a de plus en plus de bébés prématurés ou malades. Ce qui fait que c'est toujours saturé. Du coup, la majorité des nouveau-nés sont envoyés dans des cliniques pour un coût de 100 000 francs CFA la couveuse par jour. À chaque fois que l'on se retrouve dans des situations pareilles, on fait des lettres de transferts vers les cliniques. Vu qu'on est incapable de prendre en charge plus de trois bébés prématurés dans ce service ».

Le manque de matériel, le manque de tables d'accouchement et de couveuses contribuent à l'affaiblissement de l'accès aux soins pour tous. Dès lors que les patients sont souvent contraints d'aller dans des cliniques privées moyennant de colossales sommes d'argent. Par ailleurs, dans certains services comme le centre national d'hémodialyse, le problème de matériel est moins apparent, les malades sont reçus régulièrement mais dans des délais de plus en plus longs.

En plus des conditions de travail et du manque de matériel de travail, le personnel soignant n'est pas assez récompensé pour le travail qu'il effectue au quotidien. C'est ce qui ressort de l'extrait d'entretien ci-après, réalisé auprès d'un médecin au CHUL :

« À part les conditions de travail caduques et l'absence de matériel de travail, il y a un volet important qu'il ne faut pas perdre de vue. C'est le volet financier. Regarde, je suis médecin nouvellement affecté, je ne dispose actuellement ni de salaire, ni de prime. Comment je serais motivé à continuer de donner le meilleur de moi au travail si j'ai des soucis d'argent ? »

Malgré les difficiles conditions de travail, l'absence de matériel et des primes, certains médecins, comme le souligne un jeune médecin généraliste, sortis de l'école il y a un an, sont obligés de travailler avec les moyens du bord pour assurer le minimum aux malades qui sont, pour la plupart, des Gabonais économiquement faibles. Cela dit : *« pour le souci de matériel, on s'adapte aux différentes situations et on se procure, si besoin absolu, les éléments requis au sein des services périphériques. L'objectif principal étant la santé du patient à prendre en charge »*. Cet extrait explique en partie le fait que les services comme la maternité et les urgences continuent de fonctionner malgré l'absence de matériel de travail.

5.2. Du parcours d'intégration professionnelle à l'exercice du métier de la santé

Si le CHUL a pour vocation la prise en charge sanitaire, médicale et la recherche scientifique, il n'en demeure pas moins que son fonctionnement pose un certain nombre de problèmes qui ne facilitent pas un accès aux soins pour tous, tel que l'envisage la stratégie politique de santé menée par les pouvoirs publics. La présente section met en évidence les dysfonctionnements rencontrés dans cet hôpital.

- Dysfonctionnements du CHUL

À côté du nouveau management inspiré des théories néolibérales qu'analysent Djeneric Saka Alandji³⁴⁹ et Anne Salmon³⁵⁰, le *New Public Management* (NPM) introduit des formes de rationalisation managériale du secteur public. Il s'agit d'insuffler au secteur public, à l'exemple de l'hôpital, le modèle du secteur privé en escomptant une meilleure gouvernance du travail et des hommes. C'est en cela que le NPM désigne :

« Un ensemble d'éléments novateurs dans la gestion des administrations publiques. Tous ces éléments constituent une tendance d'évolution du secteur public, caractérisée par une approche de gestion au détriment de l'approche juridique ; une volonté d'axer la gestion sur les résultats, l'introduction d'éléments de compétition, de performance, de réduction des coûts et de qualité »³⁵¹.

C'est dans cette perspective qu'en 2015, à travers la promulgation d'un décret³⁵², l'État gabonais revient sur les dispositions générales des pratiques en matière d'offre de soins. En son article 2, il est dit ceci :

« Le comportement des personnels de santé doit être conforme aux règles communément admises en matière de respect d'autrui et de civilité ainsi qu'aux lois et règlement en vigueur. Les actes, attitudes et propos des personnels de santé

³⁴⁹ D. Saka Alandji, *Processus de privatisation et nouveau management dans les entreprises gabonaises*, op.cit.

³⁵⁰ A. Salmon, *Les nouveaux empires. Fin de la démocratie ?*, Éditions CNRS, Paris, 2011.

³⁵¹ W. Bernruth, « le nouveau management public : concept, situation en Wallonie. Quelques réflexions, visions et conclusions opérationnelles », *Revue OSF*, Bruxelles, 1998, p. 92.

³⁵² Journal officiel de la République Gabonaise, Décret n°0143/PR/MSPS du 2 mars 2015, op.cit., p.2286.

de nature à obérer la qualité de l'offre de soins sont proscrits. Il s'agit notamment des actes ou comportements de nature :

- à porter atteinte à la réputation ou au bon fonctionnement du lieu d'exercice ;
- à créer une perturbation dans le déroulement des activités de soins ;
- à porter atteinte à la santé à l'hygiène ou à la sécurité des personnes et des biens au sein du lieu d'exercice »³⁵³.

Force est de constater que ce décret accuse des difficultés de mise en œuvre au CHUL. En effet, depuis le début des années 2000, l'État gabonais songe à donner un nouveau souffle à son système de santé. Soit sous la forme structurelle, à travers la construction des nouvelles formations sanitaires, soit en termes de réformes de la stratégie politique de santé, soit encore au niveau managérial, en mettant l'accent sur l'autonomisation de la gestion. À ce niveau, des objectifs de l'ordre de 70 % d'autonomie sont fixés au CHUL pour se calquer le modèle du secteur privé. Or, le CHUL reste englué dans de nombreux dysfonctionnements qui se traduisent par d'incessantes plaintes du corps médical et des malades.

Cet hôpital rencontre au quotidien des difficultés dans la prise en charge des malades. Les-patients se plaignent de l'organisation des services de santé. Rien n'est clairement défini et expliqué. Ce qui entraîne des situations inacceptables telles que la scène décrite par un malade du CHUL. Celui-ci ne savait pas où se situait le bureau des entrées du CHUL. À son arrivée, il s'est signalé à la secrétaire qui lui a répondu : « *Oui, je vous vois monsieur, asseyez-vous là-bas et on viendra vous chercher* ». Après quatre heures d'attente, aucune personne n'est venue le renseigner. Il s'est adressé de nouveau à une infirmière qui lui a dit qu'il aurait dû passer par le bureau des entrées. Furieux, il a rétorqué « *C'est indiqué nulle part dans la salle d'attente et pourquoi personne ne me l'a dit plus tôt ?* ». En sortant, il s'est plaint auprès d'une autre infirmière qui lui a dit qu'en fait, il n'y avait aucun médecin dans le service. Même s'il était revenu au bureau des entrées, ce qui est facultatif lorsque l'on a un rendez-vous, jamais ce jour-là, il n'aurait pu rencontrer un médecin.

Ce genre de situation est fréquent. Plusieurs rendez-vous ne sont pas honorés par les médecins du CHUL. Du coup, les patients attendent sans avoir une consultation, sans explication et sans excuse. Les informations peuvent varier d'une infirmière à une autre. Nous avons été témoin de ce genre de désagrément à plusieurs reprises.

³⁵³ Journal officiel de la République Gabonaise, Décret n°0143/PR/MSPS du 2 mars 2015, *op.cit.*

Lors d'une visite au service d'ophtalmologie du CHUL, nous avons assisté à une scène analogue. Un patient, que nous appellerons Monsieur Ngwa, vient pour sa consultation. Il attend dans la salle d'attente durant toute une matinée. Voyant qu'il est presque 12h, il s'adresse à une personne du service. Il veut savoir pourquoi l'attente est si longue et surtout combien de temps il devra encore patienter avant d'être reçu. La personne interrogée s'aperçoit tout de suite qu'il n'y a pas de rendez-vous prévu pour ce jour. Alors elle s'étonne que M. Ngwa soit le seul à attendre alors que la secrétaire est absente de son poste de travail. La personne qui avait accueilli M. Ngwa à son arrivée, se faisant passer pour la secrétaire, avoue qu'elle avait oublié qu'il attendait dans la salle d'attente. Une autre personne, la secrétaire du service arrivée à son poste de travail en fin de matinée, s'est d'abord empressée de savoir si le médecin était arrivé. Sans attendre la réponse de sa collègue, elle a enfilé sa blouse et pris le temps de préciser de ne surtout pas dire au médecin qu'elle était arrivée à son poste de travail en fin de matinée.

Avoir un rendez-vous au CHUL n'est pas la garantie d'obtenir une consultation. À travers cette scène, on constate qu'il y a une véritable anarchie dans cet hôpital. Un médecin et une secrétaire absents de leur poste de travail, ce jusqu'en mi-journée et sans raison.

Bien qu'ayant un rendez-vous, prévu pour 9h, le médecin n'avait commencé aucune consultation avant l'heure de midi. En plus de l'absence du médecin, la secrétaire se présente à son poste de travail en fin de matinée. Les malades sont ainsi livrés à eux-mêmes.

- L'absentéisme et les retards comme frein à l'accès aux soins

Le travail du personnel de santé au sein des structures hospitalières est entaché par de nombreuses irrégularités, parmi lesquelles l'épineux problème d'absentéisme et de retard. Une situation qui contribue à ternir l'image de l'hôpital public et qui freine l'accès aux soins. L'absentéisme et les retards poussent les patients à choisir d'autres moyens de soins et à s'orienter vers le privé. Comment peut-on comprendre une telle dérive organisationnelle quand on sait l'importance de ce secteur d'activité dans la survie de l'être humain ? Plusieurs éléments expliquent ces dysfonctionnements. Comme le souligne Nicolas Monteillet, à travers son étude sur le retard du personnel médical camerounais dans les hôpitaux publics, le retard du personnel médical n'est pas lié à des urgences mal gérées :

« On pourrait penser que ce retard à la consultation était dû à quelque urgence (opération, accouchement...) ou à un afflux inattendu de patients qui

peuvent mobiliser le personnel, mais l'observation directe révèle, dans de nombreux cas, que ces retards ne sont pas souvent explicables par le travail hospitalier »³⁵⁴.

Au Gabon, cette situation s'est aggravée depuis la multiplication des cliniques privées. Chaque médecin ou groupe de médecins est propriétaire d'une ou plusieurs cliniques privées. D'après nos interlocuteurs du CHUL, les infirmiers et les sages-femmes de l'hôpital public interviennent dans les cliniques privées. Ce qui fait qu'ils accordent plus de temps à leur activité privée qu'à l'hôpital public, qui pourtant les emploie de façon régulière.

Il se trouve, parfois, que les cliniques privées recrutent à temps partiel les infirmiers des hôpitaux publics. Chaque jour, à la première heure, ils effectuent les premières visites des malades dans les cliniques avant de se rendre au CHUL. Ces pratiques expliquent en partie les absences incessantes et les retards programmés. Face à cela, on s'accorde avec Carine Vassy, pour dire que : « les médecins modifient à leur guise les limites du système d'action concret en fonction de leur stratégie professionnelle »³⁵⁵. La prise en compte des activités professionnelles privées dans les agendas des médecins fait que ces derniers prennent des libertés dans le secteur public en l'absence de contrôle.

Généralement, les médecins commencent le travail au CHUL vers 13h et finissent à 17h. Ce qui leur laisse le temps de repartir dans leur clinique pour ceux qui sont propriétaires ou pour ceux qui sont recrutés à temps partiel. C'est ce qui ressort de l'extrait d'entretien ci-après :

« Par rapport à ce que vous avez vécu, quel est le constat général que vous pouvez faire entre les hôpitaux publics et les cliniques privées ?

Le constat c'est que tout part des médecins qui sont dans les hôpitaux publics et privés. Ce sont les mêmes médecins. La plupart des infirmiers qui sont là, ce sont les mêmes que l'on retrouve dans les cliniques. Chaque médecin a soit son propre cabinet ou sa clinique. En voyant le nombre important des absences et des retards, on se rend compte que la principale activité de ces médecins se trouve dans les cliniques et pas ici. Au CHUL, ils viennent tout simplement pointer la journée. Ils préfèrent plus consulter les malades dans leur clinique

³⁵⁴ N. Monteillet, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun : crise hospitalière et nouvelles pratiques*, Éditions Karthala, Paris, 2005, p.115.

³⁵⁵ C. Vassy, « Travailler à l'hôpital en Europe. Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations », *Revue française de sociologie*, 1999, 40-2, pp. 325-356.

qu'ici, parce que ça leur rapporte plus d'argent. On a l'impression qu'ici, ils viennent juste pour se plaindre des mauvaises conditions de travail de l'hôpital et ils repartent. Ce qui les encourage aussi, c'est parce qu'ils savent que leurs emplois au CHUL ne sont pas menacés, ils sont fonctionnaires de l'État jusqu'à l'heure de la retraite ».

Les retards observés au CHUL contribuent à décourager les malades. Cette situation va permettre d'accroître le nombre de malades fréquentant les cliniques privées et donc à augmenter les marges de profits de celles-ci. Situation qui participe à ternir l'image du secteur de la santé publique au profit du secteur privé.

En aucun cas les patients ne sont motivés à aller au CHUL. Ils s'y rendent malgré eux, comme le soulignait une patiente du CHUL :

« Je me sens mal depuis plusieurs semaines mais je ne voulais pas venir au CHUL, c'est ma mère qui m'a emmenée presque de force. Je ne voulais pas venir ici. Quand tu penses à la façon dont les médecins et infirmières accueillent les malades, ça ne donne pas envie ! Tu te lèves très tôt le matin pour espérer voir un médecin mais ce n'est pas le cas. On vous fait attendre pendant des heures, dans la salle d'attente à plusieurs, dans la chaleur, sur les sièges inconfortables. Franchement, ça rend encore plus malade ! Pendant ce temps, personne ne vient vous expliquer ce qu'il se passe. Si tu vas leur poser la question, les secrétaires te répondent avec insolence. Mais on va encore faire comment ? On n'a pas les moyens d'aller en clinique donc on supporte ».

La question de l'absentéisme et des retards du personnel au CHUL a des conséquences sur le fonctionnement et l'organisation du travail dans cet hôpital. Ces derniers ne remplissent pas leurs missions. Ce qui crée un fossé entre la stratégie politique de santé et l'accès aux soins au CHUL. Cette situation est d'autant plus grave que l'on s'est intéressé au parcours professionnel des personnels de santé pour comprendre d'où pouvait venir un tel laxisme, une telle anarchie dans le travail.

- Parcours des professionnels de la santé

Analyser le phénomène de l'accès aux soins pour tous dans le contexte gabonais, c'est aussi saisir les parcours professionnels des principaux acteurs de santé. Il s'agit de comprendre les trajectoires de chaque acteur au CHUL afin de saisir les difficultés inhérentes à l'accès aux soins pour tous. La qualité du parcours des acteurs de santé influe sur la qualité des soins dispensés et donc sur l'efficacité de l'accès aux soins.

Les extraits d'entretien ci-après permettent de retracer le parcours professionnel de quelques cas. Sophie 35 ans, mère de trois enfants et infirmière travaille au CHUL depuis cinq ans. Elle explique son parcours professionnel :

« J'ai pris mes fonctions d'infirmière en 2010. Après l'école d'infirmière de l'ENASS, j'ai été affectée ici, depuis, je travaille là et je vis dans le quartier Nkembo. J'ai eu du mal dans mes études, j'ai quand même forcé pour avoir le Bac (Baccalauréat). Quand je l'ai eu, je ne savais pas trop quoi faire. À l'UOB (Université Omar Bongo), je trouvais que je ne pouvais pas m'en sortir là-bas. Or moi je voulais déjà travailler, avoir mon argent et m'occuper de mes enfants. En parlant de ça avec mon oncle, il m'a conseillé d'attendre les concours. Quand ils ont ouvert les candidatures pour l'École d'infirmière, je suis allée avec mon dossier. Comme je sais que l'affaire des concours n'est jamais objective. Il faut toujours avoir un soutien. Je suis allée voir une tante qui travaille là-bas. Elle m'a dit qu'il fallait au moins 100 000 francs CFA pour garantir ma place. J'ai donné cet argent, c'est elle-même qui est allée voir ses collègues pour mon cas. Quand j'ai gagné le concours, le reste c'est des formalités ! Par contre pour les affectations, il faut encore combattre pour rester sur Libreville. Le ministère de la Santé voulait m'envoyer sur Oyem comme je suis originaire d'Oyem mais je suis allée payer pour que mon nom sorte dans les affectations pour Libreville. Ils m'ont envoyée au service des urgences. C'est ici que je travaille pour avoir mon bout de pain [sourire] ».

Nous sommes là face à un itinéraire qui pose problème dès le départ. Notre enquêtée est aujourd'hui infirmière en ayant recours à la corruption³⁵⁶. Par ailleurs, elle ne manifeste

³⁵⁶ Si pour certaines personnes, il faut avoir recours à des pratiques de tout genre pour accéder à la profession infirmière ou autres, l'étude d'Anne Monjaret nous révèle un autre cas de figure. Celui d'une catégorie de travailleurs, ouvrières, qui accède au rang de chirurgien dans un centre hospitalier. L'auteur souligne que face

aucune motivation particulière pour le métier. Elle aurait très bien pu se présenter à un autre concours comme celui des instituteurs.

Cette infirmière a pris toutes les dispositions pour obtenir le concours d'infirmière. Elle obtient son affectation sur Libreville toujours grâce à la corruption. Il se pose dès lors un problème de vocation pour les métiers de la santé. Plusieurs générations de jeunes diplômés gabonais entrent dans la Fonction publique parce qu'il faut avoir un salaire. Cette situation est explicitée par notre interlocutrice, qui relate comment s'est déroulé le recrutement de son amie, infirmière aux urgences du CHUL :

« Ma copine a été recrutée en tant qu'infirmière ici au CHUL. Mais je t'assure sans mentir, elle a été formée à l'Université des sciences des organisations (USO). Est-ce qu'on fait médecine à l'USO ? La réponse c'est non. Comment quelqu'un qui n'a pas fait une école d'infirmières a-t-elle fait pour se faire recruter comme infirmière ? Voilà, autant de personnes que l'on retrouve ici sans des véritables compétences en rapport avec leur fonction. Ce sont des gens qui se spécialisent sur le tas. Le truc est que ma copine n'a jamais fait de formation d'infirmière ou en santé. Elle a juste amené son dossier et elle a commencé à travailler, à injecter les patients n'importe comment. Elle me disait qu'elle était aussi elle-même dépassée et surprise. C'est un bon matin que son père lui a dit : vient, donne-moi ton dossier. C'est comme ça qu'elle a été intégrée dans le secteur hospitalier. Je crois que les parents à un moment donné fixent leurs enfants là où ils ont des possibilités. Le père de ma copine est un grand médecin de l'hôpital, donc tu comprends (en souriant) ».

Ces confidences montrent une fois de plus que le parcours professionnel du personnel de santé au CHUL pose problème. Le personnel du CHUL n'est pas motivé. Généralement, ils ne sont pas courtois et encore moins serviables. Or, l'hôpital doit être un lieu de réconfort où chacun recouvre la santé, nous dit un autre interlocuteur.

À la question de savoir si le corps soignant est aimable ou pas, un interlocuteur s'explique :

« Il y a certains infirmiers, infirmières et médecins qui sont serviables, qui font leur travail mais il y a aussi d'autres, alors là, tu n'as qu'envie de les

à l'absence de chirurgien ou de spécialiste expérimenté, le recours à l'ouvrier, au maintenancier dont le travail est aux antipodes de la profession médicale devient nécessaire. A. Monjaret, « Le corps en miettes et la main réparatrice. Quand l'ouvrier se transforme en "chirurgien". Une expérience de la souffrance d'autrui à l'hôpital », *Communication*, n°89, 2011, pp. 57-70.

bastonner. Ils ne sont même pas courtois, même pas serviables ! Ils vous regardent comme des moins que rien. C'est à croire qu'on les dérange ! Mais tu vas encore faire comment ? C'est toi qui es dans le besoin. Tu es obligé de te soumettre pour qu'ils aient pitié à un moment ».

Il se dégage un manque de considération important. Que ce soit pour la fonction médicale ou pour le malade. Les personnels de santé au parcours douteux sont bien souvent les mêmes qui réagissent de façon non professionnelle, à travers les « rackets », les profits et autres pratiques illégales.

Les actes de corruption sont organisés depuis la cellule familiale. C'est ce qui est mis en exergue dans l'extrait qui suit :

« Quand j'ai dit à ma mère que j'allais passer le concours d'infirmière. Elle a tout de suite appelé son frère pour voir s'il connaissait une personne qui travaille au ministère de la Santé. C'est lui qui nous a par la suite orientés vers ma tante. Ma mère fait ça pour mon bien ! Pour que je sois déjà casé avec un emploi. En plus j'avais déjà deux enfants à cette époque ».

Les ambitions premières n'ont rien à voir avec le fait de soigner ou de s'occuper des malades. Par conséquent, on constate régulièrement le manque d'implication réelle du personnel soignant. Un manque de vocation professionnelle qui s'explique par le fait que certains considèrent le CHUL comme une formalité à remplir. L'expression « *je pointe ma journée* » est couramment utilisée pour dire que j'y vais mécaniquement, sans réelle motivation et sans implication. Alors dans ces conditions, lorsque les personnels de santé arrivent à sauver des vies, c'est tant mieux pour le malade. Le personnel soignant, à défaut de pouvoir donner un diagnostic fiable, crédible, fait appel à des raisons surnaturelles pour masquer son incompétence³⁵⁷. C'est dans ce sens qu'il faut lire l'extrait du jeune infirmier de 32 ans, qui doit annoncer aux parents d'un jeune patient qu'il est dans un coma :

³⁵⁷ Le lien entre les pratiques médicales et leurs symboliques "surnaturelles" tel qu'exposé par D. Bonnet est très présent au CHUL. Bien souvent, le patient et sa famille sont renvoyés vers des explications surnaturelles pour expliquer une certaine incompétence médicale. Au CHUL, on entend souvent des expressions telles que « *là, c'est bizarre, il faut chercher ta maladie ailleurs, ici, on ne voit rien quand on fait les examens !* ». Ce sont des réponses toute faites qui cachent une certaine incapacité à faire plus pour un malade. Comme par exemple orienter le malade vers des spécialistes. Explications inspirées de : D. Bonnet, *Corps biologique, corps social : procréation et maladie de l'enfant en pays Mossi, Burkina Faso*, Éditions de l'ORSTOM, Paris, 1988, p. 41.

« Votre parent est arrivé, il était déjà presque mort. On a essayé avec le major de le sauver mais rien. Même pour lui mettre une simple perfusion, on ne trouvait pas de veine. Une autre infirmière est venue nous aider mais tout ce qu'on essayait ne passait pas. En attendant, lui, il perdait connaissance. Ah, il y a des jours comme ça. Peut-être que c'est aussi dans la famille qu'il faut chercher. Parce que je n'ai jamais vu ça, comment toutes les veines d'une personne peuvent disparaître ? »

Lorsque le personnel de santé ne tente pas d'expliquer son incompetence par le surnaturel, en sous-entendant que la personne était déjà « mangée depuis dans sa famille »³⁵⁸, l'argument qu'il aime bien souligner est : c'est la faute de l'État. « Si l'État ne donne pas les moyens on ne va pas faire de miracles ! ».

Cette situation qui a pris des tournures assez inquiétantes révèle un malaise, celui de la question de la déontologie dans la pratique médicale au Gabon, celui du contrôle et de la formulation/régulation des parcours professionnels au sein d'un secteur sensible. Ces écarts, entre la stratégie de politique de santé voulue par l'État gabonais et l'accès aux soins pour tous sont symptomatiques de la mauvaise gestion du CHUL.

Certaines recherches ont abordé cette question de parcours professionnel en termes de rapport de sexe, c'est-à-dire du rapport entre la masculinisation de la médecine et la féminisation de la profession infirmière. Ces études montrent une transformation continue des rapports de genre dans le secteur médical. Si, autrefois dans la société française, le métier d'infirmière était inspiré par le « caractère "naturel" de la féminité »³⁵⁹, au XXI^e siècle, cette conception a évolué. L'étude de Geneviève Picot est symptomatique de ce rapport de genre dans la profession médicale et infirmière. Pour elle, un « double processus de féminisation de la médecine et de masculinisation des soins infirmiers est à l'œuvre »³⁶⁰. On observe ainsi une des « transformations du point de vue de ses caractéristiques sexuées »³⁶¹. Dans le cas du Gabon, et tout particulièrement au CHUL, on tend vers une mixité lorsqu'il s'agit du métier

³⁵⁸ L'expression en elle-même c'est « si on t'a mangé, ne me donne pas les problèmes ! ». Cette expression sous-entend que la personne concernée est victime du mal dans le monde mystique. Soit par la famille ou ailleurs, dans tous les cas, le corps hospitalier trouve ici une échappatoire pour ne pas se sentir obligé d'expliquer cliniquement ce que la médecine a constaté. Ainsi, tous les cas de complications sont interprétés comme étant la manifestation du mal mystique.

³⁵⁹ Y. Knibiehler, *Cornettes et blouses blanches : les infirmières dans la société française 1880-1980*, Éditions Hachette, Paris, 1984, p.57.

³⁶⁰ G. Picot, « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. Le cas de deux services hospitaliers », *Revue française des affaires sociales*, 2005/1, pp. 83-100.

³⁶¹ G. Picot, « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. Le cas de deux services hospitaliers », *op. cit.*

d'infirmier. On note par contre une présence exclusive de femmes dans le métier de sage-femme. Durant l'enquête à la maternité du CHUL, nous n'avons jamais croisé d'infirmiers dans les boxes d'accouchement.

Si au Burkina Faso par exemple, le personnel médical issu de familles modestes décide d'entreprendre une carrière dans le secteur hospitalier pour rétablir certaines injustices qui les a marqués³⁶² et donc combler les manquements de leur système hospitalier. Ce qui nous intéresse ici c'est de comprendre les raisons pour lesquelles les acteurs de santé du CHUL décident de travailler dans ce secteur. Il s'agit d'analyser les différents profils du corps soignant pour enfin saisir, comme nous l'avons dit plus haut, la qualité des soins dans un contexte d'accès aux soins pour tous. Ainsi, au Gabon, on s'aperçoit que le personnel hospitalier du CHUL entreprend des carrières en milieu hospitalier pour disposer d'un salaire tous les mois.

Les hôpitaux publics gabonais sont souvent confrontés à deux types de personnels de santé : il y a, d'un côté, un personnel soignant qui est formé dans des écoles ou universités et doté d'une véritable motivation de travail. De l'autre côté, il y a un corps soignant pour qui c'est le fait d'avoir un salaire régulier qui importe le plus. Cette tranche du personnel intègre le corps médical bien souvent au travers du pistonage, du parrainage ou des recommandations. Cette catégorie du personnel de santé ne présente pas une réelle motivation dans le travail et elle est moins compétente.

Comme le souligne un interlocuteur, il y a trop du social dans le recrutement des agents publics de santé, surtout lorsqu'il s'agit des grandes structures de santé comme le CHUL. Pour lui :

« Le social occupe une place trop importante. Tellement importante, qu'elle empiète sur toutes les bonnes intentions. Comme dans la plupart des administrations, un personnel de santé, c'est quelqu'un qui normalement doit subir une formation. Ce n'est pas parce que tu es le cousin d'un directeur de la santé que tu peux travailler dans ce secteur. Tu te rends compte qu'il y a des gens qui travaillent au CHUL juste parce qu'ils sont du même village que le DG ? On les prend au village et ils viennent occuper un poste ici comme main-d'œuvre non permanente (brancardier par exemple). C'est pareil pour beaucoup des infirmières ici. Toi-même tu vois bien que ces infirmières ne maîtrisent pas leur travail, qu'elles se cherchent même (leur corps est là, mais la tête ailleurs !). J'ai

³⁶² I. Gobatto, *Être médecin au Burkina Faso : dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Éditions L'Harmattan, Paris, 1999, p. 46.

connu le cas d'une infirmière lors que j'étais venu avec mon fils ici au CHUL l'an dernier. L'infirmière était incapable de m'expliquer le protocole à suivre en cas de paludisme. Cela se voyait tellement au point qu'elle a fini par me demander d'attendre sa collègue qui pouvait le faire. C'est vraiment un problème de formation de base qui se pose ici au CHUL. Même les ambulanciers sont pistonnés ici, alors que pour être ambulancier, il faut être formé. Ce n'est pas parce que tu es le parent de quelqu'un. Ce n'est pas parce que tu as un permis de conduire que l'on va te confier l'ambulance. C'est toute une formation d'ambulancier qu'il faut suivre au préalable.

Qu'entendez-vous par social ?

Le social, c'est par exemple moi, Je suis tout-puissant DG. J'ai un cousin ou un neveu à la maison qui n'a rien à faire. Ben ! Je l'envoie directement travailler sans qu'il ne subisse aucune formation, sans qualification aucune et parfois sans motivation. Un peu comme si je veux me débarrasser de lui ! (en souriant). Le parent que j'envoie y va juste en sachant que c'est moi qui l'ai mis à cette place et qu'il sera payé tous les mois. Du coup, il ne se sent pas obligé de mériter sa place. Il fait comme bon lui semble. Le comble c'est qu'il n'y a aucun réflexe professionnel chez cette personne. C'est un parachuté, il vient passer du temps à ce poste sans se sentir obligé de bien travailler.

Autre cas, il y a des infirmières qui ont fait des formations comme le centre de métiers et de formation professionnelle (CEMEF). Ce sont des formations douteuses, pourtant, ces personnes on les retrouve au CHUL parce qu'elles ont un parent tout-puissant qui les a mises à cette place. Du coup, c'est un travail bâclé qu'elle fait. Elle te montre clairement que ces préoccupations sont ailleurs et qu'elle est là juste pour son salaire ».

- Le CHUL, un hôpital de prescriptions et non de soins

Comme le souligne Nicolas Monteillet : « Dans bien des cas, l'hôpital se réduit à un lieu de distribution d'ordonnances, au terme d'un rituel administratif tatillon qui laisse rarement place à une auscultation ou à une prise en charge réelle du malade »³⁶³. Dans le même sens, Bernard Hours, lors de sa recherche dans le premier hôpital public de Douala, au Cameroun, traduit l'hôpital de prescription en ces termes :

« "Quand le docteur donne le papier des médicaments à acheter il faut encore sortir et chercher partout dans la ville". On constate donc un certain effet de rupture où de disjonction dans la chaîne thérapeutique idéale où diagnostic, traitement et guérison s'enclenchent dans un processus positif »³⁶⁴.

Dans le contexte gabonais, il se trouve que l'ordonnance n°006/PR/2017 du 27 février 2017 portant réforme hospitalière en République Gabonaise stipule en son article 5 que :

« Les établissements de santé publics hospitaliers et les établissements de santé privés hospitaliers participant au service public doivent disposer de moyens adéquats pour dispenser des soins de qualité. Ils sont tenus de prendre en charge les patients qui leur sont régulièrement référés, ou de leur trouver un lieu de soins adapté à leur état. Ils assurent le diagnostic et dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs et de réadaptation que requiert leur état »³⁶⁵.

Pourtant, c'est connu de tous, on va au CHUL pour avoir une ordonnance, une prescription médicale ou faire certains examens. L'hôpital a un manque important de matériel d'analyse et de soins. Force est de constater que cet hôpital reçoit des dotations de matériel et un budget affecté à cette dépense. Il faut tout de même souligner que le CHUL est la structure hospitalière universitaire la mieux équipée dans la sous-région d'Afrique subsaharienne mais l'absence de contrôle public (généralement assuré par des médecins) et la volonté de nuire à la renommée des structures publiques au bénéfice du secteur privé a pris le dessus. Ainsi, l'extrait d'entretien réalisé auprès d'un major du CHUL précise ce qui suit :

³⁶³ Nicolas Monteillet, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun : crise hospitalière et nouvelles pratiques*, *op.cit.*, p.115.

³⁶⁴ B. Hours, *l'État sorcier : santé publique et société au Cameroun*, Éditions L'Harmattan, Paris, 1985, p.147.

³⁶⁵ Journal officiel de la République Gabonaise, Ordonnance n°006/PR/2017 du 27 février 2017, *op.cit.*, p.3347.

« Ceux qui sont censés assurer le contrôle des équipements de travail sont, eux-mêmes, des voleurs. Ayant pour la plupart des cliniques privées, ils détournent le matériel pour le placer dans leur clinique privée. Ce qui fait que certains matériels médicaux sont volés et installés là-bas avec la complicité des grands chefs ».

Un interlocuteur expliquait un cas de vol de matériel médical :

« Un des médecins ici avait volé le bistouri électronique. Quand bien même, la direction de l'hôpital était informée de ce cas, le directeur général lui-même a fermé les yeux dessus. Vu que ce vol du matériel de l'hôpital n'est pas une première. Lui-même étant médecin donc censé protéger ses collègues et non protéger les biens de l'hôpital qui servent à soigner les patients ».

De cet extrait, il ressort toute la question de « l'agir professionnel » en rapport avec la « chose publique ». Mais le CHUL, gangréné par des dysfonctionnements (marchandisation de la relation praticien/patient, médecine de classe, corruption, etc.), est loin d'exécuter la stratégie politique de santé soutenue par les pouvoirs publics. Dès lors qu'au-delà de la stratégie politique, parfois accusée à tort ou à raison, les praticiens de ces hôpitaux ne font rien pour redorer l'image de l'hôpital public gabonais. C'est le cas de détournement du matériel d'analyse au CHUL, comme le souligne un agent de la direction générale. L'exemple de la médecine interne du CHUL est patent. Il devient impossible de faire des examens dans ce service. Pourtant, ce service s'occupe des cas de rhumatismes qui nécessitent des examens avant de prescrire un traitement. La consultation se fait dans une salle de consultation équipée d'une table de travail sur laquelle on trouve un registre. Autour de cette table, il y a trois chaises (une pour le médecin et les deux autres pour le patient et un-accompagnant). Le seul matériel de travail dont le médecin dispose sont les feuilles d'ordonnance (rangées dans le placard) et le registre posé sur la table. Il n'y a aucun appareil, aussi basique soit-il. À ce sujet, un médecin du service, âgé de 46 ans, dit ce qui suit :

« Le service de médecine interne est un service hospitalo-universitaire qui fonctionne comme un centre de recherche, c'est sur la base des examens que nous arrivons à diagnostiquer les pathologies de nos patients. Le service connaît un problème de matériel, ce qui nous empêche de faire les examens de nos patients. Nous sommes alors obligés de les orienter vers des structures privées. Nous avons

par exemple le cas des rhumatismes dont beaucoup de Gabonais souffrent aujourd'hui. Hier, j'ai reçu une femme qui se plaignait d'une douleur au niveau de la colonne vertébrale et aujourd'hui, d'ailleurs devant vous, ce monsieur se plaint de douleurs dans les bras. Il dit que dans la nuit, ses bras et avant-bras se gonflent. Le matin à son réveil, la douleur disparaît. Vous voyez dans les deux cas, il faut absolument faire des examens pour avoir un bon diagnostic. La dame certainement, il lui faut une radio pour voir si c'est la vertèbre dorsale ou la vertèbre lombaire qui est touchée. Pour le monsieur, lui, il doit faire des examens de sang pour voir si les gonflements ne sont pas dus à une allergie par exemple. Mais dans tous les cas, moi, ma consultation s'arrête là pour aujourd'hui, je ne peux plus rien faire tant que je n'ai pas les résultats d'examens ».

À la suite de cet extrait d'entretien, l'on note également les propos d'une infirmière, ajoutant que :

« Le docteur a été clair, on n'a pas de matériel pour faire passer des examens aux malades sur place. Le seul matériel, si on peut appeler ça comme ça, ce sont les papiers pour faire les ordonnances. Du coup, le travail se limite juste à écouter les malades nous décrire ce qu'ils ressentent. Il faut bien expliquer parce qu'on n'a pas d'autres moyens pour comprendre ce que vit le malade lui-même. Ici comme dans d'autres services, les gens viennent avec leur thermomètre dans le sac. Le tensiomètre et la balance pour personne ne sont pas à la portée de tous. Le problème c'est que même le thermomètre, on n'a pas ! (en souriant). Or, si on pouvait avoir rien qu'un tensiomètre et un pèse-personne, on pourrait déjà savoir si une douleur est peut-être due à une tension trop élevée ou un poids trop important. Mais rien, on les écoute et on les renvoie ailleurs avec leur douleur pour faire des examens ».

Cette situation est aggravée pour les Gabonais économiquement faibles (GEF) qui en sont les premières victimes. Il faut rappeler que l'on demande à ce que les patients fournissent tout ce qu'il faut au médecin pour commencer les soins. C'est le cas des urgences du CHUL et de la maternité C.

À la maternité C, une des sages-femmes laissait entendre que lorsque la femme enceinte arrive, une ordonnance lui est remise aussitôt, car la maternité est dépourvue de tout

médicament, même de la Bétadine ou des gants. C'est la même chose au niveau des urgences, comme le souligne l'accompagnant d'un patient :

« (...) C'est la deuxième fois que je fais ce constat quand je viens aux urgences avec un malade. Quand tu arrives après examen du médecin ou pour stabiliser une maladie, le médecin te fait une ordonnance automatiquement que tu dois aller acheter pour commencer les soins. Donc nous-mêmes, on va acheter les médicaments en pharmacie et on revient vers lui pour qu'il commence les soins au malade. À part les glucosés qu'il nous donne, le reste nous devons les payer. C'est un constat. Alors que le glucosé à lui seul ne suffit pas, il faut bien ajouter autre chose à l'intérieur. Pour cela, c'est à nous-même d'aller tout acheter en pharmacie. Pour acheter ce médicament, il faut de l'argent, la carte CNAMGS ne nous garantit pas l'achat de médicaments ».

À défaut de vous soigner sur place, le médecin vous fixe rendez-vous dans une clinique privée. Or, dans les cliniques privées, la carte d'assurance CNAMGS est difficilement prise en compte. Par exemple à la clinique SOS médecins, avec la carte d'assuré CNAMGS, le patient paie 10 000 francs CFA la consultation et sans la carte, 20 000 francs CFA. Il s'agit uniquement de la consultation et non de la prise en charge des examens.

La médecine de prescription ne favorise pas un accès équitable aux soins. Le constat est le même dans plusieurs services hospitaliers : à chaque fois que l'on se présente dans ce service, une seule phrase est évoquée : *nous sommes en rupture de stock*. Mais l'on ne peut s'empêcher de demander où vont les dotations en médicaments et les subventions allouées ?

Le CHUL est dépourvu de médicaments, même pour les médicaments de premiers soins. Les patients sont obligés de tout fournir au personnel soignant pour recevoir les soins. Si le CHUL devient un hôpital de prescription et non de soins, l'on peut se poser la question de savoir comment font les malades du paludisme pour accéder aux soins de santé.

- Le cas pratique d'une maladie : le paludisme au CHUL

La découverte des causes du paludisme s'est faite progressivement. « Jusqu'au siècle dernier en Europe, le paludisme était considéré comme provenant de l'air vicié et des miasmes des marécages. D'où son appellation : malaria, de l'italien *mal aria*, air vicié. La théorie "aériste" où "l'air et le climat sont les premiers facteurs explicatifs des maladies"

(Herzlich et Pierret 1984 : 136) s'est prolongée jusqu'à l'élaboration du modèle pasteurien et la découverte du parasite. C'est en 1880 qu'un médecin français, Laveran, découvre l'agent causal du paludisme. En 1897, il est démontré que les moustiques sont les vecteurs du paludisme »³⁶⁶.

Étant situées en région tropicale, les populations gabonaises sont exposées aux piqûres de moustiques, d'où le taux élevé de paludisme dans ce pays. D'après l'OMS, au Gabon, « le paludisme reste la première cause de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans en raison de la faible mise en œuvre des mesures de lutte (taux d'utilisation des MIILDE : 27% ; proportion des femmes enceintes ayant reçu le TPI2 : 12%). Le taux d'incidence du paludisme, estimé à 97,5 pour 1000 habitants est également encore élevé »³⁶⁷.

La prise en charge d'un patient au niveau des urgences du CHUL dépend de l'heure d'arrivée à l'hôpital et de la gravité des symptômes de la maladie. Quand les patients arrivent au-delà des heures de fonctionnement du service de consultation externe, ils transitent par les urgences, comme c'est le cas du paludisme grave.

Aux urgences, on retrouve des cas d'accidentés de voitures, les malades d'AVC, les malades du paludisme, etc. Il faut souligner que ceux qui sont atteints du paludisme sont les plus importants. Cette maladie très présente en milieu gabonais à cause de la densité de sa forêt, des cours d'eaux et de son climat chaud et humide, fait beaucoup de victimes. Le paludisme est la maladie qui tue le plus compte tenu de la rapidité d'agissement du virus. Ce qui fait que les urgences ne désemplissent pas.

Une infirmière explique la trajectoire qu'emprunte un malade du paludisme une fois arrivé aux urgences :

« La prise en charge d'un malade ayant le paludisme une fois aux urgences, qu'est-ce qui se passe ? Le malade vient aux urgences. Il trouve la surveillante générale qui est assise dans le hall des urgences. Madame j'ai la fièvre, je me sens mal. Aussitôt la surveillante l'oriente vers les infirmières, à qui il va expliquer la réaction de sa maladie et ensuite, les infirmières l'amènent chez le médecin auprès de qui il va encore expliquer sa maladie. C'est à ce niveau que le médecin lui prescrit un bon d'examen du palu pour qu'il ait la confirmation que le malade a bien le palu ou pas. Car ce n'est pas parce que tu fais de la fièvre que

³⁶⁶ D. Bonnet, « Anthropologie et santé publique : une approche du paludisme au Burkina Faso », in : D. Fassin, Y. Jaffré (Sous dir.) *Sociétés, développement et santé*, Éditions Ellipses, Paris, 1990, p.243.

³⁶⁷ OMS, Stratégie de coopération de l'OMS avec le Gabon 2016-2021, p.10.

tu as du palu. Cela peut être autre chose comme une infection ou une autre pathologie. Donc on te fait un bon d'examen, c'est-à-dire un examen d'urination, une formule sanguine et une goutte épaisse. Ce sont ces trois examens. La goutte épaisse c'est pour savoir si le patient a le palu ou pas. L'urination c'est pour savoir si ce n'est pas accompagné d'une anémie parce que le palu amène souvent l'anémie ou l'infection. C'est à ce moment qu'intervient le laboratoire pour la réalisation des examens. Quand vous arrivez au laboratoire, on vous envoie vers une infirmière qui vous prélève. Généralement, le prélèvement s'effectue au niveau du bras donc vous aurez à tendre votre bras pour que l'infirmière vous prélève. Après le prélèvement, les parents vont remettre le bon au laboratoire. Et si vous avez la CNAMGS, c'est vraiment moins cher pour vous. Si vous n'avez pas la CNAMGS, c'est un peu plus coûteux pour vous. Lorsque les examens arrivent, on vous ramène vers votre médecin avec vos résultats. C'est à ce niveau que votre médecin intervient à nouveau mais cette fois-ci en vous prescrivant un traitement à suivre selon la qualité des résultats d'examens effectués. Si la goutte épaisse est positive c'est que vous avez le palu. Là, on vous fait une prescription médicale. Vous rentrez chez vous mais si le taux d'hématozoaire est élevé, vous êtes hospitalisé automatiquement. À ce niveau, vous pouvez faire quatre à cinq jours d'hospitalisation. Ça va à une semaine si c'est vraiment un palu sévère ».

Si le diagnostic et les examens prouvent que le malade souffre du paludisme, les soins peuvent commencer. Aux urgences, comme le souligne un médecin, il manque souvent des médicaments même les plus basiques comme la quinine, le glucosé, le coton et l'alcool. Mais quand il y a du glucosé, il manque de quoi l'associer. Pour démarrer le traitement, le malade ou sa famille doit d'abord acheter le médicament prescrit par le médecin. Alors que, logiquement, les urgences doivent avoir tout ce qu'il faut pour commencer un traitement ou stabiliser une maladie avant de procéder à un long traitement qui nécessite de l'argent. Cette situation fait que, ceux qui n'ont pas assez d'argent deviennent des victimes du paludisme. Guérir du paludisme a un coût comme l'explique un accompagnant :

« Une goutte épaisse avec la CNAMGS, je crois qu'elle est à 1500 ou 3000 francs CFA, ça dépend du secteur pour les GEF (Gabonais économiquement faibles, c'est-à-dire ceux qui ne travaillent pas paient moins cher que ceux qui travaillent). Mais sans CNAMGS, elle doit être à 7500 francs CFA. Pour ceux qui

n'ont pas la carte CNAMGS, ils vont payer 15 000 francs CFA au total par là aux laboratoires. En plus de ça, il y a les médicaments à acheter qui coûteraient en moyenne 10 000 francs CFA selon le type de traitement ».

Aller à l'hôpital, plus précisément aux urgences, demande une préparation financière dès lors que les médicaments de première nécessité sont rares à obtenir. De ce fait, une question se pose, celle du fonctionnement de la pharmacie du CHUL censée ravitailler toute la structure hospitalière et en particulier les urgences.

5.3. Services enquêtés du CHUL

L'analyse de l'écart entre la stratégie politique de santé et l'accès aux soins pour tous nous a conduit à réaliser notre enquête de terrain au sein du service des urgences et auprès de la maternité C. Dans cette sous-section, nous présentons principalement l'étude de ces deux services.

- Les urgences

Le service des urgences est situé à l'entrée principale du CHUL, en face du bureau des entrées et de la direction générale. Il représente, à côté de la médecine externe et de la maternité, l'un des services qui reçoit le plus de patients, soit une moyenne de 200 patients par jour. Ce service est composé de trois secteurs, parmi lesquels le secteur pédiatrique, le secteur chirurgical et celui des urgences médicales. Ces trois secteurs représentent chacun un niveau de l'étage du bâtiment. Le service des urgences est composé de trois niveaux. Au rez-de chaussée du bâtiment, il y a le bureau de réception des services d'urgences, encore appelé la salle d'accueil, une salle d'attente et un espace réservé pour adultes et enfants.

C'est au niveau de la salle d'accueil que chacun est orienté soit en pédiatrie, soit aux urgences chirurgicales ou soit aux urgences médicales. Ceci, comme l'a expliqué Jean Peneff : « en donnant droit à l'accès, en canalisant le flux, ils permettent à l'organisation médicale de fonctionner, favorisant un contrôle et une régularité »³⁶⁸. Aussi, il importe de retenir que l'espace d'accueil d'urgence est le lieu où l'on observe un certain nombre de comportements, de représentations et d'instrumentalisation³⁶⁹.

Les patients sont orientés dans un service d'accueil où ils sont initialement pris en charge par l'équipe médicale d'astreinte ou de garde. Certains sont, après des soins, renvoyés à leur domicile avec un traitement dit ambulatoire ; d'autres sont mis en observation (en attente d'un retour au domicile ou d'une hospitalisation) tandis qu'une autre partie de patients est hospitalisée (en attente d'un transfert dans un service spécialisé) ou orientée en réanimation. Il faut souligner que les autres secteurs (pédiatrique et chirurgical) obéissent au

³⁶⁸ J. Peneff, *Les malades des urgences : une forme de consommation médicale*, Éditions Métailié, Paris, 2000, p.62.

³⁶⁹ Cl. Gasquet-Blanchard, « l'espace partagé du soin en temps d'urgence. Approche comparée du vécu des patients et des soignants en service de néonatalogie (Paris et Lille) et en centre d'isolement d'Ebola (Gabon et République du Congo) » in Bonny Y. et al (Sous dir.), *L'espace en partage : approche interdisciplinaire de la dimension spatiale des rapports sociaux*, Éditions Presse universitaire de Rennes, Rennes, 2017, p.97.

même protocole. Au deuxième étage, on retrouve le service des soins intensifs (réanimation). Le bâtiment des urgences dispose aussi d'un sous-sol où sont affectés le SAMU et le service d'aide médicale d'urgence.

Parmi ces trois secteurs, celui qui reçoit le plus de malades est le secteur médical. Il comporte une zone d'accueil avec deux salles de consultations et six boxes d'institutionnalisation (hospitalisation provisoire). Deux médecins (internes) sont affectés dans ce secteur le jour et la nuit. Ils travaillent en étroite collaboration avec des équipes de 3 à 4 infirmiers qui se relaient toutes les 8 heures, sous le contrôle du chef de service et des médecins généralistes. Ces derniers ont, en plus, la charge d'assurer des soins aux malades déjà hospitalisés. Ils sont logés dans le deuxième secteur qui comporte une salle de déchocage et trois salles d'hospitalisation avec un total de 19 lits. Ceci en attendant de les orienter en soins intensifs ou dans les différents services d'hospitalisation spécialisés.

L'organisation de ces zones d'accueil ne favorise pas la communication entre les malades et le corps médical. Il s'agit d'espace collectif, sans intimité et sans confidentialité. C'est une situation qui gêne les malades et leurs proches. Un patient nous confiait ceci :

« Quand tu viens au CHUL, il ne faut pas avoir honte sinon tu vas mourir. On te demande de quoi tu souffres devant tout le monde. Toutes les personnes présentes dans la salle d'accueil sauront nécessairement ce qui t'amène. C'est quand même gênant surtout quand c'est une maladie compliquée, de répondre devant tout le monde. Parfois certaines infirmières te demandent de montrer la partie du corps concernée. Tout ça se fait là, dans la salle d'accueil ».

Il faut retenir qu'au-delà de cet aspect fonctionnel des urgences, au CHUL, il existe un écart important entre le fonctionnement prévu et celui réellement en vigueur. Ce service fonctionne au quotidien sur la base des dysfonctionnements. En plus des problèmes de coordination entre les services, il faut noter :

- le problème de l'affluence du service d'accueil ;
- l'absence d'isolement entre les zones de travail et les zones d'accès aux personnes étrangères (visiteurs) ;
- le manque récurrent de matériel de travail ;
- l'insubordination du personnel infirmier rendant souvent la communication difficile entre équipes médicales dans le service et avec les autres services.

