

**GUIDE NATIONAL SUR LES SOINS DE SANTE  
PRIMAIRES AU GABON**

## **SOMMAIRE**

**PREFACE**

**PREAMBULE**

**Déclaration des partenaires**

**Liste des abréviations et des acronymes.**

**CHAPIRE I : DEFINITION ET EVOLUTION DES CONCEPTS**

**1.1 Les soins de santé primaires**

**1.2 Les composantes**

**1.3 Initiative de BAMAKO**

**1.4 Décentralisation**

**1.5 Recouvrement des coûts**

**CHAPITRE : II : PYRAMIDE SANITAIRE**

**CHAPITRE III : NORMES D'IMPLANTATION**

**CHAPITRE IV : NORMES D'ACTIVITES**

**CHAPITRE V : RESSOURCES**

**5-1 HUMAINES**

**5-2 INFRASTRUCTURES**

**5-3 EQUIPEMENT**

**5-4 MEDICAMENT**

**CHAPITRE VI : PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE**

**6-1 Institutions de mise en œuvre**

**6-2 Tarification ( coûts de prise en charge)**

**CHAPITRE VII : FINANCEMENT DES SSP**

**7-1 Coûts de fonctionnement des formations sanitaires**

## **7-2 Modalités de répartition des charges**

### **CHAPITRE VIII : PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES SSP**

#### **8-1 le contexte**

#### **8-2 Les objectifs prioritaires dans le contexte du Gabon**

#### **8-3 La stratégie de mise en œuvre**

#### **8-4 Les activités essentielles et le chronogramme de mise en œuvre**

### **CHAPITRE IX : Les recommandations**

### **ANNEXES**

**Préface**

**Préambule**

**Déclaration des Partenaires du développement sanitaire**

**Liste des abréviations et des acronymes**

# **CHAPITRE I**

## **DEFINITION ET EVOLUTION DES CONCEPTS**

## 1-1 Les Soins de santé Primaires ( SSP )

La conférence internationale sur les SSP qui s'est tenue à Alma-Ata le 12 septembre 1978 a souligné la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels de santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde.

Elle a défini les SSP comme étant : *Des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques , scientifiquement valables et socialement acceptables , rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination.*

Dans cette déclaration, de nombreux principes ont été énoncés.

- Les soins de santé primaires font partie intégrante tant du système national de santé, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement social et économique d'ensemble de la communauté ( art 6 ).
- Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé ( art 6 ).
- Les SSP exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé ( art 7 )
- Les SSP font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de santé aux différents niveaux ; tous les agents devant être préparés à travailler en équipe et à répondre aux besoins des collectivités ( art 7 ).

.Au lendemain d'Alma Ata, le Gabon a adhéré à l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000 par le biais des soins de santé Primaires lors d'un Conseil des Ministres en Novembre 1978.

Plusieurs actions furent entreprises visant la mise en place effective des soins de santé primaires : formation des personnels, construction des cases de santé de village, mise en place des structures de mise en œuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, évaluation des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie de santé pour tous.

En 1998, le Gabon a élaboré son premier plan national d'action sanitaire (PNAS) qui succède à la loi 1/95/PR/MSPP du 1<sup>er</sup> janvier 1995 portant orientation de la politique de santé en République gabonaise.

Le PNAS fait le constat d'une perte de qualité et d'efficacité du système de santé.

Elle est attribuable à plusieurs facteurs :

La crise économique mondiale, l'insuffisance de volonté politique, l'absence de planification, le manque de rationalité dans la gestion qui ont engendré une perte de confiance des populations dans le système public de santé.

## **1-2 Les composantes**

La conférence de Alma-Ata a défini 8 composantes pour les SSP autour des services ci-après : promotion , prévention, soins curatifs et de réadaptation . Ces services sont jugés nécessaires pour la résolution des principaux problèmes de santé de la communauté

Les SSP comprennent au minimum :

- 1 Une information et une éducation des populations sur les principaux problèmes de santé qui se posent et la manière de les résoudre ;
- 2 Un approvisionnement adéquat en aliments pour une nutrition correcte ;
- 3 Un approvisionnement adéquat en eau et un assainissement de base ;
- 4 Une protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale ;
- 5 La vaccination contre les principales maladies infectieuses ;
- 6 La prévention et le contrôle des maladies endémiques locales ;
- 7 Le traitement des maladies et lésions courantes ;
- 8 La fourniture de médicaments essentiels, y compris la pharmacopée.

**Au Gabon , l'essentiel de ces différentes composantes des SSP est pris en compte dans le paquet minimum d'activités par niveau de structure définis lors de l'élaboration du PNAS.**

### 1-3 L'Initiative de Bamako ( IB )

Plusieurs années après le lancement des SSP, la situation sanitaire dans de nombreux pays africains reste peu satisfaisante et caractérisée entre autre par une persistance de taux de mortalité maternelle et infantile élevés chez les mères et les enfants, une maternité dominée par de nombreux facteurs de risques. Cette situation de mauvais état de santé semble liée à plusieurs facteurs dont : l'émergence de certaines endémies, l'insuffisance des dépenses de santé, mauvaise utilisation des ressources disponibles, une gestion médiocre et des aménagements institutionnels peu efficaces.

Ce contexte des pays africains constitue la principale motivation du lancement de l'Initiative de Bamako en 1987 au Mali sous l'égide de l'UNICEF et de l'OMS.

