



La 'bonne gouvernance' et les pays en développement : le cas des politiques de santé au Gabon

By/Par | **Bruno Boidin**

Centre Lillois d'Études et de Recherches Sociologiques et Économiques
Université de Lille 1

ABSTRACT

From the Gabonese experience, this article studies the way international pressures about "good governance" have an impact on the organization and the functioning of the health system in a developing country. At first governance and good governance are defined under a critical point of view. Then we present the influence of the topic "governance" in the evolution of political announcements and programmes of public health in Gabon. Finally we try to demonstrate the disconnection between announcements and reforms. The conclusion discusses the relevance of the good governance agenda.

Keywords: good governance, international institutions, health, Gabon

RÉSUMÉ

A partir de l'expérience gabonaise, cet article étudie la façon dont les injonctions internationales de « bonne gouvernance » se traduisent dans l'évolution de l'organisation et du fonctionnement du système de santé dans un pays en développement. Dans un premier temps, les termes de « gouvernance » et de « bonne gouvernance » sont définis sous un angle critique. Ensuite nous présentons l'influence de la thématique « gouvernance » dans l'évolution des discours et des politiques officielles de santé au Gabon. Enfin nous cherchons à montrer la déconnexion entre les discours et les réformes. La conclusion tire des enseignements concernant la pertinence de l'argumentaire de « bonne gouvernance ».

Mots-clés : bonne gouvernance, institutions internationales, santé, Gabon

JEL Classification: I18, O15, O55

INTRODUCTION

Les échecs relatifs de l'aide au développement ont contribué à l'émergence d'un nouveau cadre conceptuel porté ou relayé par les institutions internationales. La disgrâce relative du terme « développement » s'est accompagnée de l'usage croissant des notions de « bonne gouvernance » et de « biens publics mondiaux ». L'analyse et les politiques de développement n'ont pourtant pas disparu, mais elles sont maintenant largement menées dans ce nouveau cadre conceptuel. Cependant, les termes clés de gouvernance et de biens publics mondiaux ne règlent pas les questions majeures de l'aide au développement : comment laisser aux pays en développement le soin de construire des politiques autonomes, comment aligner l'aide sur ces politiques, comment assurer l'appropriation des politiques par les acteurs locaux ?

Dans cet article nous proposons de montrer les limites et les ambiguïtés de la rhétorique autour de la « bonne gouvernance » en illustrant celle-ci à travers l'expérience du Gabon dans le domaine de la santé. Ce pays se caractérise en effet par un paradoxe : un niveau de revenu moyen relativement élevé et des indicateurs de développement humain faibles. Comme de nombreux pays en développement, le Gabon est soumis depuis plusieurs années aux injonctions internationales de « bonne gouvernance ». Les organisations internationales considèrent que l'amélioration de la gouvernance constituerait un levier permettant d'améliorer le niveau du développement humain en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Ce travail s'appuie sur une enquête de terrain décomposée en deux temps.¹ Dans un premier temps, un recueil de données, de textes officiels et de documents institutionnels a été effectué sur place auprès des acteurs publics et privés (agences internationales de développement, Ministères, associations, structures de santé...). Cette première étape a permis d'identifier les acteurs clés du système de santé et de dresser un historique et un état des lieux des politiques et des programmes de santé. Dans un second temps, une enquête qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs auprès d'acteurs et d'institutions de la santé a été conduite durant plusieurs séjours (6 séjours étalés entre décembre 2008 et janvier 2010). Cette deuxième étape visait, d'une part, à approfondir la connaissance du système de santé et de ses enjeux, d'autre part, à cerner la façon dont l'organisation et la gouvernance du système de santé sont perçues et appréhendées par les acteurs, qu'ils soient prestataires de soins ou instances de tutelle.² Les thèmes des entretiens sont présentés en annexe 2.

¹ La recherche a été financée par l'Agence Nationale de la Recherche française dans le cadre du projet « Devglob » porté par l'Institut de Recherche pour le Développement et le Centre de recherche de l'IEDES, Université Paris 1.

² Il était demandé aux personnes interviewées de s'exprimer au nom de leur institution, dans la mesure où il ne s'agissait pas d'interpréter la perception subjective de la politique et de l'organisation des

L'article est organisé en trois parties. Dans un premier temps (1), nous caractérisons l'émergence des notions de « gouvernance » et de « bonne gouvernance » sous un angle critique. Ensuite (2) nous nous intéressons à la façon dont la thématique « gouvernance » s'est traduite par une évolution des discours et des textes officiels de politique de santé au Gabon.³ Enfin (3) nous cherchons à montrer la déconnexion entre les discours et les réformes. La conclusion tire des enseignements concernant la légitimité de l'argumentaire de « bonne gouvernance » et les limites de l'agenda international de « bonne gouvernance ».

1. L'ÉMERGENCE DE L'AGENDA DE LA « GOUVERNANCE » DANS L'AIDE AU DÉVELOPPEMENT

Depuis le constat de l'inefficacité relative de l'aide au développement à la fin des années 1990, la préoccupation majeure des bailleurs de fonds est l'efficacité de cette aide. Le critère d'efficacité constitue aujourd'hui la référence centrale portée par les bailleurs de fonds. Ce critère a été proposé à partir des travaux de Collier et Dollar (2001), dont le succès auprès de ces bailleurs n'a cessé de croître. Dans la mouvance des approches sur la « bonne gouvernance » dans les pays pauvres, largement portées par les institutions de Bretton Woods, Collier et Dollar proposent ainsi une procédure d'allocation de l'aide qui tient compte de l'effort fourni par le pays aidé en termes d'amélioration de l'environnement institutionnel et politique. On favoriserait alors, parmi les pays pauvres, ceux qui appliqueraient les politiques les plus favorables à une « bonne » utilisation de l'aide (en d'autres termes les plus favorables à un bon rapport efficacité-coût de l'aide). Plus récemment, les principes d'appropriation (par les pays destinataires), d'alignement (sur les politiques définies au préalable par les autorités locales), d'harmonisation (les bailleurs de fonds sont appelés à mieux se coordonner dans leurs procédures) ont été mis en avant à l'échelle internationale (Déclarations de Rome en 2003, de Paris en 2005, Conférence de Accra en 2008). Ces mêmes principes sont alors intégrés dans le programme de « bonne gouvernance » porté par les Institutions de Bretton Woods, entraînant dans leur sillage les autres bailleurs de fonds et institutions internationales traditionnels.

soins. Néanmoins certains entretiens ont été l'occasion d'échanges plus informels centrés sur le point de vue des personnes interviewées.

³ Le décès du Président Omar Bongo Ondimba en 2009, après plus de 40 ans de mandat, constitue un événement majeur dans l'histoire du Gabon et un curseur historique.