Ces difficultés sont explicitées par un médecin :

« Les problèmes d'affluence sont liés au faible politique du personnel médical au service de consultation externe dont l'activité limitée draine un nombre conséquent de patients aux urgences sans que leur pathologie soit du domaine de l'urgence, fusse-t-elle relative. L'absence d'espace d'isolement est un défaut dans la construction du bâtiment. Le problème, c'est que ça ne nous facilite pas les choses pour entretenir le respect des heures définies pour les visites. Le manque de matériels est en rapport avec les sources financières d'ordre général. Non seulement ils sont insuffisants mais en plus, le peu qu'on reçoit est détourné ».

Les urgences du CHUL souffrent d'une affluence parfois non justifiée. Les délais de consultation externe sont tellement importants que les malades choisissent de passer par les urgences pour avoir un diagnostic médical assez vite. Cette situation pose deux soucis : le premier, c'est celui des malades qui se présentent aux urgences sans que leur état ne le nécessite. Ceux-là considèrent le service des urgences comme un service de consultation. Le deuxième est relatif aux délais importants dans les services de consultation externe ce qui poussent les malades à renvoyer à plus tard leur suivi de santé, une certaine négligence s'installe. Ils se retrouvent ensuite aux urgences du CHUL dans des situations graves qui aurait pu être anticipées.

En plus de ces affluences, le comportement non professionnel du personnel des urgences ne favorise pas l'accès aux soins : « le personnel se sent amer quand il retrouve sa position inférieure, quand l'esprit d'équipe avec les médecins se désagrège et quand l'esprit de compagnonnage est suspendu »³⁷⁰. Au CHUL, cette situation est flagrante. Elle a parfois des conséquences catastrophiques. Un médecin fait part d'un cas précis :

« La communication est difficile au sein du service et entre les autres services. Cela est dû souvent au fait que chacun affiche son caractère individuel au détriment de l'esprit d'équipe. En fait, dans le service, chacun affiche d'abord son caractère personnel et le professionnalisme après ! C'est ça le problème. Il y en a qui le font au prix des vies humaines. Parce que le chef n'a pas accepté une demande de permission. Il y a des gens qui travaillent, mais à contrecœur. Ils s'en foutent, même si le malade trouve la mort après ! C'est surtout le cas avec les

³⁷⁰ J. Peneff, *L'hôpital en urgence : étude par observation participante*, Éditions Métailié, Paris, 1992, p.209.

femmes, les infirmières, elles sont capricieuses. Quand elles sont fâchées, elles sont un vrai danger public. Elles insultent le malade, le maltraitent, le brutalisent, comme si elles déversaient sur lui tous leurs problèmes personnels. Vous voyez, dans tous les cas, c'est le malade qui est pénalisé dans cette situation ».

Un autre médecin des urgences du CHUL complète :

« Le grand service des urgences, qui est censé respecter les normes internationales en matière de santé et de la médecine, comme c'est le cas dans les pays occidentaux comme la France, est à l'image de l'administration gabonaise. On ne sanctionne pas les comportements non professionnels. Donc les indisciplinés font tout à leur tête, ils ne craignent rien.

Il faut aussi savoir que ce service, en fait, fonctionne dans l'anarchie la plus totale. Qu'il s'agisse du mauvais comportement du personnel ou du matériel de travail qui est la base des soins ou de sécurité au travail, rien ne se passe correctement. Tu te rends compte des conditions de travail dans lesquelles nous travaillons ? Nous sommes quotidiennement exposés aux risques de contamination et d'infection. L'environnement de travail n'obéit à aucun standard de sécurité. Comment peut-on exercer correctement son travail sans eau ? Sans gants de protection ? Pour ne citer que ça ! Le minimum de sécurité du personnel n'est pas assuré. Nous sommes donc tout aussi vulnérables que nos, malades au final ! »

Devant ces dysfonctionnements qui relèvent du manque d'organisation et de sanctions, le corps soignant (médecins et infirmiers) et les malades ont développé des stratégies diverses : le corps médical pratique une médecine des malades privilégiés, les malades anonymes et les malades privilégiés cherchent à obtenir ou à garder leur statut préférentiel.

- Le principe de « mon malade »

« Franchement quand tu appelles un malade par "mon malade", ça veut dire quoi ? On est là tous un peu comme des enfants devant les parents. Imagine que devant tes frères et sœurs, ton père t'appelle par ma fille. Les autres vont se sentir exclus. C'est frustrant ce terme, en plus on est dans un hôpital public ! »

Nous avons pu distinguer deux formes de manifestations du principe de « mon malade ». Ce principe peut concerner soit un malade anonyme, à travers une prise en charge intéressée. Soit un malade qui a des liens extrahospitaliers avec le corps médical. Ce type de relations débouche sur une prise en charge par reconnaissance des liens.

Dans tous les cas, autour de ce concept de « mon malade » gravitent plusieurs pratiques non professionnelles qui différencient la prise en charge d'un malade à un autre. Le principe de « mon malade » fait que le patient concerné devient un privilégié au détriment des autres malades de l'hôpital.

Dans le premier cas de figure, le personnel des urgences appelle par « mon malade », un malade anonyme qui s'est retrouvé aux urgences et pris en charge par un médecin. C'est-à-dire que celui-ci n'a aucun lien *a priori* avec le corps médical. Il va se développer, au fil des échanges entre le malade et le médecin, un lien intéressé. Tout commence en général par la sympathie du malade qui, selon son état, peut être amusant, drôle. C'est ce que Claudine Herzlich appelle la stratégie du malade³⁷¹. C'est un malade qui reconnaît le pouvoir de l'institution hospitalière et qui, malgré tout, essaye d'exercer un contrôle de la situation. Une fois que le corps médical réagit favorablement, il peut se nouer une relation intéressée. Le médecin qui s'occupe de sa prise en charge dans le service des urgences l'aura ainsi remarqué, à savoir que ce contact sympathique va déterminer le choix de la démarche thérapeutique³⁷². Une fois le patient sorti du service des urgences, il peut à nouveau fréquenter ce service, par exemple pour un suivi médical. À ce moment, il devient « le malade du médecin » qui l'a pris en charge les jours précédents. Le médecin concerné devient un référent pour ce patient.

Le principe de « mon malade » ne se limite pas au suivi du patient et à son orientation vers un autre service pour un relais éventuel. Quand bien même le relais vers les autres

³⁷¹ C. Herzlich et J. Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Éditions Payot, Paris, 1984, p. 250.

³⁷² Desprès C. et al, (Coord.), *Regards croisés sur la santé et la maladie : recherches anthropologiques, recherches cliniques*, Éditions des archives contemporaines, Paris, 2016, p.132

services peut se faire le jour de l'intervention du médecin des urgences, le médecin préférera stratégiquement revoir le malade pour le rencontrer une ou plusieurs fois, selon que le patient est un « bon malade » ou un « mauvais malade ». À ce propos, Caroline Desprès, qui a abordé cette question du patient idéal, définit le bon patient comme étant celui qui permet au corps médical de faire son travail. C'est-à-dire, celui qui les appelle lorsque c'est nécessaire, par exemple pour la gestion des nausées, des douleurs et lorsque quelque chose ne va pas³⁷³. Par conséquent, dans ce contexte hospitalier, « le patient fermé, qui ne dit rien, ne demande rien, n'est donc pas un bon patient »³⁷⁴. Car il doit être coopérant, comme le précise Jocelyn Lawler en ces termes : « Je n'ai donc guère été étonnée d'apprendre que les infirmières s'attendaient à ce que les patients soient coopératifs, si ce n'est dociles »³⁷⁵.

Cependant, cette conception n'a rien à voir avec ce qui se passe aux urgences au CHUL. Un « bon malade », c'est plutôt un malade qui est reconnaissant envers le médecin qui l'a soigné. Généralement, ce genre de malade offre des présents ou des cadeaux aux médecins après ses soins, tandis qu'un mauvais malade n'est pas reconnaissant. Une fois soigné, il oublie le médecin et donc ne cherche pas à entretenir la relation avec le médecin ou les personnels de santé. Un interlocuteur explicite ce que les personnels de santé appellent « mon malade », et précisément comment se comporte le « bon malade » :

Pourquoi ce médecin vous appelle « mon malade » ?

« C'est lui qui s'occupe de moi ici. J'étais là avant-hier pour un cas de douleur aux pieds. Je n'arrivais plus à dormir, mes pieds s'enflaient et faisaient mal. Je suis arrivé aux urgences, malgré l'attente de plusieurs heures, le médecin m'a prescrit les comprimés que je prends actuellement et qui m'ont permis quand même de dormir. Il m'a renvoyé chez moi et voulait que l'on se voit dans deux jours. En fait, il a un doute, on ne sait pas si ce sont des gouttes ou est-ce que c'est juste un panaris qui cause tout ça. Donc, je suis revenu aujourd'hui. Je vois aussi une dame qu'il a aussi soignée le même jour que moi, elle est assise là-bas. Je crois qu'elle est là aussi pour le revoir. Moi, je vais voir le médecin, pour lui dire merci de m'avoir permis de retrouver le sommeil. J'ai même acheté un

³⁷³ Desprès C. et al, (Coord.), *Regards croisés sur la santé et la maladie : recherches anthropologiques, recherches cliniques, op.cit.*, pp.136-137.

³⁷⁴ *Ibid.*

³⁷⁵ J. Lawler, *La face cachée des soins : soins au corps, intimité et pratique soignante*, Éditions Seli Arslan, Paris, 2002, p.160.

coca³⁷⁶ et des arachides pour lui. C'est des bonnes relations qu'il faut garder. On ne sait jamais ! »

Pourquoi avoir acheté à manger, est-ce lui qui vous l'a demandé ?

« Non, je ne peux pas dire ça ! (en souriant). C'est que j'ai pensé à le remercier de m'avoir permis de retrouver le sommeil, c'est tout. Eux, ils aiment bien que les malades pensent à eux. Je sais qu'ici c'est comme ça, il faut les attirer sinon, ils s'en foutent de toi et tu es abandonné à toi-même. Or là, il verra ma reconnaissance, je peux avoir un autre problème de santé prochainement, il m'aidera quand même ».

Lorsque les malades anonymes se rendent à l'hôpital du CHUL, ils savent qu'ils n'auront pas affaire à des professionnels qui travaillent sans rien attendre en retour d'eux. Alors bien souvent, le malade ou l'accompagnant prévoit quelques billets pour s'attirer les faveurs du personnel médical. En plus de ces billets, il peut y avoir un jus ou de la nourriture. Tout cela, c'est pour bien apparaître aux yeux du personnel soignant. Et espérer ainsi être bien traité. L'argent et les biens matériels des malades constituent des sources de motivation. C'est dans ce sens qu'une infirmière visiblement enchantée nous confiait ceci :

« Vraiment, c'est mon jour de chance aujourd'hui, tous mes malades m'ont laissé à chaque fois des pourboires, c'est bien ça, ils sont gentils. Dieu merci, je vais pouvoir prendre du poisson en rentrant ce soir. J'aime travailler avec des malades comme ça. Ce n'est pas ceux qui viennent vous fatiguer à longueur de journée avec leur maladie sans rien vous donner après. Aujourd'hui, j'ai eu affaire qu'à des malades gentils ! (en riant) ».

Cet entretien nous explique le mode de fonctionnement du CHUL. Un fonctionnement avant tout intéressé. On entretient une relation stratégique avec le malade pour bénéficier de certains cadeaux. Les médecins aiment ainsi les « bon malades ». Ceux qui « pensent au médecin ». C'est ceux qui pensent soit à lui acheter à boire ou à manger en venant à la

³⁷⁶ L'expression d'acheter le coca fait référence au Coca cola, c'est une expression typiquement gabonaise. Compte tenu du climat équatorial de ce pays, en moyenne, il fait 25° de température à l'année. Alors, il fait chaud en permanence, ce qui pousse les populations à boire régulièrement des boissons fraîches en tête desquelles le Coca Cola. En revanche, lorsqu'un Gabonais dit qu'il offre un coca, il peut s'agir aussi d'une autre boisson comme du jus de pomme ou de la bière... Le plus important, c'est qu'il désigne une boisson fraîche.

consultation ou qui pensent à lui laisser « un billet pour son coca » ou lui rendre les services dont ils ont besoin.

Ces pratiques qui consistent à soigner, à soulager et à guérir les malades sont dévoyées par une forme de corruption ou par la marchandisation de la fonction soignante. Ce d'autant plus qu'elles permettent de réserver un accueil et un traitement différent selon que l'on est « un bon malade » ou un « mauvais malade ». Le « mauvais malade » est, par conséquent, le malade qui se présente sans « penser au médecin ». Les personnels de santé agissent de telle sorte que le patient leur soit redevable. Il faut qu'il pense que le médecin a tout mis en œuvre exceptionnellement pour lui. En retour, il s'attend à recevoir une reconnaissance « exceptionnelle ».

Le « principe de mon malade », s'apparente aussi à une prise en charge orientée par reconnaissance des liens : il y a la parenté, la religion ou le parti politique. Une personne malade qui va aux urgences du CHUL cherche d'abord à savoir si elle a dans son réseau quelqu'un qui travaille au CHUL ou dans le service des urgences. Une fois que la personne est contactée, elle l'accueille et prend en charge le malade. Ainsi, celui-ci devient « son malade ».

Tout part des liens extrahospitaliers que le malade entretient avec le médecin. Celui-ci va quasi-systématiquement bénéficier d'une prise en charge préférentielle au détriment des autres malades. Une infirmière des urgences nous confiait ceci :

« Quand tu as en face de toi une personne que tu connais, tu ne peux pas être indifférent face à sa maladie. Tout de suite tu compatis et cherches comment l'aider parce que tu connais la personne, soit ses parents ou même ses amis. Tu sais qu'en Afrique, la famille est élargie. Quand on sait que tu travailles ici, tous les espoirs ne reposent que sur toi. Tout le monde t'appelle pour te dire de faire le nécessaire. Le médecin ou l'infirmière est là d'abord pour sa famille. Donc, c'est normal que j'aide mon parent. Je le soigne sans compliquer les choses, sauf lorsqu'il nous manque les médicaments que je demande à la famille de payer, moi je m'occupe du reste jusqu'à ce qu'il guérisse ».

Le principe est clairement défini aux urgences du CHUL. Tout le personnel soignant connaît le principe de « mon malade » ; c'est d'abord « mon malade », le reste attend. Cette logique est tellement répandue qu'elle touche à tous les services de l'hôpital. Il y a même des cas de médecins qui se déplacent du service des urgences à un autre service pour confier

personnellement un malade à un autre médecin. Il s'agit là de ce que certains interlocuteurs appellent les « malades recommandés ».

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de le vérifier pendant notre enquête de terrain. Une fois, nous étions au service ORL, pendant que nous nous entretenions avec le médecin ORL, un médecin des urgences vient frapper à la porte. Il entre et s'adresse immédiatement au médecin ORL, en disant ce qui suit : « *Bonjour mon cher, je t'emmène un parent qui se plaint du mal d'oreille. Ce n'est pas trop ma spécialité, donc je l'ai accompagné chez toi pour voir ce que tu peux faire vu que c'est toi le médecin ORL* » (en souriant). **À l'autre de répondre :** « *Ah ok, pas de problème. Dis-lui d'attendre dans la salle, je viens le chercher tout de suite.* »

Nous avons saisi cette occasion pour interroger le médecin :

« - Pourquoi avez-vous accepté cette démarche, sachant qu'elle n'est pas conforme à la procédure ?

(Après avoir souri pendant quelques minutes), il répond : ça se voit que tu ne vis plus ici depuis un moment ! (puis il sourit à nouveau).

Bon, soyons sérieux ! C'est vrai que les choses ne doivent pas se passer comme ça. Il faut prendre rendez-vous ou passer par la secrétaire. C'est elle qui vous indique un créneau si c'est urgent pour aujourd'hui. Mais tu sais, la procédure et la pratique sont toujours différentes. On a l'habitude de se rendre des services de ce genre. Aujourd'hui, c'est lui qui vient me voir donc j'accepte. La semaine dernière, c'est lui qui s'est occupé de ma tante qui avait les bras enflés aux urgences. Là, je crois que c'est une parente à lui donc je vais aussi m'occuper d'elle. À chacun son tour ! »

Le principe de « mon malade » par reconnaissance des liens s'apparente à « un devoir » du médecin vis-à-vis des malades avec qui il a des liens de parenté, d'amitié, de religion ou de politique. Le médecin des urgences n'est pas seulement médecin de ce service lorsqu'il a un cas de prise en charge par reconnaissance. Il est sur tous les fronts, jusqu'à ce qu'il trouve une solution. Ceci au détriment des autres malades qui n'ont pas le même privilège.

Un autre de nos enquêtés nous confiait ceci :

« J'étais le week-end dernier chez ma belle-famille. De là, je reçois un coup de fil de mon petit frère en pleurs en me disant que sa femme est mourante, après avoir pratiqué un avortement clandestin. Tout de suite, j'ai appelé au téléphone un frère de l'église qui est urgentiste au CHUL. Je lui ai expliqué la situation et il

s'est précipité de nous rejoindre au CHUL où on devait se retrouver. Ma belle-sœur était très affaiblie, elle a failli mourir. La preuve c'est que même les cliniques privées ne voulaient pas la prendre en charge tellement le risque de décès était élevé. Grâce à mon frère d'église, il a tout fait pour stabiliser son état critique. Si je ne le connaissais pas, c'est sûr qu'elle serait morte ! Dieu merci, mon frère X a fait le nécessaire. Il n'était pourtant pas de service ce jour mais il est venu juste pour la sauver. Maintenant, il l'a confiée à un médecin de gynécologie ».

À chaque fois, lors d'une prise en charge par reconnaissance des liens, on sent le médecin investi et engagé. Il y a une réelle volonté de sauver des vies. Le médecin des urgences va jusqu'à s'assurer personnellement que le relais vers un autre service se fait bien comme il le souhaite. Du côté des autres médecins de l'hôpital, on peut lire une certaine solidarité vis-à-vis de « mon malade ». Le malade particulier du médecin des urgences est également le malade particulier des autres médecins à qui on le recommande.

Toutefois, cette situation peut aussi être révélatrice d'un manque de confiance généralisé qui touche aussi bien les médecins que les malades. On est sûr d'être bien traité quand on est « le malade d'un médecin ». *« Il te parle calmement, il t'écoute et te donne des bons conseils. Parce qu'il sait que tu lui seras reconnaissant dans la famille ou à l'église aussi ».* L'on peut dire que le principe de « mon malade » ne se réduit pas seulement à une relation privilégiée médecin /malade mais il déborde en relation d'échange, de don et de contre-don. En ce sens que je te soigne et plus tard, ta conscience te le rappellera et t'obligera à me le rendre sous une autre forme. Un malade nous l'explique en ces termes :

« Moi j'ai suivi des soins dentaires au CHUL avec la copine de ma tante. Elles ont appris ensemble au lycée et actuellement, elles prient dans la même église. Quand le mal de dent a commencé, je prenais juste des calmants. Jusqu'à ce que ça persiste, je n'arrivais plus à dormir la nuit. Quand ma tante nous a rendu visite, elle avait constaté qu'effectivement je souffrais. Elle a dit à mon père de m'emmener aux urgences du CHUL voir le docteur X de sa part. Le lendemain, je suis allé avec papa. On lui a dit qu'on est les parents de sa copine. Elle était tout de suite plus détendue. Elle m'a consulté. J'ai suivi des soins dentaires pendant trois mois avec un dentiste qu'elle m'avait confié elle-même. Tout s'est bien passé sans problème. Les examens que le dentiste demandait, elle

disait à papa d'aller les faire dans une clinique privée de Glass. Franchement, ce dentiste soigne bien. Je l'appelle même par tonton X. Il m'envoyait parfois lui acheter le pain ou le jus à l'entrée de l'hôpital. Il est gentil comme médecin.

Une autre fois, c'était la dermatologue du CHUL, je la connais bien, elle vient souvent réparer sa voiture à la maison. Pendant que papa réparait sa voiture à la maison, elle m'avait consulté et prescrit un traitement pour les démangeaisons. Quand elle venait réparer sa voiture, j'en profitais pour discuter avec elle de l'évolution. Quand elle est fatiguée, elle me dit si ça persiste, tu passes au bureau. Même s'il y a du monde qui attend, toi, tu n'attends pas, tu cognes et tu rentres, je vais t'examiner ».

Le principe de « mon malade » se manifeste au CHUL par des prises en charge différenciées qui ont le plus souvent des liens extrahospitaliers. Les personnes appelées « mon malade » se croient ainsi tout permis et n'hésite pas à montrer leur particularité. D'où les plaintes de certains malades qui critiquent ce fonctionnement, comme énoncées dans l'extrait qui suit :

« On est tous là à attendre dans la salle et puis ; brusquement, on voit une personne qui arrive. Elle passe devant nous, elle cogne et rentre dans le bureau du docteur. Elle met plus de 25 min à l'intérieur et ressort avec un papier qui ressemble à une ordonnance. Sans se soucier même des papas et mamans qui sont là avant, elle repasse devant nous et s'en va ! Vous trouvez ça normal ? »

Cette plainte résume la situation inégale d'accès aux soins aux urgences du CHUL. Entre les malades anonymes et les malades aux liens extrahospitaliers, le corps médical crée ainsi des inégalités d'accès aux soins dans ce service. C'est une médecine à plusieurs visages et qui varie en fonction des affinités que le corps médical entretient avec les malades.

- La maternité C

Le CHUL est composé de plusieurs services, parmi lesquels on retrouve trois services de maternité dont l'activité principale est l'accouchement. En plus de l'accouchement, qui forme le noyau central d'activité de sage-femme, pour reprendre l'expression de François-Xavier Schweyer³⁷⁷, il y a des activités de réfection épisiotomie, de réanimation du nouveau-né, de consultation prénatale, de préparation à la naissance, des suites de couches, de délivrance artificielle, des soins infirmiers, d'échographie.

Il y a deux maternités au sein du bâtiment Azizé Fall Diaye. L'une située au rez-de-chaussé et l'autre à l'étage. La spécificité de ces deux maternités est qu'elles s'occupent uniquement des grossesses normales, c'est-à-dire des femmes qui peuvent non seulement marcher d'elles-mêmes mais aussi qui accouchent par voie basse (normale). La troisième maternité, quant à elle, appelée maternité C, s'occupe des grossesses pathologiques, à risques. C'est-à-dire des femmes qui accouchent par césarienne ou des femmes qui sont malades durant la grossesse. Cette distinction vise une meilleure prise en charge en cas d'accouchement compliqué. S'il y a un risque d'accouchement compliqué, les médecins peuvent très rapidement intervenir au niveau du bloc d'intervention (opératoire). Dans ce service, on retrouve 6 boxes et 12 tables d'accouchement.

L'ensemble de ces maternités fonctionne avec trois équipes de travail par jour. Le travail d'équipe, permet une « bonne coordination des activités entre les différents intervenants auprès du malade, les patients seront mieux soignés »³⁷⁸. Le travail en équipe au sein de la maternité C devient une « norme qu'il faut atteindre ou vers laquelle on doit tendre »³⁷⁹. À la maternité C, les équipes sont composées de quatre sages-femmes. La première équipe exerce de 6h à 14h, la seconde équipe de 14h à 22h et la dernière équipe de 20h à 6h. Et chaque équipe se charge en moyenne de 30 accouchements par jour.

Les détentrices de la carte d'assurance CNAMGS sont exemptées de frais d'accouchement et d'hospitalisation parce qu'elles sont couvertes à 100 %. En revanche, pour celles qui n'ont pas d'assurance maladie, l'accouchement coûte, de ce fait, 60 000 francs CFA et la chambre est à 40 000 francs CFA. Ce qui fait un total de 100 000 francs CFA.

³⁷⁷ F.-X. Schweyer, « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales et santé*, vol. 14, n° 3, 1996, pp. 67-102.

³⁷⁸ C. Vassy, « Travailler à l'hôpital en Europe. Apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations », *op.cit.*

³⁷⁹ *Ibid.*

Chaque maternité est dotée de deux services complémentaires qui travaillent en étroite collaboration. Le premier service est composé des sages-femmes chargées de procéder à l'accouchement et au suivi de la mère, tandis que le second service, de néonatalogie, est chargé de prendre le relais du suivi du nouveau-né. Avant de passer le relais au service de néonatalogie, les sages-femmes prennent le temps de nettoyer le nouveau-né, de le sécher et de lui prendre les paramètres. Les sages-femmes transfèrent ensuite le nouveau-né auprès des infirmières de néonatalogie qui doivent à leur tour vérifier si son organisme fonctionne normalement. Ces infirmières s'assurent que l'enfant n'a pas de malformation ou de problème respiratoire, auquel cas, le médecin de garde intervient.

L'extrait d'entretien, ci-après, permet de décrire le travail effectué par les sages-femmes et par l'équipe de néonatalogie du CHUL. Pour une des sages-femmes, l'accouchement est une étape importante qui demande l'intervention de plusieurs acteurs de la santé. Ainsi, elle explique :

« Lorsque les femmes enceintes arrivent, nous les recevons et ensuite, nous les installons sur les tables d'accouchement. On les examine et si elles ne sont pas en travail, on leur demande de rentrer chez elles jusqu'à ce qu'elles rentrent vraiment en travail. Et si effectivement elles rentrent en travail, on les installe et il y a une surveillance qui est mise en place. On prend les paramètres et on place le monitoring pour écouter le bébé. Quand tout est normal, la femme arrive jusqu'à la dilatation complète, on procède à l'accouchement. Bon là, c'est quand tout est normal. Mais quand ce n'est pas le cas, c'est la galère ! »

En effet, les conditions de travail dans la maternité C ne sont pas si évidentes. Ces dysfonctionnements vont être mis en évidence à travers l'affaire du sac de voyage, des accompagnants et de l'argent.

- Accouchement en maternité C : une affaire de sac de voyage, d'accompagnants et d'argent

Il n'est pas rare de croiser devant la maternité C des femmes qui viennent pour accoucher mais qui sont toujours accompagnées d'une tierce personne et d'un sac de voyage. En effet, les populations savent que l'accouchement dans ce service ne peut se faire sans le

sac de voyage, un accompagnant et de l'argent. Mais en quoi le sac de voyage, l'accompagnant et l'argent sont-ils indispensables pour un accouchement en maternité C ?

La présence d'un proche dans le circuit de soin de santé n'est pas un fait nouveau. Car en Afrique, comme le souligne Marie Schnitzler dans ses travaux sur *Le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain*, la « présence des proches au chevet du malade participe à sa guérison »³⁸⁰. De son côté, Marcel Calvez insiste sur le rôle des accompagnants des patients³⁸¹ souffrant de maladies chroniques en Occident. Pour lui, l'accompagnant joue un rôle important dans le processus de guérison du malade. Les accompagnants *sont partie prenante de la production du soin*. « Ce qui dépasse les fonctions d'accompagnement affectif des malades qui pouvaient leur être octroyées par les professionnels du soin dans les espaces hospitaliers »³⁸². Car ils jouent plusieurs rôles dans le processus de guérison du malade. Marie Shnitzler souligne à cet effet que :

« La pratique du garde-malade consiste à assurer le bien-être du malade en restant à sa disposition jour et nuit. Chaque matin, le garde-malade accompagne son proche à la douche ou aux latrines, le lave dans son lit et vide sa bassine lorsque les déplacements sont trop difficiles. Ensuite, il lui apporte son petit déjeuner et le nourrit. Ces gestes concernent le corps du malade ou ses fonctions corporelles. De plus, lorsque cela lui est physiquement possible, le garde-malade accompagne son parent d'un service à l'autre »³⁸³.

Ce qui témoigne l'intérêt des patients à solliciter « la présence de leurs accompagnants tout au long de l'exercice. Cela leur permettrait de mieux communiquer avec l'équipe soignante et par là, de mieux comprendre leur maladie ainsi que leur traitement »³⁸⁴. Le Gabon n'est pas une exception. Cette pratique d'accompagnant dans le processus de guérison des malades ou lorsqu'il s'agit d'accouchement est courante dans les pays du Nord comme

³⁸⁰ M. Schnitzler, « Le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain : une thématique négligée ? », *Sciences sociales et santé*, 2014/1, vol. 32, pp. 39-64.

³⁸¹ À cet effet, nous savons que : « nombre de contributions accordent une place de choix aux nouveaux acteurs du système de santé, que ce soit des acteurs tels que les parents ou la famille », cité dans F. Bailly. « G. Cresson et F-X. Schweyer (sous dir.), Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail : aspects sociologiques », *Sciences sociales et santé*, 2003, volume 21, n°1, p. 103.

³⁸² M. Calvez « La négociation du soin et la situation de maladie question pour la sociologie médicale » in Pennec et al. (Sous dir.), *Les négociations du soin : les professionnels, les malades et leurs proches*, Éditions Presses universitaires de Rennes, Rennes, 2014, p.41.

³⁸³ M. Schnitzler, « Le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain : une thématique négligée ? », *Sciences sociales et santé*, 2014/1, vol. 32, pp. 39-64.

³⁸⁴ J. C. Tanchou, « "Dire" la maladie du malade : à propos d'un service de médecine interne au Cameroun (note de recherche) », *Anthropologie et Société*, 373 (2013), pp. 269-289.

dans ceux du Sud. Le contexte hospitalier gabonais, ceux qui accompagnent la femme en travail sont des femmes et le mari. Ils sont souvent sollicités, même à des heures tardives. Les accompagnants sont présents de l'arrivée en maternité jusqu'à la sortie de la mère et du nouveau-né. Ils sont les principaux interlocuteurs des infirmières qui sortent des salles d'accouchement pour les appeler : « *Les parents de Mme X sont où ?* ». Dès qu'ils se reconnaissent, ils accourent vers l'infirmière en répondant « *nous sommes là, elle a accouché ?* ». C'est de là que partent tous les échanges entre le corps médical et les accompagnants.

Une sage-femme de ce service explique :

« Nous sommes en manque de tout dans ce service. Franchement, on travaille juste parce qu'on n'a pas le choix. Sinon que c'est un service qui devrait être fermé simplement ! Comment un endroit comme la maternité C peut manquer d'eau ? Est-ce que vous trouvez ça normal ? Dans quelle maternité au monde, on travaille sans eau ? Il n'y a parfois pas les gants de travail. Ajoute à ça, quand tu vas dans la salle d'accouchement, c'est le désert, il n'y a pas le matériel nécessaire. Avant, on avait 6 couveuses, là, il n'en reste plus qu'une seule. On n'a pas une boîte obstétrique pour intervenir en cas de césarienne. On fait tout avec les moyens de bord. Tout ça pour dire qu'on a recours aux parents de la femme en travail pour pallier les manquements de la maternité. Par exemple, on les envoie en pharmacie pour acheter tout le matériel qu'il faut pour mener l'accouchement ».

En effet, la présence de l'accompagnant est indispensable pour l'accouchement d'une femme en maternité C. Cette présence est parfois capitale pour permettre à la femme en travail d'accoucher dans des conditions décentes. L'accompagnant est impliqué dans le dispositif de soin. Il doit être disponible et rapide, c'est vers lui que les sages-femmes se tournent : « *ok, pour l'instant, elle est toujours en travail. Il ne faut pas aller loin, restez là, dès qu'on aura besoin de quoique ce soit on vous appelle* ».

Il est connu de tous que le CHUL est dépourvu de matériel et de médicaments. Alors dans ces circonstances, le sac de voyage de l'accompagnant sert à transporter les effets personnels (comme il convient aussi dans tous les autres pays) mais aussi le matériel médical. Bien souvent, on trouve à côté des draps, des serviettes, des gants de toilettes, des serviettes hygiéniques, des sous-vêtements, ce que tout hôpital détient habituellement : l'alcool ou des

désinfectants, des compresses, du sparadrap, des bandes médicales, de l'eau, du lait... Bref. Tout ce que les concernés jugent nécessaire, comme précisé par une patiente :

« Moi, j'ai accouché ici, il y a de cela six mois. On m'avait déjà signalé qu'il ne faut pas venir ici les bras ballant comme si j'allais en promenade. Donc quand je suis arrivée au septième mois de ma grossesse, j'avais réservé la somme de 150 000 francs CFA. 100 000 francs CFA pour acheter le jour de l'accouchement tout ce qui pouvait manquer. Avec les 50 000 francs CFA restant, ma tante m'avait accompagnée au marché et à la pharmacie pour acheter les choses qui me serviront au moment de l'accouchement. On avait pris les draps, serviettes, gants, garnitures, les premières tenues du nouveau-né, thermomètre, le lait. Tout ce que la maternité demande souvent en premier. Donc on a apprêté tout ça des semaines à l'avance. C'est comme quelqu'un qui prépare un voyage ! (en souriant). Tu mets tes affaires quelque part pour que le jour J, tu ne sois pas accablé. Si tu n'apportes pas tes affaires, il n'y a personne pour te donner même un drap ou de l'eau dans ce service. Il faut venir bien préparé et avec toutes tes affaires, on ne compte pas sur l'hôpital. C'est pourquoi on a des sacs de voyage ».

C'est écrit nulle part mais pourtant, c'est connu de tous. Vers la fin de la grossesse, toutes les femmes enceintes qui accouchent en maternité C apprêtent leur sac de voyage pour pallier les manques de ce service. Dans ces circonstances, quel est le rôle de l'accompagnant ?

Les accompagnants (surtout les hommes) ne rentrent jamais dans le service, ils s'arrêtent à la porte d'entrée. Que ce soit le mari, le frère, l'ami, le voisin ou autres, personne en dehors de la femme enceinte n'accède aux boxes d'accouchement. Une fois que la femme enceinte est admise au service, les accompagnants attendent dehors. Ce sont eux qui gardent les affaires de la femme en travail. Ils attendent que les sages-femmes viennent leur donner des nouvelles de l'accouchement.

En fait, lorsqu'on va accoucher en maternité C, l'obligation d'être accompagné ne vient pas du fait que la femme enceinte a besoin d'être soutenue. L'accompagnant est là pour répondre aux besoins des sages-femmes. C'est vers lui qu'elles se tournent pour demander le matériel qui se trouve dans le sac de voyage. S'il ne s'y trouve pas, il faut aller l'acheter en pharmacie. Une de nos enquêtées l'explique en ces termes :

« Moi j'ai accompagné ma sœur qui est en travail. Ici on ne peut pas laisser une femme venir accoucher toute seule, ce n'est pas possible. Moi, je suis là depuis 8h avec ma sœur, à 11h elle n'avait toujours pas accouché. Entretemps, les sages-femmes sont venues me demander les gants et compresses stérilisées, je leur ai donné. Après, il leur fallait le matériel pour le cordon. Je ne l'avais pas dans le sac, donc elles m'ont fait une ordonnance et je suis allée l'acheter en pharmacie avec l'argent que ma sœur m'avait confié ».

En effet, pour accoucher en maternité C, il faut intégrer le fait que le sac de voyage, l'accompagnant et l'argent vous sont indispensables. Or, si la maternité C fonctionnait comme il se doit, les populations ne seraient pas obligées de transporter du matériel médical (sans prescription quelconque). La liste est établie sur la base des expériences de l'entourage de la femme enceinte et non par l'hôpital. Si les conditions le permettaient, les femmes en travail ne seraient pas dans l'obligation de se faire accompagner et de mettre de l'argent de côté.

- Les accouchements précaires en maternité C

La situation est extrêmement périlleuse pour la mère et l'enfant en cas de complications.

« Les complications obstétricales demeurent une des principales causes de décès pour les femmes des pays pauvres. Le fait de disposer de soins obstétricaux ne suffit pas toujours à réduire les décès maternels. Comprendre l'utilisation tardive des soins obstétricaux d'urgence au moment de la complication constitue donc un enjeu crucial »³⁸⁵.

La maternité C est un service du CHUL qui pratique environ 70 accouchements par jour. Plus de la moitié des femmes librevilloises ont accouché dans ce service au moins une fois. Cependant, ce service est loin d'être à la hauteur des attentes des femmes enceintes et des sages-femmes. Durant notre enquête de terrain, nous avons plusieurs fois eu l'occasion de réaliser combien ce service fonctionne dans la précarité la plus absolue, sans matériel adéquat et dans des salles d'accouchement sous-équipées. Le CHUL ne possède pas de boîtes obstétriques pour les accouchements par voie césarienne.

Une grossesse pathologique suppose bien souvent un transfert vers une structure privée :

³⁸⁵ P. Fournier, *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest, op.cit.*, p.57.

« En fait, quand elle arrive à la salle d'accouchement, la sage-femme la reçoit et l'examine puis procède au premier diagnostic pour savoir si elle est vraiment en travail. Maintenant, si elle est en travail, on la prend en charge. On essaie de surveiller son ventre pour voir si elle a des complications ou si elle peut accoucher par voie basse. On s'intéresse à sa tension, à savoir si elle a un petit bassin ou pas, si l'enfant est bien positionné ou pas. Si l'enfant n'est pas bien positionné, on appelle un médecin de garde pour qu'il puisse confirmer le diagnostic et pour nous dire comment nous devons la suivre. Est-ce qu'il faut procéder à une césarienne ou est ce qu'il faut l'envoyer ailleurs parce qu'on a un défaut de plateau technique³⁸⁶. Surtout quand on n'a pas de boîtes spécialisées (ce sont des boîtes qui contiennent du matériel pour effectuer des opérations chirurgicales ou une césarienne. On les appelle également boîtes obstétriques). Il peut arriver que l'on n'ait pas ces boîtes d'intervention. Souvent, on les a en nombre limité, moins de ce qu'il nous faut. Généralement, dix boîtes par jour pour le médecin de garde qui fait ses 24 heures. S'il est là à 8h, il travaillera jusqu'à 8h du lendemain. Donc si les 10 boîtes sont utilisées pour des opérations dans la journée, on est obligé d'envoyer dans une autre structure les autres cas d'intervention. Soit à la clinique Chambrier, Biyoghé, Alice, par rapport aux moyens financiers des concernées ».

Plusieurs femmes sont exposées aux risques de complications supplémentaires du fait d'évacuations tardives. C'est une décision qui est prise pendant que la femme est en travail et fragilisée par les contractions³⁸⁷.

Pour celle qui accouche en maternité C, il y a, après l'accouchement, l'étape du nettoyage du nouveau-né et de la mère. Cette phase apparemment simple et banale est en fait difficile à cause du manque d'eau potable. Le CHUL en manque jusque dans les services les plus sensibles comme la maternité. Les risques nosocomiaux sont présents dans toute structure sanitaire. Ce qui nécessite la mise en place et le respect d'un ensemble de règles et de procédures concernant la désinfection et la décontamination des lieux, des instruments, des

³⁸⁶ Cette disposition est réglementaire en France. Selon D. Carricaburu et al (Sous dir.), *Risque et pratiques médicales*, Éditions Presse de l'école des hautes études en santé publique, Rennes, 2010, p.35. « Que ce soit au cours du suivi d'une grossesse ou lors d'un accouchement, les sages-femmes sont tenues de faire appel aux obstétriciens lorsqu'elles décèlent une pathologie ou même un signe pouvant indiquer que la grossesse ou l'accouchement risquent de passer de la physiologie à la pathologie » selon l'Article L.369 du Code de la santé publique. Nous n'avons pas pu nous procurer durant notre terrain un document qui est écrit de la sorte.

³⁸⁷ À la maternité C, il n'existe pas d'accouchement avec péridurale.

linges³⁸⁸. Au Gabon, les risques sont multiples au regard des manques les plus élémentaires comme l'eau.

« Et comme je disais, on n'a pas d'eau. Il n'y a même pas une goutte qui coule de nos canalisations. L'eau qui est là, c'est l'eau que le génie militaire ou les sapeurs-pompiers nous ramènent des casernes, donc ce n'est pas une bonne eau. C'est pour ça qu'on procède au nettoyage du nouveau-né avec le gant uniquement et pour la mère, on nettoie son bassin, on ne la touche pas avec cette eau parce qu'elle risque d'attraper les microbes. Donc on l'essuie avec sa serviette et c'est la même chose pour le bébé. Maintenant, s'il arrive qu'on a vraiment besoin d'eau, on est obligé de demander aux parents de la dame d'aller acheter des bouteilles d'eau dans les commerces. C'est le cas par exemple des bébés séropositifs, on doit les laver dans un certain produit, du coup, vous êtes obligé d'aller prendre des bouteilles d'eau, étant donné que cette eau n'est pas hygiénique ».

Faute d'avoir de l'eau potable venant de canalisations prévues, c'est l'eau des casernes de sapeurs-pompiers qui est mise à la disposition de ce service. Une eau malsaine, sans aucun traitement préalable. Les femmes et les nouveau-nés sont exposés à des risques de santé graves, tels que les d'infections nosocomiales³⁸⁹.

Notre interlocutrice, sage-femme, poursuit ses explications en précisant qu'une fois le bébé né, elle passe le relais pour son suivi en néonatalogie. Elle se concentre pendant ce temps uniquement sur la mère, qui nécessite encore quelques interventions pour finaliser la délivrance :

« Ici, on a une petite unité de néonatalogie où, lorsque l'enfant est arrivé au monde, la sage-femme le prend, nettoie le bébé, le sèche et prend ses paramètres. Ensuite elle passe le relais aux infirmières de néonatalogie qui vont s'assurer que l'enfant n'a pas de malformation et que l'enfant n'a pas de problème de respiration. Elles s'occupent du nouveau-né et nous on retourne auprès de la dame pour continuer de s'occuper de la femme qui a accouché [...] on continue à procéder à sa délivrance, à sortir son placenta et à l'habiller, tout ça sans

³⁸⁸ D. Bonnet et Y. Jaffré, *Les maladies de passage : transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*, Éditions Karthala, Paris, 2003, p.343.

³⁸⁹ C. Gilbert et E. Henry (Sous dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Éditions la Découverte, Paris, 2009, p.55.

toucher à l'eau, on l'essuie avec sa serviette ou le drap sur lequel elle a accouché. On l'observe, si au bout d'un certain temps, on constate qu'elle ne saigne pas, on peut lui dire d'aller à la maternité à la salle d'hospitalisation où elle passera deux jours ».

En cas de complication de santé du nouveau-né, le médecin résidant du service de néonatalogie vient en intervention. Comme l'explique cette sage-femme :

« Maintenant, si le nouveau-né a vraiment un problème, qu'il n'arrive pas à respirer et que l'on a tout fait comme réanimation. Sinon la réanimation consiste à dégager les voies respiratoires de l'enfant parce qu'il faut nettoyer le bébé, les narines, et ensuite on le met sous oxygène. On fait sécher le bébé et on essaie de surveiller le bébé et le stimuler avec les moyens de bord ».

Les risques sont réels sur tout le processus pour la mère et pour l'enfant. Alors que cette maternité est le premier service d'accouchement du pays. Cette situation crée des tensions au niveau du personnel qui travaille en sous-effectif. « Ce dilemme rejoint bien la situation décrite par les agents hospitaliers, pris en étau entre une pression quantitative et une relation qualitative au patient : d'un côté, il faut aller plus vite, de l'autre, il faut passer plus de temps avec le patient, d'autant que ce dernier devient de plus en plus "exigeant", cela tout le monde en convient »³⁹⁰. En effet, « la surcharge de travail agit dans le sens de la limitation du travail aux gestes techniques, médicaux ou paramédicaux, au détriment de la relation de service propre à la prise en charge globale du patient »³⁹¹. C'est ainsi qu'une de nos interlocutrices, sage-femme de la maternité C, explique qu'il arrive parfois qu'elle soit en colère ou nerveuse vis-à-vis des femmes qui sont sur le point d'accoucher.

« Je t'assure, la réalité sur le terrain ne suscite que le dégoût du métier. Si on te mettait à ma place tu vas péter les plombs tous les jours. Par rapport aux mauvaises conditions et par rapport au caractère de certaines femmes qui ne comprennent pas des fois qu'on est débordé et donc énervé ».

En plus des mauvaises conditions de travail, le personnel de santé entretient, comme c'est le cas dans la plupart des services du CHUL, des pratiques non professionnelles, telles

³⁹⁰ I. Sainsaulieu, *Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2003, p.70.

³⁹¹ *Ibid.*, p.84.

que la marchandisation des soins ou des accouchements différenciés. Le portrait des accouchements ci-après nous livre des détails sur ces pratiques.

- Des accouchements différenciés

D'après la stratégie politique de santé au Gabon, les femmes enceintes qui disposent d'une carte CNAMGS sont prises en charge à 100% dans les hôpitaux publics et donc au CHUL. Force est de constater que cette mesure s'applique aux unes et pas aux autres.

« Quand tu arrives avec ta carte CNAMGS, tu penses que tu seras reçu sans rien payer mais ils te font comprendre le contraire. Les premiers à négliger les décisions du Gouvernement, ce sont les médecins et infirmiers. Parfois, il vaut mieux ne pas dire que tu as la carte CNAMGS en maternité C et chercher quelqu'un qui va t'aider simplement. Avec ou sans la carte c'est pareil, on paye tout. Une fois, j'ai entendu une infirmière dire à une dame qui était en travail que si elle ne donnait pas l'argent, c'est sa carte qui allait la faire accoucher. Elle te parle mal et t'insulte parfois parce que tu dis juste que tu as la prise en charge de 100% ».

Ce genre de situation est courant au CHUL, on comprend avec Miguel Benasayag et al. qu'il « s'impose ici, qu'on le veuille ou non, le langage de la violence, celui de l'élimination qui confirme l'aspect guerrier de l'acte médical »³⁹².

En général, les femmes ne sont pas maltraitées, lorsqu'elles connaissent une personne du service qui les prend en charge ou lorsqu'elles acceptent la marchandisation des soins. Les « longs bras »³⁹³ et la marchandisation tendent à se généraliser pour accéder aux soins sans se faire maltraiter. Ce qui suit précise la pratique marchande :

« Quand tu arrives avec la carte CNAMGS, malgré que c'est 100 % pour les femmes enceintes. Ils te disent ok, c'est bien. Mais ce que vous devez payer, ce n'est pas couvert par la CNAMGS mais on peut s'arranger pour que ce soit au compte de la CNAMGS. C'est un truc de dingue ! Tu as la CNAMGS au début, on te dit qu'il y a des services qu'il faut payer parce que ça ne rentre pas dans les

³⁹² M. Benasayag et al, *Le pouvoir médical : la mort*, Éditions ellipses, Paris, 1998, p.67.

³⁹³ C'est une expression gabonaise qui laisse sous-entendre l'intervention de tierces personnes en la faveur du malade. Les longs bras sont des personnels de la santé avec qui les femmes enceintes auraient des liens divers et variés. Ceux-ci vont se mobiliser pour que tout se passe pour le mieux.

100 %. Après, la même dame te demande de payer pour qu'elle les mette finalement au compte de la CNAMGS. C'est bizarre hein ? Tu te retrouves dans une situation sans la CNAMGS où tu dois payer 3 000 000 francs CFA mais on va te baisser le prix jusqu'à 600 000 francs CFA. Au final, parfois, la personne te demande 100 000 francs CFA, tu vois que tu n'as pas de choix. Il faut à tout prix payer. Mais si tu t'entêtes, au lieu de payer les 3 000 000, ils peuvent te surfacturer les choses, tout ça pour t'amener à négocier de force. C'est toute une chaîne, c'est-à-dire la majeure a sa part. Elle va ensuite négocier avec les comptables et les informaticiens là-bas, eux aussi, ils ont leur part et c'est comme ça que l'on joue sur ces factures-là ». (Récit d'une infirmière de la maternité C.)

En maternité C, le personnel de santé s'adonne aussi aux pratiques de corruptions organisées. Ceci en reniant les droits des femmes enceintes. Le récit qui suit relate les circonstances dans lesquelles les femmes accouchent au CHUL :

« Moi, j'ai eu mes premières contractions dans la nuit du 12 au 13 mars de l'année dernière. Le lendemain vers 7h, ma mère et ma tante m'ont emmenée à l'hôpital. Les sages-femmes m'ont dit que le travail n'avait pas encore commencé et qu'il fallait repartir d'abord à la maison. En repartant, ma mère et ma tante m'ont ramenée à pied. Elles m'ont demandé de marcher pour accélérer la dilatation du col. J'ai beaucoup marché, on a pris des collines et j'ai parfois même couru. Aux environs de 15h, on est reparti à l'hôpital. Là, j'avais un peu plus de contractions. Ma mère a appelé une sœur de l'église qui travaille à la maternité du CHUL. Quand elle est arrivée, elle m'a installée en VIP. Toutes les femmes qui entrent dans les boxes sont déshabillées à l'entrée. C'est pourquoi, il n'y a que le personnel du service qui accède aux boxes d'accouchement. À mon arrivée dans la salle, je n'avais plus de contractions. J'étais d'abord assise puis, j'ai décidé de sortir de mon box pour marcher un peu. Je tournais dans les boxes pour voir les autres qui étaient en travail. Hors de mon box, dans le couloir, j'ai croisé une femme nue qui rampait pour aller vomir dans les toilettes. Elle voulait ensuite s'asseoir pour faire la selle, mais une autre femme enceinte lui interdisait. Dans le box en face du mien, il y avait une femme toute nue aussi. Elle était couchée à peine sur un vieux matelas jaunâtre et aplati. Elle avait pris le soin d'y installer son pagne et parlait au téléphone. Elle était sereine, je pense qu'elle

était comme moi, elle n'avait plus ses contractions. Juste à côté de celle-ci, il y avait une femme qui criait. On l'entendait dans tout le service. À côté, c'était aussi la même chose, la dame était debout, tenait son ventre en criant de douleur. À quelque pas de là, c'était le bureau des sages-femmes. Elles étaient trois, toutes dans le bureau, assises, elles bavardaient entre elles. Subitement, on entendit des cris plus forts d'une femme qui criait en disant que le bébé était en train de sortir. C'est à ce moment que deux sages-femmes se sont dirigées vers elle en courant. Quant à moi, je continuais ma tournée. Arrivée toute nue vers la sortie, la porte était verrouillée. Je suis alors repartie dans mon box avec quelques douleurs. En repartant, j'ai croisé une infirmière qui courait dans le couloir pour aller demander des équipements aux parents de celle qui venait d'accoucher. Étant une première, je ne comprenais pas grand-chose à tout ce qui se passait. Deux heures après mon admission en salle d'accouchement, je n'avais toujours pas de contractions, par contre, je perdais les eaux. L'infirmière qui me suivait commençait à se poser des questions. Elle m'a alors placée une perfusion pour déclencher et accélérer les contractions. Tout s'est enchaîné dans la douleur avec des contractions répétées. Je criais de toutes mes forces mais cela ne suffisait pas. À 20h40, j'ai pu avoir la délivrance. J'ai accouché avec une déchirure qui m'a valu 14 points de suture. Mon bébé se portait bien pour 2kg et demi. Tout ça grâce à la sœur de l'église de maman !»