Le but poursuivi par l'IB est d'assurer à l'ensemble de la population l'accès à des prestations de santé à prix abordable. Un accent particulier est mis sur la santé de la mère et de l'enfant.

On peut considérer 4 éléments clés dans le processus de l'IB :

- La revitalisation et l'extension des services de santé au niveau périphérique ;
- L'introduction et la promotion des médicaments essentiels sous forme générique ;
- Le partage des coûts par un financement communautaire ;
- Le contrôle de la gestion par la communauté.

Dans le contexte du Gabon, il n'y a pas eu une mise en œuvre systématique de l'IB dans le cadre d'un plan national de promotion des SSP. On note cependant que des expériences existent avec la contribution de certains partenaires dans la revitalisation des dispensaires et des centres médicaux, par la fourniture de médicaments essentiels et dans le partage des coûts par le financement communautaire (Bongolo, Schweitzer, etc...).

### 1-4 La décentralisation du système de santé

On peut retenir les définitions ci-après en ce qui concerne le concept de déconcentration et de décentralisation.

**La déconcentration** : Dans la déconcentration, l'état conserve le cumul des missions de souveraineté et de développement, mais décongestionne sa gestion en répartissant les tâches par secteurs d'activités ou par zones géographiques dans le but :

- d'alléger le fonctionnement ;
- de rapprocher les services des populations ;
- de rechercher l'efficacité en responsabilisant les unités administratives.

**La décentralisation** par contre peut être définie comme un système d'organisation du territoire ou des services, qui confère à des collectivités locales ou territoriales, à des services techniques, le pouvoir de s'administrer librement et de gérer leurs affaires propres en vue de promouvoir leur développement. La décentralisation



suppose : une personnalité juridique différente de l'état, un transfert de pouvoirs, une autonomie de gestion et un contrôle de tutelle de l'état.

Dans le secteur spécifique de la santé, le district sanitaire est défini par l'OMS comme le niveau du système de santé qui offre les opportunités pour une application des principes de décentralisation l'objectif étant d'assurer une plus grande autonomie des services techniques et une plus grande participation des communautés ( conditions favorables pour la mise en œuvre des SSP)

- Au Gabon, le département est identifié comme le niveau du système de santé qui doit assumer la fonction du district sanitaire.

### **1-5 Le recouvrement des coûts**

Le principe des recouvrements des coûts est accepté depuis longtemps par les populations.

Il est donc essentiel dans une perspective de développement des SSP, que le principe du recouvrement des coûts soit clairement réaffirmé.

Le principe du recouvrement des coûts établi dans l'ordonnance 001/95 soit clairement réaffirmé. Cette ordonnance précise le rôle de l'Etat et celui des communautés.

Les objectifs poursuivis par le recouvrement de coûts au Gabon sont de trois ordres :

- Améliorer les prestations offertes ;
- Permettre aux usagers d'accéder à des soins de qualité.
- Renforcer l'esprit de solidarité nationale.

**La priorité des dépenses devrait être orientée vers le réapprovisionnement en médicaments pour éviter les ruptures de stocks.**

Le recouvrement des coûts n'est pas synonyme de rentabilité financière. Les formations sanitaires doivent éviter de créer une accessibilité aux soins à une franche de plus en plus démunie de la population.

Dans le cadre de la cogestion, le recouvrement des coûts ne doit pas se faire au bénéfice d'une minorité au détriment des autres membres de la communauté.. Certaines conditions préalables sont indispensables pour assurer un succès au recouvrement des coûts :

- Des infrastructures fonctionnelles aux différents échelons du système de santé ;
- Des équipements et le matériel disponibles dans les formations sanitaires sous recouvrement des coûts ;
- Les médicaments disponibles à tous les niveaux à un coût abordable.

## CHAPITRE II

### LA PYRAMIDE SANITAIRE

Le système sanitaire gabonais fonctionne sur le modèle pyramidal avec trois niveaux : Central( CHL) , intermédiaire( HR) et périphérique( CM,CS ,Dispensaire , case de santé ).

La loi d'orientation précise que le dispensaire est l'unité de base du service public de santé, par conséquent, les cases de santé à créer seront désormais considérées comme étant une émanation de la communauté..

Les dispensaires et les équipes de santé de départements sont chargés de les encadrer.

En ce qui concerne les nombreuses cases de santé qui existent, leur degré de fonctionnalité étant très diverse, il revient aux équipes de santé de département d'en faire la situation et d'intégrer dans le système celles dont le fonctionnement est jugé pertinent pour la résolution des problèmes de santé des communautés. Cette prise en compte consistera à les transformer progressivement en dispensaires et assurer la supervision régulière de celles qui ne peuvent être transformées en dispensaire  
La pyramide de soins est donc constitué comme suit :

#### Case de Santé

- Implanté selon la motivation de la communauté dans un village.

#### Dispensaire

- implanté dans les villages

### **Centres de Santé**

- Implanté dans les districts (chef lieu)

Sert de recours aux dispensaires et cases de santé du district.

### **Centre Médical ou Hôpital de district**

- Implanté dans le chef lieu du département

Sert de recours à tout le département.

C'est à dire

- Cases de santé

- Dispensaires

- Centres de santé

### **Hôpital régional**

Implanté dans les chefs lieu de province

Sert de recours à toutes les formations sanitaires de la région sanitaire.

### **Centre Hospitalier de Libreville**

Hôpital National de référence.