Emergence de la « gouvernance » dans les politiques de développement

Au-delà de ses fondements dans les sciences de gestion et l'analyse des organisations, le terme de « gouvernance » a imprégné le monde des institutions internationales dès les années 1990 (Revue internationale des sciences sociales, 1998). En 1994, la Banque mondiale définissait la gouvernance comme « *la manière dont le pouvoir est exercé dans le management des ressources économiques et sociales de développement d'un pays* » (traduction de l'auteur) (World Bank, 1994). Le Comité d'aide au développement (CAD) de l'OCDE la définissait en 1993 comme « *l'exercice du pouvoir politique, ainsi que d'un contrôle dans le cadre de l'administration des ressources de la société aux fins du développement économique et social* » (CAD, 1993). Le PNUD (UNDP, 1995) la considérait comme « *un cadre de management public basé sur l'état de droit, un système de justice juste et efficient, une large implication de la population dans les mécanismes de gouvernement et dans la façon d'être gouverné* ». Des considérations normatives émergent implicitement ou explicitement de ces différentes définitions.

Dans cet ensemble encore flou de définitions de la gouvernance, c'est l'approche de la Banque mondiale et du Fonds Monétaire International qui a le plus imprégné les nouvelles conditionnalités de l'aide aux pays en développement après 20 ans d'ajustement structurel. La Banque mondiale fait de la « bonne gouvernance » un outil de lutte contre la corruption et de saine gestion des affaires publiques (Smouts, 1998). Cette approche institutionnelle de la gouvernance est construite à partir d'un « puzzle théorique » (Cartier-Bresson, 2010) relativement hétérogène et utilisé de façon *ad hoc* par les Institutions de Bretton Woods (IBW : Banque mondiale et Fonds monétaire international). Ce cadre a servi de substrat aux « Nouvelles » politiques de lutte contre la pauvreté (Cling et *alii*, 2003) lancées par la Banque mondiale avec comme mesure phare l'Initiative « Pays pauvres très endettés » (IPPTE) en 1996. Cette initiative instaurait de nouvelles conditionnalités aux pays souhaitant bénéficier d'un allègement de leur dette. En effet, à la suite des contestations croissantes émanant de la société civile, des Pouvoirs publics, de certaines organisations internationales (PNUD, CNUCED...), les Institutions de Bretton Woods annoncent une réorientation de leur approche en direction de la lutte contre la pauvreté. L'initiative « Pays pauvres très endettés » est présentée par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international comme un tournant dans leurs politiques en faveur des pays en développement. L'IPPTE intègre en effet deux principes : d'une part, la priorité à l'amélioration de la situation des plus pauvres ; d'autre part, la participation des populations aux processus de décision. L'IPPTE est devenue très rapidement le cadre de référence des politiques de développement.

La « Bonne gouvernance » dans les « nouvelles » politiques de réduction de la pauvreté

La nouvelle priorité apparemment donnée par les IBW aux processus participatifs et aux politiques de réduction de la pauvreté (à travers l'IPTE) s'inscrit dans une vision propre à ces institutions. La participation des populations est en effet mise en œuvre dans un objectif inchangé de priorité à « l'assainissement du cadre macroéconomique » (dans le prolongement des préceptes ayant conduit aux plans d'ajustement structurel - PAS). La continuité de cette stratégie avec les PAS apparaît en examinant plus en détail le processus et les fondements des nouveaux programmes, largement axés sur les notions de participation et de « bonne gouvernance ».

Concernant la participation, sur laquelle les IBW font explicitement reposer les nouveaux dispositifs de réduction de la pauvreté, il s'agissait de répondre aux lacunes des politiques antérieures, et en particulier au manque d'appropriation par les pays dans lesquels ces dernières étaient mises en œuvre. En réalité la notion d'appropriation ne constitue pas ici un véritable retour des populations dans le champ décisionnel politique. Les IBW s'inscrivent dans une interprétation particulière de la participation au sens où celle-ci permettrait de mieux expliquer aux populations pourquoi l'assainissement macroéconomique est nécessaire (World Bank, 2002).

Le « processus participatif » est par ailleurs l'occasion pour les IBW de réintroduire une thématique qui leur est chère depuis les années 1990, à savoir la « responsabilité démocratique » (*accountability*) de l'Etat. En effet le thème de la corruption comme frein au développement économique est récurrent au sein des IBW.

Le document de référence des Documents stratégiques de réduction de la pauvreté (DSRP), sur lesquels s'appuient les décisions d'alléger la dette (World Bank, 2002), fait apparaître une filiation toujours forte avec la théorie standard. La mise en œuvre d'un cadre macroéconomique favorable à la croissance devrait se traduire par des mesures de stabilisation financière bien connues dans l'argumentation économique standard : réduction des déficits publics, réforme fiscale, contrôle de la masse monétaire, ainsi que par des réformes structurelles relevant également de l'approche orthodoxe en économie (libéralisation, privatisation...). Certes, ces mesures sont annoncées comme devant être associées à des politiques sectorielles favorables au développement humain et à la réduction de la pauvreté (cf. *supra*).

C'est dans ce cadre de politiques de réduction de la pauvreté qu'intervient la notion de « bonne gouvernance ». Dans le discours de la Banque mondiale, cette dernière vise à améliorer l'efficacité et la transparence des institutions, notamment publiques, en décentralisant les centres de décision pour les rapprocher des populations et les rendre plus démocratiques. Mais le terme de gouvernance soulève des ambiguïtés qui apparaissent dans le contenu d'un certain nombre de DSRP : la

priorité des pays est-elle de mener à bien une réelle amélioration de la participation des populations ou de réintroduire de la concurrence entre les acteurs politiques et économiques en vue de soutenir les politiques d'assainissement macroéconomique que les IBW considèrent comme garantes d'une plus grande efficacité, y compris dans le domaine social ?

Le volet partenarial de la « bonne gouvernance »

Le terme de « bonne gouvernance » draine avec lui d'autres notions qui ont pour fonction d'opérationnaliser les modalités de gouvernance. A côté de la « participation » (vue *supra*) on trouve également la notion « d'approche partenariale » qui fait référence aux opérations de coopérations entre les acteurs. Ainsi, les institutions internationales ont-elles de plus en plus tendance à préconiser des partenariats entre les entreprises et le secteur public ou privé non marchand dans les pays en développement. Dans le domaine de la santé, ces partenariats peuvent être définis de plusieurs façons. Pour Anne Mills (2002), ils consistent à réunir des fonds, des compétences et de l'expertise en recherche et développement des secteurs privé et public. Ces partenariats sont vus favorablement par l'OMS : selon Buse et Waxman (2001), l'organisation estime « *qu'ils permettent d'encourager les entreprises à assumer leur part de responsabilité dans les domaines du travail, des droits de l'Homme et de l'environnement* ». L'ONU y est également favorable et définit les véritables partenariats public-privé comme comportant « *des objectifs partagés ainsi que des ressources, risques et récompenses combinés. Ce sont des collaborations volontaires qui se construisent sur les forces et les compétences de chacun des partenaires, qui permettent une meilleure allocation des ressources et qui permettent d'atteindre des résultats bénéfiques sur une période durable* » (United Nations Foundation and World Economic Forum, 2004).