5.4. Les dessous de l'accès aux soins pour tous

La dimension financière est à prendre en compte dans la compréhension de l'écart entre la stratégie politique de santé et l'accès aux soins pour tous. Dès lors que cette dimension a conduit à des phénomènes que nous qualifions de marchandisation de soins et de médecine de classe. Tel serait l'objet de cette section.

- La marchandisation des soins

L'accès aux soins, mis en œuvre dans la stratégie politique de santé au Gabon, est le point focal de cette recherche. Il s'agit pour les pouvoirs publics de garantir l'accès aux soins à tous. Or, dans la pratique, la marchandisation des soins est un facteur aggravant, une situation particulièrement préoccupante.

D'un point de vue macrosociologique, lorsque l'on dénonce la marchandisation des soins, c'est souvent en se référant à l'emprise des nouveaux empires³⁹⁴ qui sont en fait des lobbies pharmaceutiques qui font la loi tel que précisé ci-après :

« Dès 1992, la journaliste médicale Lynn Payer avait décrit le phénomène de " *disease mongering* ", qui consiste à imposer un concept de maladie en médicalisant des phrases ou des avatars non pathologiques de l'existence. (...) Il s'agit de transformer un trouble non spécifié en maladie à soigner. Ces troubles sont le plus souvent fonctionnels, non mesurables, de grande fréquence, altérant la qualité de vie mais pas l'espérance de vie ; le plus souvent, ils justifient des prescriptions médicamenteuses prolongées. Cet artifice permet de traiter des patients mal portant ou en souffrance, mais pas toujours malades, au bénéfice de l'industrie du soin et aux frais de la collectivité »³⁹⁵.

Cette approche traduit la domination de la société au moyen des sciences médicales.

Toutefois, la marchandisation des soins ne se décrit pas uniquement avec des grandes lunettes. En observant finement le fonctionnement du milieu hospitalier gabonais, on

³⁹⁴ En références aux travaux d'Anne Salmon, *Les nouveaux empires : fin de la démocratie ?*, *op.cit.*, l'auteur analyse l'emprise des acteurs économiques internationaux sur la société actuelle. Leurs actions sont d'autant plus dérangeantes au vue de l'emprise qu'elle exerce sur l'État et la régulation sociale.

³⁹⁵ C. Le Bodic et A.-C. Hardy (Sous dir.), *Prescrire, proscrire : enjeux non médicaux dans le champ de la santé*, Éditions Presses universitaire de Rennes, Rennes, 2012, p.174.

s'aperçoit que la corruption et la marchandisation irriguent les pratiques les plus quotidiennes. Schématiquement, on pourrait emprunter les termes de Joël Defontaine, pour qui la « marchandisation, c'est la vente d'un produit ou d'un service mis sur le marché³⁹⁶ ». Désormais, l'hôpital public gabonais devient un marché et les soins le produit à vente. Les malades se doivent de garantir leur santé par l'achat des soins.

L'une des causes de ces pratiques repose sur ce que Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan expliquent en ces termes : « Les problèmes de salaires (entre autres) sont souvent invoqués par les personnels de santé pour légitimer leur quête d'avantages pécuniaires supplémentaires dans l'exercice de leur profession »³⁹⁷. Au Gabon, les termes employés dans ce genre de trafic sont « le bouffage », « mouiller la gorge », « faire une frappe », « traiter un dossier ». Toutes ces expressions sont employées en cas de marchandisation des soins.

Une fois que l'on sort du cadre légal pour demander à payer les soins qui ne sont pas prévus ou encadrés par la loi, comme l'indique Céline Lafontaine, on est dans ce qu'elle appelle le corps-marché, c'est-à-dire dans une bioéconomie où la santé physique dépend du prix que le patient met en jeu sur le marché qui est l'hôpital³⁹⁸.

La santé comme produit marchand se trouve diversement exploitée dans les structures de santé au Gabon, particulièrement au CHUL. Ainsi, la vente des prestations des médecins, le rejet de la carte d'assurance CNAMGS, la vente des examens de santé et de certains produits comme les couches jetables font partie de la marchandisation du « corps malade ».

Il faut tout de même souligner que l'absence de panneaux d'affichage des prix selon le type de soins ou d'examens a favorisé le développement de la marchandisation des soins et des examens.

Accéder aux soins nécessite non seulement d'avoir de l'argent mais aussi d'entrer dans une forme de négociation avec le corps soignant. Une fois le malade arrivé à l'hôpital, il est confronté à une forme de marchandage. Pourtant, la réglementation prévoit l'établissement de la facture uniquement après les soins. Force est de constater qu'il en est autrement sur le terrain, comme en témoigne un interlocuteur. Ce dernier souligne que dès l'entrée au CHUL, la négociation des prix de consultation et des examens commence :

« En chirurgie orthopédique, il y a un major qui est là. Quand tu rentres, normalement, la facture doit sortir à la fin. C'est-à-dire que tous les soins que tu

³⁹⁶ J. Defontaine, *La marchandisation des actions sociales et médico-sociales*, Éditions ASH, Paris, 2005, p.141.

³⁹⁷ Y. Jaffré et J-P. Olivier de Sardan, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, op.cit., p.60.

³⁹⁸ C. Lafontaine, *Le corps-marché : marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bioéconomie*, op.cit., p. 28.

auras là-bas seront calculés à la fin. Pourtant les choses ne se passent pas comme ça. Qu'est-ce qu'ils font ? Eh bien, quand tu arrives, ils se rapprochent de toi, t'interpellent pour te faire comprendre qu'ils peuvent travailler la facture pour que ce soit un peu moins coûteux. Ils t'expliquent que tu devrais normalement sortir 200 000 francs CFA, mais grâce à leur intervention, on peut s'arranger à te faire baisser à 70 000 francs CFA ou 50 000 francs CFA mais tu trouves quelque chose à leur payer à part. C'est comme ça qu'ils procèdent ».

Au niveau des services de médecine interne du CHUL, il existe deux types de consultations : « des consultations simples » et « des consultations privées ». La consultation simple, c'est lorsque le malade est encore en capacité de se déplacer et de vaquer à ses occupations quotidiennes. Dans ce cas, il demande à rencontrer un médecin du service. S'il y en a un qui consulte ce jour-là, soit il le prend le jour-même, soit il lui fixe un rendez-vous. C'est un malade qui ne se sent pas bien mais qui est en apparence « capable » de patienter jusqu'au jour du rendez-vous.

En revanche, lorsqu'il s'agit d'un cas d'urgence comme nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'y assister, le malade se présente à la secrétaire du service. Il lui faut payer une somme de 10 000 francs CFA de frais d'urgences. La secrétaire justifie l'encaissement de ce montant par le fait que le médecin consulte sur rendez-vous et non selon des cas d'urgence. Comme nous l'avons entendu plusieurs fois :

« Monsieur, comme vous vous plaignez, et là je vois que votre bras est bien enflé, ça doit vous faire très mal ça. Vous devez alors rencontrer le médecin exceptionnellement. On ne peut pas vous laisser partir comme ça, vous n'allez même pas pouvoir dormir la nuit à cette allure. Moi je préviens le médecin et vous payez la consultation en urgence qui s'élève à 10 000 francs CFA. Au moins, vous êtes sûr qu'il viendra. Il va laisser ce qu'il fait en ce moment, parce que je l'aurai prévenu de votre cas urgent ».

Au moment où nous avons assisté à cette scène, il y avait déjà des malades, apparemment d'autres cas urgents, qui attendaient le même médecin. Officiellement, les médecins au CHUL sont censés consulter près de 20 patients par jour, or, ils se limitent à 5 patients jour et le reste des malades est pris en urgence. S'ils refusent, ils doivent aller consulter dans les cliniques privées.

Toutes ces manœuvres sont faites avec la complicité des secrétaires qui savent bien vendre les services du médecin. C'est elles qui expliquent au malade la gravité de son cas, la nécessité de consulter en urgence et surtout de payer pour que le médecin intervienne rapidement. Ce jour, nous avons compté cinq malades qui attendaient ce médecin à raison de 50 000 francs CFA-pour une seule matinée. On peut donc parler d'une activité illégale et d'un usage des biens et structures publiques à des fins personnelles. Cette marchandisation des soins au CHUL se rapproche de ce que les Ivoiriens appellent le « gombo », expliqué par Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan³⁹⁹. Il s'agit d'un terme qui désigne les pratiques des fonctionnaires ivoiriens lorsqu'ils marchandent les soins pour gagner de l'argent en plus de leurs salaires.

Il est avéré que ces pratiques détournent les patients de l'hôpital public. L'un d'entre eux souligne que face à cette commercialisation de la santé, il préfère avoir recours aux cliniques privées où les conditions d'accueil et de prise en charge sont meilleures qu'au CHUL.

C'est ce qui ressort de cet extrait d'entretien. *« Dans ce cas, je préfère aller une bonne fois en clinique que de venir au CHUL où les conditions d'accueil et de soins ne sont pas réunies, comparé à cette somme d'argent que je dois déboursier ».*

Comme nous l'avons vu avec les patients qui sont confrontés au paiement des soins en urgence, le phénomène se généralise également au niveau des examens. L'extrait d'entretien ci-après précise ce qui suit :

« Cela se fait également au niveau des examens. Quand tu arrives à l'hôpital, ces gars-là viennent te retrouver avant même que tu ne rentres dans le bâtiment. ce sont des commissionnaires qui te demandent à l'avance, c'est pour quel examen ? Quand tu réponds, ils te disent donne-moi ta prescription et 5 000 francs CFA, je vais te faire passer vite, dès demain tu auras les résultats. Alors que si tu ne les écoutes pas, tu vas attendre même trois jours pour avoir tes résultats. Or eux, ils te proposent un service rapide et payant. Donc tu vois, tu peux faire tes examens sans pour autant être enregistré, tu ne passes pas par la secrétaire. C'est un infirmier qui vient te chercher directement pour te faire la prise de sang et tu reviens le lendemain récupérer les résultats avec lui. Par contre, tu paies de manière directe les spécialistes des laboratoires eux-mêmes, il faut juste signaler le démarcheur qui t'a envoyé vers lui. C'est souvent ce qui se

³⁹⁹ Y. Jaffré et J-P. Olivier de Sardan, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, op.cit., p.67.

fait. Il y a eu une année où au niveau du laboratoire, beaucoup ont été renvoyés mais le problème est qu'on les renvoie pour recruter d'autres corrompus parce que ça continue ».

La stratégie politique de santé se heurte à chaque fois à ces pratiques qui sont tolérées. Elles ne font l'objet d'aucuns contrôles ni d'aucunes sanctions. Le personnel de santé ne témoigne aucun souci pour cet objectif de santé publique qu'est l'accès au soin pour tous. Comme le souligne un interlocuteur, « *Les premiers à négliger la CNAMGS, ce sont les médecins et infirmiers. Quand tu arrives avec ta carte CNAMGS, tu penses que tu seras reçu sans rien payer, mais ils te font comprendre le contraire ».*

Tous les services sont concernés y compris la maternité. Les sages-femmes de la maternité C commercialisent les produits et les activités du CHUL. C'est le constat que nous avons fait lors d'une observation participante dans le contexte d'un dépistage du cancer du col de l'utérus (acte normalement gratuit au CHUL). Nous rapportons les propos d'une infirmière :

« Le dépistage n'est pas gratuit. Vous savez pourquoi ? Et bien, tout le temps, je vois des zizis, donc c'est un travail que je ne peux pas faire gratuitement, vous donnez 15 000 francs CFA. Ça va aller, pour le petit déjeuner du matin ».

Une patiente victime de cette pratique illégale explique de son côté :

« Pour cet examen, on n'a pas besoin de la CNAMGS. Aux médias, ils ont dit qu'on le fait gratuitement mais les deux dames (sages-femmes) qui sont assises là me disent que ce n'est pas gratuit. Elles me disent que si je veux qu'elles me fassent l'examen, il faut que je donne quelque chose alors que le dépistage du cancer du col de l'utérus se fait gratuitement, mais elles disent que ce n'est pas gratuit. Je sais que c'est gratuit, il suffit de présenter le bon d'examen. C'est en clinique où c'est payant à 20 000 francs CFA. Elles veulent que je leur donne 10 000 francs CFA.

Mais quand tu donnes de l'argent, est-ce qu'elles te présentent une facture ?

Non, il n'y a pas de facture pour ça. C'est leur argent à elles. Tu as bien entendu dire que c'était pour son petit déjeuner ! Donc elles l'empochent pour leurs besoins personnels ».

En plus de la commercialisation des examens qui se font avec les appareils médicaux du CHUL, il y a également une autre forme de commercialisation qui s'est très vite développée, celle de la vente des produits de première nécessité comme les couches pour enfants et pour adultes.

Au CHUL et plus précisément au service des urgences, les aides-soignantes ont fait de la commercialisation des couches une activité économique à part entière. Certaines d'entre elles viennent au travail non plus pour exercer leur métier mais pour y pratiquer leur petit commerce. C'est ce qui ressort de l'extrait d'entretien ci-après.

« Les couches sont données gratuitement ou sont comprises dans les frais d'hospitalisation ?

- *Non les couches sont payantes. C'est 1500 francs CFA la couche. Imaginez-vous si la personne doit porter trois ou quatre couches par jour, vous vous imaginez un peu. Donc il faut au minimum 5000 francs CFA par jour.*

Qui change ces couches aux patients ?

- *Les parents.*

Il n'y a pas d'aides-soignants ?

- *Ils ne regardent même pas ça.*

Auprès de qui on paie les couches et où va cet argent ?

- *On paie directement auprès des aides-soignantes.*

Recevez-vous un reçu de paiement ?

- *(en souriant) il n'y a pas de reçu. Cet argent ne rentre pas dans les caisses de l'hôpital. Là encore, elles vendent ces couches plus chères puisqu'il y a des commerçantes qui les vendent beaucoup moins cher, c'est-à-dire à 1000 francs CFA ; mais elles sont à l'entrée de l'hôpital. Comme tous les malades ne peuvent pas sortir de l'hôpital, ils sont obligés d'acheter sur place ».*

Si la direction générale du CHUL se réserve le droit de confisquer ou de réduire les primes des personnels de santé, ces derniers se taillent la part belle sur le terrain en marchandant leurs services. C'est ce qui ressort de notre entretien réalisé auprès du major d'un service de santé du CHUL justifiant cette pratique qui a pris de l'ampleur dans la structure hospitalière. Parallèlement à la marchandisation des soins, il s'est développé ce qu'il convient d'appeler une médecine de classe.

- Médecine de classe

Nous employons le terme médecine de classe pour désigner des pratiques introduisant des discriminations. Selon que l'on appartient ou non à la classe de populations aisées. Sachant que : « non seulement les plus démunis ont des conditions d'existence qui les exposent bien davantage aux pathologies et à une mortalité précoce, ils rencontrent également de nombreux obstacles, notamment financiers, administratifs, matériels, psychologiques, dans l'accès aux soins »⁴⁰⁰. Si le premier hôpital de Douala au Cameroun, l'hôpital Laquintinie, est réputé comme étant un hôpital qui distribue une médecine de pauvres⁴⁰¹; le CHUL a plutôt la réputation d'un hôpital qui distribue une médecine de classe. Comme nous le soulignons dans les sections précédentes, la mise en œuvre de la stratégie politique de santé a entraîné plusieurs dysfonctionnements, dont certains relèvent des inégalités entre les classes sociales. On peut le constater au travers de la répartition des chambres. Certaines sont réservées aux personnes ayant une position élevée dans la société. Il s'agit des chambres d'hospitalisation appelées VIP. Cette différenciation en fonction des classes sociales ne date pas d'aujourd'hui. Comme le soulignent Gelly Maud et Pitti Laure :

« Le constat n'est pas nouveau : que les états de santé soient différenciés selon les classes sociales fait l'objet d'un large consensus, en épidémiologie comme en sciences sociales, et ce, depuis les travaux de Louis-René Villermé, au XIXe siècle, voire ceux de Bernardino Ramazzini, un siècle plus tôt »⁴⁰².

Dans le même registre, mais avec une approche différente, Antoinette Chauvenet s'interroge sur la « médecine de classe » et plus précisément sur la capacité qu'a l'appareil sanitaire de corriger les inégalités sociales de santé. Autrement dit, son analyse a porté sur la question de savoir si l'ordre médical contribue à produire et à reproduire une société de classe.

Dans le contexte Gabonais, la conceptualisation que Joseph Tonda fait de la notion des éblouissements est révélatrice d'une des causes de ce malaise. L'auteur explique l'impact de

⁴⁰⁰ C. Halpern, *La santé un enjeu de société : qu'est-ce que la santé ? Soigner et être soigné, inégalités de santé et prévention, le système de santé en débat, questions éthiques*, Éditions Sciences humaines, Auxerre, 2010, p.6.

⁴⁰¹ B. Hours, *l'État sorcier : santé publique et société au Cameroun*, op.cit., p.65.

⁴⁰² G. Maud, L. Pitti, « Une médecine de classe ? Inégalité sociales, système de santé et pratique de soins », *Agone*, 1/2016 (n°58), p.7-18.

Disponible en ligne sur : <http://www.cairn.info/revue-agone-2016-1-page-7.htm>

la société des éblouissements sur les individus. Telles des images d'écrans de télévision qui véhiculent un certain code vestimentaire, la société des éblouissements sert à attirer l'attention vers soi au détriment des autres. L'auteur l'exprime en ces termes :

« De quoi le spectacle des éblouissements écraniques des stars transnationales et des " attaques " aux seins-obus des corps-sexes portant des tenues-DVD (ou VCD : Ventre et cul dehors) est-il le nom ? En partant du principe qu'une image-écran est une image bombardée par un écran, mais aussi une image qui fait écran,... C'est dans cette optique que, par exemple, je prends très au sérieux la métaphore de corps-sexes au look *dément* proliférant sur la scène de Libreville réduit en spectacle obscène. C'est dans cette perspective que, dans ce seuil, je considère ces métaphores comme des abstractions dotés d'un pouvoir sur le réel parce qu'elles colonisent l'imaginaire et, ce faisant, constituent ce dernier comme *force*, comme puissance d'action de subversion des codes, de déconstruction des règles ou des principes »⁴⁰³.

À l'instar de ces analyses qui mettent en évidence la persistance des pratiques inégalitaires et les écrans idéologiques, nous sommes arrivés à interroger la médecine de classe. Les résultats de notre enquête de terrain stimulaient une étude plus approfondie de « l'ordinaire inégalitaire » dans les structures hospitalières du Gabon. Au CHUL, l'accès aux soins dépend de la classe sociale à laquelle on appartient⁴⁰⁴. Cette distinction est apparente au travers de certains marqueurs dans les structures hospitalières du Gabon, de certains concepts comme la richesse ou la pauvreté qui se déterminent la plupart du temps par des facteurs apparents tels que la valeur de la maison (si elle est à étage ou pas, les matériaux utilisés pour sa construction, la grande barrière autour), le parc automobile, le style vestimentaire (les vêtements de marque, bijoux et accessoires).

Il en ressort que tous ces signes ont un pouvoir sur les personnels de santé. Ces derniers sont très attentifs à toutes ces manifestations de richesse et de pouvoir. La présence d'un patient appartenant à la classe sociale supérieure est immédiatement repérée par le personnel corrompu à ces codes.

Un patient en explique les conséquences :

⁴⁰³ J. Tonda, *L'impérialisme postcolonial. Critique de la société des éblouissements*, op.cit., p.115.

⁴⁰⁴ La société gabonaise est quasiment divisée en deux groupes sociaux, la classe sociale favorisée et celle qui est défavorisée. Il est difficile de percevoir une classe intermédiaire. Soit on est riche, soit on ne l'est pas.

*« Je suis arrivé avant ce monsieur, depuis 8h. Lui, il arrive à 11h et c'est lui qu'on reçoit en premier, tout ça parce qu'il est un grand type ! **Qu'est-ce que vous appelez un grand type ?** Les grands types, ce sont les malades qui viennent en voiture ou avec un chauffeur. Généralement, ils ont des téléphones de marque, les bijoux en or et habillés en costume. Lorsqu'ils affichent tous ces éléments, les infirmières tremblent pour eux. Elles sont, tout à coup, souriantes, plus gentilles, elles lui font même des blagues. C'est même l'infirmière qui se rapproche d'elle-même du monsieur pour savoir ce qu'il a comme maladie pour l'orienter et parfois même l'accompagner auprès du médecin concerné ».*

Les patients appartenant à la classe sociale aisée sont les favorisés du système de santé. Comme le souligne un patient agacé par le comportement différentiel d'une infirmière de la médecine interne : *« Il y a un intéressement du personnel soignant vis-à-vis des malades qui sont riches, que l'on voit parfois passer à la télévision ou qui sont les tout-puissants directeurs de la place, au détriment des malades comme nous qui sommes pauvres ».*

C'est au sein du service de la médecine interne du CHUL que nous avons collecté le plus d'informations illustrant le phénomène.

Le service de médecine interne, autrefois appelé Médecine A, est le premier service du pays spécialisé dans le cas des douleurs corporelles. Dans ce service, le parcours d'un malade diffère selon sa classe sociale. Depuis l'arrivée jusqu'à la sortie du CHUL, les malades sont traités en fonction de ce critère. En premier lieu, un malade a le choix entre une consultation gratuite et une consultation payante. Les consultations gratuites sont réservées aux malades de classe défavorisée et les consultations payantes aux classes favorisées. Lorsqu'il s'agit d'une consultation payante, la procédure est simple et rapide. Le personnel respecte à la lettre les directives et les normes hospitalières.

Le malade de classe favorisée passe simplement par la secrétaire du service de médecine interne. Il paye un montant fixe de 10 000 francs CFA et se dirige directement vers le médecin. Il ne subit aucune complication administrative. Au contraire, il est bien traité avec respect et convivialité. Comme le disait une infirmière: *« Les gens qui payent sont prioritaires. Ils donnent leur argent ce n'est pas pour traîner ici. Donc on doit bien faire notre boulot ! (en souriant) ».*

Par contraste, la classe des défavorisés doit faire face à toutes sortes de tracasseries et d'humiliations pour rencontrer un médecin. Les malades assurés CNAMGS (les GEF),

doivent passer par le bureau des entrées pour un enregistrement. Dans ce bureau des entrées, le malade doit payer la quote-part qui varie selon le type de maladie et le service ou médecin concerné⁴⁰⁵. Cet enregistrement lui donne le droit de recevoir un numéro et un reçu pour se faire ausculter. La souche de ce reçu sera remise au médecin au moment de la consultation. Or, cette procédure ne se fait pas aussi simplement qu'exposée. Les malades de classe défavorisée rencontrent des difficultés dès l'accueil du bureau des entrées. Les agents ont des appréhensions sur leur faible capacité financière. Ces malades disposent rarement de ressources financières pour les cadeaux et autres exigences liées à la corruption. Ce qui fait que ces patients sont souvent soumis à des gymnastiques contraignantes pour obtenir le reçu donnant accès à la consultation. C'est ce qui ressort de l'extrait d'entretien réalisé auprès d'un malade du CHUL :

« Je cherche à prendre un rendez-vous depuis deux jours, sauf qu'à chaque fois, on me dit, monsieur, la personne qui s'en occupe n'est pas là. Je leur demande de me dire alors à quelle heure elle sera à son poste de travail. Ses collègues me disent qu'elles ne savent pas. Pendant ce temps, moi, j'ai besoin de rencontrer un médecin. Je ne sais plus quoi faire pour voir cette fameuse dame qui s'occupe des enregistrements ! »

Ce dernier précise :

« Je n'aime pas venir ici, les gens sont très bizarres. Ils te regardent mal comme si on était des mendiants. Ils ne disent pas bonjour aux malades. Les heures prévues c'est 9h-17h, mais ils viennent en retard. Après, ils passent leur temps d'abord à bavarder entre eux pendant des heures. Nous on est là, on attend ! Juste quand il reste une ou deux heures vers la fin, ils viennent pour nous crier dessus. Ils sont indifférents face à notre maladie. Ils nous méprisent avec une nervosité pas possible. Alors que c'est eux-mêmes qui organisent la longue queue. On a l'impression qu'on les dérange ! »

Au bureau des entrées du CHUL, le personnel n'est pas accueillant. Ils savent que toutes les personnes qui passent ici sont des personnes de classe défavorisée, des assurés CNAMGS (GEF). Ce sont des personnes à qui ils estiment n'avoir aucun compte à rendre. Ils se comportent comme bon leur semble.

⁴⁰⁵ Voir la grille de tarification des actes des professions de santé en annexe A.

Il y a également un phénomène très particulier que nous avons eu le temps d'observer, c'est le refus de renseigner le malade. Parfois, le personnel n'hésite pas à renvoyer, chez eux, les personnes les plus démunies sans aucune explication. Elles sont soumises à un arbitraire total. Stéphane Brissy qualifie ce refus d'informations de « tentative de découragement via des questions administratives complexes (par exemple sur la caisse d'affiliation) »⁴⁰⁶. Ainsi, l'extrait qui suit donne le témoignage d'une malade victime de refus de renseignements :

« En fait, moi j'étais déjà à l'hôpital de Mélen avec ma sœur qui a mal au dos. Là-bas, ils nous ont dit qu'ils ne s'occupent pas des cas pareils. Et donc de venir ici au CHUL, il paraît que c'est la médecine interne qui traite ces problèmes. Alors, je l'ai expliqué à la dame de l'accueil, elle m'interrompt brusquement pour me dire : « pourquoi là-bas, ils ne vous ont pas gardées ? » Je lui ai dit : « mais il n'y a pas de spécialiste pour cette douleur dans cet hôpital de Mélen ». Tout de suite, je lui demande de me renseigner si c'est bien la médecine interne qui s'en occupe. Elle me dit : « je ne sais pas. Si vous dites qu'on vous a envoyée en médecine interne, ben, partez voir vous-même ». Après elle me dit : « où est le papier du médecin de Mélen qui vous envoie ici ? » Je lui ai dit qu'on ne m'a pas donné de papier et que ma sœur avait sa carte CNAMGS. Elle s'énerve directement et me dit : « repartez là-bas, je ne peux rien faire pour vous dans ces conditions ». Tu vois, je ne sais plus quoi faire. À l'hôpital de Mélen, ils me disent de venir ici et je viens ici, la dame me demande de repartir ! »

Pour les malades qui ne sont pas refoulés, l'ordre de passage est indiqué par des numéros attribués par le personnel de l'accueil. Ce numéro de passage permet au malade de se diriger vers la salle d'attente pour une consultation.

Souvent, il est affirmé que « la maladie se situe dans le corps en tant qu'objet physique ou état physiologique, et quel que soit l'état d'esprit subjectif du médecin ou du patient, le savoir médical consiste dans une représentation objective du corps malade »⁴⁰⁷. Or, on constate que la consultation médicale est loin de correspondre à cette démarche objective.

⁴⁰⁶ S. Brissy et al., *Refus de soins et actualités sur les droits des malades*, Éditions Presses de l'école des hautes études en santé publique, Rennes, 2012, p.17.

⁴⁰⁷ B. Good, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*, Éditions Institut synthélabo pour le progrès de la connaissance, Coll « Les empêcheurs de penser en rond », Paris, 1998, p.245.

Les malades se plaignent souvent du manque de communication et de professionnalisme. Nous avons pu à cet effet assister à une consultation d'un malade défavorisé que nous vous relatons dans cet extrait :

« À l'appel de son nom, le malade a répondu en rentrant dans le bureau du médecin. Sans que le médecin ne lui dise bonjour, il lui demande directement : c'est quoi qui t'amène ? Le malade lui explique que depuis un mois, il a une douleur qui l'embête aux genoux. Sans lui laisser le temps de terminer son explication. Il lui dit "mais ça fait un mois que tu traînes avec. Pourquoi tu n'es pas venu depuis ? Vous attendez toujours la dernière minute quand vous ne dormez plus pour venir avec des cas compliqués". Le malade était tellement surpris par cette réaction qu'il est resté calme sans rien dire. Le médecin lui a ensuite écrit une prescription pour faire une radio. La consultation se termine lorsque le médecin lui remet la prescription d'examen et lui demande de revenir quand, il aura les résultats ».

Les consultations des malades défavorisés sont expéditives et bâclées. On a l'impression que le médecin n'a qu'une idée en tête, se débarrasser rapidement du malade. Dans cet extrait, il n'y a pas de communication : aucun échange de politesse, ni de courtoisie. Comment, juste en une phrase, le médecin peut-il faire une prescription médicale ? Il ne demande pas au malade ce qu'il a déjà entrepris depuis qu'il a des douleurs. Le fait que cela dure depuis un mois ne le préoccupe pas. Dans le cadre africain, il y a des préliminaires indispensables à un bon diagnostic⁴⁰⁸ :

- est-ce que le patient a eu recours à l'automédication, à des tradipraticiens ?
- est-ce qu'il serait sous traitement au moment de la consultation médicale ?

Ces informations ont toute leur importance dans le suivi d'un patient⁴⁰⁹.

Le médecin, après avoir brièvement écouté le malade, lui donne une prescription médicale sans lui expliquer pourquoi. Or, on sait qu'« un patient informé et actif est un patient mieux soigné »⁴¹⁰. De plus, l'acte médical est bien plus complexe que la simple application

⁴⁰⁸ I. Gobatto, *Être médecin au Burkina Faso : dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, op.cit., p. 158.

⁴⁰⁹ Lire également au sujet de l'importance de communiquer avec le malade dans l'ouvrage de S. Fainzang, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, 2006, pp. 35-48.

⁴¹⁰ M. Aissou et al., *Structurer les parcours de soins et de santé : politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi santé*, Éditions LEH, Bordeaux, 2016, p.29.

d'une théorie générale à un cas particulier⁴¹¹. Tom L. Beauchamp et James F. Childress précisent :

« Dans un contexte médical, par exemple, une personne est considérée capable de jugement à partir du moment où elle est capable de comprendre une procédure thérapeutique ou de recherche scientifique, de bien peser les risques encourus ainsi que les avantages, et de prendre une décision à la lumière de toutes ces considérations. Si une seule de ces capacités fait défaut chez une personne, l'on peut alors mettre en doute sa capacité à décider, consentir ou refuser »⁴¹².

Dans ce contexte, nous sommes face à un cas de consultation expéditive, décrite également par Monteillet qui, dans le cadre de la crise hospitalière du Cameroun, parle de « délivrance muette d'une ordonnance »⁴¹³. Quant à d'Houtaud, il qualifie cette situation comme étant une aliénation du patient⁴¹⁴. Le corps médical est tellement imbu de son pouvoir qu'il se permet de décider seul, selon un diagnostic rapidement établi. Il exclut le patient de la conduite à tenir pendant son traitement. Ainsi, ces comportements qui désolidarisent le médecin de son malade au CHUL a des répercussions. Un patient donne son impression au sortir de sa consultation : *« Ah ! J'espère seulement retrouver la santé une fois que j'aurai commencé à prendre mon médicament. Le reste, il fait comme il veut du moment qu'il me donne l'ordonnance, c'est la seule chose qui m'intéresse »*.

Ce ressenti rejoint ce que pense Brigitte Ménoret-Calles lorsqu'il dit :

« En règle générale, les populations fragilisées pour des raisons économiques, sociales ou culturelles, éprouvent souvent des difficultés psychologiques à se rendre chez le médecin et à parler de leurs problèmes de santé. Elles ne perçoivent pas la santé comme un élément prioritaire, par rapport aux préoccupations de travail ou de logement »⁴¹⁵.

⁴¹¹ J-F. Malherbe, *Sujet de vie ou objet de soins ? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*, Éditions Fides, Québec, 2007, p.165.

⁴¹² T. L. Beauchamp et J. F. Childress, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Éditions Les belles lettres, Paris, 2008, p. 116.

⁴¹³ N. Monteillet, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun : crise hospitalière et nouvelles pratiques*, Éditions Karthala, Paris, 2005, p.119.

⁴¹⁴ Houtaud (d') Alphonse, *La santé à travers les sciences humaines et sociales : approche linguistique et sociologique*, Éditions Masson, Paris, 1999, p.56.

⁴¹⁵ B. Ménoret-Calles, *L'accès aux soins des populations démunies : situation et perspectives en 1996*, Éditions L'Harmattan, Paris, 1997, p. 39.

Si l'on prend en compte ce manque de communication lors de la consultation des patients démunis au CHUL et le fait que ces derniers ne font pas de la santé une exigence première par rapport à d'autres priorités plus immédiates, on peut affirmer que les conditions de consultation médicale des malades démunis souffrent d'un malaise profond. D'un côté, les médecins procèdent à des consultations expéditives, muettes. Ceci est lié au fait qu'ils accordent très peu d'importance à leur travail lorsqu'il s'agit des classes sociales défavorisées. De l'autre côté, les concernés ont des difficultés à aborder ces sujets. Ceci est lié en partie à l'ignorance de leurs droits et à une certaine négligence de la médecine moderne.

Lorsque nous nous sommes intéressés aux hospitalisations des malades défavorisés en médecine interne, la différence est toujours patente. Les malades favorisés sont hospitalisés dans les chambres VIP⁴¹⁶. Ce sont des chambres individuelles, climatisées et qui disposent d'un téléviseur. Bien entretenues, elles sont propres. Dès l'entrée, on peut apercevoir des sanitaires (douche et toilette) propres avec des variations de températures d'eau. Les murs sont propres avec des rideaux placés sur les fenêtres. Le malade a à sa disposition un placard pour ranger ses affaires et un frigo pour rafraîchir ses boissons et conserver ses aliments au frais. Accrochée dans le coin de la chambre, la télévision permet au malade de s'informer et de se divertir. Il y a dans ces chambres le nécessaire pour assurer le confort du malade. Un malade nous confiait à ce sujet : « *Franchement, je n'ai rien à redire. Ils se débrouillent bien. Je suis tranquille dans ma chambre, un peu comme à la maison. C'est déjà un bon départ pour bien recevoir les soins* ».

À côté de ce témoignage, les malades de la classe défavorisée sont mécontents de cette disparité. En effet, les conditions d'hospitalisation dans les « chambres simples » révèlent clairement cette médecine de classe dont il est question ici. Les chambres qui leur sont attribuées sont des chambres « ordinaires ». Ce sont des chambres pour deux et parfois, dans certaines circonstances, trois personnes.

Elles n'ont pas de poste de télévision. Les malades disposent d'un lit, d'une chaise et d'un placard. Ils ont une salle de bain commune. Dans ces chambres, les malades n'ont aucune intimité. Le plus grand problème est que, parfois, ils ne souffrent pas des mêmes pathologies. Ce qui fait qu'ils sont souvent exposés à des risques de contamination.

Ainsi, la médecine de classe est flagrante au CHUL. La différence est telle qu'elle contredit « l'adage populaire selon lequel " nous sommes tous égaux devant la mort",

⁴¹⁶ Very Important Person

l'histoire et la sociologie montrent très clairement qu'il en va tout autrement dans la réalité »⁴¹⁷.

⁴¹⁷ C. Lafontaine, *La société postmortelle : la mort, l'individu et le lien social à l'ère des technosciences*, op.cit., p.20.

Conclusion du chapitre 5

Depuis Talcott Parsons⁴¹⁸, nous savons que l'hôpital ne guérit pas seulement les malades, il a d'autres fonctions comme celle de maintenir le contrôle social⁴¹⁹. Au Gabon, il importe de cerner cette fonction.

Cette approche renvoie à celui de Danièle Carricaburu et Marie Ménoret :

« À quoi sert l'hôpital ? Une telle question peut paraître naïve tant la réponse semble évidente : l'hôpital a pour vocation de soigner les malades, sa mission est donc thérapeutique. Pourtant, s'interroger sur les fonctions sociales de l'hôpital n'est pas une vaine démarche et de nombreux travaux montrent que non seulement les soins aux malades n'ont pas toujours été la priorité de cette institution, mais qu'au cours des cinquante dernières années, d'autres fonctions sont assumées par ce type d'établissement »⁴²⁰.

Ainsi, le cas du CHUL nous a permis de constater que cet établissement public applique très faiblement la politique de santé gabonaise. Des données récoltées durant notre terrain, nous pouvons confirmer ces conclusions dans l'hôpital du Gabon. Depuis l'accueil en passant par les soins et l'hospitalisation, on constate une chaîne de dysfonctionnements à laquelle s'ajoutent des pratiques non professionnelles comme la marchandisation des soins et la médecine de classe ; autant de freins à l'accès aux soins pour tous. La corruption dans les rapports médecins/malades, le détournement des matériels hospitaliers, témoignent du triomphe de la quête du profit personnel, au détriment de l'intérêt commun.

⁴¹⁸ D. Carricaburu et M. Ménoret, *Sociologie de la santé : Institution, professions et maladies*, op.cit., p.17.

⁴¹⁹ En partant de l'hôpital psychiatrique, Talcott Parsons avait démontré que l'hôpital est un lieu qui permet le contrôle social. En plus de guérir, l'hôpital permet aux malades mentaux de se protéger d'eux-mêmes et de protéger la société de leurs éventuelles dangers.

⁴²⁰ D. Carricaburu et M. Ménoret, *Sociologie de la santé : Institution, professions et maladies*, op.cit., p.13.

**Chapitre 6 : Le recours aux soins sauvages
comme symbole de la situation sanitaire précaire au Gabon**

Introduction du chapitre 6

Le chapitre précédent révèle que la stratégie politique de santé est faiblement appliquée au CHUL. Les malades ont du mal à trouver une place dans l'organisation des soins de cet hôpital. Les plaintes se succèdent depuis plusieurs décennies sans que le CHUL ne parvienne à une réelle amélioration. Les populations vont parfois jusqu'à douter des traitements qui leur sont administrés.

La stratégie politique de santé, menée par l'État gabonais, souffre de nombreuses incohérences. Les plaintes des malades sont connues des pouvoirs publics mais il n'y a pas de mesures correctives pour lutter contre les pratiques non professionnelles du CHUL. Le CHUL est pourtant une vitrine du système de soin national. En réalité, ces dysfonctionnements existent dans l'ensemble des hôpitaux publics du Gabon. Le malade est livré à lui-même. Il n'a aucun droit de contestation et de dénonciation. Il ne fait que subir cet environnement hostile et parfois mortel.

Face à une telle situation de désarroi, les populations sont poussées vers d'autres alternatives thérapeutiques que nous qualifions de soins sauvages. Il s'agit des différents parcours de soins non conventionnels que les populations gabonaises empruntent souvent pour trouver une solution aux problèmes de santé. Car, lorsque le corps est malade, la préoccupation première du malade est celle de soulager ses maux et sa souffrance⁴²¹. En plus de la médecine moderne, le malade gabonais se retrouve face à une diversité de méthodes thérapeutiques⁴²². Parmi lesquels l'automédication, les soins spirituels et les soins religieux. C'est à ce titre que Didier Fassin souligne ce qui suit :

« Au guérisseur, au divin, au marabout, au médecin, la société attribue une capacité et une légitimité à agir sur les corps, à combattre les maladies et, dans une certaine mesure, à faire reculer la mort. C'est à ce titre que le malade se met entre les mains du thérapeute, qu'il l'autorise à l'examiner, qu'il accepte sa prescription, qu'il rémunère son acte. Il lui reconnaît, ce faisant, un pouvoir particulier : celui de le guérir »⁴²³.

⁴²¹ D. Fassin, *Pouvoir et maladie en Afrique*, op.cit., p.113.

⁴²² Les auteurs tels que Benoist (1996), Monteillet (2005), Brunet Jailly (1993), Fassin (1992), Joseph Tonda (2002) parlent de ce fait du « pluralisme médical » pour désigner les différentes formes de thérapies auxquelles les malades ont recours pour guérir. Cette notion de pluralisme médical permet alors d'expliquer les trajectoires que les malades empruntent pour s'offrir des soins de santé. Car la santé engage le malade dans son propre projet de guérison.

⁴²³ D. Fassin, *L'espace politique de la santé*, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, 1996, p.123.

Au Gabon, le malade est confronté à trois instances thérapeutiques :

« Certains patients qui font des séances de « délivrances » dans l'une de ces « églises éveillées » se laissent parfois entraîner chez les nganga par un membre de leur famille, ce qui provoque une grande culpabilité, puis échouent à l'hôpital. Ainsi, de nombreux patients vont de l'une à l'autre de ces trois instances thérapeutiques : la prise en charge traditionnelle, spirituelle et, dans une moindre mesure et souvent en dernier recours, psychiatrique, ce que Mbadinga et *al.* ont appelé « soigner en rond »⁴²⁴.

Au Gabon, cette démarche du recours aux soins sauvages engage le malade dans une voie non seulement différente des pratiques médicales, mais surtout vers une transformation de sa vie au travers de l'influence des croyances et des traditions ; de l'influence de la culturelle et des pratiques mystiques.

⁴²⁴ C. Gau, « Des désordres 'ethniques' ? Culture et sujet : étude au centre de santé mentale de Melen, Libreville-Gabon », *Figures de la psychanalyse*, 2012/2, n°24, pp. 211-232.

6.1. L'automédication

Devant les dysfonctionnements du système de santé, les malades se replient sur eux-mêmes pour se soigner, c'est-à-dire qu'ils pratiquent l'automédication. L'automédication désigne la capacité qu'a un malade à se soigner par lui-même en usant des connaissances acquises soit sur le tas ou grâce à l'apport de tierces personnes. Ce recours personnel aux soins peut concerner la médecine traditionnelle, c'est-à-dire le recours aux plantes, aux écorces de bois, aux feuilles. Mais il peut aussi se tourner vers la médecine moderne au travers de l'achat des médicaments à la pharmacie réglementaire ou à la pharmacie dite par terre.

L'automédication est très répandue au Gabon. Les Gabonaises estiment qu'il y a toujours quelque chose à faire par soi-même, en cas de maladie. C'est avant tout une affaire collective⁴²⁵. Lorsqu'un souci de santé se présente, le malade et son entourage (famille et amis) se demandent d'abord ce qu'ils peuvent apporter comme solution à leur niveau. Tout de suite, ce réflexe amène les concernés à se souvenir s'il y a eu des cas similaires dans l'entourage et comment on les avait traités.

Il y a chez les Gabonais une représentation de la maladie qui les pousse à recourir à l'automédication de façon systématique. C'est une volonté de faire les choses par soi-même.

- L'automédication traditionnelle

L'automédication traditionnelle se fait en se référant à la culture. Le malade use de certaines techniques de massages corporels appliqués avec des huiles ou avec de l'eau chaude contenant des écorces de bois et des plantes. Une grande partie de ces composantes provient de la forêt. La forêt est pour l'autochtone une inépuisable pharmacie⁴²⁶. Au travers de ces éléments de la nature, il peut faire un mélange d'écorces, de feuilles ou de racines pour obtenir soit une pâte, un liquide buvable ou de la poudre. De génération en génération, ces connaissances traditionnelles résistent au temps. Elles ont parfois besoin de s'adapter au milieu de vie des populations. Les familles choisissent entre la médecine moderne importée

⁴²⁵ B. Hours, *l'État sorcier : santé publique et société au Cameroun, op.cit.*, p.145.

⁴²⁶ A. Walker et R. Sillans, *Les plantes utiles du Gabon : essai d'inventaire et de concordance des noms vernaculaires et scientifiques des plantes spontanées et introduites, descriptions des espèces, propriétés, utilisations économiques, ethnographiques et artistiques*, Éditions Paul Lechevalier, Paris, 1961, p.2.

de l'Occident et la médecine traditionnelle laissée par les ancêtres et transmise de génération en génération. Chacune d'elles a ses spécificités. Comme l'illustre cet extrait d'entretien :

« (...) Ce sont des connaissances qui vont des grands-parents aux enfants. Moi je sors d'une famille traditionnelle, quand il y a un problème de santé, je vais à l'hôpital, c'est quand je vois que cela ne va toujours pas, que j'essaie un peu de puiser dans ce petit savoir que mes parents ont laissé ! Par exemple, dans ma famille, on a cette facilité de faire accoucher les femmes qui ont du mal à faire des enfants, mais il faut que ces femmes aient des trompes saines. Et pour le savoir, il faut d'abord aller faire des examens à l'hôpital. Pour voir si les trompes sont vraiment perméables. C'est quand les trompes sont vraiment perméables que nous pouvons intervenir traditionnellement à partir de certaines plantes médicinales et certaines feuilles ».

Les deux formes de médecines peuvent se compléter, selon le niveau de compréhension du malade et sa considération. Comme le soulignent Philippe Adam et Claudine Herzlich :

« Le médecin interprète les symptômes ressentis par son patient et les retraduit dans les catégories du savoir médical fondées sur des notions biologiques. Le malade, de son côté, possède son propre point de vue concernant son état et s'est forgé, à son propos, un "modèle explicatif" ; celui-ci peut être en partie individuel mais il est aussi enraciné dans la culture »⁴²⁷.

La culture gabonaise est une culture traditionnelle. Elle est fondée sur des connaissances et des pratiques traditionnelles sur lesquelles les populations s'appuient pour soulager leurs maux. Bien souvent, ces connaissances se transmettent de père en fils et de mère en fille en fonction des familles, des ethnies et des villages. Car le « savoir populaire sur les maladies n'est ni constitué ni structuré de la même façon que le savoir biomédical. Il a son épaisseur propre, ses logiques propres, ses configurations sémantiques propres »⁴²⁸.

Deux raisons sont souvent évoquées quand il s'agit d'avoir recours à l'automédication par la médecine traditionnelle. Il y a, premièrement, la dimension culturelle qui fait que lorsqu'un patient est malade, il a recours systématiquement à la médecine traditionnelle. Le recours abusif à cette médecine, comme le souligne un interlocuteur adepte de cette médecine,

⁴²⁷ Ph. Adam et C. Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, op.cit., p.61.

⁴²⁸ *Idem.*, p.15.

est favorisé par l'ensemble des pratiques illégales qui ternissent l'image de la médecine moderne au Gabon. C'est ce qui ressort de l'extrait suivant :

« Les malades sont fatigués de se faire maltraiter par les médecins et les infirmiers. Ils n'ont aucune considération pour les patients. À chaque fois qu'ils vont dans les hôpitaux publics, ce sont les mêmes problèmes. Alors, ils choisissent de se détourner de l'hôpital et ses scandales en allant se faire soigner par les plantes du village qui sont d'ailleurs très efficaces et moins coûteux et parfois gratuits ».

Les patients sont sensibles à cette médecine qui est plus proche de leur tradition. Elle est pratiquée depuis toujours par nos ancêtres, pour reprendre l'expression de l'un de nos interlocuteurs, tradipraticien. Pour ce dernier, il va de soi que les malades puissent avoir recours à la médecine du village, c'est-à-dire aux éléments de la nature pour se faire soigner ou soulager leurs maux.

La médecine traditionnelle est facilitée par la connaissance de certaines plantes qui sont gratuites et faciles d'accès. En effet, certaines plantes peuvent se trouver aux alentours des habitations, dans les jardins ou dans les forêts environnantes. Ces éléments de la nature qui guérissent sont accessibles aux populations.

La médecine traditionnelle trouve son ancrage à travers la mise en place d'un espace qui lui est réservé faisant office d'un marché traditionnel. On retrouve dans ce marché traditionnel tous les produits, plantes sèches ou fraîches, écorces sèches ou fraîches, sèves de bois, animaux vivants ou morts, et bien d'autres produits, nécessaires à l'exercice de la médecine traditionnelle. Ce marché est basé au quartier la Paierie, près du plus grand marché de Libreville, Mont Bouët.

À propos des plantes qui permettent de guérir du paludisme, des maux de têtes ou stopper la diarrhée, notre interlocuteur souligne que : *« (...) Quand c'est une maladie physique comme la diarrhée, tu peux prendre les feuilles de goyaviers, cela va t'arrêter la diarrhée. Tu peux aller prendre les feuilles du cotonnier. Ce sont des plantes comme ça que tout le monde connaît et on s'en sert quand on a ce genre de maladie ».*

Catherine Sabinot note de fortes similitudes entre les populations librevilloises et celles qui vivent en province, en ce sens que :

« (...) de nombreuses plantes interviennent dans la réalisation de solutions soignantes chez les communautés gabonaises. Les plantes forestières sont souvent

bien connues des femmes Lumbu et Vili travaillant leurs plantations en forêt. Quelques plantes sont utilisées seulement dans la Nyanga, mais la plupart participent à la fabrication de médicaments dont la base est un élément animal ou minéral : poisson, crustacé ou coquille... Les végétaux, feuilles, tiges, racines, fruits et graines... tous ces éléments sont fort utilisés dans la pharmacopée »⁴²⁹.

La seconde raison qui conduit les patients à recourir à l'automédication par la médecine traditionnelle est d'ordre financier. Recourir à la médecine moderne a un coût, comme le souligne un médecin urgentiste du CHUL. Quand bien même la CNAMGS permet d'accéder aux soins de santé et aux médicaments à moindre coût, les patients gabonais dépensent beaucoup d'argent. Les médicaments excédant le montant de 7000 francs CFA ne rentrent pas dans la prise en charge CNAMGS. Le malade est obligé de payer ce médicament en totalité.