En milieu urbain la pyramide sanitaire commence dans les quartiers par les infirmeries des Lycées et Collèges, les centres de santé et l'hôpital régional. Il faut noter que chaque hôpital régional dispose d'une unité de consultation externe ou dispensaire qui peut être considéré comme une unité périphérique.

Par contre au niveau de Libreville il est important de développer outre un réseau de centre de santé avec maternité mais également des centres médicaux comme structures intermédiaires entre les centres de santé et hôpital de référence.

## CHAPITRE III

# NORMES D'IMPLANTATION DES FORMATIONS SANITAIRES

Les normes d'implantation pour les centres médicaux, les hôpitaux régionaux et les hôpitaux de référence sont définies.

Pour l'implantation des dispensaires et des centres de santé, il est retenu des critères principaux et des critères mineurs :

- Les critères principaux : il s'agit du critère démographique et territorial. La priorité doit être accordée à des localités qui regroupent une population d'au moins 150 habitants. A ce critère démographique peut être associé la notion de distance . Ainsi les localités situées à plus de 10 Km d'une formation sanitaire devraient faire l'objet d'une attention particulière.
- Les critères mineurs : l'existence d'une école ou la présence d'un obstacle physique majeur peut justifier l'implantation d'un dispensaire

Il faut cependant noter que ces critères ne peuvent s'appliquer en zone urbaine surtout en ce qui concerne Libreville. Etant donné la forte concentration des populations, il est indiqué que le critère démographique soit privilégié. Une population de 10 000 à 15 000 hbts est indiquée pour l'implantation des centres de santé dans les zones urbaines.

Ces différents critères doivent servir de base à l'élaboration des plans de couverture des différents districts sanitaires. Il reste cependant prioritaire que la carte sanitaire soit réactualisée afin de préciser la situation actuelle dans chaque département sanitaire.

## CHAPITRE IV

### LES NORMES D'ACTIVITÉS

La mise en œuvre du paquet minimum d'activités par niveau de structure est un moyen efficace pour lutter contre les principaux problèmes de santé qui se posent aux populations. Elle favorise l'intégration des différents programmes de santé et permet également à chaque niveau de soins de jouer pleinement son rôle dans la pyramide sanitaire.

La promotion du PMA joue également un rôle de première importance dans l'intégration des activités notamment des différents programmes de santé. Le PMA prend en compte les principales causes de morbidité et de mortalité..

Le PMA est le cadre de référence dans lequel toutes les activités d'une formation sanitaire en fonction de son niveau doivent s'exercer. Dans ce cadre , il est essentiel de noter que type chaque de structure de la pyramide sanitaire doit jouer un rôle spécifique :

- La fonction première du dispensaire est la gestion de l'interface entre le système de santé et les communautés
- La fonction première de l'hôpital du district est d'assurer les soins de référence et l'appui logistique et technique aux dispensaires
- L'hôpital régional assure l'appui technique et logistique au centres médicaux

( cf annexe pour les détails )

## CHAPITRE V LES RESSOURCES HUMAINES

### 5-1 Les ressources humaines

Au niveau des dispensaires, compte tenu de l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel, il est retenu un infirmier ( Diplômé d'Etat ou Assistant ) et un agent de main d'œuvre non permanente soit au total deux agents. L'infirmier doit être capable d'assurer efficacement certaines prestations de santé maternelle et infantile.

En ce qui concerne les centres médicaux et les centres de santé, le personnel doit être adapté en fonction de la charge réelle de travail car il existe de trop grandes disparités entre ces structures en terme de population couverte.

Le tableau ci-dessous donne des indications sur les différentes normes en personnel

Tableau 1 : Normes en personnel au niveau périphérique

	MED	SF	IDE	IA	AS	TL	T A	TR	PP	AAS /SS	THAS :	MONP	TOTAL
CM	2	2	5	6	5	1	1	1	1	2	1	10	36
CS		1	2	3	2	1				1		2	10
Disp				1								1	2

THAS : Technicien d'Hygiène et d'Assainissement.

MED : Médecin

IDE : Infirmier d'état

SF : Sage-femme

IA : Infirmier assistant

AS : Aide soignant

TL : Technicien de laboratoire

TA : Technicien d'anesthésie

TR : Technicien de radiologie

PP : Préparateur en pharmacie

SS : Secrétaire de santé

A AS : Adjoint d'administration Sanitaire

MNOP : Main d'œuvre non permanente (chauffeur, ménagères, pinassier, cuisinier, gardien, blanchisseur etc)

## **5-2 Les infrastructures**

( cf annexe pour les détails )

## **5-3 Les équipements**

( cf annexe pour les détails )

## **5-4 Le médicament**

Le médicament constitue un élément de support indispensable pour la mise en œuvre du paquet minimum d'activités. Il constitue également un facteur important de crédibilisation de nos formations sanitaires. La disponibilité de ce médicament pose plusieurs problèmes; l'approvisionnement, distribution et de leur accessibilité aux populations.

Il s'agit pour notre pays de rompre la chaîne de la gratuité des médicaments dans les formations sanitaires et de mettre en place une véritable centrale d'achat. La dotation initiale des formations sanitaires d'un lot de médicament de départ permettra à celle-ci sous le contrôle des communautés de se réapprovisionner régulièrement auprès de la centrale d'achat qui elle-même dotée de l'autonomie de gestion assurera ce réapprovisionnement sans ruptures.

Dans cette perspective , il est indiqué que les réflexions portent également sur les possibilités de mettre des pharmacies régionales (a la carte) pour le relais dans la distribution du médicament.