La tonalité générale parmi les acteurs ici évoqués est donc très positive. Elle repose sur un argumentaire « gagnant-gagnant » dont le cadre théorique implicite est l'approche en termes de partie prenantes (« stakeholders »), conception devenue dominante pour appréhender les responsabilités des organisations en général, et en particulier celles des firmes pharmaceutiques. L'approche par les « stakeholders », initiée par Freeman (1984), repose sur des fondements instrumentaux de la responsabilité des acteurs. L'intégration des responsabilités sociale, sociétale et environnementale serait une stratégie avantageuse pour l'entreprise qui la met en œuvre. Dans cette vision, la prise en compte des intérêts des parties prenantes⁴ de la

⁴ Le terme « stakeholders » regroupe les parties prenantes internes ou externes à l'entreprise. Du côté des parties prenantes internes, on trouve les actionnaires (appelés également « shareholders »), les salariés, les syndicats. Du côté des parties prenantes externes, on regroupe un ensemble d'acteurs hétérogènes (clients, fournisseurs, pouvoirs publics, associations...).

firme relève donc d'une question de rationalité économique. Les acteurs extérieurs sont privilégiés mais moins comme éléments de la « morale » de l'entreprise qu'en tant que groupes de pression à prendre en compte, à convaincre, voire à intégrer dans les décisions.

La domination de l'approche en termes de stakeholders se traduit par deux phénomènes convergents : le recours de plus en plus fréquent à l'argumentaire « gagnant-gagnant » dans la stratégie des organisations, et l'idée que les entreprises devraient exercer une influence croissante dans de nombreux domaines socioéconomiques.

Cette conception du rôle de l'entreprise dans le capitalisme est relativement nouvelle par rapport à l'approche économique traditionnelle qui considère que la contribution des firmes au développement des pays pauvres passe avant tout par l'influence de celles-ci dans la croissance et, de façon indirecte, dans le développement économique et social. Aujourd'hui la notion de santé comme « bien public mondial » place au contraire les firmes pharmaceutiques comme des acteurs centraux du développement humain et économique.⁵ Pourtant, l'argumentaire « gagnant-gagnant » qui fonde cette doctrine n'a pas été vérifié empiriquement.

2. LA GOUVERNANCE DANS LES DISCOURS SUR LA SANTÉ AU GABON

Contexte économique et institutionnel : les particularités gabonaises

L'étude de la santé au Gabon doit être mise en perspective avec l'environnement économique et institutionnel spécifique du pays. Ce dernier est marqué par quatre caractéristiques importantes :

- Le Gabon a, dans les décennies précédentes, orienté son économie vers les ressources pétrolières et délaissé un certain nombre d'autres activités à forte utilité sociale et économique (éducation, santé, agriculture...). Il est frappé du « syndrome hollandais » (Corden, Neary, 1982), expression économique qui traduit notamment le fait que l'abondance d'une ressource naturelle dont la demande extérieure est forte conduit à accroître le taux de change avec des conséquences néfastes sur les autres secteurs (initialement la production industrielle) qui seront alors délaissés. Dans le cas du Gabon, les devises

⁵ Selon Kaul, Grunberg et Stern (1999, 2002), trois critères peuvent être retenus pour définir les biens publics mondiaux (2002, pp. 36-38) : ils ne concernent pas seulement un groupe de pays (leurs effets dépassent par exemple les blocs commerciaux ou les pays de même niveau de richesse); leurs effets atteignent non seulement un large spectre de pays, mais également un large spectre de la population mondiale ; leurs effets concernent les générations futures (les auteurs rattachent ce point au concept de « durabilité », en particulier dans l'esprit d'un impact intergénérationnel). Cf. Boidin, 2005, pour une analyse critique de cette notion.

apportées par le pétrole ont entraîné un accroissement des dépenses publiques et une réduction de la part du secteur agricole, engendrant l'augmentation des importations de produits alimentaires et manufacturés. Les dépenses publiques croissantes furent en outre affectées sans stratégie globale précise.

- Le Gabon ne bénéficie pas d'un volume d'aide internationale élevée ni d'une implantation très forte des agences de coopération, compte tenu en particulier de son niveau de richesse moyenne qui le situe parmi les pays à revenu intermédiaire supérieur.
- L'économie dans tous ses secteurs (y compris celui de la santé, si l'on considère cette dernière comme une activité productrice de soins) est organisée selon un modèle où la présence de l'Etat est forte. Le pouvoir politique constitue l'axe structurant de l'économie et le lieu de décision pour un certain nombre d'activités. La place de la société civile est encore limitée, les entreprises nationales et internationales sont soumises à un contrôle qui peut prendre des formes diverses (économiques, politiques...).
- Le Gabon, certes comme beaucoup d'autres pays africains, est soumis depuis plusieurs années à une pression externe (pays occidentaux, organisations internationales) relative à la « bonne gouvernance » des institutions publiques, y compris dans le domaine de la santé.

Dans ce contexte institutionnel et historique, plusieurs facteurs directs ou indirects ont contribué à un niveau de santé médiocre. D'abord, malgré l'importance des investissements publics, les choix stratégiques de l'Etat n'ont pas suivi une évolution stable permettant de construire dans la durée un système de santé cohérent. Ensuite, la dépendance vis-à-vis de l'extérieur et la politique d'emprunts larges sans cohérence ont fragilisé l'économie et mis à mal les marges budgétaires publiques qui auraient permis un effort croissant dans le domaine de la santé.

Au total, ce ne sont pas seulement des facteurs directs (offre de soins, organisation du système de santé...) qui ont empêché une amélioration satisfaisante des indicateurs de santé sur le long terme. Ce sont également des déterminants indirects, tels que les choix erratiques d'investissements dans les infrastructures (eau, assainissement, éducation...) et la faible priorité donnée à une politique alimentaire nationale.

La prise en compte de la thématique « bonne gouvernance » dans les réformes

Les faiblesses du système de santé au Gabon ont été identifiées dans de nombreux travaux (cf. notamment Coudray, 2005, Ridde, 2005, Gauvrit, 2005, CREDES, 2006). On peut retenir en particulier :

- Un système hospitalo centré privilégiant le curatif, phénomène renforcé par le développement d'un secteur privé en partie redondant avec le secteur public (ce phénomène étant favorisé par les perspectives de débouchés qu'offre, pour les diplômés des professions médicales, le secteur privé orienté vers les catégories sociales moyennes et supérieures)
- Des structures de soins primaires insuffisantes et inégalement réparties
- Une planification embryonnaire
- Des outils de gestion (carte sanitaire, système d'information sanitaire) peu opérationnels
- Une gestion des ressources humaines peu rationnelle.

Plus récemment, Makita-Ikouaya et *alii* (2010) ont vérifié empiriquement le manque d'équité spatiale dans les soins de premier secours à Libreville. Les auteurs mettent en évidence les limites du découpage administratif actuel des soins. Pourtant, la volonté affichée des autorités gabonaises depuis les années 1980 est celle d'un accès amélioré par une décentralisation adaptée des soins primaires.

Cependant, on constate une évolution récente des engagements pris par les Pouvoirs publics dans le domaine de la santé, sous les derniers mandats du Président défunt Omar Bongo Ondimba. Cette évolution des engagements se traduit par plusieurs initiatives, en particulier : la publication du Plan National d'Action Sanitaire (PNAS) en 1997, le projet de Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), une volonté affichée d'action d'envergure dans le domaine du HIV/sida, la tenue d'Etats Généraux de la santé en 2005, une place centrale accordée à la santé dans le Document Stratégique de Croissance et de Réduction de la Pauvreté...