Par ailleurs, les témoignages qui nous viennent de l'intérieur du pays font ressortir que la carte d'assuré CNAMGS n'est pas appliquée dans l'ensemble des pharmacies. À défaut de pouvoir accéder aux soins modernes, les malades ont recours à l'automédication.

En plus du prix des médicaments, il y a la marchandisation des soins qui devient un phénomène social de grande ampleur. La dimension financière formelle et informelle de la médecine moderne a pris des proportions inquiétantes ces dernières années, ce qui favorise l'exode des malades vers la médecine traditionnelle. Face à l'accroissement des frais de consultation et des soins, les patients sont obligés de chercher d'autres issues moins chères. Comme le souligne un de nos interlocuteurs, adepte de la médecine traditionnelle :

« Le niveau très élevé des prix des soins et des médicaments n'encourage pas à recourir systématiquement à la médecine moderne quand on est malade. Dès lors que la médecine traditionnelle nous offre plus de chance de se soigner à moindre coût et dans certains cas, les soins sont gratuits. C'est le cas des maladies comme la diarrhée dont les plantes comme les feuilles du goyavier ou du cotonnier permettent de soigner cette maladie et de façon efficace sans aller à l'hôpital ».

De cet extrait, l'on peut noter que le prix des médicaments, de consultations et de soin est un facteur essentiel dans le choix des trajectoires de santé. Face à cela, le Gabonais malade

⁴²⁹ C. Sabinot, *Dynamique des savoirs et des savoir-faire dans un contexte pluriculturel : étude comparative des activités littorales au Gabon*, Muséum National d'Histoire Naturelle, Département « Hommes, Natures, Sociétés », France, 2008, p.72.

cherche d'autres alternatives pour se faire soigner. C'est dans cette optique qu'un autre interlocuteur renchérit en ces termes :

« (...) C'est un problème de finances aussi, qui rend réticent vis-à-vis de la médecine moderne. Il y a des gens qui rencontrent trop de tracasseries, quand tu arrives à l'hôpital, imagine-toi si tu n'as pas la CNAMGS en ce moment, tu auras du mal à t'en sortir. Tout est devenu cher. Vraiment, ceux qui n'ont pas la CNAMGS, c'est vraiment très dur pour eux. Si déjà nous, qui sommes assurés CNAMGS, on ne s'en sort pas, à combien plus forte raison eux ? Toutes ces complications font que les malades vont voir du côté traditionnel. Ils ont recours aux connaissances des plantes qui guérissent telle ou telle maladie. Ils se disent bon, pourquoi, je vais me tracasser là-bas alors que j'ai ma plante qui peut me guérir ».

En plus de la médecine traditionnelle, les malades ont également recours à l'automédication à l'aide de ce que nous appelons la pharmacie par terre. Le coût des médicaments est moins élevé que lorsqu'on a recours à la médecine moderne ou conventionnelle.

- L'automédication à l'aide de la pharmacie dite par terre

Les dysfonctionnements du système de santé ont permis le développement de nombreux canaux de santé. Il y a, parmi ces canaux, l'automédication pratiquée grâce aux pharmacies dites par terre. Cette pratique qui permet de se soigner soi-même, à l'aide de médicaments douteux, est devenue depuis le début des années 2000 un fait qui mérite d'être étudié. Au Gabon, il représente *in fine* un facteur explicatif du chaos du système moderne de santé.

Ce système de santé est perméable au trafic de tout genre. Le circuit de ravitaillement des médicaments est non maîtrisé et soumis au bon vouloir des personnels de santé qui s'adonnent à des trafics illégaux. L'on voit ainsi des stocks importants de médicaments échapper au contrôle des autorités. Ces stocks se retrouvent aussi bien dans les pharmacies conventionnelles que dans les pharmacies dites par terre. Ces médicaments sont détournés du circuit public.

Plusieurs sources alimentent ce réseau pharmaceutique dit par terre. Il y a certains médicaments qui proviennent de détournements de dons humanitaires ou d'échantillons

médicaux. D'autres proviennent d'un réseau de contrefaçon dont on ignore les origines et les compositions.

Comme le souligne un interlocuteur du service de recouvrement de CHUL, le système de santé gabonais est plongé dans le trafic. Un chaos qui conduit les patients à agir selon leurs intuitions, leurs capacités, leur curiosité, pour se soigner eux-mêmes. Selon un haut cadre de la Direction générale du CHUL, on assiste depuis plusieurs années à l'expansion de ce commerce illégal, aussi bien aux grands carrefours, sur les marchés que dans les rues des quartiers. Le commerce de produits médicaux vendus à l'air libre⁴³⁰ devient une réalité banale. Ces médicaments douteux se vendent sur des étalages, exposés aux intempéries, par des commerçants qui n'ont aucune qualification.

Cette situation qui met en danger la santé des populations est causée par la passivité des pouvoirs publics à sanctionner aussi bien les personnels de santé trafiquants que les commerçants. C'est là toute une chaîne de trafics illégaux, au mépris de la santé des populations. Comme le souligne une habituée des produits issus de la pharmacie dite par terre, il s'agit d'« *une pratique née des malversations économiques des personnels de santé qui veulent à tout prix s'enrichir au mépris de la santé des populations. De leur côté, les populations se laissent entraîner en raison des coûts abordables* ».

Un autre interviewé souligne :

« L'accès aux soins dans les formations sanitaires de notre pays est devenu un fonds de commerce mis en place pour enrichir tout le corps soignant. Chacun à son niveau profite du système pour, soit construire une nouvelle maison avec cet argent, soit acheter une nouvelle voiture ou soit entretenir sa famille et se faire plaisir. Ce qui fait que les malades eux aussi se livrent à des soins douteux qui seraient à la portée de leurs moyens financiers ».

⁴³⁰ Le recours aux pharmacies dites par terre est très développé dans les pays de l'Afrique de l'Ouest comme le Sénégal, comme l'illustre Didier Fassin dans sa recherche sur : *Pouvoir et maladie en Afrique*. Pour lui, le « commerce illégal des produits pharmaceutiques semble très répandu en Afrique (Michel, 1985). Au Sénégal, il existe sur tout le territoire, et particulièrement dans les villes, où l'on trouve trois types de pratiques, en fait étroitement liés les uns aux autres : la vente sur des lieux fixes (le plus souvent marchés) ; le commerce semi-fixe sur de petits étals (en général au coin des rues) ; enfin le colportage par des marchands ambulants qui circulent dans les quartiers (notamment irréguliers). » D. Fassin, *Pouvoir et maladie en Afrique*, op.cit., p.90.

De cet extrait, l'on retient que l'hôpital public gabonais est un lieu de commercialisation où les personnels de santé vendent leurs prestations aux malades, parfois à des prix exorbitants ou à la tête du client, ce qui réduit considérablement la possibilité pour les malades d'avoir recours à leur service. Cette situation oblige les malades à consommer des médicaments issus des pharmacies dite par terre, ne subissant aucun contrôle pharmaceutique et donc soumis à des risques d'aggravation de leur état de santé.

C'est dans ce sens qu'un autre de nos enquêtés renchérit :

« Devant ces trafics économiques qui échappent au contrôle des pouvoirs publics, qu'est-ce que le Gabonais lambda peut bien faire si ce n'est trouver d'autres parades pour se faire soigner. Chercher à se soigner soi-même en ayant recours aux commerçants du quartier qui ont souvent les médicaments comme les dolipranes, la nivaquine et bien d'autres médicaments que l'on retrouve dans les pharmacies conventionnelles. Là-bas, les prix des médicaments sont moins chers. Aussi, on ne te demandera pas une ordonnance du médecin mais plutôt ton intelligence à reconnaître le médicament nécessaire qui pourra te soigner ».

Les dysfonctionnements observés dans les structures de santé sont très mal vécus par les malades. Ces derniers sont frustrés par le comportement, les agissements et les pratiques illégaux des personnels de santé. Ce qui les contraint à se soigner en ayant recours aux médicaments vendus dans les pharmacies dites par terre. Il existe une variété d'appellations pour désigner les pharmacies dites par terre. Parfois, on les désigne par « pharmacie à la sauvette », « pharmacie trottoir », « pharmacie ambulante ». Toutes ces désignations indiquent que nous ne sommes pas dans le cadre d'une pharmacie conventionnelle. L'automédication à l'aide de la pharmacie par terre renvoie ainsi à la vente et à l'usage de médicaments par un circuit non conventionnel et non contrôlé par les pouvoirs publics. Des médicaments vendus dans la rue et très mal conservés, car souvent exposés à la poussière quotidienne et à des températures élevées. C'est une médecine née du malaise du système de santé tel que développé et pratiqué dans les formations sanitaires comme le CHUL.

6.2. Trajectoire spirituelle

Face à la maladie, les Gabonais ont recours aux soins spirituels. La maladie fait intervenir plusieurs techniques de guérison. En effet, comme le souligne Didier Fassin :

« La maladie et son traitement, dans toutes les sociétés, sont objets de savoirs et enjeu de pouvoirs. Dans les villes africaines, les savoirs de l'herboriste, du marabout et du médecin sont en situation de rivalité en même temps que les pouvoirs du thérapeute interviennent dans les champs politiques, religieux et économiques ; la santé y devient un marché où se nouent des relations contractuelles et transitoires entre le malade et le soignant »⁴³¹.

Devant la maladie et surtout face au commerce dans la médecine moderne, les populations préfèrent avoir recours aux plantes, aux écorces, aux racines et surtout au guérisseur. Cette démarche ouvre une porte sur des explications spirituelles à leur maladie. Les malades s'appuient sur des explications surnaturelles comme le mécontentement d'un dieu, d'un génie ou même d'un ancêtre. Dans chaque groupe ethnique, les locuteurs recourent à une base déjà constituée de mots pour désigner leurs malaises, leurs corps, leurs traitements.

- Recours aux soins fondés sur les rites et l'initiation

Même si, « on dit généralement que la médecine traditionnelle constitue la principale source thérapeutique dans les pays en voie de développement et surtout dans les zones rurales et que seulement en cas d'échec, on ferait recours à la médecine conventionnelle »⁴³², dans le cas du Gabon, nous avons pu observer une autre situation. Les dysfonctionnements du système de santé et particulièrement les manœuvres des personnels de santé, au sein des formations sanitaires comme le CHUL, ont accentué le recours aux soins sauvages dans la société gabonaise. Comme le souligne une de nos interlocutrices, maître initiatrice et agent administratif au CHUL :

« Dans les hôpitaux, il y a trop de complications. Des fois, les gens sont mal reçus. Ils sont souvent victimes de malversations financières de tout genre. Tu

⁴³¹ D. Fassin, *Pouvoir et maladie en Afrique*, op.cit., page de couverture.

⁴³² K. Arouna et P. Coppo, *Médecine traditionnelle : acteurs, itinéraires thérapeutiques*, Edizioni, Trieste, 1990, p.9.

dois payer même pour une simple consultation. Quand tu ne connais personne à l'hôpital, tu es contraint de déboursier beaucoup d'argent pour te soigner. Là encore, rien ne te garantit la guérison. Vraiment (ma fille) nous sommes dans une société de doute où l'on se demande, si ce qui nous arrive est normal ou relève de la sorcellerie car vraiment ça existe chez nous ici. On a du mal aussi à supporter le corps quand il ne va pas bien. Alors quand, en plus, il y a des difficultés d'accès à l'hôpital, c'est comme si on nous chasse. Là, on y va directement à la médecine traditionnelle ».

Devant la crainte de l'hôpital qui n'offre aucune garantie de traitement fiable, les malades ont recours à la médecine traditionnelle développée par les ngangas. L'utilisation des plantes naturelles n'est efficace que si l'on y associe l'invocation des forces surnaturelles, à savoir : les dieux, génies, esprits. À ce sujet, l'étude de Mvone-Ndong sur le système de santé traditionnel au Gabon présente la médecine traditionnelle comme la croyance en un être mystérieux aux pouvoirs extraordinaires : *Evu*. Pour comprendre les fondements de la médecine traditionnelle gabonaise, il faut se référer à deux mythes, celui de l'*Evu* et celui d'*Akom*⁴³³. Comme le souligne l'auteur, la guérison du malade dépend de causes qui ne seraient pas nécessairement matérielles, mais spirituelles.

Le nganga se définit comme un personnage hybride, familier des rapports entre le Visible et l'Invisible. Il est doué de connaissances mystiques. Lorsque Mvone-Ndong⁴³⁴ analyse les rites initiatiques gabonais, le Bwiti et le Mbumbaéyano, il aborde les soins mystiques. Le point commun entre ces deux rites est, tout d'abord, l'initiation en tant que moyen privilégié permettant au sujet malade de découvrir les secrets de vie, soit par lui-même et de façon consciente, soit par la manducation de l'iboga, plante sacrée.

Il existe entre les deux rites une partie importante relevant de la phytothérapie. Les plantes sont bien souvent utilisées pour des bains rituels. Ces rites partent de la dimension de la médecine traditionnelle pour opérer par la suite un dépassement dans l'au-delà. Ce qui amène à considérer ces rites aussi comme moyens de construction sociale de la personne. Ainsi, l'auteur, en posant sa problématique de cette manière, fait un dépassement épistémologique de la santé conventionnelle. La dimension mystique s'inscrit dans un registre

⁴³³ S.-P. E. Mvone-Ndong, *La médecine traditionnelle. Approche éthique et épistémologique de la médecine au Gabon*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2008, p.47.

⁴³⁴ *Ibid.*

de protecteur de la vie et de la santé de l'être humain dans sa totalité. Autrement dit, une médecine qui soigne le corps et l'âme.

À ce niveau de réflexion, l'auteur s'inscrit dans le discours de Socrate à Charmide :

« [...] de même qu'il ne faut pas entreprendre de soigner les yeux indépendamment de la tête, ni la tête indépendamment du corps, de même il ne faut pas non plus entreprendre de soigner le corps indépendamment de l'âme, et que la raison pour laquelle de nombreuses maladies échappent aux médecins grecs est qu'ils méconnaissent le tout dont il faudrait qu'ils prennent soin, car lorsque le tout va mal, il est impossible que la partie se porte bien »⁴³⁵.

Les ngangas ont la capacité de soigner les malades dont la maladie relèverait du surnaturel. Et c'est grâce à la connaissance du surnaturel qu'ils arrivent à guérir. Cette maîtrise du surnaturel est possible grâce à l'initiation, c'est-à-dire que pour accéder à la connaissance des plantes et rites, il faut être initié. Comme le souligne notre interlocutrice, maître initiatrice aux rites :

« C'est par la transmission orale que l'on accède à la connaissance de guérir les malades. La médecine traditionnelle, au Gabon, est orale. Elle n'est pas écrite. Les rites sont secrets. Il faut passer par des étapes secrètes pour aboutir à la médecine traditionnelle. Donc, nous, on n'écrit pas. Notre médecine se traduit oralement à travers certains rituels. Ce sont des sortes d'études. Exemple quand on nous dit telle feuille avec telle feuille donc le mélange de ces deux feuilles et tel bois doit donner cette portion, cette portion doit réagir comme ça dans l'organisme et elle doit être prise selon telle dose. Tu respectes et si cela marche, c'est fini. C'est acté. Tu as réussi. Au premier essai, si cela marche, c'est fini. C'est que l'enfant a compris la leçon. Et si cela ne marche pas c'est peut-être parce que tu n'as pas bien respecté les consignes ou parce que tu n'as pas une bonne main. Ce n'est pas tout le monde qui a ce don des soins. On a des visionnaires, on a des guérisseurs. Il y a aussi des gens qui dansent. Dans la médecine traditionnelle, on a des danseurs, les gens qui sont là que pour danser pendant l'initiation. Il y a ceux-là qui sont là que pour chanter. Ces différents participants interviennent chacun à son niveau lors des rites d'initiation ».

⁴³⁵ Platon : Charmide [156^{ème}] cité par S.-P. E. Mvone-Ndong, *La médecine traditionnelle. Approche éthique et épistémologique de la médecine au Gabon, op.cit.*, p. 17.

Une autre personne interviewée explique la manière dont on accède à la connaissance des soins bien que l'on n'appartienne pas à une famille qui a le don de guérison spirituelle.

« Il y a plusieurs manières pour hériter du savoir traditionnel. Soit, c'est de père en fils, entre les membres d'une même famille. Soit, vous n'êtes pas de cette famille, et l'on vous demande d'accéder aux soins, vous êtes obligés de passer par l'initiation. On vous initie. Vous respectez toutes les étapes de l'initiation.

Au cas où vous connaissez la famille et vous ne connaissez rien du spirituel et vous voulez accéder au secret, on vous initie aussi. Et après l'initiation, vous allez commencer à retrouver, dans la partie initiatique, la pratique des soins. On va commencer à vous expliquer les secrets de la famille. Il y a des gens qui ne sont pas dans des familles traditionnelles en tant que telles, mais ils accèdent à cela à travers des initiations. Et ils deviennent des tradipraticiens plus tard aussi ».

Comme l'explique un maître initiateur :

« Moi je fais le rite Maboudji, c'est un rite tsango, qu'on retrouve chez les Puvis aussi. Cela dépend de la région dans laquelle tu es allé te faire initier. Chez les hommes, il y a le bwiti, le missoko. Il y a beaucoup de bwiti. Il y a le niowbè qui est basé surtout sur les soins. Le bwitimissoko ce sont les visionnaires mais avec le temps, ils ont appris les soins. Le plus important dans la tradition c'est de soigner les gens ».

Notre interlocuteur prend, l'exemple du traitement d'un malade de fusil nocturne. Pour elle, le processus de guérison dépend de la gravité ou du degré de la maladie. Si la maladie est aggravée, cela nécessite un rituel de nuit qui serait le plus abouti de tous. Tandis que si le degré du fusil nocturne est moins élevé, ce dernier peut être traité la journée, c'est-à-dire que l'on peut organiser une cérémonie rituelle dans la journée. C'est ce qui ressort de l'extrait d'entretien ci-après.

« (...) Par contre si on voit que quelqu'un a un fusil nocturne, on peut s'en occuper la journée comme on peut le faire la nuit. Cela dépend de son degré d'atteinte. Si l'arc-en-ciel vous a déjà avalé presque tout le corps, cela voudrait dire que votre maladie a atteint une avancée très significative, là il faut faire des veillées, des rituels. Et si c'est encore au début, on peut le faire la journée ou une

demi-veillée, arrivée une certaine heure, on s'arrête. Vous allez faire des soins journaliers. Cela dépend. Si c'est un problème de ventre, par exemple, pour enfanter, on va vous traiter par exemple le jour. Les soins sont à plusieurs niveaux ».

Si les plantes, les écorces et autres produits de la nature comme les animaux, ajoutés à des rituels initiatiques permettent de guérir, ces mêmes plantes font office d'interdits. Ce sont ces interdits qui permettent de prévenir contre la maladie dans toutes ces formes.

- Les interdits traditionnels pour une médecine préventive

Si la médecine moderne est fondée sur la recherche médicale des causes de la maladie⁴³⁶. La médecine traditionnelle porte sur la transgression des interdits qui serait la cause des maladies chez l'homme.

Dans la société traditionnelle gabonaise, il existe des interdits. Ces interdits permettent de prévenir contre toutes sortes de maladies. C'est le cas par exemple des populations vili du Gabon. Cette population, originaire de la province de la Nyanga, a souvent recours à l'automédication ou à la médecine traditionnelle. On distingue deux sortes de médecine traditionnelle. L'une est fondée uniquement sur le traitement par les plantes, les écorces et divers éléments de la nature. L'autre relève de la médecine spirituelle fondée sur les rites initiatiques. Que l'on soit dans l'un ou l'autre cas, la femme enceinte, par exemple, vit sa grossesse sous la contrainte des interdits.

Selon une femme vili qui a beaucoup pratiqué la médecine traditionnelle :

« En dehors du poisson, la femme enceinte ne doit pas manger toutes les autres nourritures qu'on retrouve dans les rivières comme les crevettes et autres. Même le poisson, elle doit faire attention à quel type de poisson elle a affaire. Elle a également interdiction de manger certains aliments comme la banane ou la papaye. Ces aliments risquent de faire apparaître des rougeurs sur le bébé. Il y a aussi l'interdiction de manger justement les poissons-chats afin de prévenir le risque que le bébé souffre de l'asthme. Car l'asthme est une maladie qui provient de ce poisson ».

⁴³⁶ F. Laplantine, *Anthropologie de la maladie : étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Éditions Payot, Paris, 1992, p.277.

Elle complète son explication en ajoutant ceci :

« La preuve, lorsque ce poisson est hors de l'eau, il fait une crise d'asthme. Aussi, tous les crabes (de brousse, de mer ou d'eau douce) sont à éviter pour la femme enceinte parce qu'ils sont à l'origine chez, le bébé, d'une production excessive de salive. Il paraît aussi que la femme enceinte ne doit pas regarder régulièrement vers le ciel pour admirer, admettons, une mangue. Si elle le fait, ben le bébé naîtra avec les yeux qui regardent aussi vers le ciel ».

Au travers de l'ouvrage d'André Raponda-Walker et Roger Sillans⁴³⁷ nous découvrons en fait toute une variété d'interdits qui sont classés en fonction de la situation dans laquelle se trouve l'individu. Pour cela, on retrouve dans la société gabonaise des interdits rituels, liés aux sociétés initiatiques et à la pratique rituelle. Les interdits coutumiers concernent les interdits individuels et collectifs. Tous ces interdits partent de l'interdiction pour les femmes et les enfants et les "non-initiés à l'ésis"⁴³⁸ de manger l'antilope, le cochon sauvage, jusqu'à l'interdiction de manger des crabes pour toute personne qui a une plaie ouverte. Ce sont des règles de conduite qui sont à la fois dictées par les guérisseurs ou qui existent au sein d'une famille, d'une ethnie.

Les interdits dans la médecine traditionnelle permettent de prévenir les individus de toutes sortes de maladies. Une de nos interviewés, maître initiatrice, explique les raisons pour lesquels les individus doivent respecter les consignes de prévention de toutes maladies susceptibles d'être traitées traditionnellement et spirituellement. Voilà ce qui ressort de cet d'entretien :

« Il y a des interdits dès que vous entrez dans un rite traditionnel. Les interdits dépendent de comment vous arrivez dans un rite traditionnel comme le maboudji, là où je suis. Il y a une étape après l'initiation que l'on appelle dipouta. Le dipouta nécessite une certaine défense pour garder votre force interne, donc c'est un paquet qu'on attache et que l'on fait manger à la personne. Et ce paquet a plusieurs objectifs, protéger la personne, éveiller l'esprit de la personne, prévenir quand quelqu'un te veut du mal. Tu as toujours un esprit qui te guide, un esprit d'anticipation. Et aussi un esprit de discernement qui te permet de te faire

⁴³⁷ A. Raponda-Walker et R. Sillans, *Rites et croyances des peuples du Gabon*, Éditions Présence africaine, Paris, 1983, pp.132-137.

⁴³⁸ *Ibid.*, pp.133.

comprendre. Par exemple de savoir que celui qui est en face de moi, c'est un ami ou c'est mon ennemi.

Pour garder cette force interne, il y a des interdits. Il y a des choses que l'on ne fait pas, par exemple faire les rapports sexuels la journée sinon tu perds cette force. Tu fais mourir cette force qui te protège. Car ce sont des choses que l'on a tapées. Donc si tu enfreins ces interdits, tu tombes sérieusement malade et pour soigner cela, on fait venir notre mère spirituelle pour venir t'enlever les défenses. Donc il y a des choses que l'on ne fait pas quand tu as certaines choses dans le ventre. Ce n'est pas obligatoire, on te demande si tu veux passer cette étape ou non parce qu'il y a des interdits. Tel que moi, j'ai cet interdit. Je ne mange pas le silure parce qu'on m'a travaillée avec ça. Si je dois manger un silure, je dois le manger seule et si je commence à le manger c'est du début jusqu'à la fin. Donc je préfère ne pas prendre. Et si jamais je ne respecte pas les conditions de cet interdit, je tombe malade et là, je dois faire venir mon père spirituel ou ma mère spirituelle pour me soigner. Par contre, quand tu respectes ces interdits, cela te protège du mal, de certains maux, cela te permet de garder toujours un esprit éveillé ».

6.3. L'église au service des malades

Depuis la colonisation, il existe la Congrégation des sœurs missionnaires de Notre-Dame d'Afrique, dont les religieuses sont plus communément appelées Sœurs Blanches. Chez les Sœurs Blanches, l'ouverture des dispensaires suivait immédiatement toute nouvelle implantation »⁴³⁹. Les missionnaires s'occupaient de l'évangélisation des autochtones mais aussi des corps souffrants, c'est-à-dire des malades. « La France, traditionnellement fille aînée de l'Église et grande pourvoyeuse de missionnaires au XIXe siècle, se lance dans la conquête coloniale à l'époque où la République devient laïque »⁴⁴⁰. C'est cette image qui a été enseignée aux croyants (catholiques et protestants). Ainsi, l'Église est devenue un foyer d'accueil et de prise en charge des malades. Cette tradition perdue, renforcée par les dysfonctionnements des hôpitaux publics :

« Je préfère aller prier mon Dieu au lieu d'aller exposer ma vie dans les hôpitaux qui tuent les gens là ! Quand je suis malade, quelle que soit la gravité, je prie d'abord, si Dieu me dit d'aller à l'hôpital, j'y vais, mais si ce n'est pas le cas je ne vais pas à l'hôpital. Ces gens qui travaillent sans l'onction de Dieu. Ils font leurs pratiques mystiques la nuit et la journée, ils sacrifient les malades. Pardon, moi, c'est le Saint Esprit qui m'oriente. Avant d'aller à l'hôpital, il faut vraiment prier et demander la volonté de Dieu. Si tu y vas comme ça, tu tombes sur des personnes qui sont là non pas pour soigner, mais pour tuer ».

Pour reprendre l'expression de Joseph Tonda⁴⁴¹, le Dieu de la mission civilisatrice est cette force spirituelle capable de guérir les maux occasionnés par le Génie sorcier. Le Génie sorcier est alors la maladie que le divin guéri. Cette relation participe au schéma de « l'arbitraire qui est au fondement du pouvoir de guérison - autrement dit, la nature de la puissance à laquelle les gens s'abandonnent et obéissent pour guérir - mais aussi sur les discours ou définitions de la maladie et de la souffrance »⁴⁴². À ce titre, il pose la question de savoir : à qui ou en qui croit-on et, donc, obéit-on dans les lieux de guérison divine, et pourquoi ?

⁴³⁹ A. Cornet, *Politiques de santé et contrôle social au Rwanda 1920-1940*, Éditions Karthala, Paris, 2011, p.252.

⁴⁴⁰ D. Borne et B. Falaize, *Religions et colonisation, Afrique, Asie, Océanie, Amériques : XVIe-XXe siècle*, Éditions de l'Atelier, Paris, 2009, p.114.

⁴⁴¹ J. Tonda, *La guérison divine en Afrique Centrale (Congo, Gabon)*, Karthala, Paris, 2002. (Préfacé d'André Mary) (Coll. « Hommes et Sociétés »).

⁴⁴² *Ibid.*, p. 18.

À travers cette question, Joseph Tonda identifie trois dimensions dans lesquelles il inscrit la guérison du malade. Primo, la guérison est présente à travers l'image que véhicule le personnage de Jésus, la Bible et la foi. Il s'agit pour lui de montrer que le symbolisme de Jésus, de la Bible et de la foi permettent de guérir tous les maux auxquels les populations gabonaises sont confrontées sans considération d'âge, de sexe, de classes sociales et de niveaux d'instruction. Les populations sont censées trouver dans les lieux chrétiens de guérison, un pouvoir thérapeutique ou des conjurations plus fortes qu'ailleurs pour faire face aux situations liées au chômage, à la maladie, à la stérilité, aux échecs scolaires et conjugaux, à la politique et à l'économique. Secundo, la guérison est rattachée à une pseudo « puissance » des Églises et des pasteurs. La présence de ces deux forces, selon l'auteur, décèle toutes les maladies. Ce qui amène la plupart des individus à rechercher dans la religion la délivrance et la protection. Et enfin, la troisième dimension de la guérison est inscrite dans la vulgarisation de l'Évangile et des chants de louange et adoration qui sont des sources de réussite et de richesse. C'est à cette dimension que plusieurs registres de guérison sont observés, dont la guérison divine.

Dans cette analyse, Joseph Tonda pose le problème de la profusion des églises dites de réveil au Gabon. Une responsable d'Église nous explique comment elle est parvenue à créer sa propre Église :

« Nous, on avait du mal à comprendre comment le Saint Esprit travaille dans notre ancienne cellule de prière. Avant, avec la Bergère, les choses se passaient bien, c'était l'œuvre du Saint Esprit, depuis qu'elle est partie, le Berger qui l'a remplacée ne nous a pas convaincus. C'est comme si le Saint Esprit n'était plus là. Alors au lieu de dépenser tout le temps l'argent du taxi pour rien, on s'est d'abord regroupé avec les mamans de la cellule qui vivent dans le même quartier que moi, en Nzeng-Ayong. On faisait nos programmes de prière et puis, au fur et à mesure, plusieurs personnes nous ont rejoints. C'est devenu une cellule de prière maintenant. Au début quand on a commencé, on priait là dans mon salon. Comme il y a maintenant beaucoup de personnes, on a agrandi la cellule, on a tiré la devanture pour avoir plus de place. Au début, on priait chacun pour ses problèmes et le Seigneur s'est révélé pour beaucoup de situations. Aujourd'hui, le programme ou le ministère le plus difficile et le plus développé, c'est celui de la guérison. C'est un ministère qui fonctionne avec les mamans et papas qui ont reçu l'appel du Seigneur pour œuvrer selon ce que Dieu révèle pour guérir les

malades. Dans le programme de guérison, il peut y avoir des prières, des massages, des tisanes, des programmes avec des bains... tout dépend de ce que le Saint Esprit nous demande de faire ».

Dans cette cellule de prière devenue depuis 2014 une église, la guérison des malades occupe une place très importante. C'est le programme dominant de l'église. Dès l'entrée de la cellule, on y voit un tableau qui affiche les modalités de prise en charge des malades. Les mardis de 9h30 à 14h30, c'est la réception et le suivi spirituel des nouveaux et des anciens malades. De 14h30 à 17h30 ce sont des moments de massages pour les malades. Le ministère de la guérison est composé de deux groupes ayant cinq membres chacun.

La responsable de l'Église nous explique ceci :

« La prise en charge spirituelle des malades se fait en plusieurs étapes : le premier jour, lors de l'accueil des nouveaux prévu tous les mardis. Si le nouveau croyant est malade et que cela nécessite une prise en charge plus approfondie, Dieu inspire un programme spécial pour le malade ».

Pendant ce programme, le malade doit régulièrement fréquenter la cellule de prière. Venir à toutes les séances du vendredi consacrées à la prière de combat spirituel et, bien évidemment tous les dimanches, pour le culte dominical. Une de nos enquêtés nous explique comment se déroule la prise en charge des malades dans l'extrait suivant :

« Lorsque tu arrives, tu dois avoir ta Bible avec toi. Tu médites d'abord le psaume 51 et le psaume 23. Après la méditation, tu vas devant le tabernacle, à genoux, pour ceux qui ne peuvent pas se mettre à genoux, ils s'assoient au sol. Tu confesses toi-même devant le tabernacle. Une fois que tu as fini avec la confession, tu attends qu'on t'appelle pour le massage.

En fait, la salle est divisée en quatre parties, séparées avec des rideaux. Dans chaque partie, on retrouve un membre de la guérison. Une fois qu'on t'appelle, tu vas derrière le rideau pour rejoindre le membre de la guérison. Tu te déshabilles derrière les rideaux. Pour les femmes, elles restent avec le soutien et un short. Pour les hommes, ils se mettent uniquement en short, torse nu. Après un bref échange de salutation avec la masseuse, tu lui indiques où elle doit masser.

La masseuse doit rester en prière parce qu'il s'agit d'un travail qui nécessite la prière et la concentration permanente. Un jour avant de masser, les

membres du ministère de la guérison font un jeûne de combat. Le jour J, ils doivent rester toujours concentrés parce qu'il y a des combats spirituels qui ont lieu au moment du massage. Ce n'est pas que des massages simples, ce sont des massages de délivrance. Pour quelqu'un qui a mal au pied, ça peut être un fusil nocturne par exemple. Alors, pour discerner ça, il faut être dans la prière constante, sinon, tu risques aussi pour ta vie ».

Les séances de massages sont organisées de telle sorte que chaque membre du ministère de la guérison a une mission bien spécifique. Généralement composé de cinq personnes, un membre s'occupe de l'accueil des malades, pour renseigner et orienter ces derniers. Une fois que c'est fait, les malades qui ont fini la méditation et la prière de supplications sont ensuite invités par un des quatre membres chargés du massage. Il y va avec un pagne personnel qu'il étale à même le sol. Le massage se fait en position allongée du malade. Tous les soins se font à partir du massage, comme précisé par notre enquête.

« Le membre qui masse est sous l'onction du Saint Esprit. Généralement, ils sont en transe. Directement liés au Saint Esprit. Quand il touche le malade, il y a le Saint Esprit qui lui parle pour lui dire de masser simplement ou avec le citron. En appuyant un peu plus ou soit avec des coups de gifles. Ce n'est pas juste pour taper la personne, mais c'est pour la délivrer ! »

Pendant que cette étape a lieu, la bergère ou la servante de Dieu est dans un autre box. Elle est disposée à recevoir les malades qui ont des situations particulières à lui exposer. *« Quand tu finis ton massage, tu peux demander à voir la servante de Dieu pour lui expliquer soit un rêve, soit une situation bizarre ou même l'évolution du traitement que tu prends ».*

En effet, le programme de guérison ne se limite pas au niveau du massage. Un fidèle de l'église nous explique ceci : *« Lorsque tu rencontres la servante de Dieu, le Seigneur peut descendre un programme pour toi. Tu pourras pendant un certain temps prendre des bains, des tisanes avec de l'eau bénite ».* Dans le suivi des malades, il y a des programmes particuliers :

« Les gens qui ont le programme des tisanes, ils déposent le dimanche un bidon de cinq litres vide. Pour fabriquer ces bains de tisanes généralement, on a besoin de gingembre, de l'ail et du citron. Les membres de la guérison font bouillir tout ça dans une grande marmite, sous le contrôle de la bergère. On

rajoute certaines feuilles qu'on retrouve facilement en brousse. On prépare le tout au feu de bois. Tous les mardis, les malades récupèrent les tisanes déjà prêtes. Pour l'huile d'onction, il faut prévoir la somme de 9500 francs CFA. Pour sa fabrication, on y met de l'huile de palme et du Vicks Venporine qu'on laisse chauffer. Concernant l'eau bénite, il faut attendre le mardi. Dimanche, les malades emmènent les bidons vides de 5 litres et le mardi, ils les récupèrent avec de l'eau bénite. Pour la fabriquer, on y met de l'eau et un peu de sel. On prie avant de poser le tout devant le tabernacle, ce jusqu'au mardi, lorsque chacun repart avec sa commande ».

L'étape qui vient après celle du mardi, c'est le culte de combat spirituel prévu tous les vendredis de 16h30 à 21h. Avant cette séance de prière, il y a parfois le massage des malades organisé le vendredi de 14h30 à 16h30, juste avant la prière de combat spirituel.

« Comme son nom l'indique, c'est une séance spéciale de délivrance des malades. On prie beaucoup pendant cette séance, on combat tous les esprits démoniaques qui perturbent nos vies. Quand tu viens à cette séance, il faut être préparé parce que tout est spirituel. Il y a des versets bibliques de combat, des chants d'adoration et de louange. Tout ça c'est pour combattre les mauvais esprits. C'est le jour où on ne fait rien d'autre que la prière de combat. Tous les membres de l'église engagés dans un ministère doivent être en jeûne. Les malades qui peuvent aussi jeûner, ils le font. On se retrouve tous pour le combat spirituel dès 16h30 ».

Pour le malade qui a suivi toutes ces étapes, il est également souhaitable que celui-ci prennent part au culte dominical. Ils ont lieu tous les dimanches de 9h30 à 14h. C'est le jour du Seigneur avec un programme complet de culte dominical : prière, chant, adoration, prédication, offrande et témoignage. Comme précisé ci-après par notre enquêtée :

« La servante de Dieu dit toujours que les personnes qui sont suivies ici doivent assister au culte du dimanche. On ne sait jamais, parfois Dieu peut révéler ton programme de guérison pendant le culte aussi. De toutes les façons, il y a toujours une prière des malades pendant le culte. Donc c'est bien d'être toujours là ».

Ce culte dévoué à la guérison divine des malades est expliqué dans le témoignage de l'une de nos enquêtées. Cette dernière nous relate ce qu'elle a vécu dans cette église dite de réveil, jusqu'à ce qu'elle obtienne des enfants alors qu'elle était « stérile mystiquement » pour reprendre son expression.

« Je m'appelle Audré, j'ai 32 ans, j'ai eu deux enfants grâce à notre Église. J'avais des complications dans mon couple pour avoir des enfants. Quand j'ai commencé à prier ici, Dieu avait déjà parlé. Pour me dire de persévérer dans la prière, il allait me donner des enfants. Donc j'ai suivi le programme des malades du mardi, vendredi et dimanche. Quand je suis tombée enceinte, je suis venue le signaler lors de la réception des malades le mardi. La servante de Dieu m'a donné un programme. Tous les vendredis de 14h à 16h30, c'est le suivi spirituel des femmes enceintes. On vous fait des massages, on a parfois des bains et l'eau bénite surtout pour les grossesses compliquées. Parfois, certaines femmes enceintes dorment même à l'église quand il y a trop de complications. C'est la bergère elle-même qui nous suit, parfois, c'est même elle qui nous masse. Quand elle touche ton ventre, le Seigneur lui montre le bébé, elle sait si tout va bien ou pas. S'il y a un problème, généralement, elle rentre en transe et le Seigneur lui dit comment faire pour que la grossesse et l'accouchement se passent bien. Après le massage du vendredi, vu que nous aussi, on a le même programme que les autres malades. On vient au culte dominical et on témoigne aussi quand Dieu fait des miracles. Tel que moi, j'ai témoigné quand j'ai eu mes enfants. Le Seigneur m'avait délivrée des liens mystiques de ma famille qui ne voulaient pas que j'ai des enfants. Aujourd'hui, je suis maman, c'est grâce à l'église d'abord ».

Les églises participent à certains égards à la guérison des malades au travers des programmes complets qui s'étalent presque sur toute la semaine. La prise en charge des malades est la mission principale des églises.

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

Cette immersion au sein de la CNAMGS, du CHUL, des églises et lieux de guérison mystique, nous a permis d'avoir un regard croisé sur l'accès aux soins pour tous au Gabon.

À propos de la CNAMGS, notre étude montre que cet organisme de santé gabonais souffre des maux qui ont entraîné la mort de la CNGS. Ces maux qui minent la gestion interne de l'organisme ont des retombés dramatiques sur les Gabonais économiquement faibles (GEF). Ce d'autant plus que le Gabon traverse depuis 2014 une crise économique de grande envergure. Les effets de cette crise sont doublement dommageables, à partir du moment où cela augmente le nombre des GEF et en même temps réduit les marges de manœuvre de la CNAMGS. Cette situation remet en cause les fondements de cet organisme de santé national. Le CHUL, premier hôpital du Gabon, est confronté à une médecine qui s'exerce avec les moyens du bord (personnel et matériel insuffisants). En plus de ces manquements, nos données d'enquête dévoilent des pratiques non professionnelles en tête desquelles la marchandisation des soins et la médecine de classe. Cet environnement incertain et problématique a des effets sur les malades, qui n'hésitent pas à recourir aux soins sauvages.

Le recours intensif à ces différentes méthodes est le symptôme d'un système de santé malade de son propre fonctionnement : sous-effectifs des personnels de santé, absence de matériel médicaux, rupture de stock de médicaments, infrastructures vétustes, marchandisation des soins et des consultations, médecine de classe, non-considération des malades, retards et absentéisme au travail.

L'écart entre la stratégie politique de santé et l'accès aux soins pour tous est criant ce qui ternit l'image du système de santé gabonais. De cette analyse, il ressort quatre autres manières de se faire soigner. Il s'agit, de l'automédication traditionnelle, de l'automédication à l'aide des pharmacies dites par terre, de la trajectoire mystique et enfin du recours aux prestations des églises. Ainsi, devant la maladie, les malades recherchent d'autres moyens de guérison. Que ce soit l'automédication, les soins mystiques ou les soins par la foi, le but recherché est le même : celui de se détourner des soins modernes.

Les soins sauvages cohabitent tout en se faisant la guerre les uns et les autres. C'est l'éternel débat au cours duquel les ngangas sont fiers de vivre en connexion directe avec les coutumes de leurs ancêtres, pendant que les hommes d'église se réclament d'être des enfants de Dieu. Pour ces derniers, les soins mystiques sont alors diaboliques.

Toutefois, il serait intéressant de considérer le caractère complémentaire de l'automédication traditionnelle à la médecine moderne. Cette complémentarité pourrait se fonder sur l'approfondissement des recherches sur les pratiques sauvages qui sont entreprises dans le cadre d'une automédication traditionnelle.

CONCLUSION GENERALE

L'analyse de l'accès aux soins menée dans le contexte gabonais s'est appuyée tout d'abord sur une analyse qualitative visant à décortiquer les politiques publiques à partir de l'examen détaillé des lois et des procédures en vigueur.

Cette analyse, présentée dans la première partie supposait de revenir sur l'impact de la colonisation du Gabon. Puisque cette thèse effectuée en France sous la double direction d'un professeur de l'université de Libreville et d'une professeure de l'université de Lorraine, s'adresse à des lecteurs de ces deux pays, il semblait d'autant plus nécessaire de clarifier ces aspects de la question. Le public français ne connaît pas nécessairement l'histoire de ses anciennes colonies et la manière dont le présent est encore travaillé par ce passé.

La plupart des travaux consacrés à la santé au Gabon se concentrent sur un point précis, les structures de santé, par exemple, sans chercher à ressaisir leurs liens avec les politiques gouvernementales qui les instaurent. Or, toutes les procédures de santé publique élaborées dans le cadre de programmes précis ne surgissent pas de rien. C'est la raison pour laquelle nous avons commencé cette étude par une contextualisation de ces programmes : d'abord, comme nous venons de le dire, à travers une mise en perspective historique, ensuite en examinant les politiques internationales qui encadrent et stimulent les choix nationaux.

Dans la deuxième partie de cette recherche, il s'agissait de confronter ces intentions politiques aux réalités de terrain. Nous avons concentré nos analyses sur la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale et sur le Centre Hospitalier Universitaire de Libreville, c'est-à-dire sur un dispositif visant à améliorer l'accès aux soins et un établissement public considéré comme pilote dans la réduction des inégalités.

Le cas du Gabon est intéressant à plus d'un titre. Il est toutefois un point sur lequel il faut insister. Ce pays dispose de larges ressources économiques pour une population peu nombreuse. Il a donc des moyens financiers pour développer une stratégie ambitieuse de santé publique et ce, même en temps de crise. Pourtant, comme nous l'avons montré, la situation sanitaire est catastrophique. De ce point de vue, réduire la question de l'accessibilité aux soins de qualité à une question purement économique n'a pas de sens. Le cas du Gabon permet ainsi de mettre en évidence les limites d'une analyse strictement technique et financière. Il suggère donc de prendre le problème sous un autre angle : la sociologie a toute sa place pour étudier au plus près du terrain l'écart entre une volonté politique affichée et la réalité extrêmement préoccupante du système de soin.

Cependant, il ne s'agit pas d'aller trop vite en transposant la réalité gabonaise à l'ensemble de l'Afrique. Dans certains pays de ce continent, il est vrai que l'argent manque

cruellement. L'étude du Gabon soulève néanmoins quelques questions. Peut-être faut-il considérer le problème sous ces multiples facettes pour que l'argent insufflé dans les politiques de santé vienne effectivement améliorer l'accès aux soins des populations.

Une stratégie politique prometteuse

Héritant du système colonial, les gouvernants gabonais ont manifesté le désir d'améliorer le système de santé. De fait, les pouvoirs publics ont réalisé des progrès considérables dans la définition de grandes lignes stratégiques en matière de santé publiques. Ceci a été rendu possible, au moins en partie, grâce à l'apport étranger. Nous avons souligné qu'avant d'être nationales, les politiques de santé au Gabon étaient d'abord une œuvre internationale. Il s'agissait alors pour les pouvoirs publics de se réappropriier ces stratégies internationales.

L'injonction internationale a commencé à partir de 1960, date à laquelle le Gabon a accédé à l'indépendance. Parmi les acteurs clés qu'il était important d'identifier, il fallait examiner plus précisément le rôle de l'OMS, l'Unicef, UNFPA, la Croix-Rouge, mais aussi des coopérants internationaux (France, Chine, Egypte, etc.). Leurs apports sont de différente nature : financier, technique, matériel et structurel.

C'est ainsi que les pouvoirs publics gabonais ont amélioré la qualité des textes fondamentaux destinés à encadrer le système de santé sur le plan juridique, opérationnel et structurel. Au niveau juridique, on note l'adoption de plusieurs lois et décrets. Cette stratégie est soutenue par une volonté opérationnelle qui oriente désormais l'accès aux soins dans les hôpitaux gabonais. Au niveau structurel, nous avons identifié une diversification des prises en charge de la santé en fonction de couches sociales : travailleurs du privé, fonctionnaires, indigents.

Faute de coordination, cette diversité d'acteurs comporte des limites. Chacun intervient sans nécessairement tenir compte de l'ensemble. En tous les cas, la complémentarité des interventions n'est pas évidente pour les Gabonais.

Si les textes et les déclarations fixant les politiques nationales de santé se moulent sur le modèle des organismes internationaux et semblent gagner en cohérence, leur mise en œuvre est loin d'être effective.

La population gabonaise est confrontée à l'écart persistant entre les discours et les pratiques. Cet écart est si frappant que l'appareil idéologique des pouvoirs publics manque

nécessairement sa cible si, effectivement, il opère en direction des usagers. Mais s'adresse-t-il véritablement à eux ? N'est-ce pas plutôt un discours qui vise les instances internationales qu'il s'agirait de convaincre des efforts politiques en vue d'une réduction des inégalités et d'une démocratisation de la société gabonaise ? C'est possible, tant ces organismes sont au final, très éloignés du terrain. Ils peuvent bien plus facilement être les dupes des stratégies politiques affichées, voire avec une certaine complaisance, feindre d'y croire pour justifier leur propre rôle sur la scène internationale.

Dans les pays du Nord, les normes internationales de santé s'appliquent effectivement, ce qui a des incidences sur l'état de santé des populations et l'espérance de vie. Selon Florent Schepens, si ces progrès sont reconnus de tous, c'est parce qu'il y a un véritable engagement des professionnels de la santé qui combattent la mort au quotidien⁴⁴³. Le contraste est frappant avec la situation gabonaise.

Ce décalage justifie une étude approfondie de la mise en œuvre des directives élaborées au sommet de l'État, au plus près des usagers, ce qui confère à cette thèse une forte dimension empirique et pratique.

Le contraste de la stratégie politique de santé

Le système de santé gabonais demeure précaire et accumule des problèmes de plusieurs ordres : difficulté de financement, d'organisation, de fonctionnement et de coordination. Les populations sont les premières à en pâtir. Ces dysfonctionnements qui paralysent l'accès aux soins au Gabon sont en grande partie liés à des pratiques stimulées par une quête de profit qui ne trouve que peu de freins au niveau organisationnel et institutionnel. La complaisance des pouvoirs publics à l'égard de la poursuite de l'intérêt privé et au détriment de l'intérêt commun est préoccupante. On note des détournements systématiques des budgets alloués à ce secteur, ce qui a des conséquences désastreuses en termes d'équipement. L'hôpital gabonais, comme nous l'avons étudié à travers le cas typique du CHUL, applique très faiblement la stratégie politique de santé. La fragilisation de l'accès aux soins pour tous est causée en partie par les pratiques des personnels hospitaliers pour lesquels la santé est un produit qui s'achète et se vend. Plusieurs cas de figures de la marchandisation des soins ont été mis en avant tout

⁴⁴³ « Dès lors, les formidables progrès de la médecine sont source d'immenses espoirs et la population française est tentée de croire que pour la science médicale rien n'est impossible, qu'il y aura toujours un nouveau traitement, une nouvelle technique qui nous permettra d'éviter la mort ». Tiré de F. Schepens, « introduction », in Florent Schepens, *Les soignants et la mort*, Éditions érès, Coll. « clinique du travail », 2013, p.8.

au long de cette thèse. Aujourd'hui encore, accéder aux soins au Gabon nécessite d'avoir de l'argent et d'entrer dans une forme de négociation avec les personnels de santé.

L'existence d'une médecine de classe renforce les inégalités. Plus le malade appartient ou se rapproche de la classe sociale supérieure, mieux il est pris en charge lors de son séjour à l'hôpital. En ce sens, il semble que les personnels de santé choisissent de privilégier les malades qui ont un pouvoir économique important, au détriment des malades dont les moyens sont limités. Ils reproduisent et maintiennent les inégalités sociales particulièrement sensibles dans la société gabonaise.

L'accès aux soins pour tous « à la gabonaise »

Les dysfonctionnements multiformes que connaît le système hospitalier au niveau de l'accès aux soins pour tous, pourtant prôné et soutenu sur le plan international et national, accablent les malades. Dans les hôpitaux publics, ils sont confrontés à la maltraitance physique, psychologique, morale et économique.