Le maintien d'une subvention étatique permettra de garantir un niveau de coût acceptable pour les populations.

Les populations sont prêtes à payer pour les médicaments, ( elles les payent déjà au prix fort dans les officines privées) à condition que ces derniers soient disponibles et à un coût acceptable.

Le circuit d'approvisionnement comprendra donc la centrale d'approvisionnement, les dépôts régionaux, les dépôts de vente dans les centres médicaux et dans les dispensaires. Les dépôts des dispensaires doivent assurer le médicament et les consommables aux agents de santé communautaires lorsque ceux ci existent dans l'aire de la formation sanitaire.

## CHAPITRE VI

### LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

La participation des communautés à la gestion du système de santé est indispensable dans le cadre du partage des coûts afin d'assurer une certaine transparence dans la gestion des fonds recouverts. Au-delà du volet financier, cette participation assurera une plus grande implication des communautés dans la gestion des problèmes de santé qui se posent à elles.

A l'instar de plusieurs pays d'Afrique, il est retenu que cette participation des populations se fasse par le biais des différentes structures que sont les comités de santé de village, de département et de région.



## 6-1 Les Institutions de mise en œuvre

Au stade actuel du développement socio économique et de la mise en œuvre du processus national de développement , il apparaît plus réaliste d'envisager la mise en place des structures dont la mission première est de promouvoir les actions dans le domaine de la santé . Cette option stratégique permettra d'intégrer plus facilement le processus de développement qui repose avant tout sur la mise en œuvre effective de la décentralisation de tous les secteurs d'activités.

Ainsi la mise en place des comités de développement bien que pertinente ne peut être une priorité et devra se faire dans un contexte plus favorable de décentralisation globale.

Les institutions sont :

Au niveau inter ministériel

- Conseil National de Santé

Au niveau central

- CASSP rattachée au cabinet du Ministre
- Direction Générale de la Santé

Au niveau régional

- Comité Régional de santé
- Equipe cadre de santé de la région sanitaire

Au niveau du chef lieu du département

- Comité de santé du département sanitaire
- Equipe cadre de santé du département sanitaire

Au niveau du village

- Comité de santé du village.

### *6-1-1 Au niveau des villages : le comité de santé du village*

**Missions :**

- Participer à la mobilisation sociale de la communauté pour l'action sanitaire ;
- Participer à l'identification des problèmes communautaires liés à la santé ;
- Déterminer les priorités et cibles relatives aux problèmes communautaires liés à la santé ;
- Déterminer les activités susceptibles de résoudre les problèmes liés à la santé ;
- Mobiliser les ressources nécessaires pour résoudre les dits problèmes ;

- Participer à l'élaboration des micro plans de développement sanitaire de la communauté ;
- Gérer les fonds communautaires de santé auto-renouvelables ;
- Suivre la mise en œuvre des activités prioritaires liées à la santé ;
- Procéder à la collecte, à l'analyse des données sanitaires et démographiques de base et à leurs utilisations pour la prise de décision ;
- Sélectionner des membres de la communauté à former comme travailleurs de santé ;
- Assurer la supervision des travailleurs de santé du village et/ou de l'aire de responsabilité du dispensaire

**Composition :**

Membres ès qualités :

- Chef de regroupement/ village ;
- Directeur de l'école.

Membres élus :

- 2 représentants des femmes ;
- 2 représentants des hommes ;
- 2 représentants des jeunes.

Secrétaire permanent :

- Infirmier ou l'ASV

Le trésorier et le trésorier adjoint sont élus parmi les six membres, étant donné que l'un des deux au moins doit savoir lire et écrire pour tenir le registre comptable.

La mise en place du comité doit suivre un processus d'animation afin de s'assurer de l'engagement réel des différents acteurs. Par ailleurs les membres des différents comités mis en place doivent bénéficier d'une formation assurée par l'équipe de santé du département.

En ce qui concerne l'équipe de santé du village, les attributions sont définies par le paquet d'activités.

***6-1-2 Au niveau du département sanitaire***

**6-1-2-1 Le comité de santé du département**

**Rôle :**

Le comité de Santé du département est censé s'assurer que le bureau de santé possède des capacités de planification, de programmation, de budgétisation, de surveillance et d'évaluation.

Ce comité supervisera le personnel de santé, assurera la surveillance et l'évaluation des plans d'actions.

**Missions :**

- Susciter l'intérêt et la mobilisation générale des communautés du département en faveur de l'action sanitaire ;
- Soutenir les activités d'éducation pour la santé ;
- Veiller à ce que chaque formation sanitaire du département dispose d'un plan opérationnel pour les activités de santé communautaire ;
- Procéder à l'examen et à l'approbation du plan de santé du département ;
- Veiller à la mise en œuvre du plan de santé du département ;
- Examiner et approuver l'utilisation des budgets alloués aux formations sanitaires du département ;
- Examiner et approuver la tarification aux niveaux des formations sanitaires ;
- Mobiliser les ressources en faveur du département ;
- Assurer la gestion de tous les conflits relatifs à la mise en œuvre des SSP ;
- Suivre la mise en œuvre des activités de santé et évaluer leur impact sur l'état de santé, la couverture sanitaire et la satisfaction des besoins sociaux liés à la santé.