Pourtant, dans les travaux consacrés au Gabon, cette volonté affichée par la puissance publique de redonner à la santé une place dans les priorités nationales est rarement mise en perspective avec les pressions externes à la « bonne gouvernance ». Or il est important de noter que les réformes annoncées dans le secteur de la santé s'inscrivent dans une évolution plus générale des déclarations publiques et des textes d'engagement vers l'amélioration de la « gestion des affaires publiques ».

Ainsi, en 2001, dans le « Bilan commun de pays » rédigé conjointement par le Système des Nations Unies et la République Gabonaise (République gabonaise, Nations Unies, 2001), un « programme national de renforcement des capacités de gestion politique », préfigurant le « Programme National de Bonne Gouvernance » (PNBG), est évoqué. Si le PNBG n'aborde pas de façon explicite la santé, il y fait indirectement référence au travers des objectifs de réforme des administrations publiques, de décentralisation, d'amélioration du pilotage économique des finances publiques, de renforcement des capacités de la société civile (*cf.* République gabonaise, 2007 et PNUD, UNFPA, 2007). De façon beaucoup plus explicite, le

Document Stratégique de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (République gabonaise, 2005) place la santé comme un axe majeur et insiste sur l'amélioration de la gouvernance comme levier d'amélioration des performances.

Le Gabon semble répondre en la matière aux orientations internationales récentes. A titre d'exemples, la Banque mondiale, dans sa « Stratégie d'appui 2005-2009 » (Banque mondiale, 2005), insistait sur les enjeux de « bonne gouvernance ». La même institution, dans sa « Revue des dépenses publiques et de la responsabilité financière », abordait les problèmes d'efficience des dépenses de santé (pp. 58-59). Le PNUD, dans son rapport sur le développement humain au Gabon (2005), établissait un lien direct entre le poids de la dette externe, résultat d'une « insuffisante qualité de la gestion publique », et l'éviction des services sociaux dans les politiques prioritaires. Le gouvernement lui-même considérait la rédaction du DSCRIP comme un « impératif de bonne gouvernance pour des choix de politiques socio-économiques pertinents » (selon l'Atelier régional Paris 21, 2005). Un prêt a été accordé par le FMI en 2005 compte tenu des évolutions jugées positives par cette dernière institution en termes de gouvernance, ce qui conforte l'idée d'une adaptation du Gabon aux pressions émanant des institutions financières internationales.

Au total, les réformes engagées dans le système de santé ne peuvent être considérées indépendamment des évolutions dans la façon dont les autorités publiques gabonaises abordent les pressions externes à la « bonne gouvernance ». En témoigne l'examen plus détaillé des réformes préconisées à l'issue des Etats Généraux de la Santé.

Les axes de réforme privilégiés

On peut estimer que les Etats Généraux de la Santé tenus en 2005 constituent un élément révélateur important de la prise en compte de la thématique « gouvernance », même si cet aspect y est abordé de façon implicite. Tout en reprenant un certain nombre de textes et de travaux précédents, les Actes des Etats Généraux insistent sur les voies incontournables d'amélioration du système de santé. Trois axes d'amélioration majeurs nous semblent pouvoir être identifiés et rapprochés des enjeux de « bonne » gouvernance tels qu'ils sont préconisés par les institutions internationales.⁶

- L'amélioration du cadre institutionnel.

Sont en particulier préconisés l'élaboration d'un cadre institutionnel des Régions et Départements sanitaires ; la définition d'un nouvel organigramme du Ministère de la

⁶ Ces Actes sont disponibles sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins : cnom.gabon.chez-alice.fr

Santé publique ; le renforcement de la formation du personnel et l'optimisation de la gestion des ressources humaines ; la mise en place d'une politique de qualité des services en rapport avec l'attente des usagers.

Par ailleurs, les Etats Généraux sont l'occasion d'affirmer la nécessité de mettre en œuvre les soins primaires, ce qui constitue une rupture par rapport aux orientations principalement curatives du système de soins gabonais et rejoint les arguments tenus par la Banque mondiale en faveur de la décentralisation.⁷

Ainsi l'amélioration du cadre institutionnel s'inscrit bien dans le critère de « qualité de la gestion des affaires publiques » tel qu'il est préconisé par les institutions internationales.

- L'amélioration et la pérennisation du financement de la santé.

Cet aspect est reconnu par toutes les commissions des Etats Généraux comme un problème central. Sont notamment préconisées la mise en œuvre d'une assurance maladie et d'une tarification adaptée à tous ; et la connaissance des coûts réels des soins dans les établissements sanitaires. Ce dernier aspect est un pré requis pour la mise en œuvre d'une politique de recouvrement des coûts telle qu'elle est recommandée depuis l'Initiative de Bamako (lancée en 1987 par la Banque mondiale, l'OMS et l'UNICEF) mais peu mise en œuvre au Gabon. Il fait écho aux problèmes d'efficience du système de santé qui, selon la Banque mondiale (2005, p35), devraient mener à un effort d'amélioration de la gestion des ressources publiques en vue de meilleurs résultats sociaux. « Bonne gouvernance » et performances sociales sont, selon la Banque mondiale, explicitement reliées.

- La participation communautaire.

La thématique de la « participation communautaire » n'est certes pas nouvelle dans le champ de la santé. Elle est préconisée par les institutions internationales (notamment l'OMS et l'UNICEF) pour impliquer les populations et la société civile dans les programmes de santé (Tizio, Flori, 1997). Elle est également considérée par certains analystes comme un moyen de faciliter la mise en œuvre du recouvrement des coûts. Dans les Actes des Etats Généraux de la Santé, cette thématique apparaît à travers deux préconisations : insérer la participation communautaire dans la politique du médicament et intégrer la médecine traditionnelle dans le système de santé. Ces recommandations visent en particulier à traiter les problèmes d'usage irrationnel des médicaments et d'automédication abusive.

La participation communautaire est donc ici considérée comme un moyen de rationaliser les ressources par un meilleur usage du médicament, et rejoint à ce titre

⁷ La Banque mondiale reprend à cet égard les recommandations de l'OMS.

les liens établis par les institutions internationales entre la « participation des populations » et la « bonne gouvernance ».

Il convient de souligner que les premier et troisième axes (respectivement le cadre institutionnel et la participation communautaire) doivent être mis en perspective avec une caractéristique du système de santé gabonais : les acteurs non étatiques y occupent un rôle traditionnellement limité. La société civile est jeune et dynamique dans certains domaines (par exemple le HIV-sida), mais manque de moyens et de structuration. La « bonne gouvernance » préconisée par les acteurs internationaux est ici rattachée au rôle que la société civile pourrait jouer dans la prise en charge des services de santé, en contrepartie d'une restructuration des services publics.

3. LA DÉCONNEXION ENTRE DISCOURS ET RÉFORMES

La déconnexion entre discours et réformes peut être analysée selon plusieurs angles : l'absence de réformes institutionnelles globales ; le caractère très embryonnaire des expériences de participation communautaire ; le maintien d'une doctrine officielle de gratuité à l'encontre des préconisations internationales pour le paiement par les usagers ; l'absence de l'Etat en tant que coordinateur des initiatives partenariales.