Les plaintes se succèdent, mais aucune amélioration n'intervient dans la prise en charge. L'absence de solution pérenne a favorisé le recours à la médecine traditionnelle, qui avait pourtant connu un repli important après l'indépendance. C'est une médecine à laquelle plus des trois quarts de la population a recours, tandis que la médecine moderne est en plein déclin. Il s'agit de l'automédication, de la trajectoire spirituelle et des prestations des églises. A cela s'ajoute un autre phénomène : l'automédication à l'aide des pharmacies dites par terre,

Diagnostic médical comme repère objectif face à l'imaginaire de la santé au Gabon

Sur le continent africain, comme le précise Marc-Éric Gruénais :

« Dès que l'on évoque les situations sanitaires en Afrique en général, et fonctionnement des grands hôpitaux des capitales africaines en particulier, les digressions sur le dysfonctionnement des systèmes de santé africains ne manquent pas : absence de médicaments, équipements hors d'usage, personnels non motivés ; les usagers se plaignent de ces structures sanitaires non fonctionnelles, du mauvais accueil ; les personnels formulent des jugements sévères à l'égard des patients et de leur entourage qui s'adressent aux structures « en dernier recours », alors que le malade est trop affaibli pour qu'un traitement puisse être efficace.

Quiconque s'est penché sur la situation des structures sanitaires en Afrique connaît bien ces doléances qui prennent vites l'allure de litanies »⁴⁴⁴.

De son côté, Marc-Éric Gruénais se pose la question de savoir pourquoi, malgré de tels dysfonctionnements, les populations africaines continuent de fréquenter les hôpitaux publics ? Dans le cas des populations du Congo-Brazzaville, l'auteur explique qu'elles ont gardé l'habitude de se rendre à l'hôpital pour échapper aux amendes et sanctions :

« Ainsi, par exemple, il était obligatoire aux femmes d'être suivies dans des centres de santé maternelle et infantile durant leur grossesse et d'accoucher dans une structure sanitaire. À défaut d'avoir été suivies durant la période prénatale, au mieux, les femmes devaient s'acquitter d'une amende si elles désiraient accoucher dans une structure, au pire, on ne leur permettait pas d'accoucher à l'hôpital ou au dispensaire »⁴⁴⁵.

Pourquoi les populations gabonaises continuent-elles de fréquenter le CHUL ?

Les travaux de Joseph Tonda sont particulièrement éclairants sur cette question. Il existe au Gabon ce qu'il appelle le fétichisme africain :

« Toutes ces formes de fétichisme sont ordinaires en Afrique centrale, et particulièrement au Gabon. Tout se passe comme si chaque imagination de chercheur ne voyait qu'un aspect du fétichisme : l'imagination de Marx, celle de Freud, celle de Bourdieu, etc. Mais l'imaginaire non scientifique africain, pris dans sa globalité, n'est pas la science, qui construit des théories, qui les inscrit dans les paradigmes, pour penser la totalité des systèmes ou les individus. Il n'empêche qu'il y a entre l'imagination scientifique du fétichisme et l'imagination non scientifique africaine un rapport étrange : la science, en prenant l'imagination africaine du fétichisme comme objet, veut en révéler les secrets, les dimensions ou les logiques individuelles ou collectives cachées »⁴⁴⁶.

⁴⁴⁴ M.-E. Gruénais, « À quoi sert l'hôpital africain ? l'offre de soins à Maman Bwale (Brazzaville) », *Les annales de la recherche urbaine*, 1996, n°73, Ville et santé publique, pp. 118-119.

⁴⁴⁵ *Ibid.*, p.120-121.

⁴⁴⁶ J. Tonda, *Le souverain moderne : le corps du pouvoir en Afrique centrale (Congo, Gabon)*, Éditions Karthala, Paris, 2005, p.176.

L'imaginaire africain est entretenu par les hommes d'église et les pratiquants des cultes mystiques (les ngangas)⁴⁴⁷ qui ne cessent de véhiculer l'idée selon laquelle les pères, les oncles, les tantes, les frères, les sœurs, les mères, etc., seraient les responsables des malheurs, notamment des échecs répétés aux examens, du chômage, des stérilités, des maladies ou des morts de leurs proches. Ces accusations entraînent des divisions de familles, des violences allant jusqu'aux assassinats⁴⁴⁸.

Devant une telle situation, l'hôpital permet aux populations gabonaises d'établir une distinction entre « une maladie de l'hôpital » et « une maladie mystique ». « Une maladie de l'hôpital » est une maladie qui a été diagnostiquée à l'hôpital et pour laquelle le corps médical a trouvé une explication et un traitement. En revanche, « une maladie mystique » est une maladie que l'hôpital ne parvient pas à diagnostiquer. Une grande partie de la population gabonaise va à l'hôpital pour se rassurer et identifier le type de maux qui frappe le malade. Le diagnostic de l'hôpital est ainsi perçu comme un repère objectif pour détecter les maladies mystiques.

Au cours de l'enquête de terrain, nous avons pu observer la situation de malades exclus du CHUL. Ce sont des patients pour lesquels le CHUL estime qu'il ne peut les prendre en charge parce que son personnel et son appareillage ne parvient pas à établir un diagnostic. Bien souvent, c'est le médecin ou l'infirmière qui s'étonne devant le malade du fait que les examens médicaux soient « muets ». Dans ce cas, le malade est dirigé vers d'autres solutions. C'est ici que l'on sort du raisonnement objectif pour se livrer à l'imaginaire de la santé gabonaise.

Défini par Cornelius Castoriadis⁴⁴⁹, l'imaginaire caractérise la pensée humaine qui se fonde sur des figures, des formes et des images. L'imaginaire est par exemple l'ensemble des représentations à partir desquelles les hommes expliquent la création du monde et son fonctionnement. Bien entendu, cette représentation varie selon le type de société.

Joseph Tonda, sociologue de l'imaginaire, a mené plusieurs travaux en Afrique centrale (Congo-Brazzaville et Gabon). Dans l'ouvrage *Le souverain moderne : le corps du pouvoir en Afrique centrale (Congo, Gabon)*, l'auteur aborde l'imaginaire comme :

« Une puissance hégémonique unique instruit et administre le rapport aux corps, aux choses et au pouvoir en Afrique centrale : le souverain moderne. Elle est constituée à la fois par les fantasmes et les réalités, les esprits et les choses, les

⁴⁴⁷ Il s'agit d'un terme pour désigner le guérisseur ou médecin traditionnel. À ce sujet, lire Mboumba Moulambou, *Regards sur les Nganga du Sud-Gabon*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2015.

⁴⁴⁸ J. Tonda, *Le souverain moderne : le corps du pouvoir en Afrique centrale (Congo, Gabon)*, op.cit, p.17.

⁴⁴⁹ C. Castoriadis, *L'institution imaginaire de la société*, 5^{ème} édition, Éditions du Seuil, Paris, 1975, p.7.

imaginaires et les matérialités constitutifs des puissances contemporaines en interaction du capitalisme, de l'État, du christianisme, du corps, de la science, de la technique, du livre et de la sorcellerie. Son principe est la violence de l'imaginaire, violence du fétichisme. Cette violence qui s'exerce sur les corps et les imaginaires au moyen d'images (icônes, symboles, indices), de gestes corporels, de mots, doit son efficience aux consentements révoltés et aux connivences paradoxales de ces corps et imaginations »⁴⁵⁰.

Il existe un lien étroit entre le diagnostic de l'hôpital et l'imaginaire de la santé au Gabon. Le diagnostic médical permet au malade, aux parents et à la communauté d'interpréter la maladie et de la classer :

« Si l'hôpital n'arrive pas à diagnostiquer une maladie, pendant que la personne se plaint d'un mal-être, elle maigrit, ne dort plus, bref rien ne va plus bien, c'est que la cause se trouve dans la dimension surnaturelle ». C'est que : « mon frère, si l'hôpital ne trouve pas la cause de ta maladie, il faut déjà aller voir à la tradition ou à l'église ! ». Car pour le malade et sa famille, « en ce cas, la maladie, loin de ne représenter qu'un cortège de destructions, permet de retrouver le « vrai sens de la vie » qui ne réside pas dans sa dimension sociale. La maladie offre, alors, la possibilité d'une révélation, voire d'un dépassement de soi »⁴⁵¹.

Nous avons pu observer le parcours d'un malade exclu du CHUL et livré à l'imaginaire de la santé gabonaise. L'extrait qui suit fait état d'une situation dans laquelle un médecin du CHUL revient vers un malade après avoir pris connaissance de ses examens médicaux :

« Ah mais, je ne sais pas de quoi vous souffrez monsieur François. On a reçu les résultats des examens passés et là, je ne vois rien. D'après ce que j'ai vu, tout va bien, il n'y a aucune trace qui pourrait faire penser à un traumatisme. Même si je vois que vous souffrez avec ce mal dans le pied, moi je ne vais pas pouvoir te donner un traitement précis en dehors des calmants. C'est bizarre mais c'est comme ça. Ce n'est pas une situation qui est au niveau de l'hôpital, il faut peut-être aller voir ailleurs. Ça ne sert à rien que je vous garde là parce qu'on ne pourra rien faire de plus ».

⁴⁵⁰ J. Tonda, *Le souverain moderne : le corps du pouvoir en Afrique centrale (Congo, Gabon)*, op.cit., p.7.

⁴⁵¹ F. Boursier et al, *Des représentations dans les institutions sociales et médico-sociales*, Éditions Scopedit, Lyon, 2000, p.15.

À l'annonce de ce verdict, monsieur François rentre dans une profonde tristesse. Sa douleur inexplicée entre désormais dans la catégorie des attaques mystiques. Celle-ci est appelée « fusil nocturne ». Le fusil nocturne est une douleur intense que le malade ressent au niveau du pied. La souffrance peut être accompagnée de gonflements. Cette douleur est active dans la nuit, provoquant ainsi des insomnies et l'amaigrissement. Le « fusil nocturne » ou même « cpt », qui signifie « c'est pour toi », est une attaque mystique qui se produit souvent pendant le sommeil. Elle est provoquée par un ennemi qui se venge. La victime ou le malade reçoit une balle mystique (d'où le nom de fusil nocturne), ce qui explique ici, le fait que la personne ressente des douleurs au niveau des pieds. Dans ce cas, rien ne transparaît dans les examens médicaux.

Nous nous sommes rapprochés d'un membre de la famille de monsieur François pour recueillir son avis sur la situation. Notre enquêteur explique :

« Je me fais des soucis pour mon cousin, on a grandi ensemble, je sais que c'est un type bien, mais depuis quelques jours je ne le vois plus traîner dehors comme d'habitude après le travail. C'est comme ça que je vais le voir et là, je suis dépassé de constater comment il a maigri. Il me dit qu'il ne dort pas la nuit, tous les soirs il ressent une douleur terrible au pied. Je lui ai donc demandé s'il est tombé ou a fait un faux pas, il me répond qu'il n'a rien eu de tout ça. La douleur a commencé un soir et cela dure depuis une semaine déjà. Au départ, il pensait que ça passerait en faisant des massages tout seul mais rien. Le pied a commencé à s'enfler. C'est à ce moment qu'il est allé au CHUL. Là-bas, on lui a fait des examens, la radio je crois, mais toujours rien. Les examens ne montrent rien alors que la personne souffre. Alors dans ce cas-là que veux-tu ? Il faut absolument qu'il aille à la tradition pour comprendre ce qui se passe. Quelqu'un ne peut pas souffrir comme ça, le pied enflé en plus et rester sans rien faire. C'est très bizarre tout ça. Si au moins à l'hôpital, ils avaient trouvé quelque chose, je comprendrais. Là au moins, on saurait de quoi il est question. Mais là, ce n'est pas le cas, ils ne voient rien là-bas, ça sert à rien de repartir. Il faut s'orienter vers la tradition pour découvrir qui a fait ça et surtout pour le soigner ».

Voici un cas typique de malade exclu du CHUL et qui va s'orienter vers l'imaginaire de la santé.

La mise en place d'une politique de santé inspirée des pays occidentaux doit tenir compte d'éléments bien éloignés des schémas scientifiques et techniques qu'elle valorise. Or, il est bien difficile de trouver des points d'appui pour prendre en compte des manières de penser différentes afin de les reconnaître pour un usage non instrumental et non aliénant. Ce travail ouvrirait sur de nouvelles enquêtes à forte dimension épistémologique.

Au Gabon, les politiques de santé ont été introduites dans un contexte travaillé par le colonialisme mais aussi par le capitalisme prédateur qui, loin d'avoir été éradiqué persiste. Certaines couches de la population gabonaise en ont largement profité. Pour garder leurs privilèges, elles peuvent instrumentaliser les croyances, mais aussi laisser se développer à un niveau très local et à petite échelle, cette même mentalité prédatrice.

La corruption à grande échelle se déclinerait ainsi dans toutes les strates d'activité, chacun (ou presque) y prenant sa part. En ce sens, il est difficile de remettre en cause les pratiques quotidiennes de corruption, de marchandisation et de médecine de classe constables au sein des établissements publics, sans immédiatement braquer le projecteur sur ce qui se passe à une échelle impliquant cette fois-ci, les grandes firmes internationales capitalistes et les puissances politiques nationales.

Est-ce du côté de l'économie de prédation et de ses avantages pour une partie infime de la population qu'il faut se tourner pour comprendre la complaisance des responsables nationaux et internationaux à l'égard d'un système qui, dans les discours, s'approprie tous les codes convenus du Nord, et dans les faits, n'atteint pas le minimum d'efficacité des systèmes de santé des pays dits développés ? Tolérer la corruption à petite échelle, n'est-ce pas d'une certaine façon « compenser » par de petites illégalités et de petits profits, les effets d'une corruption de plus grande ampleur, celle sur laquelle il faudrait, à tout prix, que les Gabonais acceptent de fermer les yeux ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et articles

- Adam Ph. et Herzlich Cl., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Éditions Armand Colin, Paris, 2007.
- Aicardi de Saint-Paul M., *Le Gabon : du roi Denis à Omar Bongo*, Éditions Albatros, Paris, 1987.
- Aissou M. et al, *Structurer les parcours de soins et de santé : politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi santé*, Éditions LEH, Bordeaux, 2016.
- Amat-Roze J-M., « L'infection à VIH/sida en Afrique subsaharienne, propos géographique, *Hérodote*, 2003, volume 111, n°4, pp. 117-155. URL : <https://www.cairn.info/revue-herodote-2003-4-page-117.htm>
- Amin S. et Coquery-Vidrovitch C., *Histoire économique du Congo 1880-1968*, Éditions Anthropos, Paris, 1969.
- Arborio A-M., « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, 1995, volume 13, n°3, pp.93-126. URL : www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1995_num_13_3_1339
- Arliand M. et Robelet M., « Réformes du système de santé et devenir du « corps médical » », *Sociologie du travail*, 2000, volume 42, n°1, pp. 91-112.
https://www.jstor.org/stable/41928646?seq=1#page_scan_tab_contents
- Arouna Keita et Coppo P. (Sous dir.), *Médecine traditionnelle : auteurs, itinéraires thérapeutiques*, Éditions Edizioni, Coll. « Collection scientifique », Trieste, 1990.
- Askenazy P. et al., « Pour un système de santé plus efficace », *Notes du conseil d'analyse économique*, 2013, vol 8, n°8, pp.1-12. <http://www.cae-eco.fr/IMG/pdf/cae-note008.pdf>
- Audoynaud A., *Le docteur Schweitzer et son hôpital à Lambaréné : l'envers d'un mythe*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2006.
- Augé M., « L'anthropologie de la maladie », *L'Homme*, 1986, volume 26, n° 97, pp. 81-90. « L'anthropologie : état des lieux ».
http://www.persee.fr/doc/hom_0439-4216_1986_num_26_97_368675
- Augé M. et Herzlich C., *Le sens du mal : Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Éditions des archives contemporaines, Coll. « Ordres sociaux », Paris, 2004.
- Aujaleu E., « La formation des personnels de santé dans les pays du Tiers Monde, en Afrique », *Tiers-Monde*, 1973, volume 14, n°53, pp. 67-78.
http://www.persee.fr/doc/tiers_0040-7356_1973_num_14_53_1904
- Aujoulat L-P., *Santé et développement en Afrique*, Éditions Armand colin, Paris, 1969.

- Ayé M., *Le marché de la solidarité pour l'accès aux soins en Afrique*, Éditions Université Européenne, Coll. « OMN. UNIV. Europ. », Paris, 2010.
- Bado J-P., *Médecine coloniale et grandes endémies en Afrique 1900-1960 : Lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose*, Éditions Karthala, Coll. « Hommes et Sociétés », Paris, 1996.
- Bado J-P. (Dir.), *Les conquêtes de la médecine moderne en Afrique*, Éditions Karthala, Paris, 2006.
- Bailly F., « Geneviève Cresson et François-Xavier Schweyer (sous dir.), Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail : aspects sociologiques », *Sciences sociales et santé*, 2003, volume 21, n°1, pp.103-106.
www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2003_num_21_1_1807
- Balandier G., *Sociologie actuelle de l'Afrique noire : dynamique sociale en Afrique centrale*, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, 1963.
- Barro Chambrier H. A., *L'économie du Gabon : Analyse politiques d'Ajustement et d'Adaptation*, Éditions Economica, Paris, 1990.
- Barthélémy P., « Sages-femmes africaines diplômées en Afrique occidentale française des années 1920 aux années 1960 : une redéfinition des rapports sociaux de sexe en contexte colonial », in Hugon A. (Sous dir.), *Histoire des femmes en situation coloniale, Afrique et Asie, XX^e siècle*, Éditions Karthala, Paris, 2004, pp.119-144. <https://clio.revues.org/10140>
- Barthélémy P., « la professionnalisation des Africaines en AOF (1920-1960), Vingtième Siècle », *Revue d'histoire*, 2002, n°75, pp.35-46.
<https://www.cairn.info/revue-vingtieme-siecle-revue-d-histoire-2002-3-page-35.htm>
- Baszanger I., « Entre traitement de la dernière chance et palliatif pur : les frontières invisibles des innovations thérapeutiques », *Sciences sociales et santé*, 2000, volume 18, n°2, pp. 67-94. http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2000_num_18_2_1491
- Beauchamp T.L. et Childress J.F., *Les principes de l'éthique biomédicale*, Éditions Les belles lettres, Paris, 2008.
- Beaud S. et Weber F., *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*, Éditions La Découverte, Paris, 2003.
- Becker H.S., *Le travail sociologique : méthode et substance*, Éditions Academic Press, Fribourg, 2006.
- Belorgey N., *L'hôpital sous pression : enquête sur le « nouveau management public »*, Éditions La Découverte, Paris, 2010.
- Benasayag M. et al, *Le pouvoir médical : La mort*, Éditions ellipses, Paris, 1998.
- Benoist J. (Sous dir.), *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*, Éditions Karthala, Coll. « Médecines du Monde », Paris, 1996.

- Berenholc S., *L'Homme social à son corps dépendant : Analogies comportementales entre les cellules biologiques et les sociétés humaines*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2015.
- Bergeron H. et Castel P., *Sociologie politique de la santé*, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, 2014.
- Bernault F., *Démocraties ambiguës en Afrique Centrale : Congo-Brazzaville, Gabon : 1940-1965*, Éditions Karthala, Paris, 1996.
- Biaye M., *Inégalités sexuelles en matière de santé, de morbidité et de mortalité dans l'enfance dans trois pays de l'Afrique de l'Ouest : hypothèses, mesures et recherche d'explication des mécanismes*, Éditions Academia-Erasme, Louvain-la-Neuve, 1994.
- Biraben J.-N. et al, « Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : De la mort collective au devoir de guérison », *Sciences sociales et santé*, 1985, volume 3, n°1, pp.117-128.
www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1985_num_3_1998
- Blanc J., « La planification de la santé », *Tiers-Monde*, 1972, tome 13, n°51, pp.491-518.
http://www.persee.fr/doc/tiers_0040-7356_1972_num_13_51_1867
- Bloch M-A. et Hénaut L., *Coordination et parcours : la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Éditions Dunod, Paris, 2014.
- Blundo G. et Olivier de Sardan J.-P., *État et corruption en Afrique : une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Benin, Niger, Sénégal)*, Éditions Karthala, Paris, 2007.
- Blundo G. et Olivier de Sardan J.-P., « La corruption quotidienne en Afrique de l'Ouest », *Politique Africaine*, 2001, volume 3, n°83, p.8-37.
<http://www.cairn.info/revue-politique-africaine2001-3-page-8.htm>
- Boidin B., « « La bonne gouvernance » et les pays en développement : le cas des politiques de santé au Gabon », *Revue Éthique et Économique*, 2011, Volume 8, n°2, pp.192-214.
<http://ethique-economique.net/>
- Boidin B., *La santé, bien public mondial ou bien marchand ? Réflexions à partir des expériences africaines*, Éditions Presses Universitaires du Septentrion, Coll. « capitalismes, éthique, institutions », Villeneuve d'Ascq, 2014.
- Boidin B., « Aide au développement et santé comme droit humain », *Revue Éthique et Économique*, 2007, volume 5, n°1, pp 2-21. <http://ethique-economique.net/>
- Boltanski L. et Chiapello E., *Le nouvel esprit du capitalisme : postface inédite*, Éditions Gallimard, Paris, 2011.
- Bonnet D., *Corps biologique, corps social : procréation et maladie de l'enfant en pays Mossi, Burkina Faso*, Éditions de l'ORSTOM, Paris, 1988.

- Bonnet D., « Anthropologie et santé publique : une approche du paludisme au Burkina Faso », in : Fassin D., Jaffré Y. (Sous dir.) *Sociétés, développement et santé*, Éditions Ellipses, Paris, 1990, pp. 243-258.
http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers09-06/37859.pdf
- Bonnet D. et Jaffré Y., *Les maladies de passage : transmissions, préventions et hygiènes en Afrique de l'Ouest*, Éditions Karthala, Paris, 2003.
- Bonny Y. et al (Sous dir.), *L'espace en partage : approche interdisciplinaire de la dimension spatiale des rapports sociaux*, Éditions Presse universitaire de Rennes, Rennes, 2017.
- Borne D. et Falaize B., *Religions et colonisation, Afrique, Asie, Océanie, Amériques : XVIe-XXe siècle*, Éditions de l'Atelier, Paris, 2009.
- Bouet C., « Problèmes actuels de main-d'œuvre au Gabon. Conditions d'une immigration contrôlée », *Cahiers d'outre-mer*, 1978, n°124-31^e année, pp.375-394.
http://www.persee.fr/doc/caoum_0373-5834_1978_num_31_124_2878
- Bourdelaïs P. et Faure O., (Sous dir.), *Les nouvelles pratiques de santé : acteurs, objets logiques sociales (XVIIIe-XXe siècles)*, Éditions Belin, Paris, 2005.
- Bourdelaïs P. et al, *État-providence : arguments pour une réforme*, Éditions Gallimard, Paris, 1996.
- Bousier F. et al, *Des représentations dans les institutions sociales et médico-sociales*, Éditions Scopedit, Lyon, 2000.
- Brissy S. et al, *Refus de soins et actualités sur les droits des malades*, Éditions Presses de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, Coll. « Observatoire des droits et responsabilités des personnes en santé », Rennes, 2012.
- Brunet-Jailly J., *Se soigner au Mali*, Éditions Karthala, Paris, 1993.
- Brunschwig H., *Mythes et réalités de l'impérialisme colonial français 1871-1914*, Éditions Armand Colin, Paris, 1960.
- Buboté Mackaya L., *L'hôpital fou, Souvenirs d'interne*, Éditions Société des Écrivains, Paris, 2012.
- Burton-Jeangros C., « Transformations des compétences familiales dans la prise en charge de la santé : entre dépendance et autonomie des mères face aux experts », *Recherches familiales*, volume 3, n°1, 2006, pp.16-25.
<https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2006-1-page-16.htm>
- Burton-Jeangros C., « Trajectoire de santé, inégalités sociales et parcours de vie », *Académie Suisse des sciences humaines et sociales*, 2016, volume 11, n°8, pp. 4-25.
- Carricaburu D., « De la gestion du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, 2005, n°47, pp.245-262.

- Carricaburu D., « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition », *Sociologie et sociétés*, 2007, volume 39, n°1, pp.123-144.
- Carricaburu D. et Ménoret M., *Sociologie de la santé : Institutions, professions et maladies*, Éditions Armand Colin, Paris, 2004.
- Carricaburu D. et al (Sous dir.), *Risque et pratiques médicales*, Éditions Presse de l'école des hautes études en santé publique, Rennes, 2010.
- Carricaburu D. et al, « Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital », *Santé publique*, 2008, volume 20, pp.57-67.
www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLA=SPUB_080_0057
- Castel P., « Le médecin, son patient et ses pairs », *Revue française de sociologie*, 2005, volume 46, n°3, p. 443-467. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01020578/document>
- Castel P., « Les recommandations de bonnes pratiques comme objet heuristique pour la sociologie de la médecine », *Sciences sociales et santé*, 2006, volume 24, n°2, pp.105-112.
- Castel P., « Médecine et normes de pratiques : les dimensions oubliées », *Archives-ouvertes*, 2007, volume 9, n°1, pp. 111-132.
- Castel P. et Merle I., « Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins », *Sociologie du travail*, 2002, volume 44, n° 3, pp. 337-355.
- Castoriadis C., *L'institution imaginaire de la société*, 5^{ème} éditions, Seuil, Paris, 1975
- Chauvenet A., « Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers », *Revue française de sociologie*, 1973, Sociologie de la médecine, pp. 61-76.
www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1973_hos_14_1_2158
- Chauvenet A., « Professions hospitalières et division du travail », *Sociologie du travail*, 1973, volume 14, n° 2, pp. 145-163.
- Cheik Hamidou K. et Mandl P.E., « Vers une remise en cause des politiques de santé publique en Afrique de l'Ouest et du Centre ? », *Tiers-Monde*, 1973, tome 14, n°53, Politiques et planifications de la santé, pp. 135-147.
http://www.persee.fr/doc/tiers_0040-7356_1973_num_14_53_1909
- Chiffolleau S., *Genèse de la santé publique internationale*, Éditions Presses universitaires de Rennes, Rennes, 2012.
- Cicourel Aaron V., « Raisonement et diagnostic : le rôle du discours et de la compréhension clinique en médecine », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1985, volume 60, pp. 79-89. www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1985_num_60_1_2292
- Cochoy F., « Profession, participation, patient : trois enjeux pour la qualité des soins », *Sciences sociales et santé*, 2001, volume 19, n°2, pp. 99-109.
www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2001_num19_2_1522

- Collière M. F., *Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*, InterÉditions, Paris, 1982.
- Coquery-Vidrovitch C., *Enjeux politiques de l'histoire coloniale*, Éditions Agone, Marseille, 2009.
- Coquery-Vidrovitch C., *Le Congo au temps des grandes compagnies concessionnaires : 1898-1930*, Éditions de l'EHESS, Paris, 2001.
- Coquery-Vidrovitch C., et al, *Peut-on être vivant en Afrique ?*, Éditions Presses universitaires de France, Paris, 2000.
- Coquery-Vidrovitch C., *L'Afrique et les Africains au XIXe siècle : mutations, révolutions, crises*, Éditions Armand Colin, Coll. « Histoire contemporaine », Paris, 1999.
- Cornet A., *Politiques de santé et contrôle social au Rwanda 1920-1940*, Éditions Karthala, Paris, 2011.
- Coulibaly S. et al., « Une médecine rurale de proximité : l'expérience des médecins de campagne au Mali », *Education for health*, 2007, volume 20, issue 2, pp. 1-9.
- Cresson G., « La sociologie de la médecine méconnaît-elle la famille ? », *Sociétés contemporaines*, 1997, n°25, pp. 45-65.
www.persee.fr/doc/socco_1150-1944_1997_num_25_1_1434
- Creusat L., *Gestion traditionnelle de la maladie et politiques de santé en Afrique du sud*, Éditions Presses universitaires blaise pascal, Clermont-Ferrand, 2000.
- Crozier M. *Le phénomène bureaucratique*, Éditions Seuil, Paris, 1971.
- Crozier M. et Friedberg E., *l'acteur et le système*, Éditions Seuil, Paris, 1977.
- D'Alessandro E., « prévenir le risque infectieux à l'hôpital ? Réflexions anthropologiques autour des pratiques d'hygiène hospitalière dans un service de médecine au Niger », *Anthropologie et Santé*, 2012, n°4, pp.1-50. <http://anthropologiesante.revues.org/835>
- David P.-M., « La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international ? », *Socio-logos*, mis en ligne le 03 mai 2011.
<http://socio-logos.revue.org/2550>
- De Sardan J.-P. O. et Ridde Valéry, *Une politique publique de santé et ses contradictions. Gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Éditions Karthala, Coll. « Hommes et Sociétés », Paris, 2014.
- Defontaine J., *La marchandisation des actions sociales et médico-sociales*, Éditions ASH, Paris, 2005.
- Degos L., « Soigner un malade et non une maladie », *Laennec*, 2002, volume 50, n°3, pp. 45-51.
<https://www.cairn.info/revue-laennec-2002-3-page-45.htm>

- Delaunay K., « Faire de la santé un lieu pour l'histoire de l'Afrique : essai d'historiographie », *Outre-Mers*, 346-347 : 7-46.
- Depret M.-H., « Bruno Boidin, 2014, La santé, bien public mondial ou bien marchand ? Réflexions à partir des expériences africaines, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 184 pages », *Développement durable et territoires*, volume 6, n°1, mis en ligne le 31 mars 2015. <http://developpementdurable.revues.org/10848>
- Dépelteau F., *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*, Éditions De Boeck Université, Québec, 2009.
- Deschamps J.-P., « Les enjeux de la santé publique dans les pays en voie de développement », *Médecine et Sciences*, 2000, n°11, volume 16, pp. 1211-1217.
http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/1556/MS_2000_11_1211.pdf?sequence=1
- Desprès C. et al (Coord.), *Regards croisés sur la santé et la maladie : Recherches anthropologiques, recherches cliniques*, Éditions des archives contemporaines, Paris, 2016.
- Detchessahar M. et Anouk G., « Un organisme de santé...malade de « gestionnisme » », *Annales des Mines-Gérer et comprendre*, 2009, volume 98, n°2, pp.27-37.
www.cairn.info/revue-gerer-et-comprendre1-2009-4-page-27/html
- Diallo M. et Ninteretse B., *Évaluation des activités de soins de santé primaires de l'hôpital Albert Schweitzer à Lambaréné (Gabon)*, Éditions Médecine Tropicale, Libreville, 2007.
- Diallo Y., « Les relations des soignants titulaires et des soignants bénévoles dans les centres de santé publics de Conakry », *Unité de recherche Socio-Anthropologie de la santé*, 2001, Bulletin n°2.
- Dimy Georges, *Thérapie familiale et contextes socioculturels en Afrique Noire*, Éditions L'Harmattan, Coll. « Santé, sociétés et cultures », Paris, 1998.
- Djouda Y.B. et al, *Offres, recours et accès aux soins de santé « parallèles » en Afrique : Des acteurs en quête de légitimité médicale, sociale et institutionnelle*, Éditions de la différence Perenne – Quebec, 2015.
- Drulhe M., « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle : un point de vue au carrefour du travail infirmier », in Cresson G. et Schweyer F.-X., *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail : aspects sociologiques*, Éditions ENSP, 2000, pp.15-29.
- Dugas S. et Van Dormael M., « La construction de la médecine de famille dans les pays en développement », *Studies in health services organisation and policy*, 2003,22.
- Dujardin B., *Politiques de santé et attentes des patients, vers un dialogue constructif*, Éditions Karthala, Paris, 2003.
- Dujardin B., « L'aide internationale : l'offre correspond-elle aux besoins ? », *Politique africaine*, 1987, n°28, pp. 65-80.

- Duhart J. et Charton-Brassard J., « Réforme hospitalière et soin infirmier sur ordonnance médicale », *Revue française de sociologie*, numéro spécial 1973. Sociologie de la médecine, pp.77-101.
- Dupré D. (Sous dir.), *Éthique et capitalisme*, Éditions Economica, Paris, 2002.
- Dussault Gilles et al, *L'assurance maladie en Afrique Francophone : Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*, Éditions Banque Mondiale, Série Santé, Nutrition et Population, Paris, 2006.
- Duthé G., « Mortalité, santé : Moteurs du progrès, facteurs des inégalités », *Population*, 2005, volume 60, n°3, pp. 367-390.
https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=POPU_503_0367
- Ebersold S., *L'invention du handicap : la normalisation de l'infirme*, Éditions du CTNERHI, Flash informations numéro hors série, 1997.
- Eboko F., « Politique publique et sida en Afrique », *Cahier d'études africaines*, 2005, mis en ligne le 30 juin 2008. URL : <http://etudesafricaines.revues.org/5419>
- Essono Edzang A., « Le petit personnel civil indigène de l'autorité coloniale français du Gabon », *Les C.H.A.*, 1999, n°1, FLSH, UOB.
- Etoughe-Efe J.-E., « La vente illicite des médicaments et l'automédication au Gabon : un problème de pauvreté », *Revue semestrielle de l'Institut de Recherche en Sciences Humaines* (CENAREST-GABON), 2006, volume 9-10, n° 9, Libreville.
- Fainzang S., *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, 2006.
- Farmer P., *Fléaux contemporains : des infections et des inégalités*, Éditions Economica, Paris, 2006.
- Fassin D. et Memmi D., *Le gouvernement des corps*, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, 2004.
- Fassin D., *Quand les corps se souviennent: expériences et politiques du sida en Afrique du Sud*, Éditions La Découverte, Paris, 2006.
- Fassin D., et Dozon J.-P., *Critique de la santé publique: Une approche anthropologique*, Éditions Balland, Paris, 2001.
- Fassin D., *Les enjeux politiques de la santé. Études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Éditions Karthala, Coll. « Hommes et Sociétés », Paris, 2000.
- Fassin D. et al., *Les inégalités sociales de santé*, Éditions La Découverte, Coll. « Recherches », Paris, 2000.

- Fassin D., *L'espace politique de la santé*, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, 1996.
- Fassin D., *Pouvoir et maladie en Afrique*, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, 1992.
- Fassin D., « Comment faire de la santé publique avec des mots : Une rhétorique à l'œuvre », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2000, volume 7, n°1, pp. 58-78.
- Fassin D. et Jaffré Y., *Sociétés, développement et santé*, Éditions Ellipses, Paris, 1990.
- Faure O., « Missions religieuses, missions médicales et "missions civilisatrice" : (XIX et XXe siècle) : un regard décalé », *Histoire et missions chrétiennes*, 2012, volume 21, n°1, pp. 5-18.
- Feumetio E. B., *Le Gabon, un pays si riche...mais très pauvre, Décryptage d'un authentique paradoxe socio-économique*, Éditions Publibook, 2008.
- Fillon E., « Quelles stratégies de soins face à des risques concurrents ? Les professionnels de la grossesse et de la naissance aux prises avec des conflits de légitimité », *Sciences sociales et santé*, 2012, volume 30, n°2, pp.5-28.
- Fontaine M., « Santé et culture en Afrique noire : une expérience au Nord-Cameroun », *Tiers-Monde*, 1996, tome 37, n°145, p.233.
http://www.persee.fr/doc/tiers_0040-7356_1996_num_37_145_5049_t1_0233_0000_3
- Foucault M., *Histoire de la sexualité : la volonté de savoir*, Éditions Gallimard, Paris, 1976.
- Foucault M., *Naissance de la clinique*, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, 1963.
- Foucault M., *Maladie mentale et psychologie*, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, 1954.
- Foucault M., « Histoire de la médicalisation », *Hermès, La Revue* 1988, volume 2, n°2, pp.11-29.
- Fournier P., *Santé maternelle et accès aux soins en Afrique de l'Ouest*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2013.
- Fraisse S. et al., « La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles », *Revue française de gestion*, 2003, volume 5, n°146, pp. 155-166.
www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2003-5-page-155.html
- Freidson E., « La profession médicale », *Sciences sociales et santé*, 1985, volume 3, n°1, pp.129-143. http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1985_num_3_1_999
- Gasquet-Blanchard Clélia, « l'espace partagé du soin en temps d'urgence. Approche comparé du vécu des patients et des soignants en service de néonatalogie (Paris et Lille) et en centre d'isolement d'Ebola (Gabon et République du Congo) » in Bonny Y. et al (Sous dir.),

- L'espace en partage : approche interdisciplinaire de la dimension spatiale des rapports sociaux*, Éditions Presse universitaire de Rennes, Rennes, 2017
- Gau C., « Des désordres « ethniques » ? Culture et sujet : étude au Centre de Santé mentale de Melen, Libreville-Gabon », *Figures de la psychanalyse* 2012, volume 2, n°24, pp.211-232.
<http://www.cairn.info/revue-figures-de-la-psy-2012-2-page-211.htm>
- Gelly M. et Pitti L., « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins », *Agone*, 2016, volume 1, n°58, pp.7-18.
<http://www.cairn.info/revue-agone-2016-1-page-7.htm>
- Geoffroy M. et De Malherbe B., *Contrainte économique et justice dans l'accès aux soins*, Éditions Lethielleux, Paris, 2011.
- Geschiere P., *Sorcellerie et politique en Afrique : la viande des autres*, Éditions Karthala, Coll. « Les Afriques », Paris, 1995.
- Gilbert C. et Girard J-F., *Quand la santé devient publique*, Éditions Hachette Littératures, Paris, 1998.
- Girard J-F., *Quand la santé devient publique*, Éditions Hachette Littératures, Paris, 1998.
- Gobatto I., *Être médecin au Burkina Faso : Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, Éditions L'Harmattan, Coll. « Santé et Sciences humaines », Paris, 1999.
- Gobbers D., *Qualité et accès aux soins en milieu urbain*, Éditions Unicef : Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et Centrale, 2003.
- Gobbers D., « L'organisation du système de santé en Afrique de l'Ouest », *ADSP*, 2000, n°30, pp. 35-42.
- Godelier M., *Maladie et santé selon les sociétés et les cultures*, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, 2011.
- Goffman E., *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Éditions Minuit, Paris, 1968.
- Gonnet F. et Lucas S., *L'hôpital en question (s) : un diagnostic pour améliorer les relations de travail*, Éditions Lamarre, Rueil-Malmaison, 2003.
- Good B., *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*, Éditions Institut synthélabo pour le progrès de la connaissance, Coll. « Les empêcheurs de penser en rond », Paris, 1998.
- Gruénais M.-E., « A quoi sert l'hôpital africain ? L'offre de soins à Maman Bwale (Brazzaville) », *Les Annales de la Recherche urbaine*, 1996, n°73. Ville et santé publique, pp.119-128.
- Gruénais M.-E. et Pourtier R. « La "santé pour tous" en Afrique : un leurre ? », *Afrique contemporaine*, Documentation Française, 2000, n° 195, pp.3-12.

- Gruénais M.-E. et al, « Le sida en Afrique, un objet politique ? », *Bulletin de l'APAD*, 1999, mis en ligne le 22 septembre 2006. <http://apad.revues.org/476>.
- Guillermou Y., « Médecine gratuite ou santé pour tous ? Réflexions sur l'expérience algérienne », *Sciences sociales et santé*, 2003, volume 21, n°2, pp.79-108.
www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2003_num_21_2_1587
- Haberey-Knuessi V., « L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier », *Recherche en soins infirmiers*, 2013, volume 4, n°115, pp. 8-18.
<http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-4-page-8.htm>
- Halpern C., (Cord.), *La santé un enjeu de société : qu'est-ce que la santé ? Soigner et être soigné, Inégalité de santé et prévention, Le système de santé en débat, Questions éthiques*, Éditions Sciences Humaines, Auxerre, 2010.
- Hardy A-C., « À propos de la signification "médicale" d'une prescription », *Sciences sociales et santé*, 2012, volume 30, n°3, pp. 103-114.
- Henry E. (Sous dir.), *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Éditions La Découverte, Coll. « recherches », Paris, 2009.
- Hérait L.-A., « La médecine militaire coloniale française : une aventure médicale de trois quarts de siècle (1890-1968) », *Histoire des sciences médicales*, 2006, tome XL, n°4, pp.381-392.
<http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2006x040x004/HSMx2006x040x004x0381.pdf>
- Hervé C. et al., *Les maladies émergentes et le franchissement des barrières d'espèces : implications anthropologiques et éthiques*, Éditions De Boeck, Paris, 2011.
- Hervé C. et al. (Sous dir.), *Les inégalités sociales et la santé : enjeux juridiques, médicaux et éthiques*, éditions Dalloz, Paris, 2015.
- Herzlich C., *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, Paris, 1996.
- Herzlich C. et Lemaine G., « Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale », *Annales*. Coll. « Économies, Sociétés, Civilisations », 1969, n°6, pp.1519-1521.
www.persee.fr/doc/AsPDF/ahess_0395-2649_1969_num_24_6_422185_t1_1519_0000_6.pdf
- Herzlich C. et Pierret J., *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui : De la mort collective au devoir de guérison*, Éditions Payot, Paris, 1984.
- Herzlich C. et al., « Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison », *Sciences sociales et santé*, 1985, volume 3, n°1, pp. 117-128.
www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1985_num_3_1_998
- Herzlich C., *Réussir sa thèse en sciences sociales*, Éditions Armand Colin, Paris, 2005.

- Hours B., *L'État sorcier : Santé publique et société au Cameroun*, Éditions L'Harmattan, Paris, 1985.
- Houtaud (d') A., *La santé à travers les sciences humaines et sociales : approche linguistique et sociologique*, Éditions Masson, Paris, 1999.
- Houtaud (d') A., *Sociologie de la santé : langage et savoirs environnement et éthique*, Éditions L'Harmattan, Paris, 1998.
- Huberman A. M., et al, *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*, Éditions De Boeck université, Bruxelles, 1991.
- Hugon A., « Santé : quel bilan ? la colonisation en procès, esclavage et travail forcé, école et santé, le vrai bilan, la France face à son passé colonial », *L'Histoire*, 2005, volume 10, n°302, pp.76-79.
- Hugon A., « L'historiographie de la maternité en Afrique subsaharienne », *Clio. Histoire et sociétés*, 2005. <http://clio.revues.org/1466>
- Idyata-Mayombo D-F., « Perception et traitement de la maladie chez les Masangu (Gabon), *Pholia*, 1994, n°9, pp. 95-114.
http://www.ddl.ish-lyon.cnrs.fr/fulltext/Gabon/pholiapdf/pholia9/Idiata_1994.pdf
- Jaffré Y. et al, *La bataille des femmes : analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest*, Éditions Faustroll, Paris, 2009.
- Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.-P., *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Éditions Karthala, Paris, 2003.
- Jaffré Y. et Prual A. « Le corps des sages-femmes, entre identités professionnelle et sociale », *Sciences sociales et santé*, 1993, volume 11, n°2. *Aspects des systèmes de santé dans les pays du Sud*, sous la direction de Bernard Hours et Jérôme Dumoulin, pp. 63-80.
- Jaffré Y., « Vidal, Laurent, Abdou salam et Gadou, Dakou (dir.), Les professionnel de santé en Afrique de l'Ouest : entre savoirs et pratiques : paludisme, tuberculose et prévention au Sénégal et en Côte-d'Ivoire », *Cahiers d'études africaines*, 2007, mis en ligne le 29 mars 2007. <http://etudesafricaines.revues.org/6861>
- Janzen J-M., *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Éditions Karthala, Paris, 1995.
- Karsenti B., *Marcel Mauss : le fait social total*, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, 1994.
- Kivits J. et al (Sous dir.), *Les recherches qualitatives en santé*, Éditions Armand Colin, Paris, 2016.
- Klein A. et Parayre S. (Sous dir.), *Histoire de la santé XVIIIè-XXe siècles : Nouvelles recherches francophones*, Éditions Presses de l'Université Laval, Canada, 2015.

- Klimek et Cassandra Y., *Une politique du médicament pour l'Afrique : contraintes et choix*, Éditions Karthala, Paris, 1995.
- Knibiehler Y. et al, *Cornettes et blouses blanches : les Infirmières dans la société française 1880-1980*, Éditions Hachette, Paris, 1984.
- Koko J. et al, *Mortalité hospitalière dans le service de pédiatrie générale de l'hôpital pédiatrique d'Owendo (Libreville-Gabon)*, Éditions Expansion scientifique publications, Paris, 1996.
- Kouassi B., *Pauvreté des ménages et accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali et Togo*, Éditions Karthala, Paris, 2008.
- Kouna Ndouongo Ph. et al., « Aspects épidémiologiques et évolutifs des accidents vasculaires au Centre hospitalier de Libreville (Gabon) », *African journal of Neurological sciences*, 2007, Libreville.
- Lachenal G. et al, *La médecine du tri : Histoire, éthique, anthropologie*, Éditions Presses Universitaires de France, Paris, 2014.
- Lachenal G., *Le médicament qui devait sauver l'Afrique*, Éditions La Découverte, Paris, 2014.
- Lafontaine C., *Le corps-marché : marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bioéconomie*, Éditions du Seuil, Paris, 2014.
- Lafontaine C., *La société postmortelle : la mort, l'individu et le lien social à l'ère des technosciences*, Éditions du Seuil, Paris, 2008.
- Lambert D-C., *Les systèmes de santé : Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*, Éditions Seuil, Paris, 2000.
- Lapeyssonnie, *La médecine coloniale : Mythes et réalités*, Éditions Seghers, Paris, 1988.
- Laplantine F. *Anthropologie de la maladie : Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Éditions Payot, Paris, 1992.
- Laurens C., *Les interactions soignantes à l'hôpital : la relève interéquipe, moment clé de communication : valoriser la dimension interculturelle pour favoriser l'intelligence collective*, Éditions Seli Arslan, Paris, 2016.
- Lawler J., *La face cachée des soins : soins au corps, intimité et pratique soignante*, Éditions Seli Arslan, Paris, 2002.
- Liauzu Cl. (Sous dir.), *Dictionnaire de la colonisation française*, Éditions Larousse, Coll. « A présent », Paris, 2007.
- Le Faou A.-L., *Les systèmes de santé en question. Allemagne, France, Royaume-Uni, Etats-Unis et Canada*, Éditions Ellipses, Paris, 2003.

- Lévy E. et al, *Economie du système de santé*, Éditions Dunod, Paris, 1975.
- Lévy I. *La religion à l'hôpital : Laïcité et respect du culte, Refus des soins, Interdits alimentaires, Rites funéraires*, Éditions Presses de la Renaissance, Paris, 2004.
- Lombrail P., Pascal J., « Inégalités sociales de santé et accès aux soins », *Les Tribunes de la santé*, 2005, volume 3, n°8, pp.31-39.
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2005-3-page-31.htm>
- Laroche R., « L'action du service de santé des armées en pays tropical », *Revue historique des armées*, 2000, n°1. <http://www.troupesdemarine-ancredor.org/Archives/archives-autres-docs/Pages2013/Fichiers/Service-sante.pdf>
- Makita-Ikouaya E., *Géopolitique des rapports de santé dans l'agglomération librevilloise. Esquisse d'intégration spatiale et de rationalisation des formations sanitaires modernes et traditionnelles*, Éditions Connaissances et Savoirs, Paris, 2016.
- Makita-Ikouaya et al, « Place de la médecine traditionnelle dans le système de soins des villes d'Afrique subsaharienne : le cas de Libreville au Gabon », *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 2010, volume 20, n°4.
- Makita-Ikouaya et al, « L'offre et l'accès aux soins dans les villes d'Afrique subsaharienne : le cas de Libreville au Gabon », *Médecine tropicale*, 2010, volume 70, n°2, pp.123-129.
- Malherbe J-F., *Sujet de vie ou objet de soins ? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*, Éditions Fides, Québec, 2007.
- Manciaux M. et Deschamps J. P., *Santé de la mère et de l'enfant. De la PMI [Protection maternelle et infantile] à la santé de la famille*, Éditions Flammarion, Paris, 1978.
- Marseille J., *Empire colonial et capitalisme français : histoire d'un divorce*, Éditions Albin Michel, Paris, 1984.
- Massé R., « Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale », *Sociologie et sociétés*, 2007, volume 39, n°1, pp. 13-27.
- Massé R., « La santé publique comme projet politique et projet individuel », in Hours B., *Système et politique de santé : de la santé à l'anthropologie*, Paris, Éditions Karthala, 2001, pp. 6-25.
- Massé R., « La santé publique comme nouvelle moralité », in Fortin P (Sous dir.), *La réforme de la santé au Québec*, Éditions FIDES, 1999, pp.155-174, Montréal.
- Mayi-Tsonga et al, « Audit de la morbidité obstétricale grave (near miss) au Gabon », *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 2007, volume 17, n°2.
- Mayi-Tsonga et al, « Mortalité maternelle à Libreville (Gabon) : état des lieux et défis à relever en 2006 », *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 2008, volume 18, n°4.

- M'Bokolo E., *Afrique noire : Histoire et civilisation XIXème – XXème siècles*, Tome II, Éditions Hatier/Aupelf, Paris, 1992.
- M'Bokolo E., « Histoire des maladies. Histoire et maladie » *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (M. Augé et C. Herzlich), Éditions des Archives contemporaines, Paris, 1984, pp. 155-186.
- M'Bokolo E., « Le Gabon précolonial : étude sociale et économique », *Cahier d'études africaines*, 1977, volume 17, n°66-67, pp. 331-344.
http://www.persee.fr/doc/cea_0008-0055_1977_num_17_6682457
- Mbembe A., *Afriques indociles : christianisme, pouvoir et État en société postcoloniale*, Éditions Karthala, Paris, 1988.
- Ménoret-Calles B., *L'accès aux soins des populations démunies : situation et perspectives en 1996*, Éditions L'Harmattan, Paris, 1997.
- Messi Me Nang C., « La législation coloniale du travailleur en AEF et au Gabon avant le code du travail des territoires d'Outre-mer de 1955 : portée et limites, 1903-1940 », *Le Gabon : approche pluridisciplinaire*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2006.
- Metegue N'nah N., *Histoire du Gabon : des origines à l'aube du XXIème siècle*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2006.
- Minvielle É., « Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2000, volume 7, n°1, pp. 8-22.
- Monjaret A., « Le corps en miettes et la main réparatrice : quand l'ouvrier se transforme en "chirurgien", une expérience de la souffrance d'autrui à l'hôpital », *Communications*, 2011, volume 89, pp.57-70.
www.persee.fr/doc/comcomm_0588-8018_2011_num_89_1_2640
- Monteillet N., *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun : Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*, Éditions Karthala, Paris, 2005.
- Montlibert (de) C., « Regards sociologiques sur la médecine », *Centre de Recherches et d'Études en Sciences Sociales*, 2005, n°29.
- Motte-Florac E., « Les pharmacopées de tradition orale », *Cahiers de littérature orale*, 2008, pp.63-64, mis en ligne le 02 janvier 2011.
<http://clo.revues.org/322;DOI:10.4000/clo:322>
- Morelle A. et Tabuteau D., *La santé publique*, 2^{ème} édition, Éditions Presses Universitaires de France, Coll. « Que sais-je ? », Paris, 2015.
- Mvone Ndong S.-P. E., *Santé et précarité au Gabon : le système de santé gabonais comme un texte*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2011.