#### **Composition:**

- Préfet qui assure la Présidence ;
- Président du conseil départemental ;
- Maire ;
- Médecin chef du centre médical qui joue le rôle de secrétaire ;
- Représentant de l'éducation nationale ;
- Percepteur départemental ;
- Sous préfet ;
- Représentant des Eaux et Forêts ;
- Représentant de l'agriculture ;
- Représentant des Travaux Publics ;
- Chef de quartiers ;
- Chef de villages ;
- Association / ONG/ Confessions religieuses.

#### **6-1-2-2 Equipe cadre de Santé du département.**

##### **Rôle :**

L'Equipe de santé du département supervise le réseau des Centres de Santé, dispensaires et Cases de santé du département. Parallèlement, il gère le Centre médical chargé d'accueillir les malades du Chef-Lieu et les évacués des autres formations sanitaires du département.

L'équipe de santé du département organise les activités liées aux soins de santé de Base, aux interventions prioritaires de santé et aux interventions apparentées à la santé.

## **Missions :**

- Organiser et coordonner les organes et les structures de gestion sanitaire du département. A ce titre elle doit :
  - Participer à la mise en place des structures de gestion du département ;
  - Former les membres des structures de gestion sur leurs rôles et attributions ;
  - Animer les structures de gestion sanitaire du département.
  
- Elaborer des plans opérationnels pour le département. Tous les partenaires doivent être impliqués dans cette élaboration des plans de département. Le processus doit permettre de :
  - Procéder à une analyse de situation ;
  - Identifier les problèmes ;
  - Dégager les priorités sanitaires ;
  - Fixer les objectifs, les cibles et les indicateurs ;
  - Sélectionner les activités et interventions ;
  - Evaluer les ressources nécessaires ;
  - Elaborer un plan de mise en œuvre ;
  - Elaborer un plan de suivi /évaluation.
  
- Mobiliser les ressources.
- Gérer les ressources.
- Suivre la mise en œuvre du plan sanitaire du département.
- Evaluer la mise en œuvre du plan.
- Mettre en place un système de communication
- Etablir des partenariats.
- Elaborer un plan de formation continue du personnel.
- Elaborer un plan de recherche opérationnelle.
- Fournir un appui aux initiatives communautaires.
- Procéder à la collecte, à l'analyse des données et à leurs utilisations pour la prise de décisions.

## **Composition :**

- Médecin responsable du département sanitaire
- IDE ;
- Sage-femme ;
- Préparateur en pharmacie ;
- Représentant de la base d'épidémiologie ;
- Représentant de la base d'Hygiène et d'Assainissement ;

- Technicien laboratoire ;
- Statisticien ;
- Partenaires médicaux locaux (privés et ONG) ;
- Gestionnaires / Chargé du Personnel et des ressources financières.

Dans le cas des départements situés au chef lieu des régions , la direction régionale de la santé doit s'inspirer de la composition ci-dessus et de la disponibilité des ressources humaines .

### **6-1-3 Le niveau régional**

Le fonctionnement régulier des départements sanitaires (organes de gestion et formations sanitaires) nécessite un appui de la part des directions régionales de santé et des hôpitaux régionaux qui doivent servir de structure de référence des centres médicaux de toute la région sanitaire.

Ces hôpitaux régionaux servent de structure de premier contact pour les populations du chef lieu de province et jouent un rôle de première référence pour les dispensaires et les centres de santé dans lequel ils sont implantés.

Dans le cadre de la relance des SSP, le renforcement des capacités des DRS ; tant au niveau des ressources humaines( qualité et quantité) que des capacités gestionnaires et de la logistique doit être une condition majeure.

Les organes de gestion du niveau intermédiaire sont constitués des :

Comité régional de santé

Equipe cadre de santé de la région

#### **6-1-3-1 Le comité régional de santé**

##### **Rôle :**

Le comité régional de santé doit s'assurer que les différents comités de santé des départements sont mis en place et qu'ils disposent de plan d'actions.

Il assure le suivi de la mise en œuvre de ces plans. Il apporte l'appui logistique et technique requis à ces comités départementaux de la région.

Par ailleurs, le comité régional de santé assure l'encadrement technique et logistique de l'équipe régionale de santé pour l'élaboration et la mise en œuvre de son plan d'action.

En fin le comité régional de santé doit travailler à promouvoir la collaboration intersectorielle à l'échelon régional

##### **Composition :**

Gouverneur : Président

Sénateur,

Député,

Trésorier provincial,

IDA,

Eaux et forêt,  
Agriculture et Pêche,  
TP,  
Cadastre  
Maire  
DRS  
Directeur de l'hôpital régional  
Médecin chef de l'hôpital régional

### **6-1-3-2 L'équipe régionale de santé**

#### **Rôle :**

L'équipe de Santé de la région est censée s'assurer que les différents bureaux de santé des départements possèdent des capacités de planification, de programmation, de budgétisation, de surveillance et d'évaluation.

De façon spécifique, l'équipe de santé de la région est chargée :

- D'allouer les ressources locales de santé aux départements sanitaires ;
- De superviser les personnels de santé des départements sanitaires ;
- D'assurer le suivi de la gestion sanitaire des départements ;
- De définir les orientations régionales conformément aux directives nationales prioritaires ;
- D'arrêter et définir le plan de couverture sanitaire conformément à la carte sanitaire ;
- D'assurer le suivi et l'évaluation.

#### **COMPOSITION :**

Directeur régional de santé ;  
Directeur de l'hôpital régional ;  
Médecin chef de l'hôpital régional ;  
Médecin chef de la base d'épidémiologie  
Ingénieur Responsable du service provincial d'hygiène et d'assainissement  
Responsable de la santé de la reproduction  
Pharmacien chef de l'hôpital  
Gestionnaire et responsable du personnel  
Statisticien.