Pas de réformes institutionnelles globales

Depuis les constats d'inefficience institutionnelle soulignés dans plusieurs travaux (en particulier ceux du CREDES en 2005 et 2006), le rythme d'avancement des réformes demeure très lent :

- Concernant le cadre général de gouvernance, le Programme National de Bonne Gouvernance (défini en 2007), dont les trois parties prenantes sont la Primature, la BAD et le PNUD, est le 4^{ème} pilier du DSCR mais sa déclinaison en politiques sectorielles, y compris dans le domaine de la santé, n'est pas opérationnalisée. Le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT), première étape de l'opérationnalisation, devait être suivi d'une budgétisation par secteur qui conditionne le lancement du programme.
- Le Plan National de Développement de la Santé (PNDS) n'a pas été validé au niveau ministériel. Cette étape constituerait un pré requis au lancement des réformes.
- Les problèmes structurels d'organisation du système de santé (caractère hospitalo-centré, superposition de structures publiques aux moyens limités et souvent assistées par des structures relais, coordination insuffisante entre les départements...) ne sont pas traités.

L'un des aspects majeurs des réformes préconisées est le décloisonnement des Ministères et organes publics dont l'activité exerce un impact direct ou indirect sur la santé. En effet, au Gabon comme dans de nombreux pays subsahariens, les programmes de santé ont longtemps pâti d'une approche insuffisamment transversale de la santé, privilégiant plutôt une méthode verticale, maladie par maladie et traitement par traitement. Or les causes des maladies sont dans une large mesure complémentaires. En prenant l'exemple du VIH, Stillwaggon (2006) souligne à juste titre que l'infection est influencée, comme de nombreuses autres maladies infectieuses, par les conditions de vie, l'environnement, l'accès aux services de santé adéquats, etc. Or les facteurs environnementaux et la situation de pauvreté des populations confrontées à l'épidémie ont été très largement occultés au profit d'une interprétation accordant une place essentielle aux comportements à risque des personnes. Reconnaître le rôle central de l'environnement et de la pauvreté des conditions de vie devrait conduire à privilégier des approches plus transversales.

Dans le cas du Gabon, ces principes trouvent un écho particulier à travers plusieurs travaux. Ainsi dans les rapports du CREDES (2006), de Gauvrit (2005), de Aides (2004), la nécessité d'un organe supraministériel de lutte contre les maladies infectieuses et/ou non infectieuses était avancé, ceci rejoignant l'idée du caractère multidéterminé de la santé. D'autres travaux (Milleliri 2004, Goessens 2005) ont insisté sur la nécessaire prise en compte des aspects géographiques, migratoires et environnementaux, ou encore (Nzienguy, Zamba, Rey, 2006) des causes de non observance du traitement. Goessens (2005) insiste tout particulièrement sur les lacunes du système d'hygiène-eau-assainissement qui sont, celui lui, liées à la concurrence entre les Ministères, à l'absence d'une approche sectorielle et multisectorielle qui rendrait la dimension préventive prioritaire.

Dans les critères de « bonne gouvernance », la réforme institutionnelle en vue d'un décloisonnement des institutions publiques est souvent mise en avant, même si les travaux sur la santé n'ont pas attendu l'arrivée des discours en termes de gouvernance pour souligner la nécessité d'approches transversales et multisectorielles. Or le système de santé gabonais n'a pas connu d'évolution sur ce plan depuis que le pays est soumis aux injonctions de « bonne gouvernance ».

Participation communautaire : des initiatives limitées

La participation communautaire est très embryonnaire au Gabon. La faiblesse traditionnelle de la société civile (corollaire de la présence forte de l'Etat) contribue à expliquer cette situation sans en être la seule responsable. L'approche « santé communautaire » est défendue en particulier par l'UNICEF qui a appuyé le projet de santé communautaire de l'hôpital Schweitzer (Moyen-Ougoué) à partir de 1999. Une

étude menée par Ridde et Ekwa-Ngui (2005, pp. 18-26) faisait cependant état de résultats mitigés⁸ :

- dans les points forts du projet, on peut retenir l'utilisation de médicaments génériques et leur disponibilité, le suivi et la supervision de qualité, l'intégration des activités curatives et préventives ;
- dans les points faibles on notera en particulier : un processus finalement peu participatif ; l'absence d'harmonisation des prix des services offerts ; des comités de gestion faiblement opérationnels et communiquant peu avec la population ; une répartition peu transparente des fonds générés par le recouvrement des coûts ; l'absence de mécanisme formel d'exemption pour les indigents ; un manque de motivation du personnel.

Ces résultats montrent que, s'il existe bien une expérience de santé communautaire, cependant les principes fondateurs ne sont pas respectés (participation, comités de gestion transparents et représentatifs des usagers).

Globalement les centres de santé décentralisés, qui devraient être des structures importantes en tant que recours aux soins primaires pour les patients, sont sous-utilisés. Le caractère hospitalo-centré demeure une tendance majeure, et en cours de renforcement avec la construction de structures hospitalières nouvelles (par exemple la construction du centre hospitalo-universitaire à Owendo).

La participation communautaire passe également par la société civile. Quelques initiatives de santé décentralisée peuvent être signalées mais elles demeurent sporadiques et souvent fragiles : à titre d'exemple, Coffinet (2005) relatait l'Initiative Multipartenariale de santé publique urbaine à Libreville/Owendo, dont toute trace a disparu en 2009 ; un centre de santé a été ouvert à Nzeng-Ayong fin 2008 mais son activité demeure faible ; un autre centre de santé a été inauguré en avril 2009 au quartier Beau-Séjour de Libreville avec le soutien de la coopération égyptienne ; l'association Solidarité sida zéro (2005) a mené des actions communautaires génératrices de revenus ; l'Organisation Panafricaine de Lutte contre le Sida (OPALS) a contribué à des initiatives de santé communautaire avec l'association Solidarité sida zéro et la mairie de Nzeng-Ayong ; l'Agence Française de Développement a assuré l'accompagnement communautaire des personnes séropositives par les ONG (cet axe étant privilégié par l'AFD en 2006 – cf. Chen 2006 p. 4). Plus récemment, la participation de la société civile semble en voie de renforcement au titre notamment de la lutte contre le sida. Le Gabon bénéficie de financements du Fonds mondial de lutte contre le sida et a créé dans ce cadre un « comité de coordination multisectorielle » (CCM) jouant un rôle important dans l'appui aux plans de lutte contre le sida qui bénéficient de financements du Fonds

⁸ Bien entendu une étude actualisée devrait être menée pour évaluer les progrès éventuellement enregistrés depuis 2005.

mondial. De 2003 à 2008 c'est le Ministère de la Santé publique qui occupait la présidence de cet organe. Cette direction est revenue au Conseil national de l'ordre des médecins en juin 2008, ce dernier étant supposé représenter la société civile. En 2009, 42% des membres du CCM appartiennent ainsi à la « société civile », ce chiffre représentant un peu plus du minimum requis par le Fonds mondial. Malgré cette relative ouverture des structures d'appui à la société civile, il n'en demeure pas moins que la montée en puissance effective de cette dernière dans les décisions ne pourra être vérifiée qu'après plusieurs années de fonctionnement.