- Mvone-Ndong S.-P. E., *La médecine traditionnelle : Approche éthique et épistémologique de la médecine au Gabon*, Éditions L'Harmattan, Coll. « Études Africaines », Paris, 2008.
- Mvone-Ndong S.-P. E., *Réflexion sur la philosophie du médicament et du soin. La rationalité des remèdes traditionnels*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2011
- Nguiabama-Makaya F. et al, *Colonisation et colonisés au Gabon*, Éditions L'Harmattan, Coll. « Études Africaines », Paris, 2007.
- Niang C. I., *Santé, société et politique en Afrique*, Éditions Livre vert du CODESRIA, Dakar, 2008.
- Ndombet W.-A., *Partis politiques et Unité nationale au Gabon (1957-1989)*, Éditions Karthala, Paris, 2009.
- Niewiadomski C. et Aïach P., *Lutter contre les inégalités sociales de santé : politiques publiques et pratiques professionnelles*, Éditions Presses de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, Coll. « Recherche santé social », Rennes, 2008.
- Nkogho Mengue P.-G., et al, « La prescription de médicaments dans les centres médicaux publics de soins de santé primaires au Gabon », *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 2005, volume 15, n°4.
- Ntyonga-pono M. P. et Nguemby-Mbina C., *Le Diabète sucre à Libreville : Prévalence et perspectives*, Éditions Médecine d'Afrique Noire, Libreville, 1996.
<http://www.santetropicale.com/Resume/74307.pdf>
- Nziengui U. et al, « Les difficultés rencontrées par les malades pour suivre leur traitement antirétroviral au Centre de traitement ambulatoire de Libreville, Gabon », *Santé publique*, n°2635, 2005. <https://researchgate.net>
- Okalla R., « L'évolution des systèmes de santé en Afrique centrale » in M-E Gruénais (éd), *L'organisation locale des politiques de santé en Afrique centrale*, MIRE/IRD n°19/99, Rapport final, Marseille, Août 2001 : 13-27.
- Okome-Nkoumou M. et al, « Les maladies opportunistes de l'infection par le VIH à l'hôpital fondation Jeanne Ebori de Libreville, Gabon », *Médecine Tropicale* 2006, n°66, pp 167-171.
- Olivier de Sardan J-P et Ridde V. (Sous dir.), *Une politique publique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et Niger*, Éditions Karthala, Paris, 2014.
- Olivier de Sardan J-P., « Le soignant face au soigné anonyme en Afrique » *Santé Publique et Sciences Sociales*, 2002, n° 8-9, pp.91-117.
- Olivier de Sardan, J-P., « Pourquoi le malade anonyme est-il si "mal traité" ? Culture bureaucratique commune et culture professionnelle de la santé », in Jaffré Y. et Olivier de Sardan J-P., *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Éditions Karthala, Paris, pp.265-294.

- Paillé P. et Mucchielli A., *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Éditions Armand Colin, Paris, 2012.
- Palier B., *La réforme des systèmes de santé*, Éditions Presses Universitaires de France, 3^{ème} édition « Que sais-je ? », Paris, 2008.
- Pennec S. et al, *Les négociations du soin : les professionnels, les malades et leurs proches*, Éditions Presses universitaires de Rennes, Rennes, 2014.
- Peneff J., *L'hôpital en urgence : étude par observation participante*, Éditions Métailié, Paris, 1992.
- Peneff J., *Les malades des urgences : Une forme de consommation médicale*, Éditions Métailié, Paris, 2000.
- Picot G., « Etre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable, le cas de deux services hospitalier », *Revue française des affaires sociales*, 2005, n°1, pp. 83-100.
- Pouchelle M-C., *L'hôpital corps et âme : essais d'anthropologie hospitalière*, Éditions Seli Arslan, Paris, 2003.
- Pourtier R., *Le Gabon*, Éditions l'Harmattan, Paris, 1989.
- Potvin L. et al, *Réduire les inégalités sociales en santé*, INPES éditions, coll. « Santé en action », Saint-denis, 2010
- Raponda-Walker A. et Sillans R., *Rites et croyances des peuples du Gabon*, Éditions Présence africaine, Paris, 1983.
- Raponda-Walker A. et Sillans R., *Les plantes utiles du Gabon : essai d'inventaire et de concordance des noms vernaculaires et scientifiques des plantes spontanées et induites, description des espèces, propriétés, utilisations économiques, ethnographiques et artistiques*, Éditions Paul Lechevalier, Paris, 1961.
- Ratanga Atoz A., *Histoire : Gabon*, Éditions Jeune Afrique, Paris, 2004.
- Raynaud. J., *Inégalité d'accès aux soins*, Éditions Economica, Paris, 2015.
- Raynaud. J., *Les obstacles de l'accès aux soins : concepts, modèles et indicateurs*, Éditions Presses Académiques Francophones, Allemagne, 2012.
- Raynaud Cl., et al., « Pauvreté, inégalités économiques et disparités de santé : conditions de vie et stratégies d'acteurs », *Revue face-à-face*, 2002, mise en ligne le 01 juin 2002, URL : <http://faceaface.revues.org/489>
- Ridde Valéry, *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : Au-delà des idéologies et des idées reçues*, Éditions Les Presses de l'Université de Montréal, Québec, 2012.

- Rist G., *Le développement : histoire d'une croyance occidentale*, Éditions Presse de la fondation nationale des sciences politiques, Paris, 1996.
- Rosanvallon P., *La crise de l'État-providence*, Éditions Seuil, Paris, 1981.
- Rubbers B., *Devenir médecin en République démocratique du Congo. La trajectoire socioprofessionnelle des diplômés en médecine de l'Université de Lubumbashi*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2003.
- Sainsaulieu I., *Le malaise des soignants : le travail sous pression à l'hôpital*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2003.
- Salmon A., *Le travail sous haute tension : risques industriels et perspectives syndicales dans le secteur de l'énergie*, Éditions Desclée de Brouwer, Paris, 2011.
- Sankalé M., *Médecins et action sanitaire en Afrique noire*, Éditions Présence Africaine, Paris, 1969.
- F. Schepens, *Les soignants et la mort*, Éditions érès, Paris, Coll. « clinique du travail », 2013.
- Schindler M., « Avoir raison de la souillure : l'observance de l'hygiène des mains en milieu hospitalier », *Sciences sociales et santé*, 2013, volume 31, n°4, pp.5-28.
- Schnitzler M., « Le rôle de l'entourage au sein de l'hôpital africain : une thématique négligée ? », *Sciences sociales et santé*, 2014, volume 32, n°1, pp. 39-64.
<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2014-1-page-39.htm>
- Schweyer F-X., « La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales et santé*, 1996, volume 14, n°3, pp. 67-102.
- Siméant J. (Sous la dir.), *Guide de l'enquête globale en sciences sociales*, Éditions CNRS, Paris, 2015.
- Sociologie du travail, n°1, volume 42, 2000 : « Les acteurs de la santé publique et les réformes », *L'Homme et la société*, 2000, n°138, "Psy et société", p.150.
www.persee.fr/doc/homso_0018-4306_2000_num_138_4_3249_t1_0150_0000_1
- Soumille P., « De la fédération aéfienne à la naissance des États nations en Afrique Centrale de 1940 à 1960 ou l'échec du projet unitaire de Boganda », *Revue Historiens et Géographes*, 1999, n°367.
- Sournia J-C. *Histoire de la médecine et des médecins*, Éditions Larousse, Paris, 1991.
- Strauss A., *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionniste*, Éditions L'Harmattan, Paris, 1991.
- Suesser P. et Colombo M-C., *Conjuguer la santé de l'enfant et de la famille au singulier et au pluriel : du soin individuel à la santé publique*, Éditions ERES, Toulouse, 2016.
- Swertz P., *Éléments de sociologie hospitalière*, Éditions le Centurion, Paris, 1974.

- Tantchou J.C., « "Dire" la maladie du malade : à propos d'un service de médecine interne au Cameroun (note de recherche) », *Anthropologie et sociétés*, 2013, volume 37, n°3.
- Tantchou Yakam J.C., « B. Dujardin, Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue », *Bulletin de l'APAD*, 2003, mis en ligne le 16 juin 2008.
URL: <http://apad.revues.org/3653>
- Tarimo E. et Creese A., *La santé pour tous d'ici l'an 2000 : À mi-chemin, le point de la situation dans divers pays*, Genève, 1991.
- Tézi R., *La professionnalisation de la pédiatrie en Afrique Centrale (Gabon)*, Éditions Universitaires Européennes, Paris, 2010.
- Tézi R. (Sous dir.), *Former les personnels soignants en Afrique. De l'utilité d'enseigner les sciences humaines et sociales de la santé dans les programmes de formation*, Éditions L'harmattan, Coll. « Etudes africaines », Paris, 2017.
- Thiaudière C., *Sociologie du sida*, Éditions La Découverte, Paris, 2002.
- Tizio S. et Flori Y.-A., « L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? », *Tiers-Monde*, 1997, n° 152, vol. 38, pp. 837-858.
- Tonda J., *L'impérialisme postcolonial : critique de la société des éblouissements*, Éditions Karthala, Paris, 2015.
- Tonda J., *Le souverain moderne. Le corps du pouvoir en Afrique centrale (Congo, Gabon)*, Éditions Karthala, Paris, 2005.
- Tonda J., *la guérison divine en Afrique centrale (Congo, Gabon)*, Éditions Karthala, Paris, 2002.
- Tonda J., « Repenser la gouvernance de la santé : de la normalisation coloniale aux prescriptions postcoloniales », *Bulletin du CODESRIA*, Numéro spécial 3-4, 2005.
- Tonda J. « Les Églises comme recours thérapeutiques : une histoire de maladie au Congo » *Sociétés, Développement et santé* (D. Fassin et Y. Jaffré), Éditions ALLIPSE, Paris, 1990, pp. 200-210.
- Tonda Joseph et Gruénais M.-E., « Les médecines africaines et syndrome du prophète », *Afrique contemporaine*, Documentation française, 2000, n°195, pp. 273-282.
- Ulmann Ph., *Les relations entre santé et croissance dans les pays développés*, Éditions Les Cahiers du Gratice, Paris, 1999.
- Unesco, *le XXe siècle de 1914 à nos jours : Histoire de l'humanité*, Éditions Unesco, Coll. « Histoire plurielle », Paris, 2009.
- Vallin J., « La mortalité dans les pays en développement », *Espace, populations, sociétés*, 1985, volume 3, n°3, pp. 515-540.
www.persee.fr/doc/espos_0755-7809_1985_num_3_3_1063

Van Balen H. et Van Dormael M., « Professionnels et usagers des services de santé » *Revue Internationale des Sciences Sociales*, 1999, Unesco/ères, n° 161, pp.393-406.

Vassy C., « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements*, 2004, volume 2, n°32, pp.67-74.

<http://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-pages-67.htm>

Vassy C., « Travailler à l'hôpital en Europe : apport des comparaisons internationales à la sociologie des organisations », *Revue française de sociologie*, 1999, volume 40, n°2, pp. 325-356. www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1999_num_40_2_5171

Vega A., *Une ethnologue à l'hôpital : L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Éditions des Archives contemporaines, Paris, 2000.

Verschave F.-X. et al., *La santé mondiale entre racket et bien public*, Éditions Charles Léopold Mayer, Paris, 2004.

Vidal L., *Femmes en temps de Sida : expérience d'Afrique*, Éditions Presses Universitaire de France, Paris, 2000.

Vidal L., *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*, Éditions Anthropos-Economica, Paris, 1996.

Vidal L et al., *Les professionnels de santé en Afrique de l'Ouest : Entre savoirs et pratiques*, Éditions L'Harmattan, Paris, 2005.

Vuarin R., *Un système africain de protection sociale au temps de la mondialisation ou venez m'aider à tuer mon lion...*, Éditions l'Harmattan, Paris, 2000.

Wongolo V., *Influence des représentations sociales sur l'accès aux soins : expérience de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune à Cotonou*, Editions Universitaires européennes, Paris, 2016.

Yaba W. et al, « Comportements sexuels et usage du préservatif chez les personnes vivant avec le VIH/sida au Gabon », *Santé Publique*, 2013, n°6, volume 25, pp.839-847.

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-6-page-839.htm>

Zomo Yebe Gabriel, *Comprendre la crise de l'économie gabonaise*, Éditions L'Harmattan, Paris, 1993.

Thèses et mémoires

Ayeni A., *Les femmes dans les services de santé au Gabon, des années 1950 aux années 1980. De leur formation à l'Ecole de santé de Libreville à leurs expériences professionnelles*, Thèse de doctorat en Histoire, Université Aix-Marseille I, Aix-en-Provence, 2007.

Clavier Carole, *Le politique et la santé publique. Une comparaison transnationale de la territorialisation des politiques de santé publiques (France, Danemark)*, Thèse en Science politique, Rennes, 2007.

- Ebang Ondo E., *Perception de l'hôpital public et offre de soins de santé au Gabon : Analyse des enjeux des interactions entre personnels et usagers du Centre Hospitalier de Libreville (CHL)*, Thèse d'Anthropologie Sociale et Ethnologie, École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS), Marseille, 2012.
- Komba G., *De l'implantation de l'obstétrique biomédicale aux pratiques des professionnels au Gabon*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Rouen Normandie, Rouen, 2016.
- Lompo A.B., *Le faible recours aux soins de santé au Burkina Faso : le cas des femmes Yadse dans la région Nord*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Nantes, Nantes, 2013.
- Longo A., *La politique sanitaire de la France au Gabon, 1925-1958*, Thèse de doctorat en Histoire, Université de Lille III, Lille, 2007.
- Mabika Ognandzi H.-A., *Médicalisation de l'Afrique centrale, le cas du Gabon, 1890-1970*, Thèse de doctorat en Histoire, Université Aix-Marseille I, Aix-en-Provence, 2008.
- Mbadinga M., *État, entreprises et développement au Gabon : Contribution à une étude géographique*, Thèse de doctorat en géographie, Université de Montpellier III, Montpellier, 2006.
- Morel S., *L'urgence à plusieurs « vitesses » : fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence en France, genèse et réalité d'un sous champ sanitaire*, Thèse de doctorat en sociologie, Université de Nantes, Nantes, 2014.
- Nkale Bougha Obouna E., *Pauvreté, santé et genre au Gabon*, Thèse en sciences économiques, Université Montesquieu-Bordeaux IV, Bordeaux, 2009.
- Sabinot C., *Dynamique des savoirs et des savoir-faire dans un contexte pluriculturel : étude comparative des activités littorales au Gabon*, Muséum National d'Histoire Naturelle, Département « Hommes, Natures, Sociétés », Paris, 2008.
- Saka Alandji D., *Processus de privatisation et nouveau management dans les entreprises gabonaises*, Thèse de doctorat en Sociologie, Université de Lorraine, Metz, 2016.
- Simmy A., *Equipements sanitaires et disparités régionales au Gabon*, Thèse de Géographie, Université d'Aix –Marseille I, Aix-Marseille , 1993.
- Sounda L. L., *L'analyse de l'idéologie de la prise en charge médico-sanitaire des fonctionnaires gabonais*, Mémoire de Master 1, Département de sociologie, Université Omar Bongo, Libreville, 2008.
- Sounda L. L., *Système de santé au Gabon : approche problématique de la gratuité des soins au Centre Hospitalier de Libreville (CHL)*, Mémoire de Master 2, Département de sociologie, Université de Nancy 2, 2010.
- Tézi R., *La professionnalisation de la pédiatrie au Gabon. Histoire et anthropologie d'une spécialité médicale*, Thèse d'anthropologie sociale et ethnologie, EHESS de Marseille, Marseille, 2007.

Publications officielles

Agondogo M. et Ngomo P., *Mise en œuvre de la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique : Analyse de la situation et estimation des besoins en vue de la préparation des plans nationaux d'actions conjointes*, Rapport Final, Libreville, 2009.

A.N.G (Archives National du Gabon), *Journal officiel de l'A.E.F*, 1937.

A.N.G, *Fonds de la santé publique carton*, n°8.

Balique H. et al., *Propositions d'orientations pour l'intervention de la coopération française au Gabon au cours des trois années à venir*, Libreville, Secrétariat d'État à la coopération, Ministère de la santé et de la population, 1997.

Biyogo Bi-Ndong G. et al., *Assurance maladie au Gabon*, Colloque sur la couverture maladie en Afrique Francophone, Paris, 2004.

Centre Hospitalier de Libreville, *Compte rendu de la cinquième réunion de la commission chargée du suivi de la mesure portant gratuité des soins au Centre Hospitalier de Libreville*, Libreville le 13 avril 2007.

Cours des comptes du Gabon, *Rapport sur le contrôle des ressources financières allouées au secteur de la santé publique : le Centre Hospitalier de Libreville (CHL)*, 2004.

Damour C. et al., *Évaluation de la coopération française dans le secteur santé au Gabon (1990-2001)*, Paris, 2002.

Direction générale de la statistique (DGS) du Gabon et ICF International, *Gabon : enquête démographique et de santé, Rapport de synthèse*, Libreville, 2012.
<http://countryoffice.unfpa.org/gabon/drive/SR198.pdf>

Direction Générale des Statistiques, *Annuaire statistique du Gabon*, 1997.

Direction Générale des Statistiques, *Annuaire statistique du Gabon*, 2009.

Direction des affaires médicales, n°184, MSHPPF/CHL/DG/DAM/CE.

Engone J.M., Ministre des Affaires étrangères du Gabon, *Discours prononcé lors de la 21^è session de l'ONU à New York*, en 1966.

Eyguesier J.-L., *Au Gabon, Albert Schweitzer pour mémoire*, TV5Monde, 2013,
URL : www.information.tv5monde.com/afrique/au-gabon-albert-schweitzer-pour-memoire-4363

Gruénais M.-E., *L'organisation locale des politiques de santé en Afrique centrale*. Convention MIRE/IRD n°10/99, Rapport final, Marseille, 2001.

Hebdo informations, *Loi N°8/91 du 26 Septembre 1991 portant statut général des fonctionnaires*, N° 239 du 28 septembre 1991.

- Hebdo informations, *Décret n°510/PR/MTEPS du 04 Juin 2008*, N°557 – 11 Octobre 2008.
- Hebdo informations, *Décret n°518/PR/MTEPS du 11 Juillet 2008*, N°557 – 11 Octobre 2008.
- Hebdo informations, *loi 12/95 du 14 janvier 1995 fixant les orientations de la politique de santé en République Gabonaise*.
- Hebdo information, *Statut général des fonctionnaires*, N°239, Libreville, le 27 septembre 1991.
- Hebdo information, *ordonnance n°29/77 du 7 Juillet 1977 instituant une couverture des frais d'hospitalisation dans les formations sanitaires de types universitaire ou de première catégorie*.
- Hebdo information, n°447 du février 2007, *décret n°104/PR/MSP du 15 janvier 2007*.
- IMTSSA, « *Gabon 1963-65, Politique sanitaire, partie I* », Rapport du directeur de la santé publique du Gabon.
- Information gabonaise, *L'État sanitaire du Gabon*, n°33, octobre 1966.
- Journal l'Union, n°9836 du mardi 30 septembre et mercredi 1^{er} octobre 2008.
- Journal officiel de la République Gabonaise, *Décret n°0143/PR/MSPS du 2 mars 2015 fixant le cadre général des pratiques en matière d'offre de soins en République Gabonaise*, n°247.
- Journal officiel de la République Gabonaise, *Ordonnance n°006/PR/2017 du 27 février 2017 portant réforme hospitalière en République Gabonaise*, n°339.
- Journal officiel de la République Gabonaise, *Ordonnance n°0002/2007/PR du 4 janvier 2007, instituant un régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale en République gabonaise*, n°1.
- Journal officiel de la République Gabonaise, *Décret n°00104/PR/MSP du 15 janvier 2007, fixant les modalités de prise en charge des malades dans les formations sanitaires publiques*, n°1.
- Journal officiel de la République Gabonaise, *Décret n°646/PR, portant promulgation de la loi n°12/95 portant ratification de l'ordonnance n°1/95 portant orientation de la politique de santé en République Gabonaise*, n°6.
- Journal officiel de la République Gabonaise, *Ordonnance n°1/95, portant orientation de la politique de santé en République Gabonaise*, n°1.
- Le Gabon : *les cahiers de l'émergence, tout savoir sur la santé au Gabon*, Libreville 2013.
<http://medias.legabon.net/PROD/0000005528.pdf>
- Mission ministérielle de la santé, *Projet annuel de performance, Annexe au projet de loi de finances pour 2014*, Libreville, 2013.

Ministère de la Santé, des Affaires sociales, de la Solidarité et de la Famille, *Plan National de Développement Sanitaire 2011-2015*, Décembre 2010.

Ministère de la Santé, *Décret N° 000104/PR/MSP fixant les modalités de prise en charge des malades dans les formations sanitaires publiques*, Libreville le 15 janvier 2007.

Ministère de la Santé, *Rapport Général de Supervision Nationale SMI*, février 2014.

Ministère de la Santé et de la Prévoyance sociale : partenaire, Libreville, 2013.

<http://www.sante.gouv.ga/8-connexes/233-partenaires/>

Musango L. et Inoua A., *Assurance maladie obligatoire au Gabon : un atout pour le bien être de la population*, World Health Report (2010),

<http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/GabonNo16FINAL.pdf>

République gabonaise, *Rapport final sur la mise en œuvre de la déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique : Analyse de la situation et l'estimation des besoins en vue de la préparation des plans nationaux d'action conjointe*, Juin 2009.

Suzuki E., *Mortalité infantile: des données récentes attestent de l'accélération des progrès*, mis en ligne le 20 / 09/ 2012.

<http://blogs.worldbank.org/voices/fr/mortalite-infantile-donnees-acceleration-des-progres>

Organisme internationaux et nationaux

Banque mondiale, *Des services pour les pauvres*, Rapport sur le développement dans le monde, ESKA-Banque mondiale, 2004.

Banque mondiale, *Investir dans la santé*, Rapport sur le développement dans le monde, Washington, Banque mondiale, 1993.

Caisse Nationale de Sécurité Sociale, *Stratégies pour l'extension de la protection sociale. Présentation du directeur général de la CNSS du Gabon*, Turin, du 29 août au 9 septembre 2005. <http://bel.uqtr.ca/1053/1/6-19-2356-20090128-1.pdf>

Centre d'actualités de l'ONU, *Le monde a fait des progrès spectaculaires pour améliorer la santé dans les pays les plus pauvres*, affirme l'OMS, mis en ligne le 15 mai 2013.

http://www.un.org/apps/newsFr/storyF.asp?NewsID=30335#.VDAWRfl_sek.

Chronique ONU, « *un historique des objectifs du millénaire pour le développement : quatre décennies d'efforts des Nations Unies pour le développement* », Le magazine des Nations Unies, volume XLIV, n° 4 2007, Décembre 2007.

Cleiss, *Le régime gabonais de sécurité sociale*, Paris, mis en ligne le 21/09/2011. <http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1066/Cleiss%20report%20on%20Gabon's%20social%20security.pdf>

Fondation Sylvia Bongo Ondimba, *Évaluation des services de santé maternelle néonatale et infantile au Gabon*, Septembre 2014.

Nations unies, *Santé et droits de la reproduction au temps du sida : contributions détaillées de chercheurs français : la situation dans les pays du sud : 35^e session de la Commission de la population et du développement de l'ONU*, New-York, 2002.

Nations unies, *Déclaration universelle des droits de l'homme(1948)*.
http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/frn.pdf

Nations unies, *Sommet de Johannesburg 2002*, Gabon.

OCDE, *Panorama de la santé 2013 : les indicateurs de l'OCDE*, Editions OCDE, 2013.

Organisation mondiale de la santé, *Statistiques sanitaires mondiales 2010*.

OMS, « Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) », mis en ligne en Mai 2014.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/fr/>

OMS, *Résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains en cours de soins : premier défi mondial pour la sécurité des patients, un soin propre est un soin plus sûr*, Genève, 2010.

OMS, *Santé et développement*, Genève, 1999.
http://www.defisdvm.com/uploads/3/0/7/7/30773905/oms_sant_et_dveloppement.pdf

OMS, *Évaluation de la stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, Éditions OMS, Genève 1986-1989

OMS, *Alma-Ata : rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires*, série « SANTÉ POUR TOUS », n°1, Genève, 1978.

OMS, *Stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici l'an 2000*, n°3, Genève, 1981.

OMS, *Division du renforcement des services de santé*, Genève, 1991.

OMS, *Rapport sur la santé dans le monde en l'an 2000 : pour un système de santé plus performant*, Genève, 2000.

OMS, *Statistiques sanitaires mondiales 2013*, Suisse, 2013.

OMS, *Politiques sanitaires nationales : une large consultation de tous les acteurs de la santé*.
<http://www.who.int/nationalpolicies/processes/stakeholders/fr/>

OMS, *Alma-Ata : Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires*, série « SANTÉ POUR TOUS », N°1, 1978, Genève, Article IV.

OMS, *Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)*, mis en ligne en Mai 2014.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/fr/>

OMS, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays. République gabonaise, 2004-2007*.

Organisation mondiale de la Santé, *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023*.

OMS, *les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*, Genève, 2008.

OMS, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays, République Gabonaise 2004-2007*.

OMS, *Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays Gabon, 2008-2013*.

OMS/ Unicef, *Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaires*, OMS, Genève, 1986.

Parlement Européen, *Soins de santé en Afrique sub-saharienne et mutation*, Bruxelles, 2010.

PNUD, *Évaluation des progrès accomplis en Afrique dans la réalisation des objectifs du millénaire pour développement*, Rapport OMD 2011.

PNUD, *Programme Art Gold Gabon, Document de marketing : province du Woleu-Ntem*, Juillet 2009.

PNUD, *enquête nationale sur la pauvreté en République gabonaise*, Libreville, 2004.

Unicef/Lemoyne, *Les objectifs du Millénaire pour le Développement de 2000 à 2015*.

UNESCO Gabon, *Examen national 2015 de l'Éducation pour tous*, Rapport d'évaluation de l'éducation pour tous au Gabon à l'orée de l'année 2015.

Sources internet

Attention, cliniques privées tueuses. <http://gabonreview.com/blog/attention-cliniques-privees-tueuses/>

Ecole d'application du service de santé militaire de Libreville (EASSML).
<http://reffop.francophonie.org/structures-de-formation/ecole-dapplication-du-service-de-sante-militaire-de-libreville-eassml>

Fondation internationale de l'hôpital Albert Schweitzer Lambaréné, Histoire de la Fondation, 2013. <http://www.schweitzerlambarene.org/fr/la-fondation/histoire.html>

Gabon : Santé public, les actions du Président pour la santé. URL: <http://www.gabon-services.com/les-actions/service-public/sante>

Gabon : des soins de qualité à l'hôpital de Bongolo.
http://www1.rfi.fr/actufr/articles/102/article_67416.asp

Gabon : le CMIA à l'école du service de santé militaire.
<http://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/gabon-le-cmia-a-l-ecole-du-service-de-sante-militaire>

Gaboneco, *le personnel de santé au Gabon : une répartition inégale*, le 16 avril 2016.
<http://www.gaboneco.com/>

Hôpital de coopération sino-gabonaise de Libreville : une œuvre salubre pour les pauvres, le 13/04.2016. URL: <http://www.fmprc.gov.cn/zflt/fra/zfgx/whjl/t1355125.htm>

Infosplus Gabon. <http://www.infosplusgabon.com/index.php/actualites/submenu-1/2819-gabon-cours-de-change-par-rapport-au-franc-cfa-dafrique-centrale>

L'accès à la médecine inégalement réparti dans le monde,
<http://www.inegalites.fr/spip.php?article893>

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) du Gabon est un organisme privé chargé de la gestion d'un service public. <https://www.cnss.ga/index.php/votre-caisse/les-prestations>

La santé, un marché comme un autre?
<http://www.jeuneafrique.com/195294/societe/la-sant-un-march-comme-un-autre/>

Le personnel de santé au Gabon : une répartition inégale.
<http://www.gaboneco.com/le-personnel-de-sante-au-gabon-une-repartition-inegale.html>

Les élites africaines de la diaspora face au développement de leurs peuples : conseil mondiale de la diaspora panafricaine, Paris, 2000. <http://www.africa.smol.org>.

Mavoungou Pambou R., *Le royaume de Loango : splendeur et décadence*, 2009.
http://www.royaumeloango.org/index.php?option=com_content&task=view&id=91&Itemid=82

Médecine d'Afrique noire. URL : <http://www.santetropicale.com/gabon/actus.asp?id=2403>

Médecine traditionnelle au Gabon, une interview de Maxime Kamga F.
<http://croissanceplus.canalblog.com/archives/2013/03/05/26578174.html>

MGG Goal 6: Combat HIV/AIDS, TB, Malaria and other diseases.

URL:http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/index.php/Gabon:MDG_Goal_6:_Combat_HIV/AIDS,_TB,_malaria_and_other_diseases/fr

Normaliser la médecine traditionnelle au Gabon.

URL: <http://gabonreview.com/blog/normaliser-la-medecine-traditionnelle-au-gabon/>

Unicef Gabon. <https://www.Unicef.org/french/infobycountry/gabon.html>

Urgence médicale CNSS.

<https://www.cnss.ga/index.php/centres-medicaux-sociaux/urgence-medicale>

ANNEXES

ANNEXE A
POLITIQUE GÉNÉRALE DE SANTÉ AU GABON

Présidence de la République**Ordonnance N 1/95 portant orientation de la politique de la santé en République gabonaise.**

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

Vu les décrets N° 1043/PR et N° 1116/PR des 12 et 30 octobre 1994, fixant la composition du gouvernement, ensemble les textes modificatifs subséquents

Vu la loi N° 26/94 du 23 décembre 1994, autorisant le président de la République à légiférer par ordonnances pendant l'intersession parlementaire.

La Cour administrative consultée

Le conseil des ministres entendu,

ORDONNE :

Article premier : La présente ordonnance, prise en application (les dispositions de l'article 47 de la Constitution, porte orientation de la politique de la santé en République gabonaise.

N°1-5 DISPOSITIONS GENERALES

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

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

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

Article 5 : La nation proclame la solidarité et l'égalité de tous devant les charges publiques en matière de santé. Chacun doit participer, dans la mesure de ses ressources, au financement de ces charges. La nation proclame en outre la solidarité de tous devant les calamités (lui résilie des calamités et des catastrophes naturelles et nationales en manie de nanti.

Article 6 : La politique sanitaire a pour objectif de doter la nation d'un système de santé efficace, souple et accessible à tous les citoyens, quelle que soit leur situation sociale et géographique.

Elle s'appuie à la fois sur le développement du savoir-faire national et sur la coopération internationale.

Article 7 : Toutes les activités de santé en République gabonaise s'exercent dans le cadre de la politique nationale de santé et de la réglementation en vigueur.

Article 8 : Le ministère de la Santé est le coordonnateur de la politique de la santé sur toute l'étendue du territoire national.

Article 9: La protection de la mère et l'enfant, l'hygiène et la prévention constituent conformément aux dispositions de l'article 3 ci-dessus, les priorités de la politique nationale de santé.

Section 1

De la protection de la mère et de l'enfant

Article 10 : La protection de la santé de la mère et de l'enfant vise à réduire la morbidité et la mortalité maternelles, périnatales et infantiles. Elle repose en particulier sur la promotion des actions préventives, de l'information et de l'éducation sanitaires en direction de la famille et de la communauté, ainsi que sur la prise en charge des enfants malades et des grossesses à risque.

Article 11 : La politique de santé en faveur de la mère et de l'enfant doit assurer en particulier les actions prioritaires suivantes : la surveillance régulière des grossesses ; les accouchements en milieu contrôlé, avec assistance d'un personnel qualifié ;

- l'éducation nutritionnelle et sanitaire de la femme enceinte et des enfants d'âge préscolaire et scolaire ;

- la pratique des bilans de santé gratuits et obligatoires pour l'enfant en âge préscolaire ; la promotion de l'allaitement maternel la planification familiale. Le dépistage et la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, en abrégé MST.

- la prévention des grossesses précoces et des avortements clandestins ; la protection sociale de la mère la prise en charge des enfants malades et des grossesses à risque.

Article 12 : Le dispensaire du service public de santé visé à l'article 90 ci-dessous doit être en mesure :

- d'assurer les soins prénatals, les accouchements, les soins aux nouveaux-nés, les vaccinations, la surveillance de la croissance, l'orientation des cas hors de sa compétence d'organiser le dépistage et la lutte contre les MST d'assurer l'information et l'éducation sanitaires en matière de santé maternelle et infantile, en abrégé SMI ;

- de disposer d'une équipe SMI associant des agents de santé et des accoucheuses traditionnelles. Le statut des accoucheuses traditionnelles visées à l'alinéa précédent est fixé par voie réglementaire.

Article 13 : Le centre médical du service public de santé visé à l'article 92 ci-dessous doit être en mesure d'effectuer une césarienne, d'assurer la surveillance des nouveaux-nés et des nourrissons ; d'assurer une éducation nutritionnelle et sanitaire d'assurer les vaccinations ; d'organiser le dépistage et la lutte contre les MS'L.

Article 14 : Le centre de protection maternelle et infantile, en abrégé PMI, comprend tous les éléments de santé maternelle et infantile. Il dispose d'une équipe SMI composée au moins d'un médecin, une sage-femme, une infirmière de santé publique, un agent de nutrition et un éducateur sanitaire. L'organisation et le fonctionnement des centres des PMI sont fixés par voie réglementaire.

Article 15 : Il est créé un centre d'application pour la santé maternelle et infantile. Le centre d'application pour la santé maternelle et infantile est un organisme national fonctionnant sans hospitalisations et comprenant tous les éléments de santé maternelle et infantile. Il assure notamment le recyclage et la formation pratique du personnel, ainsi que la recherche opérationnelle en matière de santé maternelle et infantile. L'organisation et le fonctionnement du Centre d'application pour la santé maternelle et infantile sont fixés par voie réglementaire.

Section 2

Sous-section

De la médecine préventive

Article 16 : La médecine préventive vise à augmenter l'espérance de vie des populations par la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies. Elle repose notamment sur la promotion de la vaccination et de la lutte contre les endémies, de l'hygiène et de l'assainissement, du conseil génétique et médical, du dépistage et du traitement précoces des maladies, de l'information et de l'éducation nutritionnelles et sanitaires.

Article 17 : La politique de la médecine préventive doit assurer en particulier les actions prioritaires suivantes l'extension et le contrôle des vaccinations ; la surveillance épidémiologique et la lutte contre le paludisme

et les endémies ; la prévention et la lutte contre le sida la prévention et la lutte contre la drépanocytose et les maladies héréditaires ; le dépistage et le traitement précoce des MSI le dépistage et le traitement précoces de l'hypertension artérielle, en abrégé HTA du diabète et de l'insuffisance rénale la prévention des hépatites virales le dépistage et le traitement précoces des cancers gynécologiques - la déclaration obligatoire des maladies.

Article 18 : Les vaccinations contre les maladies infantiles sont gratuites et obligatoires.

Article 19 : Les modalités de déclaration obligatoire des maladies sont fixées par voie réglementaire.

Article 20 : Le sida, les MST, la drépanocytose, l'HTA, le diabète, l'insuffisance rénale, les hépatites virales, les cancers gynécologiques et les autres affections à fort taux de morbidité et (la mortalité bénéficient, selon le cas, de la mise en place de programmes.

Article 21 : Il est créé un institut d'épidémiologie et de lutte contre les endémies. L'Institut d'épidémiologie et de lutte contre les endémies est un organisme national, chargé de l'extension et du contrôle des vaccinations, de la surveillance épidémiologique et de la lutte contre les endémies. Il assure le recyclage et la formation pratique du personnel, ainsi que la recherche opérationnelle en matière de lutte contre les endémies. L'organisation et le fonctionnement de l'institut d'épidémiologie et de lutte contre les endémies sont fixés par voie réglementaire.

Sous-section 2

De l'hygiène publique et de l'assainissement

Article 22 : L'action en matière d'hygiène publique et d'assainissement de l'amélioration de toutes les conditions qui dans le milieu physique de la vie humaine, influent ou sont susceptibles d'influer défavorablement sur la santé.

Article 23 : La politique d'hygiène publique et d'assainissement doit promouvoir en particulier les actions prioritaires suivantes :

- la collecte, le traitement et l'évacuation hygiénique des déchets liquides et solides ;
- le drainage des eaux pluviales et la lutte contre les inondations.
- la lutte antivectérielle.
- le développement des adductions d'eau potable et de l'hydraulique villageoise ;

- le contrôle des aliments, des pesticides et de la salubrité des établissements classés publics et privés.
- Article 24 : L'Etat organise la coordination des différents secteurs concernés et l'intégration des activités d'hygiène et d'assainissement sur l'ensemble du territoire national.
- Article 25 : Il est créé un institut d'hygiène publique et d'assainissement. L'Institut d'hygiène publique et d'assainissement est un organisme national chargé d'assurer l'exécution de la politique de l'Etat en matière d'hygiène et d'assainissement. Il fixe et contrôle les normes d'hygiène et d'assainissement pour tous les marchés, travaux et établissements publics et privés. Il assure le recyclage et la formation pratique du personnel ainsi que la recherche opérationnelle en matière d'hygiène publique et d'assainissement. L'organisation et le fonctionnement de l'Institut d'hygiène publique et d'assainissement sont fixés par voie réglementaire.
- Sous-section : De l'information et de l'éducation nutritionnelles et sécuritaire.
- Article 26 : L'information et l'éducation nutritionnelles et sanitaires visent à apporter aux populations les connaissances et le savoir-faire nécessaires à la modification de leur comportement et de leurs habitudes face aux facteurs de risque et d'aggravation des maladies. Elles reposent notamment sur la promotion de la nutrition et de la diététique, des connaissances épidémiologiques, des soins de santé primaires en milieu rural et périurbain, ainsi que sur l'utilisation des techniques modernes et traditionnelles de la communication.
- Article 27 : La politique d'information et d'éducation nutritionnelles et sanitaires doit assurer en particulier les actions prioritaires suivantes : la prévention et la lutte contre les diarrhées de l'enfant ; la prévention et la lutte contre la malnutrition ; la prévention et la lutte contre la drogue et les toxicomanies ; le développement de l'hygiène bucco-dentaire la généralisation et le contrôle des carnets de santé le développement de l'hygiène scolaire et universitaire le développement de l'hygiène du travail le développement de l'hygiène sportive ; la lutte contre la consommation anarchique des médicaments ;
- le soutien aux associations d'usagers, notamment pour les maladies chroniques.
- Article 28 : Le carnet de santé du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent est obligatoire.
- Article 29 : Il est créé un centre de nutrition et d'éducation sanitaire. Le Centre de nutrition et d'éducation sanitaire est un organisme national chargé de l'exécution de la politique de l'Etat en matière d'information et d'éducation nutritionnelles et sanitaires. Il assure le recyclage et la formation pratique du personnel hygiéniste, ainsi que la recherche opérationnelle en matière de nutrition et d'éducation sanitaire. L'organisation et le fonctionnement du centre de nutrition et d'éducation sanitaire sont fixés par voie réglementaire.
- Section 3 : De la protection des personnes handicapées, des malades mentaux, des personnes âgées et des autres groupes vulnérables.
- Sous-section 1
- Des personnes handicapées
- Article 30 : L'Etat a le devoir selon ses possibilités de mettre à la disposition des personnes handicapées, les structures médico-sociales nécessaires à la lutte contre leur handicap, à leur réhabilitation et à leur réinsertion sociale.
- Article 31 : Les formations sanitaires du service public ont l'obligation d'offrir les meilleures conditions d'accès physique possibles aux personnes handicapées.
- Sous-section 2 : Les malades mentaux
- Article 32 : L'Etat a le devoir de donner aux malades mentaux des soins éducatifs.
- Article 33 : Les hôpitaux publics et les centres hospitalo universitaires du service public de santé ont l'obligation d'organiser, en leur sein une unité de prise en charge médicale des malades mentaux, selon les modalités fixées par voie réglementaire.
- Article 34 : Il est créé un centre des malades mentaux, formation sanitaire nationale assurant la prise en charge médicale des malades mentaux. Le Centre des malades mentaux assure également le recyclage et la formation pratique du personnel, ainsi que la recherche opérationnelle en matière de psychiatrie. Son organisation et son fonctionnement sont fixés par voie réglementaire.
- Sous-section 3 : Des personnes âgées
- Article 35 : La politique de protection sanitaire des personnes âgées doit assurer en particulier les actions prioritaires suivantes :
 - le contrôle des vaccinations ; le dépistage et le traitement précoces de la cataracte ; le

dépistage et le traitement précoces de l'hyperplasie prostatique.

Article 36 : La cataracte et l'hyperplasie prostatique bénéficient, selon le cas, de la mise en place de comités et services nationaux dans les conditions fixées à l'article 98 ci-dessous.

Sous-section 4 : Des autres groupes vulnérables

Article 37: L'Etat a le devoir selon ses possibilités de donner aux personnes particulièrement affaiblies par la maladie, l'assistance médicale appropriée.

Article 38 : La politique de protection des groupes vulnérables doit assurer en particulier les actions prioritaires suivantes : l'information et l'éducation sanitaires en direction de la famille et de la communauté ; la lutte contre l'exclusion et la discrimination ; la réglementation des maladies de longue durée.

CHAPITRE II : DE L'ORGANISATION ET GESTION ADMINISTRATIVE

Section 1 : Du département et de la région sanitaires

Article 39 : Le département sanitaire est l'unité territoriale, administrative et budgétaire de base du système de santé. Il couvre une ou plusieurs collectivités locales. La création, l'organisation et le fonctionnement du département sanitaire sont déterminés par décret pris en conseil des ministres.

Article 40 : La région sanitaire comprend l'ensemble des départements sanitaires d'une ou de plusieurs provinces. La région sanitaire assure la coordination, la supervision et le contrôle des activités des départements sanitaires. La création, l'organisation et le fonctionnement de la région sanitaire sont déterminés par décret pris en conseil des ministres.

Section 2 : De la coordination et de la planification

Article 41 : La carte sanitaire est l'instrument fondamental de coordination et de planification de la politique nationale de santé. Elle constitue la base du développement et de la planification des investissements et des ressources humaines sur l'ensemble du territoire national. Elle est élaborée par le ministère de la Santé, en coordination avec les autres secteurs concernés. La carte sanitaire est révisable. Ses normes techniques sont fixées par voie réglementaire.

Article 42 : Il est créé auprès du ministre de la Santé une commission nationale de coordination de la santé chargée de

l'élaboration et de la gestion de la carte sanitaire, ainsi que de la coordination nationale de l'action sanitaire. La composition, l'organisation et le fonctionnement de la Commission nationale de coordination de la santé sont fixés par décret.

CHAPITRE III : Des RESSOURCES FINANCIERES

Article 43 : Les mécanismes de financement du service public de santé visé à l'article 87 ci-dessous doivent assurer à tous l'équité des contributions à l'effort de santé et l'égalité des conditions d'accès aux soins et aux formations sanitaires.

Section 1 : Des recettes

Article 44 : Le financement du service public de santé est assuré par l'Etat, les collectivités locales; les tiers- payants publics et privés ; le ticket modérateur des usagers ; les particuliers non assurés.

Article 45 : Les tiers-payants publics sont financés par les cotisations sociales de l'Etat, des collectivités locales, des entreprises et des particuliers. Les personnes légalement reconnues indigentes sont affiliées à un tiers-payant public par des mécanismes spécifiques déterminés par la loi. La création, l'organisation et le fonctionnement des tiers-payants publics sont également déterminés par la loi.

Article 46 : Le ticket modérateur perçu par les formations du service public de santé correspond à la partie du coût de réglé des prestations restant à la charge des usagers. Il est établi selon un système de tarification commune pour chaque catégorie d'établissement et pour chaque type de prestation. Les personnes légalement reconnues indigentes et les personnes atteintes de certaines maladies, ainsi que certaines prestations, sont exonérées du ticket modérateur et sont prises en charge par les tiers- payants. Les modalités de fixation du ticket modérateur, ainsi que la liste des maladies et des prestations exonérées sont fixées par voie réglementaire.

Section 2 : Des dépenses

Article 47 : Les formations sanitaires du service public de santé sont financées par les tiers payants publics ou privés sur la base de rapports conventionnels à partir des prestations effectivement fournies et selon une tarification commune fixée par voie réglementaire.

Article 48 : Les formations et établissements sanitaires du service public de santé obéissent dans leur gestion à un plan comptable et à des règles communes dont les modalités sont fixées par voie réglementaire.

Article 49 : L'Etat et les collectivités locales assurent les dépenses de fonctionnement et d'investissement des institutions et établissements sanitaires du service public de santé non rattachés à un tiers - payant. Ils participent également pour tout ou partie, aux dépenses d'investissement des hôpitaux publics, des centres hospitalo universitaires et des formations sanitaires du secteur privé à but non lucratif reconnues d'utilité publique, selon les modalités fixées par voie réglementaire.

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

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

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

CHAPITRE IV : DES RESSOURCES HUMAINES

Section 1 : De la gestion des ressources humaines

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

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

- le plaît de carrière des personnels de santé
- la répartition adéquate et équitable des effectifs
- l'utilisation rationnelle des personnels ;
- la responsabilisation, la motivation et la discipline des personnels de santé;

-la programmation du recrutement et de la formation en relation avec les services et les institutions concernées ;

-la vérification de la liste des institutions nationales et étrangères agréées par l'État en matière de formation des personnels de santé.

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

Section 2 : De la formation

Article 56 : La formation vise à doter le système de santé de personnels qualifiés, compétents et disponibles. Elle repose notamment sur la promotion de la formation initiale du perfectionnement et de la formation continue ainsi que sur le développement d'une recherche opérationnelle permanente.

Article 57 : La politique de formation des personnels de santé doit assurer en particulier les activités prioritaires suivantes :

la définition et le contrôle des programmes;

la recherche opérationnelle;

la formation des formateurs;

la réglementation des institutions de formation.

Article 58 : La politique de formation obéit à un plan directeur de développement des ressources humaines sur l'ensemble du territoire national.

Article 59 : L'Etat publie chaque année la liste des établissements nationaux de formation agréés dont les diplômes nationaux donnent droit à l'exercice d'une profession de santé sur toute l'étendue du territoire de la République. Les diplômes obtenus à l'étranger ne sont reconnus que s'ils sont délivrés par les institutions agréées par l'Etat gabonais.

Article 60 : Le recrutement des professionnels de la santé est déterminé par leurs statuts particuliers.

Article 61 : Il est créé une école nationale d'action sanitaire et sociale, en abrégé ENASS, chargée de la formation initiale des personnels de la santé et de l'action sociale. Les filières de formation sont fixées par voie réglementaire. L'Ecole nationale d'action sanitaire et sociale assure également la formation continue ainsi que la recherche opérationnelle en matière pédagogique et en soins infirmiers. L'organisation et le fonctionnement de l'École nationale d'action sanitaire et sociale sont fixés par voie réglementaire.

Section 3 : De la recherche

Article 62 : La recherche médicale et sanitaire vise à doter le système de santé de personnels et de moyens technologiques capables de soutenir un développement sanitaire durable et de créer des richesses. La recherche médicale et sanitaire est fondamentale et appliquée.

Article 63 : La politique de recherche en matière de santé doit être orientée en particulier vers les axes prioritaires suivants :

- le développement de la santé maternelle et infantile, de la médecine préventive, de l'hygiène publique et de l'assainissement, de l'information et de l'éducation nutritionnelle et sanitaire;
- le développement de la phytothérapie et de la pharmacognosie.

Article 64 : L'Etat a le devoir de créer et d'assurer le fonctionnement des structures spécialisées utiles en matière de recherche médicale et sanitaire.

Article 65 : Les hôpitaux publics et les centres hospitalo universitaires ont l'obligation d'organiser en leur sein, au moins une unité de recherche appliquée, selon les modalités fixées par voie réglementaire.

Article 66 : Il est créé un institut de phytothérapie et de pharmacognosie. L'Institut de phytothérapie et de pharmacognosie est un organisme national chargé du développement scientifique de la pharmacopée nationale. Il assure la coordination entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle, ainsi que l'encadrement technique des phytothérapeutes traditionnels. L'organisation et le fonctionnement de l'institut de phytothérapie et de pharmacognosie sont fixés par voie réglementaire.

Section 4 : Du statut et des ordres des professionnels de la santé

Article 67 : Les statuts des professionnels de la santé sont déterminés par la loi.

Article 68 : L'ordre professionnel a pour objet d'assurer le respect des droits et des devoirs des professionnels de la santé inscrits en son sein. L'exercice d'une profession de santé sur le territoire de la République gabonaise est soumis à l'inscription dans l'ordre professionnel concerné, selon les modalités fixées par voie réglementaire.

**CHAPITRE V. DE LA POLITIQUE DES
MÉDICAMENTS ET DU MATÉRIEL
MÉDICAL, DES ANALYSES ET DE
L'IMAGERIE MÉDICALES**

Section 1 : Des médicaments et du matériel médical

Article 69 : La politique des médicaments et des matériels médico-chirurgicaux en République gabonaise vise à la permanence dans toutes les structures du service public de santé des médicaments et des matériels essentiels nécessaires au fonctionnement des dites structures.