### **6-1-4 Le niveau central**

#### **6-1-4-1 Au niveau du Ministère de la santé ( niveau central )**

La coordination est assurée par la Cellule d'Appui aux SSP placée au près du Directeur Général de la Santé Publique.

Les missions précises lui sont assignées pour une durée de 5 ans environ ( voir plan de mise en œuvre ).

#### **6-1-4-2 Au niveau interministériel**

Le conseil national de la santé (CNS) est l'organe central chargé de statuer et de délibérer sur la politique des SSP afin de favoriser la volonté politique dans un environnement intersectoriel. Les attributions du CNS sont définies dans le décret 00365/PR/MSPP 1981 et doivent être réactualisées

#### **6-1-4-2 Au niveau du Ministère de la santé ( niveau central )**

La coordination est assurée par la Cellule d'Appui aux SSP placée au près du Directeur Général de la Santé Publique.

Les missions précises lui sont assignées pour une durée de 5 ans environ ( voir plan de mise en œuvre ).

### **6-2 Tarification des actes ( coûts de prise en charge )**

#### **6-2-1 Au niveau du dispensaire**

##### ***Le recouvrement des coûts***

Le mode de paiement adopté au niveau du dispensaire est le forfait avec distinction entre le forfait médicament et forfait actes. Le succès de ce mode de recouvrement doit faire envisager pour la suite la mise en place d'un système de pré paiement . S'il est admis que c'est la communauté qui fixe les tarifs des prestations au niveau du dispensaire, il est également très clair que cette activité doit être rigoureusement encadrée par des directives précises du Ministère de la Santé.

Après l'analyse des coûts du médicament pour la prise en charge des principales pathologies une fourchette comprise entre 500 et 1000 francs CFA pour le paiement des prestations a été arrêtée. Les communautés devront choisir leurs tarifications à l'intérieur de cette fourchette. Le paiement des frais donne droit à une consultation, aux médicaments et aux examens pouvant être effectué dans la structure.

Aucun dispensaire sur l'étendu du territoire national ne peut avoir un prix au-dessus ou en dessous de cette fourchette sans l'accord express du Ministre chargé de la santé ou du directeur régional de la santé.

Le comité de gestion doit en outre dresser chaque année la liste des cas sociaux (indigents) du village pour que des dispositions soient prises à cet effet. Il peut s'agir des veuves avec famille nombreuse, des handicapés, d'aveugles etc. . Pour les élèves et

les enfants de moins de 5 ans le coût de la consultation est de moitié. Le paiement en nature doit également être discuté et codifié.

Pour assurer une meilleure gestion des fonds recouverts, chaque dispensaire doit élaborer chaque année un micro plan assorti d'un budget.

### ***De la gestion des fonds recouverts***

Chaque dispensaire doit ouvrir un compte soit dans une banque commerciale, soit à la poste, soit au trésor départemental pour la récolte des fonds générés par le recouvrement des coûts. La gestion de ce compte doit être sous la responsabilité du président et du trésorier du comité de gestion sous la supervision du médecin chef du centre médical.

### **6-2-2 Au niveau du Centre Médical et Hôpital régional**

La tarification doit également concerner ces deux niveaux de la pyramide sanitaire. Pour les hôpitaux et les centres médicaux la tarification ordinaire a été adoptée et sera en conformité avec les dispositions prises par le comité de tarification. Il serait donc important de définir le montant de cette tarification. Il est donc important de définir les modalités de gestion des fonds recouverts.

Chaque structure doit également avoir un plan annuel avec budget afin de faciliter le suivi de l'utilisation des fonds recouverts.



## **CHAPITRE VII**

# **FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES**

## **7-1 Coûts de fonctionnement des formations sanitaires**

Les coûts ci-dessous concernent les prévisions budgétaires dans le cadre de la loi de finances.

### **7-1-2 Au niveau du dispensaire**

La structure du budget couvre les aspects contenus dans l'annexe 1 . Cette structure devra être validée par l'élaboration des micro plans qui mettront en évidence les différentes activités requises pour résoudre les problèmes soulevés.

En ce qui concerne les montants alloués, la micro planification avec budget permettra aussi de mieux définir les différents coûts et permettra de préciser le complément qui sera éventuellement supporté par le financement communautaire.

### **7-1-2 Au niveau du centre médical**

La structure des coûts couvre les aspects contenus dans l'annexe1 . Tout comme au niveau des dispensaires, l'élaboration des budgets de fonctionnement qui accompagnent les plans d'action permettront de préciser les montants réels et la structure exacte .

On peut observer que le budget du centre médical prend en compte celui du bureau de santé du département en ce qui concerne la supervision, la formation, les frais de mission, les fournitures de bureau.

Il est donc important que chaque département puisse élaborer son budget qui prenne en compte les activités de soins et les activités d'appui développées par l'équipe de santé (formation suivi et évaluation).

## **7-2 Modalités de répartition des charges**

Les modalités de participation de communication à ce partage seront discutées avec les communautés elles-mêmes.

les discussions dans le cadre des micro plans devront permettre de situer les domaines et les possibilités d'interventions des différents acteurs.