Au total, les expériences dites communautaires ayant été menées au Gabon jusqu'en 2010 ne vérifient que très peu les conditions édictées par les institutions internationales promouvant la « bonne gouvernance » : soit elles n'intègrent pas véritablement les critères usuellement mis en avant (dimension participative, transparence – cf. l'expérience de l'hôpital Schweitzer) ; soit elles ne sont pas soutenues par une politique publique ambitieuse et demeurent des initiatives isolées.

Financement et tarification : une politique officielle de gratuité

La gratuité totale des soins dans les structures publiques avait été érigée comme principe central de la « Politique de santé pour tous » lancée par l'OMS et l'UNICEF en 1978. La gratuité a été actée par décret au Gabon, de façon relativement contradictoire avec les préconisations ultérieures de l'Initiative de Bamako (1987) qui prônait au contraire le recouvrement des coûts (tarification des soins aux usagers) face aux difficultés de financement public. Cette disposition montre qu'un pays africain peut décider de ne pas suivre les directives des institutions internationales. Dans le cas qui nous concerne, elle n'est cependant pas sans inconvénients pour les acteurs publics de la santé. En effet, la gratuité, dans un contexte de marasme financier général, engendre des coûts pour les structures publiques. Les hôpitaux se trouvent confrontés à un nombre important de consultations externes par rapports aux capacités de prise en charge et à la nécessité d'investir dans les activités de soins concernées par la gratuité. A titre d'exemple, le Centre Hospitalier de Libreville a estimé à 10 milliards de FCFA les besoins pour répondre à la mise en œuvre de la gratuité dans ses services de consultations externes, urgences et césariennes (services auxquels l'hôpital a ajouté d'autres prestations telles que la radiologie). Or la compensation versée par l'Etat s'est élevée en 2009 à 600 millions de FCFA (source : Centre Hospitalier de Libreville, mars 2009). La conséquence directe de cet écart entre besoins de financement et ressources est une qualité des soins douteuse qui amène les usagers à recourir à d'autres formes de prestations.

La gratuité demeure donc bien la politique officielle du Gabon, de façon contradictoire avec les préconisations de la Banque mondiale dans le domaine de la santé : mettre en œuvre la concurrence et le recouvrement des coûts. Les

programmes relativement isolés de recouvrement des coûts (*cf. supra* les éléments relatifs à la participation communautaire) ne remettent pas en cause la politique officielle de gratuité.

Dans la mesure où la gratuité totale est dans la plupart des cas peu appliquée (les patients paient une partie ou la totalité de la prestation compte tenu des contraintes financières que les structures de santé reportent sur eux), la question de la prise en charge des patients aux ressources limitées se pose. Pour répondre à cet enjeu, les autorités de la santé ont lancé en décembre 2008, à travers la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale (CNAMGS), une initiative de garantie sociale offrant des soins gratuits aux personnes indigentes. Ce projet avait été initié en 2002 et il constitue une démarche encore rare en Afrique au sud du Sahara. Il a comme objectif d'améliorer à la fois l'accessibilité financière de l'offre de soins et l'équité dans l'accès aux soins (ordonnance n°0023/PR/2007 du 21 août 2007).

Cependant ce dispositif n'est pas exempt de difficultés et d'incertitudes, en particulier :

- Les impacts possibles sur l'élévation des charges supportées par l'assurance maladie à moyen-long terme
- Le maintien voire le développement nécessaire des capacités techniques permettant le contrôle des prestations y compris et notamment afin de ne pas exposer le système à une forte augmentation des coûts en cas d'épidémie, d'accroissement important du nombre de bénéficiaires de la prise en charge gratuite, etc.
- L'accélération de l'amélioration dans l'efficacité de l'offre de soins existante, dans la mesure où l'extension de l'assurance sociale peut entraîner une augmentation de la demande qui s'orientera vers les prestataires conventionnés offrant des soins perçus comme étant de meilleure qualité.

Même si l'initiative de garantie sociale pour les indigents a fait l'objet d'un processus de concertation entre plusieurs acteurs, il n'en demeure pas moins que sa mise en œuvre ne s'est pas accompagnée d'une évolution significative de l'offre de soins. Les faiblesses de cette offre au regard des besoins des personnes pauvres pourraient limiter fortement l'efficacité du dispositif. On rejoint ici un problème souvent abordé par les économistes de la santé : les initiatives risquent de n'améliorer la santé que de façon marginale si elles ne sont pas intégrées dans un programme plus transversal qui ferait évoluer le système dans son ensemble.

Partenariats multiacteurs : un rôle croissant des politiques de santé privées

On pourrait penser que les logiques « partenariales » (cf.1), participant à la panoplie des outils de la « bonne gouvernance », seraient privilégiées dans une politique de santé annoncée à terme comme plus performante grâce à l'amélioration de la gouvernance. Cependant, les expériences d'association entre des acteurs de la santé et des entreprises demeurent très rares, alors que plusieurs travaux (par exemple Tran-Minh et alii, 2004) estiment que de tels acteurs peuvent proposer aux entreprises une prise en charge globale de leurs employés, un plateau technique et des compétences spécifiques de suivi des patients.

A l'inverse, il existe des initiatives menées par des entreprises mais sans un appui organisé et systématique des associations ou des ONG. Ces programmes sont en général issus de problèmes spécifiques aux entreprises (effets du sida sur la performance des salariés) et/ou de la volonté individuelle de certains dirigeants. Or, si ces initiatives sont en soi utiles à l'échelle de l'entreprise, elles ne s'inscrivent dans aucun schéma global et ne peuvent alors jouer un rôle de levier national. Leur impact sur les indicateurs de santé est souvent localisé.⁹

Au total, l'investissement de certaines entreprises dans la lutte contre les maladies infectieuses est une tendance de fond. Cependant, elle présente un double risque car elle ne s'inscrit dans aucun schéma global de santé publique :

- d'une part, le risque d'être redondante avec d'autres initiatives dans la mesure où elle ne s'inscrit pas dans une logique d'ensemble ; le système serait alors rendu encore plus complexe ;
- d'autre part, contribuer à un système de santé à plusieurs vitesses en développant des politiques de santé privées focalisées sur les salariés des entreprises de grande taille.

L'Etat est à cet égard très en retrait en tant qu'acteur de régulation des initiatives privées.

Au total, aucun des trois axes de réforme identifiés à partir des Etats Généraux de la santé, axes auxquels ont peut ajouter les démarches partenariales, n'a véritablement connu d'évolution majeure jusqu'en 2009. Pourtant, les injonctions internationales

⁹ A titre d'exemples :

- La Société d'Énergie et d'Eau au Gabon (SEEG) a lancé en 2003 un programme de lutte contre le sida à l'attention de ses salariés, fondé sur plusieurs axes : dépistage, accès au préservatif, sensibilisation, prise en charge (Chen 2006 p. 25, Aides 2004, p. 12).
- La BICIG a également élaboré un plan interne de lutte contre le sida
- Les filiales gabonaises du groupe Bolloré ont lancé récemment une campagne interne de lutte contre le sida et la discrimination des personnes séropositives, suivant en cela les recommandations du BIT

pour une « bonne gouvernance » accordent une place importante à ces différents niveaux d'action.