Article 70 : Les médicaments distribués sur le territoire gabonais que ce soit à titre gratuit ou à titre onéreux, qu'il s'agisse de spécialités pharmaceutiques ou de médicaments génériques, sont titulaires de l'autorisation de mise sur le marché gabonais en abrégé AMMG.

Article 71 : La direction du médicament et de la pharmacie du ministère de la Santé délivre les autorisations de mise sur le marché gabonais selon les normes internationales de certification de qualité et régleme la publicité pharmaceutique. Elle participe à l'homologation des matériels médicaux à l'enregistrement des produits relevant de l'homéopathie, de la pharmacopée traditionnelle de la médecine vétérinaire et de la parapharmacie ainsi qu'à la tarification des médicaments. Les modalités d'application des dispositions des premier et deuxième alinéas ci-dessus sont fixées par voie réglementaire.

Article 72 : La direction du médicament et de la pharmacie prépare les décisions des pouvoirs publics relatives aux autorisations d'ouverture ou de transfert des officines privées aux autorisations d'ouverture de dépôts pharmaceutiques aux agréments de grossiste-répartiteurs et aux agréments d'établissements de fabrication de médicaments en relation avec l'inspection des pharmacies, et conformément aux dispositions du code de la santé et des textes en vigueur.

Article 73 : L'inspection des pharmacies, organisme de contrôle, veille à l'application des dispositions des articles 69 à 72 ci-dessus. Elle participe au contrôle international des stupéfiants et des substances psychotropes, en relation avec la direction du médicament et de la pharmacie.

Article 74 : Les marges autorisées aux grossistes et aux officines du secteur privé, pour la vente des médicaments et des matériels médico-chirurgicaux, font l'objet d'un décret. Le mode de calcul des marges doit être une incitation à l'utilisation des médicaments génériques

légalement en vente dans les pays exportateurs et distribués conformément aux dispositions de l'article 70 ci-dessus.

Article 75 : L'approvisionnement et la distribution des médicaments et des matériels médico-chirurgicaux utilisés au sein du service public de santé obéissent à des impératifs de standardisation et sont quantitativement et qualitativement adaptés à chaque catégorie de formation ou d'établissement sanitaire. Ils reposent sur des critères de qualité et de prix faisant appel à la concurrence nationale et internationale. Ils sont confiés à l'Office pharmaceutique national visé à l'article 70 ci-dessous.

Article 76 : Il est créé un office pharmaceutique national chargé de l'approvisionnement des formations et des établissements sanitaires du service public de santé. L'Office pharmaceutique national publie et met à jour la liste des médicaments et matériels essentiels nécessaires au fonctionnement du service public de santé, conformément aux dispositions de l'article 70 ci-dessus. La liste des médicaments comprend notamment des génériques légalement en vente dans les pays exportateurs. L'Office pharmaceutique national assure la maintenance des matériels médico-chirurgicaux. Il possède la personnalité juridique et jouit de l'autonomie de gestion. L'organisation et le fonctionnement de l'Office pharmaceutique national sont fixés par voie réglementaire.

Section 2 : Des analyses et de l'imagerie médicale

Article 77 : Les analyses de biologie clinique et l'imagerie médicale concourent notamment au diagnostic, au traitement et à la prévention des maladies. Elles sont effectuées dans les structures agréées, et conformément aux normes techniques internationales.

Article 78 : L'Etat a le devoir d'intégrer les activités de laboratoire et d'imagerie médicale dans le service public de santé sur toute l'étendue du territoire national.

Article 79 : La politique de l'imagerie médicale doit assurer en particulier les activités prioritaires suivantes : les radiations ionisantes ; l'échographie ; l'endoscopie ; la scannographie.

Article 80 : Le département sanitaire doit disposer au minimum d'une unité de radiologie, d'une unité d'échographie et d'une unité d'analyses médicales fonctionnelles.

Article 81: Le laboratoire national d'analyses médicales, établissement de référence, est chargé de l'exécution et du contrôle de la politique de l'Etat en matière d'analyses de biologie clinique. Il assure le recyclage et la formation pratique du personnel ainsi que la recherche en matière de biologie clinique. Il jouit de l'autonomie de gestion. L'organisation et le fonctionnement du laboratoire national d'analyses médicales sont fixés par voie réglementaire.

Article 82 : La transfusion sanguine est soumise à des tests biologiques de contrôle et à des règles de sécurité déterminées par décret pris en conseil des ministres.

Article 83 : Le centre national de transfusion sanguine est chargé de coordonner et de contrôler la mise en œuvre de la politique nationale de transfusion sanguine. Son organisation et son fonctionnement sont fixés par voie réglementaire.

CHAPITRE VI : DE LA COOPERATION INTERNATIONALE

Article 84 : La coopération internationale en matière de santé vise à apporter au système national de santé les connaissances, le savoir-faire et les ressources complémentaires nécessaires à son développement. Elle repose sur la coopération bilatérale et multilatérale, ainsi que sur la contribution du Gabon au développement sanitaire de la communauté internationale.

Article 85 : La politique de coopération internationale en matière de santé doit être utile et diversifiée.

Article 86 : Les programmes de coopération internationale en matière de santé doivent être coordonnés et complémentaires.

CHAPITRE VII : DES SECTEURS DE SANTE

Section 1 : Du service public de santé

Article 87 : Il est créé un service public de santé avant pour mission d'assurer des prestations médicales et sanitaires de qualité accessibles à l'ensemble de la population.

Article 88 : Le service public de santé est diversifié et coordonné.

Il comprend :

1-) les institutions et formations sanitaires financées par l'Etat et les collectivités locales, à savoir: les dispensaires et les centres médicaux, les établissements relevant de la santé maternelle et infantile, de la médecine préventive, de l'hygiène publique et de

l'assainissement, de l'information et de l'éducation sanitaires, de la formation et de la recherche, de la gestion des médicaments et du matériel médical, des analyses et de l'imagerie médicales, de la médecine scolaire, de la médecine du travail, de la médecine sportive, de la santé militaire, des programmes, comités et services nationaux, et de la protection des personnes handicapées, des malades mentaux, des personnes âgées et des autres groupes vulnérables :

2-) Les formations et établissements sanitaires financés par les tiers-payants et fonctionnant selon des règles communes de gestion, à savoir: les hôpitaux publics et les centres hospitalo-universitaires ;

3-) Les institutions et formations du secteur privé à but non lucratif légalement reconnues d'utilité publique.

Article 89 : Les obligations et les règles de fonctionnement du service public de santé sont précisées par des textes particuliers.

Sous-section 1 : Du dispensaire

Article 90 : Le dispensaire est l'unité de base du service public de santé. Il assure les activités de soins, de prévention et d'éducation pour la santé.

Article 91 : Le dispensaire est l'instrument privilégié d'animation et d'intégration des activités de santé des communautés.

Sous-section 2 : Du centre médical

Article 92 : Le centre médical est l'établissement sanitaire intermédiaire entre le dispensaire et l'hôpital public.

Article 93 : Le centre médical offre une capacité d'hospitalisation et assure des activités de prévention et d'éducation pour la santé. Il sert d'appui technique aux dispensaires du département sanitaire.

Article 94 : Chaque département sanitaire dispose d'au moins un centre médical.

Sous-section 3 : De l'hôpital public

Article 95 : L'hôpital est un établissement de soins courants et spécialisés. Il sert de recours aux centres médicaux et aux dispensaires. Il participe à la recherche opérationnelle et à la formation pratique des personnels de santé. Il a un conseil d'administration et jouit de l'autonomie de gestion. L'organisation et le fonctionnement des hôpitaux publics sont fixés par voie réglementaire.

Sous-section 4 : Du centre hospitalo- universitaire

Article 96 : Le centre hospitalier universitaire, en abrégé CHU, est un hôpital public de

référence, de niveau international, ayant passé une convention avec une ou plusieurs universités.

Article 97 : Le centre hospitalo - universitaire participe à l'enseignement médical et à la recherche fondamentale et appliquée. Il est doté de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion. La création, l'organisation et le fonctionnement des centres hospitalo - universitaires sont déterminées par la loi.

Sous - section 5 : Des programmes, comités et services nationaux

Article 98 : La mise en place des programmes, comités et services nationaux répond à des priorités et à des aspects spécifiques de santé. L'activité desdits programmes, comités et services est coordonnée et intégrée à l'ensemble de l'action sanitaire. Leur organisation et leur fonctionnement sont fixés par décret pris en conseil des ministres.

Sous-section 6 : Des secteurs particuliers du service public de santé

Article 99 : Les secteurs particuliers du service public de santé sont constitués par la médecine scolaire et universitaire, la médecine sportive, la médecine du travail et la santé militaire.

Article 100 : La politique de médecine scolaire et universitaire doit assurer en particulier les actions prioritaires suivantes :

- le dépistage précoce des handicaps physiques et des maladies;
- l'éducation pour la santé;
- la lutte contre la drogue et les autres fléaux sociaux;
- l'éducation sexuelle et la planification familiale.

Article 101 : L'Etat a le devoir de promouvoir la médecine sportive sur l'ensemble du territoire national.

Article 102 : La politique de médecine sportive doit assurer en particulier les actions prioritaires suivantes:

- la surveillance médicale des sportifs ;
- la lutte contre le dopage ;
- le développement de la recherche.

Article 103 : La politique de médecine du travail doit assurer en particulier les actions prioritaires suivantes :

- la prévention (les accidents du travail) ;
- la prévention des maladies professionnelles ;
- le dépistage précoce des maladies.

Article 104 : L'État a le devoir d'organiser et d'assurer la prévention et la lutte contre les calamités naturelles et nationales en matière de

santé, avec l'appui en particulier des services de santé militaire.

Section 2 : Du secteur privé

Article 105 : Les formations et établissements sanitaires du secteur privé sont titulaires d'une autorisation d'ouverture d'un établissement de prestation de santé, en abrégé AOEPS, dont les modalités de délivrance sont fixées par voie réglementaire. Ils sont soumis au contrôle de l'inspection générale de la santé, selon les modalités fixées par voie réglementaire.

Article 106 : La reconnaissance d'utilité publique d'une formation ou d'un établissement du secteur privé à but non lucratif est déterminée par décret pris en conseil des ministres.

Section 3 : De la médecine traditionnelle

Article 107 : L'Etat a le devoir de promouvoir et d'encadrer scientifiquement et techniquement la médecine traditionnelle.

Article 108 : La politique de médecine traditionnelle doit assurer les actions prioritaires suivantes:

- la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle;
- l'amélioration des conditions de sécurité des patients;
- le développement de la pharmacopée nationale.

DISPOSITIONS FINALES

Article 109 : Des textes législatifs et réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les dispositions de toute nature nécessaires à l'application de la présente ordonnance.

Article 110 : La présente ordonnance, qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, sera enregistrée, publiée selon la procédure d'urgence et exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Libreville. le 14 janvier 1995

Par le président de la République
chef de l'Etat,

El Hadj Omar BONGO

Le Premier ministre,
chef du gouvernement

Dr Paulin OBAME NGUEMA

Le ministre de la Santé publique
et de la Population

Dr Serge MBA BEKAIE

Le ministre des Affaires sociales
et de la Solidarité nationale

Sébastien MAMBOUNDOU MOUYAMA

Le ministre de l'enseignement supérieur
et de la Recherche scientifique

Gaston MOZOGO OVONO

Le ministre d'Etat, ministre des Affaires étrangères
et de la Coopération Casimir OYE MBA

1er au 7 MARS 2017
 CINQUANTE HUITIEME ANNEE – N°339
 PRIX: 2.000 Francs Dépôt légal 777
 JOURNAL OFFICIEL
 DE LA REPUBLIQUE GABONAISE
 POUR LES ABONNEMENTS ET LES
 ANNONCES :
 “DIRECTION DES PUBLICATIONS
 OFFICIELLES” - LIBREVILLE - B. P. 563
 - TEL. : 01.76.20.00
 Ceux-ci sont payables d’avance, par mandat ou
 virement au nom de M. le Directeur “des
 Publications officielles” à Libreville
 Compte courant postal N° 0101 100 2534,
 centre de Libreville.
 SOMMAIRE

ACTES DE LA REPUBLIQUE GABONAISE

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

Ordonnance n°006/PR/2017 du 27 février 2017
 portant réforme hospitalière en République
 Gabonaise.....3347

ACTES EN ABREGE

Avis
 d’affichage.....3352
 Déclaration de constitution de
 société.....3352

1er au 7 MARS 2017 - N°339 JOURNAL
 OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE
 GABONAISE 3347
 ACTES DE LA REPUBLIQUE GABONAISE

PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

Ordonnance n°006/PR/2017 du 27 février 2017
 portant réforme hospitalière en République
 Gabonaise

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,
 CHEF DE L’ETAT ;
 Vu la Constitution ;
 Vu la loi n°029/2016 du 06 janvier 2017
 autorisant le Président de la République à

légiférer par ordonnances pendant
 l’intersession parlementaire ;
 Vu l’ordonnance n°1/95 du 14 janvier 1995
 portant orientation de la politique de santé
 en République Gabonaise, ratifiée par la loi
 12/95 du 16
 juin 1995 ;
 Vu la loi n°001/2005 du 04 février 2005
 portant Statut Général de la Fonction
 Publique ;
 Vu la loi n°14/2005 du 08 août 2005 portant
 Code de Déontologie dans la Fonction
 Publique ;
 Vu la loi n°20/2005 du 3 janvier 2006 fixant
 les règles de création, d’organisation et de
 gestion des services de l’Etat, ensemble les
 textes modificatifs subséquents ;
 Vu le décret n°0473/PR du 28 septembre 2016
 portant nomination du Premier Ministre,
 Chef du Gouvernement ;
 Vu le décret n°0474/PR du 02 octobre 2016
 fixant la composition du Gouvernement de
 la République, ensemble les textes
 modificatifs subséquents ;
 Le Conseil d’Etat consulté ;
 Le Conseil des Ministres entendu ;
 O R D O N N E :
 Article 1er : La présente ordonnance fixe les
 règles relatives à la création et à la gestion
 des établissements hospitaliers.
Chapitre Ier : Des dispositions générales
 Article 2 : Les établissements hospitaliers
 offrent des prestations médicales et
 sanitaires de qualité, accessibles à
 l’ensemble de la population.
 A ce titre, ils assurent notamment :
 -le diagnostic, le traitement et la surveillance
 des malades, des blessés et des femmes
 enceintes, en tenant compte des aspects
 psychologiques du patient ;
 -l’hébergement des patients, en cas de
 nécessité ;
 -la prévention des maladies.
 Les aspects psychologiques du patient
 doivent être pris en compte chaque fois que
 nécessaire. La qualité de l’accueil, des soins
 et de la prise en charge globale du patient
 constitue un objectif essentiel pour tout
 établissement hospitalier.
 Article 3 : Les établissements hospitaliers
 publics ou privés sont gérés conformément
 aux normes et pratiques de bonne
 gouvernance et de performance nationales

et internationales. Ils peuvent être gérés soit directement par l'Etat et les Collectivités Locales, soit par des personnes physiques ou morales de droit privé, dans le cadre d'un contrat de délégation de gestion ou dans le cadre d'un partenariat public-privé. Les modalités de ce partenariat sont fixées par contrat approuvé par le Ministre chargé de la Santé.

Chapitre II : Des établissements hospitaliers du service public

Article 4 : Le service public de santé hospitalier comprend :

- les établissements publics de santé hospitaliers civils ;
- les établissements publics de santé hospitaliers militaires.

Section 1 : Des missions et obligations du service public hospitalier

Article 5 : Les établissements de santé publics hospitaliers garantissent à tous un accès égal aux soins. Les praticiens qui y exercent ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils sont tenus d'accueillir toute personne, de jour comme de nuit, en urgence si l'état du malade ou du blessé le justifie. Les établissements de santé publics hospitaliers et les établissements de santé privés hospitaliers participant au service public doivent disposer de moyens adéquats pour dispenser des soins de qualité. Ils sont tenus de prendre en charge les patients qui leur sont régulièrement référés, ou de leur trouver un lieu de soins adapté à leur état. Ils assurent le diagnostic et dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs et de réadaptation que requiert leur état. Ils veillent à la continuité de ces soins à l'issue de leur admission, en liaison avec les autres structures de soins et l'ensemble des professionnels de santé.

Article 6 : Tout établissement du service public hospitalier ayant reçu un malade référé est tenu d'adresser au praticien traitant qui en a fait la demande, un résumé du dossier médical. Tout patient a le droit d'entrer en possession de son dossier médical au cas où il en formule la demande auprès de l'établissement sanitaire public ou privé.

Article 7 : Outre les missions définies à l'article 5 ci-dessus, le service public hospitalier concourt notamment :

- à l'enseignement médical universitaire et post-universitaire ;
- à la recherche en médecine, en biologie, en odontologie et en pharmacie ;
- à la formation initiale et continue du personnel paramédical et à la recherche en soins infirmiers et obstétricaux ;
- aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et leur coordination.

Article 8 : Les établissements de santé publics hospitaliers participent à la formation initiale et continue des personnels de santé, en abritant des stages et en offrant un encadrement adapté. Ils sont habilités, pour tout ou partie de leurs services cliniques et médico-techniques, à passer une convention avec une ou plusieurs universités, selon les modalités fixées par voie réglementaire.

Article 9 : Les conventions hospitalo-universitaires passées entre les établissements de santé publics hospitaliers et les universités précisent notamment les droits et devoirs des enseignants qui interviennent dans ces hôpitaux. Elles déterminent en outre l'organisation de leurs fonctions, leurs responsabilités et leurs conditions de travail, selon les clauses d'une convention-cadre fixée par arrêté du Premier Ministre.

Article 10 : Les établissements de santé publics hospitaliers peuvent conclure avec des établissements hospitaliers privés autres que ceux qui participent au service public, des accords pour un ou plusieurs objectifs leur permettant d'améliorer la qualité de leurs prestations.

Article 11 : Dans le cadre des missions qui leur sont imparties, les établissements de santé publics hospitaliers peuvent participer à des actions de coopération inter-hospitalière, régionale ou internationale, avec des personnes morales de droit public ou privé. Ils peuvent signer des conventions, dans le respect des engagements internationaux souscrits par l'Etat.

Section 2 : Du système d'information et d'évaluation de la qualité et des performances

Article 12 : Dans le respect du secret professionnel et des droits du malade, les établissements publics de santé hospitaliers mettent en œuvre un système d'information permettant une connaissance de l'activité et

des coûts de l'offre de soins. Il s'intègre dans le système national d'information sanitaire.

Article 13 : Les établissements de santé publics hospitaliers mettent en place une politique d'évaluation de leurs activités, afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins ainsi que leur efficacité. La mise en œuvre de cette politique fait l'objet d'un rapport annuel présenté par le directeur général au Conseil d'Administration. Les modalités pratiques de mise en œuvre de cette évaluation interne sont fixées par arrêté du Ministre chargé de la Santé.

Article 14 : Les établissements de santé publics hospitaliers concluent avec l'Etat un contrat annuel ou pluriannuel de performance, conformément aux textes en vigueur. Le degré et la qualité d'exécution de ce contrat sont pris en compte dans la détermination de la subvention annuelle allouée par le budget de l'Etat.

Section 3 : De la classification des établissements publics

Article 15 : Les établissements du service public de santé sont classés en trois catégories comme suit :

- les établissements de niveau périphérique ou primaire ;
- les établissements de niveau intermédiaire ou secondaire ;
- les établissements de niveau central ou tertiaire.

Sous-section 1 : Des établissements de niveau périphérique ou primaire

Article 16 : Les établissements de santé publics hospitaliers de niveau périphérique ou primaire sont les hôpitaux départementaux, communaux ou d'arrondissement. Ils assurent, au niveau de leur circonscription administrative, la prévention et dispensent les prestations de médecine générale, de médecine spécialisée, de chirurgie, de soins obstétricaux et de soins d'urgence. Ils se situent à un niveau intermédiaire entre le centre de santé et le centre hospitalier régional. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de l'hôpital départemental, communal ou d'arrondissement sont fixées par décret pris en Conseil des Ministres, sur proposition du Ministre chargé de la Santé.

Sous-section 2 : Des établissements de niveau intermédiaire ou secondaire

Article 17 : Les établissements de santé publics hospitaliers de niveau intermédiaire ou secondaire sont les centres hospitaliers régionaux, en abrégé CHR.

Article 18 : Le CHR est un établissement public à caractère scientifique qui assure, au niveau régional, la prévention et dispense les prestations de médecine générale, de médecine spécialisée, de chirurgie, des soins obstétricaux et des soins d'urgence. Il participe également à la recherche ainsi qu'à la formation des personnels de santé et peut prendre la dénomination de Centre Hospitalier Régional Universitaire, en abrégé CHRU, à la suite d'une convention passée avec une université ayant une faculté de médecine. Le CHRU peut également signer des conventions avec les instituts; de formation en santé publique ou de recherche. Il sert d'appui aux formations sanitaires de niveau primaire. Il est doté de la personnalité juridique et jouit de l'autonomie de gestion administrative et financière. Le CHRU est placé sous la tutelle technique du Ministère en charge de la Santé, du Ministère en charge de l'Enseignement Supérieur et du Ministère en charge de la Recherche Scientifique.

Article 19 : Les attributions, l'organisation et le fonctionnement des CHR sont fixés par décret pris en Conseil des Ministres, sur proposition du Ministre chargé de la Santé.

Sous-section 3 : Des établissements de niveau central ou tertiaire

Article 20 : Les établissements de santé publics hospitaliers de niveau central ou tertiaire sont des centres hospitaliers ayant pour mission d'offrir, à l'échelle nationale, des prestations de santé essentiellement spécialisées. Ils servent de cadre de formation et de recherche et prennent la dénomination de centres hospitalo-universitaires, en abrégé CHU, à la suite d'une convention passée avec une ou plusieurs universités dotées d'une faculté de médecine. Le CHU peut également signer des conventions avec les instituts de formation en santé publique ou de recherche.

Article 21 : Le CHU est un établissement public à caractère scientifique, qui prend la forme d'un hôpital ou d'un groupement hospitalier. Il contribue à la mise en œuvre de la politique de l'Etat en matière de soins,

de santé publique, de formation en médecine, en odontologie, en biologie et en pharmacie, ainsi qu'en matière de recherche, d'expertise et d'innovation. Il peut créer des pôles d'excellence et des centres de référence dont il assure la coordination et le contrôle des activités, conformément à la carte sanitaire. Il sert d'appui aux centres hospitaliers régionaux. Il est doté de la personnalité juridique et jouit de l'autonomie de gestion administrative et financière. Il est placé sous la tutelle technique des Ministères en charge de la Santé, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique.

Section 4 : De la gouvernance des établissements de santé publics

Article 22 : La gouvernance des établissements de santé publics de niveau secondaire et tertiaire visés aux articles 18 et 21 ci-dessus est assurée par les organes suivants :

- le Ministre chargé de la Santé ;
- le Conseil d'Administration ;
- la Direction Générale ;
- l'Agence Comptable ;
- les organes consultatifs.

Les attributions, l'organisation et le fonctionnement des organes visés à l'alinéa 1er ci-dessus sont fixés par les statuts matérialisés par décret pris en Conseil des Ministres, sur proposition du Ministre chargé de la Santé.

Article 23 : Les établissements hospitaliers de santé publique sont soumis au contrôle de l'Etat et bénéficient d'un régime financier budgétaire et comptable particulier permettant une flexibilité dans leur fonctionnement. Le régime financier budgétaire et comptable des établissements hospitaliers de santé publics est fixé par décret pris en Conseil des Ministres sur proposition conjointe du Ministre chargé de la Santé et du Ministre chargé du Budget.

Section 5 : Des ressources financières et du personnel

Article 24 : Les ressources financières des établissements de santé publics hospitaliers sont constituées notamment :

- des subventions ou dotations budgétaires de l'Etat et des collectivités locales ;
- des ressources propres ;
- des participations financières des partenaires au développement ;
- des dons et legs ;

-de toutes autres ressources qui peuvent lui être affectées.

Article 25 : Le personnel comprend :

- les agents recrutés sur la base d'un contrat de travail ;
- les agents publics en affectation ou en position de détachement.

Ce personnel fait l'objet d'une évaluation annuelle des compétences et des performances dans les conditions fixées par les contrats d'objectifs signés avec les organes de gouvernance.

Chapitre III : Des établissements hospitaliers du secteur privé

Article 26 : Le secteur privé hospitalier comprend :

- les établissements hospitaliers à but lucratif ;
- les établissements hospitaliers à but non lucratif.

Section 1 : Du régime des agréments

Article 27 : Sont soumis à l'agrément préalable du Ministre chargé de la Santé, les projets suivants :

- la création, l'extension, l'exploitation, la délocalisation, le transfert, la conversion totale ou partielle de tout établissement hospitalier privé, ainsi que le regroupement de tels établissements ;
- le renouvellement, la transformation des installations des équipements techniques et activités de soins. Les modalités de délivrance de l'agrément visé à l'alinéa 1er du présent article sont fixées par arrêté du Ministre chargé de la Santé.

Article 28 : La reconnaissance d'utilité publique d'un établissement de santé privé hospitalier à but non lucratif est accordée par décret pris en Conseil des Ministres sur proposition du Ministre chargé de la Santé, après avis conforme de la Commission Technique Nationale.

Section 2 : De la participation aux missions de service public

Article 29 : Les établissements hospitaliers du secteur privé peuvent être admis à assurer l'exécution des missions du service public hospitalier dans les conditions prévues à l'article 30 ci-dessous, sur leur demande et sous réserve qu'ils s'engagent à respecter les obligations de services publics imposées aux établissements de santé publics hospitaliers par les dispositions de la présente ordonnance. Ils peuvent bénéficier de subventions de la part de l'Etat ou des

collectivités locales dans le cadre de conventions particulières élaborées à cet effet.

Article 30 : Les établissements hospitaliers du secteur privé peuvent être autorisés à participer à l'exécution des missions du service public hospitalier lorsqu'ils répondent à des conditions d'organisation et de fonctionnement fixées par voie réglementaire et qu'ils établissent un projet d'établissement compatible avec les objectifs de la politique nationale de santé. L'autorisation à participer aux missions du service public hospitalier est prise par arrêté du Ministre chargé de la Santé. Le refus d'autorisation doit être motivé.

Article 31 : Le budget des établissements bénéficiant du type de convention visée à l'article 29 alinéa 2 ci-dessus est, pour la part consacrée à leurs activités de participation aux missions du service public, soumis à l'approbation du Ministre chargé de la Santé dans des délais et selon des modalités fixées par arrêté. Les règles de tarification applicables aux établissements de santé publics s'imposent aux établissements conventionnés pour la part de leurs activités consacrée au service public.

Article 32 : En dehors des obligations relatives aux procédures d'agrément fixées par la présente ordonnance, et des éventuelles mesures de réquisition, les établissements hospitaliers du secteur privé autorisés à participer à l'exécution des missions de service public restent soumis aux règles du droit privé applicables aux sociétés commerciales.

Chapitre IV : Des droits et devoirs du malade

Article 33 : Le malade a le libre choix de son établissement hospitalier et de son praticien. Les éventuelles limitations apportées à ce principe par les régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements hospitaliers, de leur mode de tarification et des critères d'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

Article 34 : Un document intitulé charte du patient indiquant les droits et les devoirs du malade vis-à-vis de l'établissement et des personnels est établi par arrêté conjoint des

Ministres chargés de la Santé et de la Protection Sociale. Cette charte est affichée dans tous les services de l'établissement.

Article 35 : Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements hospitaliers assurent l'information pédagogique adaptée des personnes soignées et de leurs parents. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Chapitre V : Des organes consultatifs nationaux

Article 36 : Les organes consultatifs nationaux sont notamment :

- le Conseil de Coordination Hospitalo-universitaire ;
- la Commission Technique Nationale.

Article 37 : Le Conseil de Coordination Hospitalo-universitaire est chargé notamment de la rédaction et du suivi des conventions hospitalo-universitaires. Les attributions, la composition et le fonctionnement détaillés de ce conseil de coordination sont fixés par arrêté conjoint des Ministres chargés de la Santé et de l'Enseignement Supérieur.

Article 38 : La Commission Technique Nationale est chargée notamment d'assurer la concertation et la régulation des rapports entre les établissements de santé hospitaliers et les tiers-payants. Les attributions, la composition et le fonctionnement détaillés de cette commission technique nationale sont fixés par arrêté conjoint des Ministres chargés de la Santé et de la Protection Sociale.

Chapitre VI : De la carte sanitaire

Article 39 : La carte sanitaire a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. Elle détermine également de façon globale, sans distinguer le secteur public et le secteur privé, les structures et les équipements nécessaires à la prise en charge des soins hospitaliers, ainsi que leur localisation.

Article 40 : La carte sanitaire, qui est une composante de la politique de santé, est établie sur la base d'une mesure des besoins de la population et de leur évolution,

compte tenu des données démographiques et épidémiologiques, et des progrès des techniques médicales, après une analyse quantitative et qualitative de l'offre de soins existante. Elle détermine les zones de couverture, la nature et l'importance des installations et des activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population, à savoir notamment :

- le nombre et la nature des services médicaux et chirurgicaux ;
- le nombre de lits ;
- la liste des équipements biomédicaux et médicotechniques ;
- les ressources humaines nécessaires.

La carte sanitaire fait l'objet d'un arrêté du Ministre chargé de la Santé. Elle est révisable tous les cinq ans au plus.

Chapitre VII : Du respect du secret professionnel et de la protection des professionnels de santé

Article 41 : Les professionnels de santé des établissements hospitaliers sont tenus au respect du secret professionnel. Les établissements hospitaliers et les professionnels de santé sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes accueillies, conformément aux dispositions des textes en vigueur.

Article 42 : Tous les actes posés par le professionnel de santé dans l'exercice de ses activités hospitalières sont sous la responsabilité de l'établissement qui l'emploie. En application des dispositions de l'alinéa 1er ci-dessus, le personnel de santé ne peut être ni interpellé, ni arrêté, ni poursuivi, ni détenu pour tout acte posé dans l'exercice de ses activités hospitalières sans que sa responsabilité personnelle n'ait été préalablement établie.

Article 43 : Tout professionnel de santé bénéficie, dans l'exercice de son activité, de la protection de l'Etat contre les atteintes à sa personne.

Chapitre VIII : Des dispositions diverses et finales

Article 44 : Toute personne qui ouvre ou gère sans agrément un établissement hospitalier privé, ou qui installe des équipements dans un établissement privé concourant aux soins de santé, en violation des dispositions de

l'article 27 ci-dessus, est passible d'une peine d'emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende de cinq à cinquante millions de FCFA ou de l'une de ces deux peines seulement.

Le coupable de l'infraction visée à l'alinéa 1er du présent article est, en outre, passible de la peine complémentaire d'interdiction d'exercer sa profession pendant une période de cinq ans.

Est passible des mêmes peines, toute personne qui passe outre la suspension d'agrément.

En cas de récidive, les peines prévues au présent article sont portées au double et peuvent être assorties de la confiscation des équipements installés sans autorisation.

Article 45 : Des textes réglementaires déterminent, en tant que de besoin, des dispositions de toute nature nécessaires à l'application de la présente ordonnance.

Article 46 : La présente ordonnance, qui abroge toutes dispositions antérieures contraires, sera enregistrée, publiée selon la procédure d'urgence et exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Libreville, le 27 février 2017

Par le Président de la République,

Chef de l'Etat

Ali BONGO ONDIMBA

Le Premier Ministre, Chef du Gouvernement

Emmanuel ISSOZE NGONDET

Le Ministre de la Santé Publique et de la Population

Pr. Léon NZOUBA

Le Ministre d'Etat, Ministre du Développement Social et Familial, de la Prévoyance Sociale et de la Solidarité Nationale

Paul BIYOGHE MBA

Le Ministre d'Etat, Ministre de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche Scientifique et de la Formation des Cadres

Denise MEKAM'NE EDZIDZIE, épouse TATY

Le Ministre chargé des Affaires Présidentielles et de la Défense Nationale

Etienne MASSARD KABINDA MAKAGA

Le Ministre de la Fonction Publique

Jean-Marie OGANDANGA

Le Ministre du Budget et des Comptes Publics

Mathias OTOUNGA OSSIBADJOUO

**ACTES DE LA REPUBLIQUE
GABONAISE**

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA
PREVOYANCE SOCIALE**

Décret n°0141/PR/MSPS du 2 mars 2015 instituant la Journée Nationale de la Gestion des Risques liés aux Soins et à la Sécurité des Patients

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

CHEF DE L'ETAT ;

Vu la Constitution ;

Vu l'ordonnance n°01/95 ratifiée par la loi n°12/95 du 14 janvier 1995 portant orientation de la politique de la santé en République Gabonaise ;

Vu le décret n°0326/PR/MS du 28 février 2013 portant attributions et organisation du Ministère de la Santé ;

Vu le décret n°00488/PR/MSPP du 20 mai 1995 portant création, organisation et fonctionnement des régions et départements sanitaires ;

Vu le décret n°00581/PR/MSPP du 26 octobre 2010 portant création, attributions, organisation et fonctionnement des équipes cadres de la Santé des régions et départements sanitaires ;

Vu le décret n°0033/PR du 24 janvier 2014 portant nomination du Premier Ministre, Chef du Gouvernement ;

Vu le décret n°0353/PR du 3 octobre 2014 fixant la composition du Gouvernement de la République ;

Le Conseil d'Etat consulté ;

Le Conseil des Ministres entendu ;

D E C R E T E :

Article 1^{er} : Il est institué, en République Gabonaise une journée de manifestations dite « La Journée Nationale de la Gestion des Risques liés aux Soins et à la Sécurité des Patients. »

Article 2 : La Journée Nationale de la Gestion des Risques liés aux Soins et à la Sécurité des Patients se déroule le 5 mai de chaque année, sous l'égide du Ministère en charge de la Santé.

Article 3 : Au cours de cette journée se déroulent, sur l'étendue du territoire national, diverses manifestations organisées par le Ministère en charge de la Santé.

Article 4 : Les manifestations de ladite journée font l'objet d'un programme élaboré par le

comité d'organisation mis en place par le Ministère en charge de la Santé.

Article 5 : La nomination des membres du comité d'organisation se fait sur proposition du Ministre chargé de la Santé.

Article 6 : Les fonds nécessaires au fonctionnement du comité d'organisation de la Journée Nationale de la Gestion des Risques liés aux Soins et à la Sécurité des Patients sont inscrits au budget de l'Etat.

Article 7 : Des textes réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les dispositions de toute nature nécessaires à l'application du présent décret.

Article 8 : Le présent décret sera enregistré, publié selon la procédure d'urgence et communiqué partout où besoin sera.

Fait à Libreville, le 2 mars 2015

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

Ali BONGO ONDIMBA

Le Premier Ministre, Chef du Gouvernement

Pr. Daniel ONA ONDO

Le Ministre de la Santé et de la Prévoyance Sociale

Jean-Pierre OYIBA

Le Ministre de l'Intérieur, de la Sécurité Publique et de la Décentralisation

Guy Bertrand MAPANGO

Le Ministre du Budget et des Comptes Publics

Christian MAGNAGNA

Décret n°0143/PR/MSPS du 2 mars 2015 fixant le cadre général des pratiques en matière d'offre de soins en République Gabonaise

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE,

CHEF DE L'ETAT ;

Vu la Constitution ;

Vu l'ordonnance n°01/95 ratifiée par la loi n°12/95 du 14 janvier 1995 portant orientation de la politique de la santé en République Gabonaise ;

Vu la loi n°001/2005 du 4 février 2005 portant Statut Général de la Fonction Publique, ensemble les textes modificatifs subséquents ;

Vu la loi n°020/2005 du 3 janvier 2006 fixant les règles de création, d'organisation et de gestion des services de l'Etat ;

Vu la loi n°14/2005 du 8 août 2005 portant Code de Déontologie de la Fonction Publique ;

Vu la loi n°12/82 du 24 janvier 1983 portant organisation de la tutelle de l'Etat sur les établissements publics, les sociétés d'Etat, les

sociétés d'économie mixte et les sociétés à participation financière publique ;

Vu la loi n°8/91 du 26 septembre 1991 portant Statut Général des Fonctionnaires, ensemble les textes modificatifs subséquents ;

Vu la loi n°3/88 du 31 juillet 1990 fixant les conditions générales d'emploi des agents contractuels de l'Etat, ensemble les textes modificatifs subséquents ;

Vu le décret n°326/PR/MS du 28 février 2013 portant attributions et organisation du Ministère de la Santé ;

Vu le décret n°01376/PR/MTEPS du 20 novembre 2011 portant attributions et organisation du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Prévoyance Sociale ;

Vu l'arrêté n°000581/MSASSF/CAB du 26 octobre 2010 portant création, attributions, organisation et fonctionnement des Equipes Cadres de Santé des Régions et Départements sanitaires ;

Vu le décret n°0033/PR du 24 janvier 2014 portant nomination du Premier Ministre, Chef du Gouvernement ;

Vu le décret n°0353/PR du 03 octobre 2014 fixant la composition du Gouvernement de la République ;

Le Conseil d'Etat consulté ;

Le Conseil des Ministres entendu ;

D E C R E T E :

Article 1^{er} : Le présent décret fixe le cadre général des pratiques en matière d'offre de soins en République Gabonaise.

Chapitre I^{er} : Des dispositions générales

Article 2 : Le comportement des personnels de santé doit être conforme aux règles communément admises en matière de respect d'autrui et de civilité ainsi qu'aux lois et règlements en vigueur.

Les actes, attitudes et propos des personnels de santé de nature à obérer la qualité de l'offre de soins sont proscrits.

Il s'agit notamment des actes ou comportements de nature :

- à porter atteinte à la réputation ou au bon fonctionnement du lieu d'exercice ;
- à créer une perturbation dans le déroulement des activités de soins ;
- à porter atteinte à la santé, à l'hygiène ou à la sécurité des personnes et des biens au sein du lieu d'exercice.

Article 3 : Les directions des établissements de soins et de recherche en santé sont tenues de diffuser par voie d'affichage ou de distribution

les documents relatifs aux règles d'hygiène, de sécurité et de protection de l'environnement à l'intérieur de la structure sanitaire, à savoir :

- les consignes générales de sécurité, notamment les consignes d'évacuation en cas d'incendie ;
- les consignes particulières de sécurité, notamment celles relatives à la protection contre la radioactivité, à la présence ou à la manipulation des produits dangereux dans la structure ;
- le système de tri et d'élimination des déchets biomédicaux.

Article 4 : Il est interdit de fumer et de vendre des boissons alcoolisées dans l'enceinte d'un établissement de soins ou de recherche en santé.

Chapitre II : De l'offre des soins

Article 5 : L'administration de soins de qualité constitue la préoccupation centrale et la finalité du système de santé en République Gabonaise. En conséquence, toute activité et tout investissement public ou privé dans le secteur de la santé doit concourir à consolider la qualité et l'offre de soins.

Article 6 : Le cadre général des pratiques en matière d'offre de soins au Gabon s'appuie sur trois piliers :

- une normalisation de l'offre de soins ;
- une stratégie officielle pour bâtir et perpétuer un environnement propice à une bonne qualité de l'offre de soins ;
- une réglementation incluant des directives claires sur les pratiques appropriées pour une offre de soins de qualité.

Article 7 : La normalisation de l'offre des soins visée à l'article 6 ci-dessus inclut :

- l'adéquation de l'offre avec les modalités de prise en charge par le régime d'assurance maladie et de garantie sociale ;
- la mise en place d'un Référentiel Qualité National normalisant et standardisant les procédures médico-techniques et administratives en milieu de soins ;
- la mise en place d'un programme national d'assurance qualité ;
- la mise en place d'un système d'accréditation des structures sanitaires.

Article 8 : La stratégie pour bâtir et perpétuer un environnement propice à une bonne qualité de l'offre de soins, visée à l'article 6 ci-dessus, inclut :

- une collaboration étroite du Ministère en charge de la Santé avec les départements en charge de l'aménagement des espaces ;
- une implication des départements en charge des infrastructures et le recours systématique à des entreprises spécialisées pour toute construction de structure de soins ;
- un agenda programmatique d'acquisition d'équipements des structures sanitaires ou de recherche en santé ;
- une politique formelle de développement et de valorisation des ressources humaines en santé ;
- une disponibilité permanente des personnels, médicaments, dispositifs médicaux et réactifs essentiels dans les formations sanitaires.

Article 9 : Les directives sur les pratiques pour une offre de soins de qualité sont formalisées par des arrêtés ou des circulaires dans les domaines ci-après :

- la formalisation des outils de travail ;
- la gestion des risques hospitaliers ;
- la communication intra et inter hospitalière ;
- la qualité de la réponse aux besoins locaux de santé ;
- la planification de l'offre de soins ;
- la formation continue des personnels de santé ;
- la formalisation systématique des pratiques par des textes réglementaires à tous les niveaux de la pyramide de soins.

Article 10 : Le suivi et l'évaluation de la qualité de l'offre de soins sont systématiques et portent sur :

- la formation des personnels de santé ;
- la communication-information intra hospitalière ;
- la prise en charge du patient ;
- le maillage interdisciplinaire ;
- la gestion de l'unité de soins ;
- la gestion du matériel ;
- la gestion des activités hôtelières ;
- la gestion des imprévus ;
- la culture d'équipe ;
- le management.

Les modalités de mise en œuvre du suivi et évaluation de la qualité de l'offre de soins sont fixées par arrêtés ou circulaires du Ministre chargé de la Santé.

Chapitre III : Des dispositions finales

Article 11 : Des textes réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les mesures de toute nature nécessaires à l'application du présent décret.

Article 12 : Le présent décret sera enregistré, publié selon la procédure d'urgence et communiqué partout où besoin sera.

Fait à Libreville, le 2 mars 2015

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

Ali BONGO ONDIMBA

Le Premier Ministre, Chef du Gouvernement

Pr. Daniel ONA ONDO

Le Ministre de la Santé et de la Prévoyance Sociale

Jean-Pierre OYIBA

Le Ministre du Budget et des Comptes Publics

Christian MAGNAGNA

ORDONNANCE n°0002/2007/PR du 4 janvier 2007, instituant un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale en République Gabonaise.

Le Président de la République, Chef de l'Etat, Vu la Constitution ;

Vu le décret n°00075/PR du 20 janvier 2006 fixant la composition du Gouvernement de la République, ensemble les textes modificatifs subséquents ;

Vu la loi n°019/2006 du 29 décembre 2006 autorisant le Président de la République à légiférer par ordonnances pendant l'intersession parlementaire;

Le Conseil d'Etat consulté ;

Le Conseil des Ministres entendu;

ORDONNE:

Article 1er: La présente ordonnance, prise en application des dispositions de loi n° 019/2006 du 29 décembre 2006 susvisée, institue un régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale en République Gabonaise.

Article 2 : Par l'effet de la ratification par le Gabon du traité instituant une conférence interafricaine de la prévoyance sociale signé à Abidjan le 21 septembre 1993, les dispositions de la présente ordonnance en ce qu'elles sont un texte d'application de ce traité, dérogent, en tant que de besoin, aux textes nationaux en vigueur, notamment, à la loi n° 20/2005 du 3 janvier 2006 fixant les règles de création, d'organisation et de gestion des services de l'Etat.

TITRE I: DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE 1 : DU CHAMP D'APPLICATION

Article 3 : Le régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale couvre les risques liés à la maladie et à la maternité. La couverture des risques est un droit qui s'acquiert par l'affiliation obligatoire des bénéficiaires au régime institué par la présente ordonnance.

Article 4 : Sont assujettis au régime obligatoire d'assurance maladie institué par la présente ordonnance :

- les agents publics ;
- les membres des Institutions constitutionnelles ;
- les travailleurs salariés du secteur privé et parapublic ;
- les salariés de l'Etat ou des Administrations publiques ;
- les travailleurs indépendants ;
- les titulaires d'une pension ou d'une rente, quel que soit leur régime d'affiliation ;
- les élèves et étudiants non couverts au titre d'ayant droit.

Article 5 : Peuvent être assujettis à titre volontaire au présent régime:

- toute personne de nationalité gabonaise qui ne se retrouve pas dans l'une des catégories citées à l'article 4 ci-dessus ;
- les travailleurs indépendants étrangers.

Un décret fixe les conditions et les modalités applicables aux catégories d'assujettis visés par le présent article.

Article 6 : Le champ d'application du régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale peut être étendu par voie législative à des personnes ou à des prestations non expressément prévues par la présente ordonnance.

Article 7 : Outre les assujettis visés aux articles 4 et 5 ci-dessus et leurs ayants droit, bénéficient des prestations du régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale institué par la présente ordonnance, les Gabonais économiquement faibles et les réfugiés.

CHAPITRE 2 : DES DEFINITIONS

Article 8 : Au sens de la présente ordonnance, ont la qualité d'ayant droit :

- le ou les conjoints de l'assuré qui ne disposent pas, à titre personnel, d'une assurance maladie obligatoire ;
- les enfants à charge de l'assuré jusqu'à l'âge de 16 ans révolus, qu'il s'agisse d'enfant légitime, naturel ou adopté qui sont sous la charge effective et permanente de l'assuré. Cet âge peut être porté à 21 ans pour les enfants scolarisés ou en formation ou si par suite d'une infirmité ou maladie incurable, l'enfant est dans l'impossibilité d'exercer une activité rémunératrice.

Article 9 : Au sens de la présente ordonnance, ont la qualité de membre d'institutions constitutionnelles :

- le Président de la République ;
- le Vice-Président de la République ;
- les membres du Gouvernement, du Parlement, de la Cour Constitutionnelle, de la Cour de Cassation, du Conseil d'Etat, de la Cour des Comptes ;
- les membres permanents du Bureau du Conseil Economique et Social;
- les membres du Conseil National de la Communication ;
- les membres de toute autre institution classée comme institution constitutionnelle.

Article 10 : Au sens de la présente ordonnance, a la qualité de travailleur indépendant, toute personne, non salariée, exerçant à titre principal une profession artisanale, commerciale, agricole ou libérale.

Article 11 : Au sens de la présente ordonnance, a la qualité de Gabonais économiquement faible, toute personne physique de nationalité gabonaise, âgée d'au moins seize ans ainsi que les ministres du culte, prêtres, imams, pasteurs, religieux et religieuses dont les revenus inférieurs au Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti, nécessitent le recours à la solidarité nationale afin de bénéficier d'une protection sociale contre les risques maladie et maternité.

Le statut de Gabonais économiquement faibles est reconnu, après une enquête sociale sur le postulant, effectuée selon les modalités fixées par décret.

La qualité de réfugié est déterminée par les textes en vigueur, notamment par la loi 5198 du 5 mars 1998 portant statut des réfugiés en République Gabonaise.

CHAPITRE 3 : DES PRINCIPES

Article 12: L'ETAT veille :

- à la participation de chaque citoyen au financement des charges de l'assurance maladie, dans la mesure de ses ressources ;
- à l'accès effectif et égal de chaque bénéficiaire du régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale aux soins de santé.

Article 13 : La couverture complémentaire des risques maladie et maternité est assurée par les compagnies d'assurance, les mutuelles et toutes autres institutions de prévoyance sociale dont les règles d'organisation et de fonctionnement sont fixées par la loi.

TITRE II: DE L'ORGANISATION

Article 14: Il est créé, au titre de la gestion du régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale institué par la présente ordonnance, un organisme public dénommé la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale, en abrégé la CNAMGS, ci-après désigné la Caisse.

Article 15 : En application des dispositions de l'article 14 ci-dessus, la Caisse assure la couverture des risques liés à la maladie, à la maternité et à la prévoyance sociale.

A ce titre, la Caisse :

- assure la gestion du Fonds d'assurance maladie des agents publics de l'Etat du Fonds d'assurance maladie des travailleurs salariés du secteur privé et, parapublic, des travailleurs indépendants, des professions artisanales, commerciales et libérales et du Fonds de Garantie Sociale des Gabonais économiquement faibles, des étudiants, des élèves et des réfugiés;
- assure l'organisation et la coordination, notamment la collecte, la vérification et la sécurité des informations relatives aux bénéficiaires et aux prestations qui leur sont servies ;
- organise et dirige le contrôle médical en matière des soins et d'application de la tarification des actes;
- met en oeuvre les actions de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé des populations ;
- passe, s'il y a lieu, avec tout organisme de protection sociale, des conventions aux fins de participer à des programmes d'action sanitaire et sociale ;
- crée, le cas échéant, des services d'intérêt commun, des antennes provinciales et départementales.

Ces missions peuvent être complétées par les statuts.

CHAPITRE 1: Du REGIME JURIDIQUE DE LA CAISSE

Article 16 : La Caisse est un service public personnalisé soumis aux règles de gestion de droit privé.

Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion administrative et financière.

Article 17: Les dispositions de la loi n°12/82 du 24 janvier 1983 organisant la tutelle de l'Etat sur les établissements publics, les sociétés d'Etat, les sociétés d'économie mixte et les sociétés à participation financière publique s'appliquent à la Caisse.

Conformément aux dispositions de la loi susvisée, la tutelle technique de la Caisse est assurée par le Ministre chargé de la sécurité sociale et la tutelle financière par le Ministre chargé des finances.

Article 18: Le Gouvernement peut, dans le cadre du suivi de l'exécution de la politique d'assurance maladie et de garantie sociale, créer des commissions techniques dont les attributions, l'organisation et le fonctionnement sont fixés par voie réglementaire.

CHAPITRE 2 : DES ORGANES DE LA CAISSE

Article 19 : La Caisse comprend :

- le Conseil d'Administration ;
- la Direction Générale ;
- l'Agence Comptable.

Section 1 : Du Conseil d'Administration

Article 20: Le Conseil d'Administration assure la direction de la Caisse.

Sa composition obéit à la règle de la représentation paritaire entre les représentants de l'Etat et ceux des employeurs et des travailleurs.