( Proposition d'un tableau de partage des coûts en annexe 2)

. Le principe du recouvrement des coûts ayant été retenu de façon formelle, la répartition des charges est proposée dans le tableau suivant :

	INVESTISSEMENT		FONCTIONNEMENT				
	Construction Réhabilitation	Equipement	Salaires	Médicament	Entretien (fonctionnement)	Divers (Evasan) Motivation comité de santé	Formation supervision
<b>Case de santé</b>	Usagers Collectivité ONG Etat	Usagers/ collectivités ONG Etat	Usagers Collectivité	Usagers Etat ONG Partenaires	Usagers- communautés	Usagers - Communautés	Etat Partenaires
<b>Dispensaire</b>	Etat Partenaires	Etat Partenaires	Etat	Etat usagers	Usagers	Usagers	Etat Partenaires
<b>Centre de santé</b>	Etat Partenaires	Etat Partenaires	Etat	Etat usagers	Etat	Usagers	Etat Partenaires
<b>Centre médical</b>	Etat Partenaires	Etat Partenaires	Etat	Etat usagers	Etat usagers	Etat usagers	Etat Partenaires



## **CHAPITRE VIII**

### **PLAN DE MISE EN ŒUVRE DES SSP**

## **8-I Contexte**

Le contexte est caractérisé par :

- Une faiblesse du cadre institutionnel et réglementaire pour la mise en œuvre des SSP ( mise en place de structures décisionnelles en faveur des SSP , insuffisance de dispositions en faveur du recouvrement des coûts , de la décentralisation , inexistence de cadres de participation des communautés à la gestion du système de santé .... ) ;
- Une insuffisance quantitative et qualitative du personnel compétent dans la mise en œuvre des SSP ( formation initiale des agents de santé , formation en cours d'emploi des acteurs du système y compris le niveau décisionnel ) ;
- Une insuffisance dans la disponibilité du médicament et des consommables médicaux ;
- La nécessité d'une réorganisation du système de santé dans le sens de mieux définir la pyramide de soins et donc de la gestion de l'interface entre système de santé et communautés ;
- L'absence de dispositions pour le développement des districts de santé ( cadre de formation , outils de gestion ... ) ;
- Un contexte national dominé par une option plus hospitalocentriste ;
- L'existence d'expériences de certains projets ( UE , UNICEF ,OMS ... ), sur certains aspects des SSP qui peuvent servir de bases pour une accélération au plan national ( rationalisation de la prescription médicale , disponibilité de certains outils de gestion , supervision des personnels de santé ... ) ;
- La volonté affirmée du Ministère de la santé à mettre en œuvre les SSP , la base de développement du système national de santé ;
- Les possibilités financières du pays permettant de soutenir le développement d'un système basé sur les SSP

## **8- II Les objectifs prioritaires dans le contexte du Gabon.**

La mise en œuvre des SSP consiste essentiellement à assurer une véritable intégration entre le système de santé et les populations , entre le système de santé et les populations . Cela suppose un système de santé bien organisé et dont les acteurs à la base ( dispensaires et centres médicaux ) sont capables d'assurer cette intégration avec l'appui des autres éléments du système ( équipes de santé des départements , équipes de santé des régions sanitaires et hôpitaux régionaux ) .

Tenant compte du contexte national actuel , les objectifs ci après sont définis dans le cadre d'un plan de promotion des SSP comme axe central de développement de la santé au Gabon :

**1 Mettre en place un cadre institutionnel adéquat pour la promotion des SSP ;**

**2 Assurer un développement progressif des districts sanitaires ;**

**3 Assurer l'appui technique et logistique requis pour la promotion des SSP ;**

### **8- III La stratégie de mise en œuvre**

Il faut rappeler que l'option pour une mise en œuvre des SSP au Gabon relève **d'une décision politique** dont les implications sont nombreuses et les intérêts de certains acteurs du système peuvent être fortement mis en cause car non conformes à ceux de la majorité sur laquelle les SSP sont axés.

La validation des résultats de l'atelier national de consensus outre le fait qu'elle marque l'adhésion des autorités politiques , marque le point de départ pour les aspects opérationnels de la mise en œuvre des SSP.

La participation effective des différents partenaires à l'atelier de consensus traduit leur adhésion à cette stratégie , Il reste cependant que pour réussir la mise en œuvre des SSP qu'un plaidoyer soit fait de façon permanente au près de l'ensemble des acteurs des SSP ( ONG , associations , autres départements ministériels , responsables administratifs et politiques locaux ).

L'ensemble du processus est coordonné **par un point focal** , responsabilisé au sein du ministère de la santé et dont la mission première est d'adopter et de mettre en œuvre un plan d'action basé sur les éléments retenus par l'atelier national .**Ce point focal est appelé Cellule d'Appui aux SSP ( CASSP )**.

**La CASSP est conçue comme une structure ad hoc , mise en place par le ministre de la santé pour une mission spéciale .**

**Dans le cas d'espèce, il s'agit d'impulser un mouvement national en faveur des SSP au Gabon.**

Ce point focal composé d'au moins 3 cadres nationaux jugés compétents en santé publique et ayant une expérience du système de santé du Gabon est rattaché à la DGSP.

Son mandat est précis ( axé sur l'opérationnalisation progressive des districts ) et limité dans le temps . Cinq années suffisent pour que le processus soit mis en route . Le développement des districts sera étendu de façon progressive à l'ensemble du pays.

Au regard de la complexité dans la mise en œuvre des SSP ( liée surtout au changement de comportement requis ), il est indiqué que l'approche soit progressive .