CONCLUSION

Face à la crise de l'aide au développement, la notion de « bonne gouvernance » a imprégné les discours et les programmes d'aide des bailleurs de fonds. Le domaine de la santé est révélateur de cette tendance, à travers les injonctions à la participation, à la santé communautaire, à la réorganisation des services publics en vue d'une meilleure efficacité, au financement partiellement privatisé de la santé. Pourtant, le terme de gouvernance demeure relativement ambigu comme l'illustre son application aux politiques de santé conduites au Gabon. En effet, on peut considérer que les réformes souhaitées par les tenants de la « bonne gouvernance » peuvent être séparées en deux catégories :

- 1) Des mesures appartenant à la panoplie classique de la « bonne gouvernance » telle qu'elle est notamment préconisée par la Banque mondiale : réformes institutionnelles globales visant à « rationaliser » les services publics, financement en partie privatisé, partenariats public-privé ;
- 2) des mesures qui n'entrent pas directement dans le champ des arguments de la « bonne gouvernance » mais y ont été introduites par ses tenants : « participation communautaire », approche multisectorielle (transversale) de la santé. Ces préconisations ont été faites au départ par des chercheurs en santé et/ou des organisations internationales et acteurs non marchands qui ne partagent pas nécessairement le corpus théorique des Institutions de Bretton Woods, même si certains s'en rapprochent ou ont adopté la terminologie de la « bonne gouvernance ». Le fait que les IBW aient repris ces préconisations traduit une volonté d'adapter l'argumentaire aux politiques sectorielles. D'une certaine façon, cela conduit à interpréter les mêmes mots dans un cadre idéologique différent : ainsi, pour les ONG locales de promotion de la santé, la notion de « participation communautaire » ne fait souvent référence à aucune préconisation de « bonne gouvernance », mais plutôt à la gestion commune des actions de santé entre usagers et praticiens.

La déconnexion entre les discours publics sur la « bonne gouvernance » et les réformes mises en œuvre peut alors s'interpréter de trois façons :

- 1) Sur le plan de la mise en œuvre locale de la gouvernance, cela traduit le fait que les représentants des Pouvoirs publics locaux et des acteurs publics de la santé ne veulent pas renoncer à leur pouvoir. La « bonne gouvernance » est adoptée dans les

textes mais son application s'arrête là où elle remet en cause les prérogatives publiques. Le Gabon constitue à cet égard un bon exemple de découplage entre adhésion aux injonctions internationales et maintien du mode de gestion des affaires publiques adopté par les autorités.

2) Sur le plan du contenu de la « bonne gouvernance » ensuite, sa mise en pratique sur le terrain intègre de façon quelque peu artificielle des préconisations qui n'entrent pas directement dans son champ. Ce découplage entre le contenu et le contenant contribue à rendre stériles, sur la période considérée, les injonctions de « bonne gouvernance », voire à les rendre parfois contradictoires avec les initiatives locales.

3) Enfin, sur le plan théorique, la panoplie classique des injonctions à la « bonne gouvernance » initiées par les IBW ne semble pas atteindre ses objectifs d'une meilleure efficacité du système de santé dans la mesure où elle est plaquée sur un système de valeurs et de normes politico-sociales à bien des égards différentes de celles prônées par les IBW.

Plus généralement, le cadre théorique retenu par les IBW, qui promeut un programme de « gouvernance » pour les pays en développement depuis la fin des années 1990, s'inspire en partie de la « nouvelle économie institutionnelle » (Williamson, 2000) et tente de proposer un agenda unifié regroupant des termes aussi variés que la « bonne gouvernance », les incitations, la démocratie, la participation des acteurs, la décentralisation. Or ce modèle pré-établi comporte des failles théoriques (Cartier-Bresson, 2010) et constitue un agenda clé en main souvent déconnecté des spécificités historiques, institutionnelles et économiques des pays en développement. Sans remettre en cause la pertinence des débats autour de la gouvernance locale des programmes de développement humain, ces limites appellent à approfondir les analyses sur les conditions du changement institutionnel, en particulier les rapports de force au sein des Pouvoirs publics locaux. Sans une analyse, dans chaque pays concerné, de la compatibilité des réformes avec les intérêts des élites au pouvoir, l'application d'une gouvernance selon des schémas pré-établis apportés de l'extérieur semble avoir peu de chances de se traduire en amélioration significative de l'efficacité de l'aide

Annexe 1 : liste des institutions ayant fait l'objet d'entretiens et/ou de recueils de données (Libreville, décembre 2008 à janvier 2010)

Agence française pour le Développement
Ambassade de France au Gabon
Banque Africaine de Développement
Banque Mondiale – représentation au Gabon
Centre privé de soins Saint-Marc
Caisse Nationale d'Assurance Maladie et de Garantie Sociale
Centre hospitalier de Libreville
Clinique privée El Rapha
Cellule d'Observation de la Santé Publique
Conseil national de l'Ordre des Médecins
Hôpital Jeanne Ebori
Ministère de la santé publique
Ministère de la planification
Office Pharmaceutique National
Organisation mondiale de la santé – représentation au Gabon
Organisation PanAfricaine de Lutte contre le Sida – coordination gabonaise
Programme des Nations Unies pour le Développement – représentation au Gabon
Réseau gabonais des organisations de lutte contre le sida (Regosida)
UNICEF – représentation au Gabon
Université Omar Bongo – Laboratoire d'Economie Appliquée

Annexe 2 : grille des entretiens menés entre décembre 2008 et janvier 2010

- 1) Présentation de l'institution et de ses prérogatives dans le domaine de la santé
- 2) Positionnement et rôle de l'institution dans le cadre des politiques et programmes de santé successifs depuis la publication du Plan National d'Action Sanitaire (1997)
- 3) Contribution attendue de l'institution dans chacun des trois volets définis comme prioritaires lors des Etats généraux de la santé :
 - Amélioration du cadre institutionnel
 - Amélioration et pérennisation du financement de la santé
 - Participation communautaire
- 4) Contribution effective de l'institution dans chacun des trois volets définis comme prioritaires lors des Etats généraux de la santé
- 5) Contribution attendue de l'institution dans le cadre du Document Stratégique de Croissance et de Réduction de la Pauvreté publié en 2005
- 6) Contribution effective de l'institution dans le cadre du Document Stratégique de Croissance et de Réduction de la Pauvreté publié en 2005
- 7) Contribution attendue de l'institution dans le cadre du Programme National de Bonne Gouvernance élaboré en 2007
- 8) Contribution effective de l'institution dans le cadre du Programme National de Bonne Gouvernance élaboré en 2007
- 9) Place et contribution attendues de l'institution dans le principe de gratuité des soins instauré par les Autorités gabonaises
- 10) Place et contribution effectives de l'institution dans le principe de gratuité des soins instauré par les Autorités gabonaises
- 11) Place et contribution attendues de l'institution dans le principe de gratuité des soins instauré par les Autorités gabonaises
- 12) Place et contribution effectives de l'institution dans le principe de gratuité des soins instauré par les Autorités gabonaises
- 13) Place et contribution attendues de l'institution dans le programme de garantie sociale pour les indigents lancé en 2008
- 14) Place et contribution effectives de l'institution dans le programme de garantie sociale pour les indigents lancé en 2008
- 15) Place et contribution attendues de l'institution dans la santé communautaire
- 16) Place et contribution effectives de l'institution dans la santé communautaire
- 17) Place et contribution attendues de l'institution dans les partenariats multi acteurs
- 18) Place et contribution effectives de l'institution dans les partenariats multi acteurs