Le représentant du Ministre de la tutelle technique, appelé Commissaire du Gouvernement, soumet aux travaux du Conseil d'Administration les observations et les points de vue de l'autorité de tutelle sur les questions débattues.

Article 21 : Le mode de désignation des administrateurs, le nombre et la répartition des sièges ainsi que la durée du mandat sont fixés par voie réglementaire.

Article 22 : Les Administrateurs et le Commissaire du Gouvernement ne perçoivent pas de salaires et ne peuvent exercer aucun emploi rémunéré par la Caisse, sauf désignation par le collège des travailleurs concernés d'un préposé de la Caisse pour siéger au Conseil d'administration.

Article 23: Sans préjudice des dispositions de l'article 22 ci-dessus, les Administrateurs et le Commissaire du Gouvernement perçoivent, à l'occasion des sessions du Conseil, une indemnité forfaitaire dont le montant est fixé par arrêté conjoint des Ministres de Tutelle sur proposition du Conseil d'administration.

Ils perçoivent également à cette occasion, directement ou par remboursement, des frais afférents à leur déplacement et à leur séjour.

Article 24 : Les Administrateurs représentant les travailleurs bénéficient, au sein de leurs

administrations et entreprises respectives, de la même protection que celle accordée aux délégués syndicaux et aux délégués du personnel par les textes en vigueur.

Article 25 : En cas de vacance d'un poste d'administrateur par suite de décès, de démission, de déchéance ou de perte de qualité requise pour être administrateur, il est pourvu à la nomination d'un nouvel administrateur dans un délai maximum de deux mois. Le mandat de l'administrateur ainsi nommé prend fin à la date à laquelle expire le mandat de l'administrateur remplacé.

Est déclaré démissionnaire d'office par le Ministre de tutelle, après avis du Conseil d'administration, tout administrateur qui, sans motif valable, a été absent pendant trois réunions consécutives du Conseil.

Article 26 : En cas d'irrégularités, de mauvaise gestion ou de carence caractérisée, la formation du Conseil d'administration responsable de ce fait peut être dissout par arrêté du Ministre chargé de la sécurité sociale.

Si les faits visés à l'alinéa ci-dessus sont imputables à un ou plusieurs membres du Conseil d'administration, il est procédé à la révocation des intéressés par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

La dissolution et la révocation visées par le présent article entraînent l'incapacité définitive de l'exercice des fonctions d'administrateur.

Article 27 : Le Conseil choisit parmi ses membres, pour un mandat de trois ans renouvelable une fois, un Président et deux Vices Présidents qui ne peuvent appartenir au même collège d'administrateurs.

La présidence du Conseil d'Administration est tournante entre les collèges d'administrateurs représentant l'Etat, les employeurs et les travailleurs.

Article 28 : Les attributions et le fonctionnement détaillés du Conseil d'Administration sont fixés par les statuts.

Section 2 : de la Direction Générale

Article 29 : La Direction Générale assure la gestion de la Caisse.

Elle est placée sous l'autorité d'un directeur général nommé par décret sur une liste d'aptitude établie par le Conseil d'Administration. Le Directeur Général est assisté dans l'exercice de ses fonctions de trois Directeurs Généraux Adjoints nommés dans les mêmes formes et conditions.

Article 30 : Le Directeur Général est également assisté d'un personnel d'encadrement dont la composition est fixée par les statuts.

Article 31 : La liste d'aptitude établie par le Conseil d'Administration et sur la base de laquelle sont effectuées les propositions de nomination est arrêtée conformément aux conditions fixées par arrêté du Ministre de tutelle.

Article 32 : les attributions, l'organisation et le fonctionnement détaillés de la direction générale sont fixés par les statuts.

Section 3 : De l'agence comptable

Article 33: L'agence comptable est organisée conformément aux textes en vigueur. Elle comprend, outre l'agent comptable, trois fonds de pouvoirs chargés chacun de la gestion de chaque fonds.

CHAPITRE 3 : DE L'ORGANISATION ET DE LA GESTION FINANCIERES

Article 34 : Les opérations financières de la Caisse font l'objet d'un budget annuel en recettes et en dépenses.

Toutefois, chaque fonds d'assurance maladie fait l'objet d'une comptabilité distincte dans les conditions fixées par décret.

Les lois des finances doivent prévoir, par Fonds, les recettes à verser à la Caisse. Elles peuvent fixer en cas de subvention d'équilibre de chaque Fonds, les limites dans lesquelles les besoins de trésorerie peuvent être couverts.

L'assiette, le taux et les modalités de liquidation et de recouvrement des taxes et redevances affectées à l'assurance maladie sont fixés annuellement par la loi des finances.

Article 35 : Les différents indicateurs de gestion de la Caisse doivent être conformes aux ratios prudentiels de performance et aux normes comptables de la CIPRES.

Article 36 : Les ressources de la Caisse se composent:

- des cotisations sociales ;
- de la Redevance Obligatoire à l'Assurance Maladie ;
- de la subvention de l'Etat ;
- des dons et legs;
- de toutes autres recettes générées par les activités propres de la Caisse.

Article 37 : Les dépenses de la Caisse se composent :

- des dépenses de fonctionnement ;
- des dépenses de prestations de santé et de maternité ;
- des dépenses d'investissement.

Article 38 : Le Fonds d'assurance maladie des agents du secteur public est alimenté par les ressources suivantes:

- les cotisations de l'Etat employeur ;
- les cotisations des agents publics de l'Etat ;
- les revenus des placements ;
- les majorations et des intérêts moratoires pour retard dans le versement des cotisations.

Article 39 : Le Fonds d'assurance maladie des salariés du secteur privé est alimenté par les ressources suivantes :

- les cotisations patronales ;
- les cotisations salariales ;
- des cotisations forfaitaires des travailleurs indépendants ;

- les revenus des placements ;
- des majorations et des intérêts moratoires pour retard dans le versement des cotisations ;

Article 40 : Le Fonds de garantie sociale des Gabonais économiquement faibles est financé par un impôt indirect dénommé Redevance Obligatoire à l'Assurance Maladie dont les assujettis, la base d'imposition, l'assiette, le taux, les modalités de liquidation et de recouvrement sont fixés par la loi des finances.

La redevance obligatoire à l'assurance maladie est déductible au titre de l'IRPP et de l'Impôt sur les Sociétés.

Article 41: Les fonds de financement du régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale institué par la présente loi sont également alimentés par les recettes issues des activités propres de la Caisse.

L'ensemble des ressources de chacun de ces fonds est déposé dans les livres de la Banque des Etats de l'Afrique Centrale.

Article 42 : Le service des prestations de santé et les frais de gestion de la Caisse sont financés par les ressources alimentant les différents fonds.

Dans tous les cas, les ressources appartenant à un fonds ne doivent pas financer les prestations ou les déficits relevant d'un autre fonds.

Article 43: Les cotisations des agents publics et des salariés du secteur privé et parapublic sont assises, dans la limite d'un plafond fixé par décret, sur l'ensemble des éléments de rémunération imposables.

Le taux des cotisations ainsi que la quote-part à la charge respective de l'employeur et du travailleur sont fixés par décret.

La contribution du travailleur est précomptée sur sa rémunération lors de chaque paie. Le travailleur et l'employeur ne peuvent s'opposer au prélèvement de cette contribution.

Le paiement de la rémunération effectué après la retenue de la contribution du ~ salarié, vaut acquit de cette contribution à l'égard du travailleur de la part de l'employeur.

La contribution de l'employeur reste exclusivement à sa charge, toute convention, contraire étant nulle de plein droit. En cas de pluralité d'employeurs, chacun d'eux est responsable du versement de la part de cotisation calculée, dans la limite du plafond, proportionnellement à la rémunération qu'ils paient à l'intéressé.

Article 44 : Les cotisations des travailleurs indépendants, des étudiants, des élèves et des assurés volontaires sont fixées par décret.

Article 45: L'employeur est débiteur vis-à-vis de la Caisse de l'ensemble des cotisations dues. Il est responsable de leur versement, y compris la part mise à la charge du travailleur, aux dates et selon les modalités fixées par décret.

Lorsque l'employeur n'a pas versé les cotisations dues dans les délais requis, il lui est appliqué une

majoration de deux pour cent par mois et fraction de mois de retard. Cette majoration est payable en même temps que les cotisations. Le recours introduit devant les tribunaux n'interrompt pas le cours de ces majorations

Article 46 : Les employeurs peuvent, en cas de force majeure ou sur justificatifs, formuler auprès du Conseil d'Administration des requêtes en réduction des majorations de retard encourues en application de l'article 45 ci-dessus.

Ces requêtes ne sont recevables qu'après règlement du principal.

Article 47 : Sous peine de se voir appliquer les majorations de cotisation prévues par la présente ordonnance, tout employeur est tenu de fournir à la Caisse les renseignements relatifs à l'identification et à la situation des travailleurs, notamment en cas de cessation des relations de travail avec les intéressés.

Article 48: Lorsque le montant des salaires servant de base au calcul des cotisations n'a pas été communiqué à la Caisse, le montant des cotisations dues est évalué d'office sur la base de la dernière déclaration trimestrielle majorée de 25%.

En l'absence de déclaration, le montant des salaires est alors déterminé par la Caisse sur la base de la comptabilité de l'employeur.

Lorsque la comptabilité de l'employeur ne permet pas d'établir exactement le montant des salaires versés, ce montant est fixé forfaitairement par la Caisse en fonction des taux de salaire pratiqués dans la profession.

Article 49 : Si un débiteur ne s'exécute pas dans les délais, toute action en poursuite effectuée contre lui est obligatoirement précédée de l'envoi d'un avis l'invitant à régulariser sa situation sous quinzaine.

Passé ce délai, une mise en demeure avec accusé de réception lui est adressée l'invitant à s'exécuter dans un délai de 45 jours.

Si la mise en demeure reste sans effet, la Caisse peut, indépendamment des poursuites pénales, par sommation, contrainte visée et rendue exécutoire par le Président du tribunal compétent ou par avis à tiers détenteur, procéder au recouvrement des créances dues dans les mêmes formes et conditions de recouvrement que les créances de l'Etat.

Toutefois, le recours juridictionnel en contestation de la dette est suspensif de la contrainte.

Article 50 : Les cotisations des titulaires d'une pension ou d'une rente sont précomptées lors du paiement desdites prestations selon les modalités fixées par décret.

Article 51 : Les modalités de recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants, des étudiants, des élèves, des assurés volontaires et de la contribution de solidarité nationale sont fixées par décret.

Article 52 : En matière de recouvrement des cotisations sociales, la Caisse jouit, dans tous les cas, des privilèges du Trésor Public.

A cet effet, les titres de créances émis par le directeur général de la Caisse sont assimilés aux titres de créances de l'Etat.

Article 53 : L'admission en non-valeur des cotisations ou des majorations de retard dues par l'employeur ne peut être prononcée que par le conseil d'administration en cas d'insolvabilité, de disparition ou de décès du débiteur et en l'absence de tout actif saisissable, ou de liquidation de biens clôturée pour insuffisance d'actifs.

Dans tous les cas, elle ne peut être prononcée moins de deux ans après la date d'exigibilité des cotisations.

Article 54: Les deniers de la Caisse sont insaisissables. L'opposition ne peut être pratiquée sur les sommes qui lui sont dues.

Article 55: Sans préjudice du recours en justice, les créanciers de la Caisse dont les créances sont contestées par le conseil d'administration peuvent se pourvoir devant le Ministre de tutelle.

Article 56 : Si les ressources du régime de l'assurance maladie excèdent les charges correspondantes, les excédents constatés à l'issue de chaque exercice sont affectés à un fonds de réserve.

Si les ressources ne permettent pas d'assurer la couverture des charges correspondantes, l'équilibre financier *doit* être maintenu ou rétabli par un prélèvement sur les fonds de réserve, ou à défaut, *soit* par une modification de l'étendue des prestations, *soit* par une augmentation des cotisations et taxes, *soit* par une combinaison de ces deux mesures, dans des conditions et limites fixées par décret, sur proposition du conseil d'administration.

Article 57 : L'Etat intervient :

- si les mécanismes de rétablissement de l'équilibre financier prévus à l'article 56 ci-dessus se révèlent insuffisants pour le Fonds d'assurance maladie des agents publics de l'Etat et le Fonds d'assurance maladie des travailleurs salariés du secteur privé, des travailleurs indépendants, des professions artisanales, commerciales et libérales ;

- si les mécanismes de rétablissement de cet équilibre financier se révèlent insuffisants pour le Fonds de Garantie Sociale des Gabonais économiquement faibles.

CHAPITRE 4 : DE LA GESTION TECHNIQUE

Section 1 : De l'immatriculation et du système d'informations

Article 58 : Les assujettis et les assurés visés aux articles 4 et 5 ci-dessus sont obligatoirement immatriculés à la Caisse dans les conditions et selon les modalités d'immatriculation fixées par décret. L'immatriculation donne lieu à la délivrance d'une carte d'assurance maladie.

Article 59: Il est institué dans le cadre de la réalisation des missions de la Caisse un système d'informations de l'assurance maladie se caractérisant :

- par la connaissance des dépenses par circonscription administrative, par nature des dépenses, par catégories d'assurés et par établissement ;

- par la transmission en retour aux prestataires de soins, des informations pertinentes relatives à leur activité et leurs recettes, et s'il y a lieu à leurs prescriptions.

Les modalités de gestion et de renseignement du système d'information sont fixées par arrêté du Ministre de tutelle.

Section 2 : Du Contrôle médical

Article 60 : La Caisse assure un contrôle médical en matière des soins et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui déterminent l'octroi et le service des prestations du régime d'assurance maladie.

Les modalités d'exercice et de fonctionnement du contrôle médical sont fixées par décret.

Article 61: Les contestations d'ordre médical relatives aux décisions du contrôle médical donnent lieu à une procédure d'expertise médicale.

L'expertise est effectuée par les techniciens figurant sur une liste d'aptitude révisable annuellement établi par l'Ordre des Médecins. Elle est contradictoire et l'avis de l'expert s'impose aux parties.

S'il apparaît, au vu de l'avis technique de l'expert, qu'un paiement a été effectué au titre d'une prestation médicalement injustifiée, il est procédé au recouvrement des sommes indûment perçues.

CHAPITRE 5: DES PRESTATIONS

Section 1 : des prestations offertes

Article 62 : Les prestations offertes au titre du régime obligatoire d'assurance Maladie et de garantie sociale couvrent :

- les frais de consultations, d'hospitalisations, de médicaments, des actes médicaux et paramédicaux ;
- les frais des examens de laboratoire et de radiologie;

- les frais des évacuations sanitaires, des vaccins obligatoires et des appareillages ;

- les frais de prestations de santé liés à l'état de grossesse et à l'accouchement.

Article 63 : La liste des prestations garanties et le niveau de prise en charge sont fixés par arrêté conjoint du Ministre en charge de la Santé et du Ministre chargé de la sécurité sociale. Cette liste est révisable annuellement.

Article 64 : Les prestations offertes par l'assurance maladie sont payées par la Caisse, selon le principe du tiers payant, dans des conditions fixées par décret.

La tarification de ces prestations est également fixée par décret, pris sur proposition conjointe du Ministre de la Santé et du Ministre de tutelle.

Article 65 : Les assurés participent, sauf exonération consacrée par arrêté conjoint du Ministre de la Santé et du Ministre chargé de la sécurité sociale, à la prise en charge financière des prestations, selon le principe du ticket modérateur, dans des conditions fixées par décret.

Section 2 : Du droit aux prestations

Article 66: Tout assuré immatriculé a droit aux prestations.

L'accès aux prestations est cependant subordonné à la présentation de la carte d'assurance maladie ou de tout autre document exigé par la Caisse.

Article 67 : Le défaut de versement des cotisations par les travailleurs indépendants et les assurés volontaires suspend le bénéfice des prestations à l'expiration d'un délai fixé par décret.

Article 68: Tout assuré qui change de statut social est tenu d'en informer la Caisse sans délai.

Article 69: L'assuré, victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, tout en bénéficiant des dispositions de la législation sur les risques professionnels, conserve pour toute maladie qui n'a pas de lien avec l'exercice de sa profession, le droit aux prestations au titre du régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale.

CHAPITRE 6: DES PRESTATAIRES

Article 70 : Au sens de la présente ordonnance, on entend par prestataire, les établissements de santé, les pharmacies, les laboratoires, les professionnels indépendants, des groupements de professionnels ou toutes autres formations ou structures se livrant à la fourniture des prestations de santé.

Article 71 : Dans le cadre de l'exercice de ses missions, la Caisse signe des conventions avec les prestataires en application des dispositions des articles 14 et 15 ci-dessus.

Cette liste révisable comporte uniquement les professionnels du secteur public et du secteur privé agréés par le Ministère en charge de la Santé.

Article 72 : Les prestataires de soins conventionnés sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Article 73 : Les prestataires qui prescrivent une spécialité pharmaceutique ne figurant pas sur la liste agréée par la Caisse, sont tenus de le signaler sur l'ordonnance et d'en informer verbalement le bénéficiaire.

Section 1 : Des établissements de santé

Article 74: Les conventions liant la Caisse aux prestataires déterminent les droits et les obligations des parties contractantes, notamment :

- les prestations à fournir ;
- l'application de la tarification des prestations ;

- les modalités de paiement des prestations ;
- les modalités de contrôle de l'effectivité et de la qualité des soins.

Elles déterminent également les mesures appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés et garantir la qualité et l'effectivité des soins.

Article 75 : Un règlement conventionnel minimal est établi par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité Sociale, après consultation d'une part des organisations syndicales patronales et salariales les plus représentatives, et d'autre part des organisations des professionnels de la santé.

Cet arrêté définit les clauses et les mentions que doivent obligatoirement contenir les conventions.

Le règlement est applicable à l'ensemble des prestataires de santé conventionnés.

Article 76 : Les conventions liant la Caisse aux prestataires, ainsi que leurs avenants sont transmis par la Caisse au Ministre chargé de la Sécurité Sociale et au Ministre chargé de la Santé Publique pour approbation dans un délai maximum d'un mois à compter de leur réception. Passé ce délai, Ils sont réputés approuvés.

Article 77 : Les prestataires de santé conventionnés sont soumis au contrôle de la Caisse. L'entrave à ce contrôle peut entraîner des sanctions allant jusqu'à la résiliation de la convention.

Article 78: En cas d'hospitalisation, les prestataires de santé sont tenus d'aviser la Caisse, dans un délai lui permettant de s'assurer, le cas échéant, de la nécessité de voir prolonger l'hospitalisation au-delà du délai initialement prévu.

En cas de carence du prestataire de santé, la Caisse est fondée à refuser le remboursement de tout ou partie des éléments constituant les frais d'hospitalisation correspondant au séjour au-delà du délai prévu à l'alinéa précédent.

Ces frais de séjour sont supportés par le prestataire lui-même.

Section 2 : Des pharmacies conventionnées

Article 79 : Le paiement aux pharmacies des frais encourus par l'assuré à l'occasion de l'achat des médicaments et des matériels médicaux se fait par la Caisse sur la base des prix homologués facturés.

Dans tous les cas, la prise en charge des médicaments par la Caisse se fera sur la base des prix des médicaments génériques, lorsque ceux-ci ont obtenu l'autorisation de mise sur le marché.

Les pharmacies conventionnées peuvent s'engager seules ou collectivement à accorder à la Caisse une remise déterminée, en tenant compte du chiffre des ventes de médicaments et des matériels médicaux réalisé avec cet organisme.

Article 80 : Seuls sont pris en charge les médicaments et les matériels médicaux figurant sur une liste établie par arrêté conjoint du Ministre chargé de la Santé et du Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

CHAPITRE 7 : DES ACTIONS SOCIALES

Article 81: Le programme d'actions sociales de la Caisse comprend :

- l'octroi des subventions à des institutions, organismes publics ou privés à but non lucratif, œuvrant dans le domaine de la protection sociale ou dont l'action est de nature à améliorer l'état de santé des assurés ;
- le service aux assurés des prestations exceptionnelles.

Les conditions et les modalités d'octroi de ces subventions sont fixées par

Article 82: Les prestations exceptionnelles visées à l'article 81 concernent la prise en charge partielle ou totale du ticket modérateur lors d'une hospitalisation ou d'une évacuation.

Le Conseil d'administration statue sur les demandes de prestations exceptionnelles.

En cas d'urgence et dans l'impossibilité de réunir le Conseil d'administration, le Président du Conseil d'administration statue seul.

Article 83 : Le montant global des dépenses engagées au cours d'un exercice au titre du programme d'actions sociales ne peut dépasser 0,50 % du montant total des cotisations effectivement encaissées durant le dernier exercice connu.

CHAPITRE 8 : DU CONTROLE ET DU CONTENTIEUX

Section 1 : Du contrôle

Article 84 : Les agents de contrôle de la Caisse sont habilités à constater, dans des conditions fixées par décret, les infractions à la législation et réglementation du régime d'assurance maladie.

A ce titre, ils sont investis du pouvoir :

- de pénétrer librement, pendant les heures d'ouverture, avec ou sans avertissement préalable, dans tout établissement assujéti à leur contrôle ;
- de procéder à tous les examens, contrôles ou enquêtes jugées nécessaires pour s'assurer que les dispositions en vigueur sont effectivement observées et notamment ;
- d'interroger, avec ou sans témoins, l'employeur ou le personnel de l'entreprise, de demander des renseignements à toute autre personne dont le témoignage peut être nécessaire ;
- de requérir la production de tous registres et documents dont la tenue est prescrite par les textes en vigueur, dans la mesure où ces registres sont nécessaires à l'accomplissement de leur mission ;
- de demander à l'assuré des justifications sur tous les éléments servant de base à la détermination des revenus servant à établir l'assiette des cotisations.

Article 85 : Les agents de contrôle prêtent serment dans les mêmes formes et conditions que les inspecteurs du travail. Leurs procès-verbaux font foi jusqu'à preuve du contraire.

Article 86 : Les agents de contrôle sont habilités à opérer des redressements dans la situation des assujettis, en cas de découverte d'irrégularités.

Article 87 : Les oppositions ou obstacles au contrôle des agents de la Caisse sont réprimés des mêmes peines que celles prévues pour les mêmes faits commis à l'occasion du contrôle des inspecteurs du travail et de la sécurité sociale.

Section 2 : Du Contentieux et des pénalités

Article 88 : A l'exclusion des contestations d'ordre médical, à l'exception des affaires pénales et des litiges qui relèvent par leur nature d'un autre contentieux, les différends auxquels donne lieu l'application de la présente ordonnance sont portés devant la section sociale du tribunal de première instance du lieu de résidence de l'assuré ou de l'employeur.

Tout recours juridictionnel est précédé d'un recours amiable.

Article 89: L'employeur ou toute personne morale ou physique, publique ou privée, qui a retenu indûment par dévers lui toute contribution à l'assurance maladie qu'il était tenu de reverser à la Caisse est passible des peines prévues par le code pénal réprimant l'abus de confiance.

Lorsque la rétention est imputable à l'Etat ou à toute autre personne morale publique, les poursuites sont exercées contre la personne responsable de l'entité administrative concernée.

Article 90: Quiconque, à quelque titre que ce soit, se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration, ou par tout autre moyen obtient, tente d'obtenir, pour lui-même ou pour un tiers, le paiement des prestations qui ne sont pas dues, est puni des peines prévues par le code pénal, en matière d'escroquerie.

L'auteur est en outre tenu de rembourser à la Caisse les sommes indûment payées par cette dernière.

Article 91 : L'action civile en recouvrement des cotisations ou des majorations de retard dues par un employeur, intentée indépendamment ou après extinction de l'action publique, se prescrit par trente ans.

CHAPITRE 9 : DE LA TUTELLE

Article 92 : Le pouvoir de tutelle des autorités publiques sur la Caisse se caractérise par le pouvoir de contrôle détenu par ces autorités sur les décisions de l'organe délibérant qu'est le Conseil d'administration.

En application de cette règle, les décisions du Conseil d'Administration n'acquiescent force exécutoire qu'après leur approbation par les autorités concernées ou après l'expiration du délai imparti à ces autorités pour se prononcer. Ce délai est fixé par les statuts.

Les autres modalités d'exercice de la tutelle sont déterminées par les statuts.

TITRE III- DU MECANISME DE FINANCEMENT

Article 93 : Le financement du régime obligatoire d'assurance maladie et de garantie sociale institué par la présente ordonnance est

assuré par chacun des Fonds visés à l'article 15 ci-dessus.

L'organisation et le fonctionnement détaillés de ces Fonds sont fixés par les textes en vigueur.

Article 94 : Le contrôle de la gestion financière des ressources de la Caisse est assuré par un contrôleur financier nommé par décret sur proposition du Ministre chargé des Finances. Les attributions du contrôleur financier sont fixées par les statuts.

TITRE IV: DES EFFETS RESULTANT DE LA MISE EN PLACE DE LA CAISSE

CHAPITRE 1 : DE LA DISSOLUTION ET DU TRANSFERT DES COMPETENCES DE LA CAISSE NATIONALE DE GARANTIE SOCIALE

Article 95 : La mise en place de l'organisme d'assurance maladie et de garantie sociale créé par la présente ordonnance emporte de plein droit la dissolution et le transfert des compétences de la Caisse Nationale de Garantie Sociale, conformément aux dispositions de l'article 96 ci-dessous.

Article 96 : Les compétences de la Caisse Nationale de Garantie Sociale relatives à la gestion de la protection sociale de ses assujettis sont transférées ainsi qu'il suit :

- les branches des prestations familiales, de maternité, des pensions de vieillesse, d'invalidité, de survivants et des risques professionnels des agents contractuels de l'Etat sont transférées aux directions de la Solde et de la Dette Viagère du Ministère de l'Economie, des Finances, du Budget et de la Privatisation ;
- les branches des prestations familiales, de maternité, des pensions de vieillesse, d'invalidité, de survivants et des risques professionnels des travailleurs indépendants sont transférées à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale ;
- la branche des prestations familiales des indigents est transférée à la Caisse ;
- la branche des prestations de santé des agents contractuels de l'Etat, des travailleurs indépendants et des indigents est transférée à la Caisse.

Article 97: Il est créé un comité de liquidation de la Caisse Nationale de Garantie Sociale.

La composition, les attributions et le fonctionnement de ce comité sont fixés par arrêté conjoint du Ministre chargé des Finances et du Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

Article 98 : Les comptes de la Caisse Nationale de Garantie Sociale sont arrêtés par l'Agent Comptable à la date de la dissolution et soumis à l'approbation du Conseil d'administration.

Les comptes ainsi approuvés sont soumis conjointement par le Ministre de Tutelle et le Ministre chargé des Finances au contrôle de la Cour des Comptes.

Article 99: L'Etat s'engage à poursuivre l'apurement du passif de la Caisse Nationale de Garantie Sociale.

Article 100 : Par l'effet des dispositions de la présente ordonnance, les actifs de la Caisse Nationale de Garantie Sociale sont transférés de plein droit à la Caisse, à laquelle il ne peut être opposé les créances détenues sur l'organisme dissout.

Article 101 : Des textes réglementaires déterminent, en tant que de besoin, le calendrier, les modalités de mise en oeuvre d'un plan social et le processus de transfert éventuel des personnels.

Article 102 : Les agents contractuels de l'Etat précédemment immatriculés à la Caisse Nationale de Garantie Sociale sont soumis aux dispositions des régimes des prestations familiales et des pensions des fonctionnaires gérés par le Ministère des Finances à la date de leur transfert.

Article 103 : Les travailleurs indépendants précédemment immatriculés à la Caisse Nationale de Garantie Sociale sont soumis aux dispositions du régime des travailleurs salariés du secteur privé et des gens de maison gérés par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale à la date de leur transfert.

Article 104: Toutes les autres dispositions consécutives à la dissolution de la Caisse Nationale de Garantie sociale sont déterminées par voie réglementaire.

CHAPITRE 2: DU TRANSFERT DES COMPETENCES DE LA CAISSE NATIONALE DE SECURITE SOCIALE A LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE ET DE GARANTIE SOCIALE

Article 105 : La mise en place de la Caisse consacrée par la présente ordonnance emporte le transfert, au profit de cet établissement, de la gestion des ressources et des charges destinées aux hospitalisations, aux évacuations sanitaires et aux médicaments. Un décret détermine les modalités pratiques de ce transfert de compétence.

TITRE IV- DISPOSITIONS DIVERSES ET FINALES

Article 106: Il est interdit aux administrateurs et aux personnels d'encadrement de détenir des intérêts dans les établissements ou avec des particuliers prestataires.

La découverte d'une telle relation expose la personne concernée à la démission ou à la perte du mandat.

Article 107 : Les frais de premier équipement qui comprennent les dépenses nécessaires à l'installation et au fonctionnement de la Caisse durant le premier exercice comptable, sont couverts par une contribution non remboursable de l'Etat et des organismes de protection sociale dans les conditions fixées par décret.

Article 108 : Des textes réglementaires, déterminent en tant que de besoin, des dispositions

de toute nature nécessaires à l'application de la présente ordonnance.

Article 109: La présente ordonnance, qui abroge toutes les dispositions antérieures contraires, notamment celles concernant la loi 10182 du 24 janvier 1983 portant Code de Garantie Sociale, l'ordonnance n° 28n1 du 19 avril 1971 portant création d'un fonds spécial pour les évacuations sanitaires à l'extérieur de la République Gabonaise en faveur des travailleurs du secteur privé et de leurs familles légitimes, l'ordonnance no10IPR-MTPS du 6 janvier 1976 portant extension de la législation de la sécurité sociale en ses articles 1er et 2, l'ordonnance no29mlPR du 7 Juillet 1977 instituant une couverture des frais d'hospitalisation, sera enregistrée et publiée selon la procédure d'urgence et exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Libreville, le 4 janvier 2007

Par Le Président de la République, Chef de l'Etat
EL Hadj Omar BONGO ONDIMBA

Le Premier Ministre,
Chef du Gouvernement
Jean EYEGHE NDONG

Le Vice Premier Ministre, Ministre de la Solidarité Nationale, des Affaires Sociales, du Bien Etre et de la Lutte contre la Pauvreté

Louis Gaston MAYILA

Le Ministre d'Etat, Ministre de la Santé Publique
Paulette MISSAMBO

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

Paul TOUNGUI

Le Ministre d'Etat, Ministre de la Planification et de la Programmation du Développement

Casimir OYE MBA

Le Ministre d'Etat, Ministre de la Défense Nationale

ALI BONGO ONDIMBA

Le Ministre d'Etat, Ministre de l'Intérieur, de la Sécurité Publique et de l'Immigration

André MBA OBAME.

Le Ministre de la Fonction Publique, de la Réforme Administrative et de la Modernisation de l'Etat

Jean Boniface ASSELE

Le Ministre de la Justice, Garde des Sceaux

Honorine DOSSOU NAKI

Le Ministre du Travail et de l'Emploi

Christiane BITOUGAT.

**TARIFICATION DES ACTES DES PROFESSIONS DE SANTE
STRUCTURES SANITAIRES
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIBREVILLE - HOPITAL DES INSTRUCTIONS DES ARMEES**

Nomenclature des Actes / lettres clés		Tarif Conventionné	Affection courante		Affection de longue durée		Femme enceinte déclarée	
			Prise en charge CNAMGS = 80% du Tarif Conventionné	Ticket Modérateur assuré =20% du Tarif Conventionné	Prise en charge CNAMGS = 90% du Tarif Conventionné	Ticket Modérateur Assuré = 10% du Tarif Conventionné	Prise en charge CNAMGS = 100% du Tarif Conventionné	Ticket Modérateur assuré = 0% du Tarif Conventionné
CONSULTATIONS								
C	Médecin Généraliste et Psychologue Clinicien	7 500	6 000	1 500	6 750	750	7 500	0
Cs	Médecin Spécialiste	10 000	8 000	2 000	9 000	1 000	10 000	0
CNPSY	Médecin Psychiatre Neuropsychiatre	12 000	9 600	2 400	10 800	1 200	12 000	0
CPr	Professeurs	12 000	9 600	2 400	10 800	1 200	12 000	0
C	Chirurgien dentiste	7 500	6 000	1 500	6 750	750	7 500	0
SF	Sage femme	4 200	3 360	840	3 780	420	4 200	0
AMi	Infirmier d'Etat	3 500	2 800	700	3 150	350	3 500	0
CDt	Diététicien	3 500	2 800	700	3 150	350	3 500	0
AUTRES PRESTATIONS								
	Forfait accouchement (avec médicaments)	60 000					60 000	0
	Journée d'hospitalisation	20 000	16 000	4 000	18 000	2 000	20 000	0
	Journée en réanimation	60 000	48 000	12 000	54 000	6 000	60 000	0
	Journée en soins intensifs	40 000	32 000	8 000	36 000	4 000	40 000	0

TARIFICATION DES ACTES DES PROFESSIONS DE SANTE

ANNEXES 1 : Glossaire et valeurs de lettres - clés

TARIFICATION DES ACTES DES PROFESSIONS DE SANTE

Glossaire des Lettres clés		Valeurs des Lettres Clés	Affection courante		Affection de longue durée		Femme enceinte déclarée	
			Prise en charge	Ticket Modérateur	Prise en charge	Ticket Modérateur	Prise en charge	Ticket Modérateur
			CNAMGS = 80% du Tarif Conventionné	assuré = 20% du Tarif Conventionné	CNAMGS = 90% du Tarif Conventionné	Assuré = 10% du Tarif Conventionné	CNAMGS = 100% du Tarif Conventionné	assuré = 0% du Tarif Conventionné
k	ACTES DE CHIRURGIE ET DE SPECIALITE PRATIQUE LE MEDECIN	1200	960	240	1080	120	1200	0
KC	ACTES DE CHIRURGIE ET DE SPECIALITE PRATIQUE LE MEDECIN SPECIALISTE	1300	1040	260	1170	130	1300	0
KE	ACTES D'ECHOGRAPHIE, DE DOPPLER PRATIQUES PAR LE MEDECIN SPECIALISTE	1200	960	240	1080	120	1200	0
P ANATO-MOPATO	ACTES D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PRATIQUES PAR LE MEDECIN SPECIALISTE	150	120	30	135	15	150	0
RD	ACTES DE RADIOLOGIE IONISANTE PRATIQUES PAR LE MEDECIN SPECIALISTE OU LE CHIRURGIEN	1000	800	200	900	100	1000	0
ZN NUCLEAIRE	ACTES DE RADIOLOGIE NON IONISANTE PRATIQUES PAR LE MEDECIN SPECIALISTE OU LE CHIRURGIEN	1100	880	220	990	110	1100	0
SF	ACTES PRATIQUES PAR LA SAGE FEMME	900	720	180	810	90	900	0
SFI	ACTES INFIRMIERS PRATIQUES PAR LA SAGE FEMME	700	560	140	630	70	700	0
AIS	ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER PROCEDANT DU DIAGNOSTIC INFIRMIER	600	480	120	540	60	600	0
AMI	ACTES PRESCRITS PAR LE MEDECIN ET PRATIQUES PAR L'INFIRMIER	900	720	180	810	90	900	0
AMK	ACTES PRATIQUES PAR LE MASSEUR KINESITHERAPEUTE	900	720	180	810	90	900	0
AMP	ACTES PRATIQUES PAR LA PUERICULTRICE	900	720	180	810	90	900	0
AMO	ACTES PRATIQUES PAR L'ORTHOPHONISTE	900	720	180	810	90	900	0
AMY	ACTES PRATIQUES PAR L'ORTHOPTISTE	900	720	180	810	90	900	0
AMS	ACTES PRATIQUES PAR LE MASSEUR	900	720	180	810	90	900	0
D	ACTES DENTAIRE	1100	880	220	990	110	1100	0
B	ACTES PRATIQUES PAR LE BIOLOGISTE AU LABORATOIRE	125	100	25	113	13	125	0
Frais de bloc opératoire = K chirurgical + K anesthésiste (50% k chirurgical) + Frais de salle (50% k chirurgical)								

ANNEXES 2 : Consultations dans le secteur public

ANNEXE B
GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien

Enquêtrice : Love Leaticia SOUNDA

Doctorante et membre du Laboratoire Lorrain de Sciences Sociales (2L2S)

Sujet de recherche : L'accès aux soins au Gabon : écart entre la stratégie politique et les pratiques de santé.

Présentation de la recherche :

Cette recherche porte sur l'écart de santé qui existe entre la stratégie politique de santé et sa mise en œuvre, c'est-à-dire sur l'accès aux soins pour tous. Il s'agit à cet effet d'interroger aussi bien les acteurs politiques que les praticiens de la santé (médecins, infirmiers, sage-femme, etc.). L'objectif est d'avoir des informations sur l'élaboration des politiques de santé. Depuis leurs conceptions jusqu'à leur mise en œuvre d'une part, et d'autres saisir les pratiques de santé dans deux structures pilotes de l'accès aux soins pour tous, à savoir : le Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS).

L'annexe A porte sur des textes qui encadrent la politique de santé au Gabon. Dans l'annexe B, l'on retrouve le guide d'entretien qui nous a accompagnés pendant nos enquêtes de terrain. Aussi, ces questions ne représentent pas l'ensemble des questions posées lors de nos interviews mais représentent une grille d'entretien. Pendant nos interviews, nous rebondissons sur des nouvelles questions, qui n'existaient pas au départ dans notre grille d'entretien, selon les réponses de nos interlocuteurs.

Guide d'entretien pour le personnel administratif et soignant du CHUL

- Le CHUL et son fonctionnement

Parlez-moi du fonctionnement du CHUL

Quel est votre rôle dans le système de santé gabonais ?

Est-ce que vous êtes consulté par les pouvoirs publics lorsqu'ils veulent adopter des lois qui vous concernent ?

Quelle est la démarche que vous suivez lorsqu'il y a l'adoption d'une nouvelle loi de santé qui vous concerne ?

Quels sont les obstacles que vous rencontrez ?

Que pensez-vous du personnel, est-ce qu'il est suffisant en termes de quantité et de qualité ?

Que pensez-vous de l'équipement, est-ce qu'il est suffisant en termes de quantité et de qualité ?

Selon vous qu'est-ce qu'il faudrait améliorer ?

Quels sont vos rapports avec la CNAMGS

Est-ce que tous les services du CHUL acceptent la carte CNAMGS ?

De façon générale, que pouvez-vous dire de la mise en œuvre des politiques de santé au CHUL ?

Pensez-vous qu'il y a encore des points d'amélioration à faire dans l'accès aux soins au CHUL ? Justifier.

Que pouvez-vous dire des malades qui font le choix d'aller se faire soigner à la médecine traditionnelle, à l'église ou qui pratique de l'automédication ?

Pensez-vous que ce choix a-t-il un lien avec l'accès aux soins de santé au CHUL ? Justifier.

- Les conditions de travail

Parlez-moi de votre organisation de travail

Pouvez-vous me résumer une journée de travail dans votre service ?

Parlez-moi des difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de votre travail ?

Que souhaitez-vous que l'on améliore ?

Citez-moi trois principales revendications sur les conditions de travail ?

- **Les urgences**

Pouvez-vous me faire la présentation des urgences du CHUL ?

Parlez-moi de son organisation

Pouvez-vous me parler de votre parcours scolaire et professionnel ?

D'après vous le service des urgences a quoi de particulier que les autres services n'ont pas.

A quoi ressemble une journée de travail dans votre service ?

Parlez-moi des difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de votre travail ?

Que souhaitez-vous que l'on améliore ?

Quelles sont vos principales revendications (environ trois) sur les conditions de travail ?

Parlez-moi de ce qui marche bien au niveau des urgences.

Quelles sont les causes de ce bon fonctionnement ?

Et comment faire pour que ce soit généralisé ?

- **La maternité C**

Pouvez-vous me faire la présentation de la maternité C ?

Parlez-moi de son organisation

Pouvez-vous me parler de votre parcours scolaire et professionnel ?

D'après vous le service de la maternité C a quoi de particulier que les autres services n'ont pas ?

A quoi ressemble une journée de travail dans votre service ?

Parlez-moi des difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de votre travail ?

Que souhaitez-vous que l'on améliore ?

Quelles sont vos principales revendications (environ trois) sur les conditions de travail ?

Parlez-moi de ce qui marche bien au niveau de la maternité C ? Quelles sont les causes de ce bon fonctionnement ? Et comment faire pour que ce soit généralisé ?

- **Itinéraire thérapeutique en cas de paludisme**

Quel est le parcours thérapeutique d'un malade qui souffre du paludisme ?

Quelle est la différence selon qu'on est GEF ou pas ?

Guide d'entretien pour les malades du CHUL

À quelles occasions avez-vous l'habitude de fréquenter le CHUL ?

Est-ce que c'est lorsque vous êtes malade ou lorsque vous accompagnez un malade ou dans les deux cas ?

Depuis combien de temps vous fréquenter le CHUL ?

Pourquoi vous fréquentez cet hôpital ?

Connaissez-vous plusieurs personnes (10 environ) qui fréquentent cet hôpital ?

Lorsque vous êtes malade, est-ce que vous pensez à consulter systématiquement au CHUL ?

Pour vous, est-ce que le CHUL est un hôpital moderne ?

Que pouvez-vous dire sur son organisation.

En tant que malade, que pensez-vous de la pris en charge au CHUL.

Que pensez-vous de l'accueil ?

Que pensez-vous des consultations ?

Si vous avez déjà été hospitalisé dans cet hôpital (vous ou un proche), que pensez-vous de la prise en charge des malades hospitalisés ?

Fréquentez-vous d'autres hôpitaux en dehors du CHUL ? Si oui lesquels ? Pour quelles raisons ?

Que pensez-vous du fonctionnement du CHUL par rapport aux autres hôpitaux du pays (publics ou privés) ?

Que pensez-vous de l'automédication ?

Guide d'entretien pour le ministère de la santé

Parlez-moi du fonctionnement du ministère

Quel est votre rôle dans le système de santé gabonais ?

Est-ce que vous êtes consulté par les pouvoirs publics lorsqu'ils veulent adopter des lois qui vous concernent ?

Quelle est la démarche que vous suivez avant et après l'adoption d'une nouvelle loi de santé.

Parlez-moi de comment le travail est organisé au niveau national

Que pensez-vous du personnel, est-ce qu'il est suffisant en termes de quantité et de qualité ?

Que pensez-vous de l'équipement de santé, est-ce qu'il est suffisant en termes de quantité et de qualité ?

Que pensez-vous du financement de l'État pour la santé.

Quels sont les obstacles que vous rencontrez dans l'exercice de votre travail.

Selon vous qu'est-ce qu'il faudrait améliorer.

Quels sont les rapports que vous entretenez avec les hôpitaux publics.

Quels sont les rapports que vous entretenez avec les cliniques privées ?

Quels sont les rapports que vous entretenez avec les cliniques privés non lucratifs (Albert Schweitzer ou l'hôpital de Bongolo) ?

Quels rapports entretenez-vous avec la CNAMGS ?

Êtes-vous satisfait ? Pourquoi ?

Quelles sont vos rapports avec les organismes de santé internationales (l'OMS, l'UNICEF...) ?

Quels sont vos rapports avec les coopérants étrangers sur le domaine de la santé ?

Guide d'entretien pour la CNAMGS (CNAMGS et ses partenaires)

Parlez-moi du fonctionnement de la CNAMGS

Quel est votre rôle dans le système de santé gabonais ?

Est-ce que vous êtes consulté par les pouvoirs publics lorsqu'ils veulent adopter des lois qui vous concernent ?

Quelle est la démarche que vous suivez avant et après l'adoption d'une nouvelle loi de santé ?

Parlez-moi de comment le travail est organisé au sein de la CNAMGS.

Que pensez-vous du personnel, est-ce qu'il est suffisant en termes de quantité et de qualité ?

Que pensez-vous de vos fonds de financement ?

Est-ce que vous maîtrisez le fonds de financement GEF ?

Quels sont les obstacles que vous rencontrez dans l'exercice de votre travail ?

Selon vous qu'est-ce qu'il faudrait améliorer ?

Quels sont les rapports que la CNAMGS entretient avec ses partenaires ?

Quels rapports entretenez-vous, en tant que partenaire de la CNAMGS avec cet organisme de santé ?

Êtes-vous satisfait ? Pourquoi ?

Guide d'entretien pour les responsables des églises et des lieux de culte traditionnels et mystiques

Parlez-moi de votre fonctionnement

Quelle est la place de la santé dans cette organisation ?

Quel est votre rôle dans le système de santé gabonais ?

Est-ce que vous êtes consulté par les pouvoirs publics lorsqu'il s'agit des questions de santé ?

Comment sont pris en charge les malades qui viennent chez vous ?

Que pensez-vous des soins que vous leur proposé, sont-ils suffisants ? Pourquoi ?

Quels sont les obstacles que vous rencontrez dans l'exercice de votre travail ?

Selon vous qu'est-ce qu'il faudrait améliorer ?

Quels sont vos rapports avec la médecine moderne ?

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

HÔPITAL UNIVERSITAIRE CENTRAL
DE LIBREVILLE

DIRECTION GÉNÉRALE

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES

SERVICE DE LA GESTION DES CARRIÈRES

N° 10001315 MS/HUCL/DG/DRH/SGC

REPUBLIQUE GABONAISE
Union - Travail - Justice

AUTORISATION DE RECHERCHE

Madame Love Léaticia SOUNDA, doctorante en sociologie, est autorisée à mener des recherches au sein de notre Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL) en vue de produire des données scientifiques nécessaires à la rédaction de sa thèse de doctorat.

Nous l'avons déjà reçue au sein de notre direction et nous souhaitons également la recevoir dans vos directions respectives pour des entretiens d'une heure maximum.

Aussi, cette autorisation est valable pour les entretiens auprès du corps soignant (médecins, infirmiers, sages-femmes, etc.).

Cette autorisation de recherche est valable à compter de maintenant jusqu'en 2015 compte tenu du volume des informations nécessaires à la réalisation d'une thèse de doctorat en sciences humaines et sociales.

Fait à Libreville, le 22 OCT. 2012

P. Le Directeur Général de l'Hôpital
Universitaire Central de Libreville
P.O Le Directeur Général Adjoint

GISELE MOUNGUENGUI

HOPITAL UNIVERSITAIRE CENTRALE DE LIBREVILLE

B.P : 2228 TEL. 76-36-18 FAX 76-18-00

ANNEXE C
TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

Tableau 1 : Les sources de la documentation	21
Tableau 2 : Présentation des entretiens par champs d'analyse et population d'enquête de terrain	25
Tableau 3 : Indicateurs sanitaires	93
Tableau 4 : Chronologie des faits marquants depuis 1990	103
Tableau 5 : Répartition des patients en neurologie selon les couches sociales	124
Tableau 6 : Les recommandations du PNDS	129
Tableau 7 : Répartition des structures sanitaires par secteur	151
Tableau 8 : Budget de l'État attribué au ministère de la Santé publique	164
Tableau 9 : Évolution des dotations budgétaires accordées à la CNGS et taux des besoins couverts de 1983 à 1996	188

Table des graphiques

Graphique 1 : Évolution de la production du pétrole de 1957 à 1966	86
Graphique 2 : Production pétrolière de 1967 à 1977	87
Graphique 3 : Répartition des agents publics par région sanitaire	157
Graphique 4 : Disponibilité du matériel de santé dans les maternités	161
Graphique 5 : Comparaison des dépenses de santé entre le Gabon et d'autres pays africains	170
Graphique 6 : Évolution des indicateurs de progrès des pays définis par la stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle	173

Table des figures

Figure 1. Schéma général de la participation communautaire	84
Figure 2 : Configuration organisationnelle du secteur public civil de santé	152

Table des photos et cartes

Photo : Franceville/Coopération Gabon-Chine en matière de santé	107
Carte 1 : Rapport de la situation des maternités actuelles	154

Résumé

Au niveau déclaratif, l'État gabonais montre son engagement à garantir et à protéger la vie des populations au moyen d'une politique de santé cohérente. Toutefois, la question de l'égalité face aux soins reste entière au Gabon. Elle suscite les interrogations de la population et des acteurs de santé. La recherche menée dans le cadre de cette thèse a donc des implications pratiques. Il est question d'un contexte de carence de l'offre publique de santé, aggravé par l'existence des pratiques non professionnelles, dominée par la quête du profit. Notre étude se propose d'analyser les dispositifs d'accès aux soins afin de mieux comprendre les raisons de leur fragilité. Cette thèse mobilise l'outillage méthodologique et conceptuel de la sociologie pour offrir une analyse fine de l'écart entre la stratégie politique de santé et les pratiques de santé telles que la médecine de classe et la marchandisation des soins au Gabon. Ce pays d'Afrique central est d'autant plus intéressant à étudier qu'il permet de relativiser les approches qui se fixent uniquement sur la dimension économique du problème. En effet, le Gabon est un pays relativement riche. Or, l'égalité face à l'accès aux soins bien que décrétée officiellement est loin d'être effective.

Mots-clés : L'accès aux soins, stratégie politique de santé, médecine de classe, marchandisation des soins, gratuité des soins.

ABSTRACT

At the declarative level, the Gabonese State demonstrates its commitment to guarantee and protect the lives of people through a coherent health policy. However, the issue of equality in healthcare remains unresolved in Gabon. It raises questions from the population and health actors. The research conducted in this thesis has practical implications. It is a question of a context of deficiency of the offer of public health, aggravated by the existence of the non-professional practices, dominated by the quest for profit. Our study analyzes access to healthcare devices in order to better understand the reasons for their fragility. This dissertation mobilizes the methodological and conceptual tools of sociology to offer a fine analysis of the gap between the political strategy of health and health practices such as class medicine and the merchandising of healthcare in Gabon. This country of Central Africa is all the more interesting to study as it allows to relativize the approaches which are fixed only on the economic dimension of the problem. Indeed, Gabon is a relatively rich country. However, equality with regard to access to healthcare, although officially decreed, is far from being effective.

Keywords: Access to healthcare, political strategy of health, class medicine, merchandising of healthcare, free healthcare.