## 8- IV Les activités essentielles de mise en œuvre

Les activités essentielles à développer sont envisagées en deux phases.

Les activités préalables et les activités continues.

### 8-4- 1 Les activités préalables

- L'adoption par les autorités politiques des directives précises contenues dans le guide national sur les SSP ;
- La mise en place de la CASSP. Cette cellule, aura des activités essentielles axées sur l'exécution de certains volets du Plan national de SSP au Gabon définis par l'atelier national ;
- Une mise à niveau des membres de la cellule . ( il s'agit beaucoup plus d'une harmonisation de la compréhension des concepts ).
- Diffusion du guide national.

**Ces activités préalables vont se développer dans un délais relativement courts ( premier trimestre 2001 ) sous la responsabilité du Directeur Général de la Santé Publique en collaboration avec le cabinet du ministre de la santé**

### 8-4- 2 Les activités principales dans le cadre de la mise en œuvre du Plan national

<b>Objectif 1 : Mettre en place un cadre institutionnel adéquat pour la promotion des SSP ;</b>			
<b>Activités</b>	<b>Période d'exécution</b>	<b>Responsable</b>	<b>Collaborateurs</b>
- Elaborer les différents textes requis	2001	DGSP/CAS SP	Inspection
- Faire adopter les différents textes	2001	DGSP/CAS SP	Inspection
Disséminer les différents textes adoptés	2001-2003	DGSP/CAS	Inspection



		SP	
Elaboration de canevas de planification aussi bien pour les régions que pour les départements .	2001	DGSP/CAS SP	Planification
<b>Objectif 2 : Assurer une opérationnalisation progressive des districts ;</b>			
<b>Activités</b>	<b>Période d'exécution</b>	<b>Responsable</b>	<b>Collaborateurs</b>
Valider la liste des districts à opérationnaliser ;	2001	Cabinet	DGSP/CASSP
Elaborer le plan d'opérationnalisation de l'ensemble des districts du Gabon ;	2001	DGSP/CASSP	Planification
Faire une analyse des besoins de formation du personnel ;	2001	DGSP/CASSP	Ressources humaines
Faire une revue de la documentation qui existe en matière de formation du personnel de même que les différents outils de gestion déjà élaborés ;	2001	DGSP/CASSP	Ressources humaines
Identifier les membres des équipes des départements et de la région pour la première session de formation ;	2001	DGSP/CASSP	DRS
Elaborer les outils de gestion et les modules nationaux de formation ;	2001	DGSP/CASSP	.....
Organiser la première session de formation des membres des équipes de santé de département retenus ;	2001	DGSP/CASSP	.....
Amener les régions et les départements à élaborer et à mettre en œuvre leur plan d'action.	2001-2003	DGSP/CASSP	DRS
Etendre progressivement le processus .	A partir de 2003	DGSP/CASSP	.....
<b>Objectif 3 : Assurer l'appui logistique requis pour la promotion des SSP ;</b>			
<b>Activités</b>	<b>Période d'exécution</b>	<b>Responsable</b>	<b>Collaborateurs</b>

Définir le circuit d'approvisionnement en MEG ;	2001	DGSP/CAS SP	Direction du médicament
Dotation des équipes de district en logistique ( véhicules , frigos , motos ...)	2001-2003	DGSP/CAS SP	Equipement
Mise en place des différents outils de gestion ;	2001-2003	DGSP/CAS SP	.....

## **CHAPITRE IX**

### **LES RECOMMANDATIONS**



## **ANNEXES**

**ANNEXE I: Budget previsionnel pour les formations sanitaires**

**Budget prévisionnel pour le fonctionnement d'un dispensaire**

Médicaments (47.18)	Fournitures bureaux (46.20)	Entretien bâtiment (46.58)	Formation/ Mission (45.10)	<b>TOTAL</b>
2.500 000	200 000	300 000	250.000	<b>3.250.000</b>

Total (hors salaire) = 3.250.000

Le 47.18 et le 46.58 constituent la dotation particulière ( 2.800.000).

**Budget prévisionnel pour le fonctionnement d'un Centre Médical**

Médicamen t (47.18)	Supervisio n (45.10)	Frais de mission (45.10)	Formation (49.71)	Mobilisatio n sociale (45.10)	Fournitur es bureaux (46.20)	Carbura nt (42.60)	Entretien administra tif (46.50)
5.000.000	1.000.000	2.000.000	3.000.000	1.000.000	10.000.000	2.000.000	5.000.000

TOTAL (hors salaire) = 44.000.000

Le 47.18, 49.71 et le 42.10 constituent la dotation particulière du centre médical ( 13.000.000).

**ANNEXE II : PROPOSITION DE PARTAGE DE COÛTS**

	INVESTISSEMENT		FONCTIONNEMENT			
	Construction Réhabilitation	Equipement	Salaires	Médicament	Entretien (fonctionnement)	D ( / c s

<b>Case de santé</b>	Usagers Collectivité ONG Etat	Usagers/ collectivités ONG Etat	Usagers Collectivité	Usagers Etat ONG Partenaires	Usagers- communautés	U C
<b>Dispensaire</b>	Etat Partenaires	Etat Partenaires	Etat	Etat usagers	Usagers	U
<b>Centre de santé</b>	Etat Partenaires	Etat Partenaires	Etat	Etat usagers	Etat	U
<b>Centre médical</b>	Etat Partenaires	Etat Partenaires	Etat	Etat usagers	Etat usagers	E u