RÉFÉRENCES

- Aides (2005), *Rapport de mission Gabon*, 32 p.
- Assoumou Nka E. (n.d.), *Enquête sur les institutions de recherche en santé au Gabon*, Point d'étape, 4 p.
- Atelier régional Paris 21 (2005), *Proposition de feuille de route de la Stratégie nationale de développement de la Statistique – Gabon*, Bamako, février 2005, 6 p.
- Banque Mondiale (2005), *Stratégie d'appui au pays pour la République du Gabon pour les exercices 2005-2009*, Libreville, Banque mondiale, 105 p.
- Banque mondiale (n.d.), *Revue des dépenses publiques et de la responsabilité financière*, Rapport n° 35247-GA, Libreville, Banque mondiale, 98 p.
- Biyogo Bi-Ndong G. (2005), *Etats Généraux de la santé – les Actes – Rapport général*, Site officiel du Conseil national de l'Ordre des médecins, cnom.gabon.chez-alice.fr/page8.
- Boidin B. (2005), « La santé comme bien public mondial : un contenu ambigu et incertain », in G. Froger, C. Mainguy, J. Brot et H. Gérardin (dir.), *Quels acteurs pour quel développement ?*, Paris, Gemdev-Karthala, (247-264).
- Buse, K., Waxman, A. (2001), « Public-private health partnerships: a strategy for WHO », *Bulletin of the World Health Organization*, 79(8): 748-754.
- CAD-OCDE (1993), *Orientations du CAD sur le développement participatif et la saine gestion des affaires publiques*, décembre.
- Cartier-Bresson J. (2010), « Les mécanismes de construction de l'agenda de la gouvernance », *Mondes en développement*, n°152.
- Chen D. (2006), *Gabon, la lutte contre le sida*, 28 p., Libreville, AFD
- Chen D. (2006), *Gabon, les ONG de lutte contre le VIH sida*, 17 p., Libreville, AFD
- Cling J.P., Razafindrakoto M., Roubaud F. (2003), *Les nouvelles stratégies internationales de lutte contre la pauvreté*, 2^e édition, Paris, DIAL/IRD/Economica.
- Coffinet T. (2006), *Initiative multi-partenariale de santé publique urbaine à Libreville/Owendo*, Paris, Colloque Pratiques soignantes, éthique et société, 11 p.
- Collier P., Dollar D., 2001, « Can the world cut poverty in half? How policy reform and effective aid can meet international development goals », *World Development*, 29:1787-1802.
- Corden W.M., Neary J.P. (1982), « Booming sector and de-industrialisation in a small open economy », *Economic Journal*, 92(368): 825-848.
- Coudray M. (2005), *Réalisation de l'étude stratégique du secteur de la santé et finalisation de la carte sanitaire*, Thématique « Organisation du système de soins », Rapport de mission, Paris, CREDES, 44 p.

- CREDES (2006), *Etude de faisabilité – projet d'appui au secteur de santé*, Rapport provisoire, Paris, CREDES, 103 p.
- Freeman, R.E. (1984), *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Boston, Pitman
- Gauvrit E. (2005), *Réalisation de l'étude stratégique du secteur de la santé et finalisation de la carte sanitaire, thématique « Analyse institutionnelle »*, Paris, CREDES, 20 p.
- Goessens E., Promsy E. (2005), *Réalisation de l'étude stratégique du secteur de la santé et finalisation de la carte sanitaire, Thématique « Eau – hygiène – assainissement »*, Paris, CREDES, 52 p.
- Makita-Ikouaya E., Mombo J.B., Milleliri J.M. (2010), « L'offre et l'accès aux soins publics dans les villes d'Afrique subsaharienne : le cas de Libreville au Gabon », *Médecine tropicale*, 70(2) : 1-5.
- Milleliri J.M. (2004), *Approche démographique de l'épidémie du sida au Gabon*, Mémoire de DEA Géographie de la santé, Université Paris X, 122 p.
- Mills, A. (2002), « La science et la technologie en tant que biens publics mondiaux : s'attaquer aux maladies prioritaires des pays pauvres », *Revue d'économie du développement*, 16(1-2) : 117-139.
- Ministère de la Planification et de la Programmation du Développement, Système des Nations Unies (2003), *Objectifs du Millénaire pour le développement – premier rapport national*, Libreville, 29 p.
- Ndong P. (2005), « Lutte contre le sida : élargir le champ des interventions », *Médecine tropicale*, 65(7).
- Nzienguy U., Zamba C., Rey J.L. (2006), « Les difficultés rencontrées par les malades pour suivre leur traitement antirétroviral au Centre de traitement ambulatoire de Libreville, Gabon », *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, 99(1) : 23-27.
- PNUD (2005), *Rapport sur le développement humain au Gabon*. Libreville
- PNUD, UNFPA (2007), « Le programme national de bonne gouvernance en bonne voie », *Le Bulletin du PNUD et de l'UNFPA Gabon*, août 2007, p.2
- Ridde V., Ekwa-Nguy M. (2005), *Réalisation de l'étude stratégique du secteur de la santé et finalisation de la carte sanitaire, Thématique « Recouvrement des coûts »*, Paris, CREDES, 66 p.
- République gabonaise, Ministère de la Planification et de la Programmation du Développement (2005), *Document stratégique de croissance et de réduction de la pauvreté*, 341 p, Libreville.
- République gabonaise, Coordination du Système des Nations Unies (2001), *Bilan commun de pays CCA 2201*, Libreville, décembre, 78 p.

- République gabonaise, Système des Nations unies (2003), *Objectifs du Millénaire pour le développement, premier rapport national*, Libreville, 33 p.
- République gabonaise (2007), *Programme national de bonne gouvernance*, Libreville.
- Revue internationale des sciences sociales (1998), *La gouvernance*, numéro spécial, n°155, mars
- Smouts M.C. (1998), « Du bon usage de la gouvernance en relations internationales », *Revue internationale des sciences sociales*, 155 : 85-94.
- Stillwaggon E. (2006), *Aids and the ecology of poverty*, Oxford, Oxford University Press, 260 p.
- Tizio S., Flori Y.A. (1997), « L'Initiative de Bamako : 'santé pour tous' ou 'maladie pour chacun' ? », *Tiers monde*, 38(152) : 837-858.
- Tran-Minh T., Astel L., Chièze F., Manton S., Adam G., Gentilini M. (2004) « Dix ans de prise en charge » du VIH sida dans les centres de santé ambulatoire de l'OPALS et de la Croix-Rouge française », *Médecine tropicale*, 64 : 109-114.
- UNDP (1995), *Public sector management, governance and sustainable human development*, New York, January.
- United Nations Foundation and World Economic Forum (2004), *Public-private partnerships: meeting in the middle*
- Williamson O. (2000), « The new institutional economics. Taking Stock, Looking Ahead », *Journal of Economic Literature*, 38: 595-613.
- World Bank (1994), *Managing development: the governance dimension*, Washington DC.
- World Bank, 2002, *Empowerment and poverty reduction: a sourcebook*. Washington, World Bank.