RÉPUBLIQUE DU TCHAD

UNITÉ-TRAVAIL-PROGRÈS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

LE STATUT JURIDIQUE DES HÔPITAUX CENTRAUX DE PRÉFECTURE, HÔPITAUX DE DISTRICT, ET CENTRES DE SANTÉ AU TCHAD

Document élaboré par Mme KASSADOÏH Kanika Loli, Administrateur-Juriste
Consultante/OMS

Cellule Technique de Suivi
Table Ronde Sectorielle "Santé/Affaires Sociales"
PNUD/OMS/CHD/93/007

N'Djaména, Août 1994

PA-ABU-788

RÉPUBLIQUE DU TCHAD UNITÉ-TRAVAIL-PROGRÈS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

LE STATUT JURIDIQUE DES HÔPITAUX CENTRAUX DE PRÉFECTURE, HÔPITAUX DE DISTRICT, ET CENTRES DE SANTÉ AU TCHAD

Document élaboré par Mme KASSADOÏH Kanika Loli, Administrateur-Juriste
Consultante/OMS

Cellule Technique de Suivi
Table Ronde Sectorielle "Santé/Affaires Sociales"
PNUD/OMS/CHD/93/007

N'Djaména, Août 1994

2

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATION UTILISÉES

RÉSUMÉ

INTRODUCTION 1

I - APERCU DE LA POLITIQUE SANITAIRE DU TCHAD 2

A - Les Stratégies 2
B - Les Moyens d'Action 3

II - Contextes Institutionnel et Juridique du système sanitaire au Tchad 4

A - Les Textes relatifs à l'organisation et au fonctionnement du système sanitaire 5
1- Le Décret n°519/PR/91 5
2- Le Décret n°086/PR/MSP/94 6

B- Les textes relatifs aux recettes du secteur santé 8

1- La situation antérieure à l'adhésion du Tchad à l'Initiative de Bamako 9
2- La mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako 9

III - Les Problèmes identifiés dans les textes 10

1- Absence d'autonomie des hôpitaux centraux de préfecture et des hôpitaux de District 10

2- Vide juridique quant au statut des Centres de Santé 11

3- Incohérence des textes visant la mise en oeuvre du recouvrement des coûts de la santé 12

IV - Les Solutions proposées 13

A - Recommandations 13

1- L'adoption d'un texte de valeur législative pour l'institution de la participation des populations au financement des services de santé au Tchad.

2- L'octroi de l'autonomie de gestion aux hôpitaux centraux de préfecture et hôpitaux de districts.

3- Adoption de textes complétant le décret 086/PR/MSP/94 et l'arrêté n°152/MSP/94 en ce qui concerne le statut des centres de santé.

4- L'option pour un statut d'ASBL privée pour les Organismes de de santé communautaire.

5- L'organisation des rélations de partenariat Etat - Bailleurs de fonds - Population pour le financement de la santé.

B - Traduction des solutions préconisées en projets de textes 16

1- Projet de loi instituant la participation des populations au financement des services de santé au Tchad.

2- Projet de loi érigeant les Hôpitaux centraux des Préfectures et de Hôpitaux de District en établissements publics hospitaliers.

3- Projet de Décret fixant le statut des Hôpitaux centraux de Préfecture et des Hôpitaux de District.

4- Projet d'Arrêté relatif à l'organisation et au fonctionnement des Centres de Santé.

5- Projet de protocole d'accord de partenariat Etat-Aide Extérieure-Population pour le financement des services de santé.

CONCLUSION 39

ANNEXES 41

DOCUMENTS CONSULTES

ABREVIATIONS UTILISEES

AFF.SOC :	Affaires Sociales
ASBL :	Association sans but lucratif
Al.:	Alinéa
CTS :	Cellule Technique de Suivi
DILA :	Division Inspection, Législation et Archives
IEC :	Information/Education/Communication
INT/SUR :	Intérieur/Surêté (Ministère de)
MSP :	Ministère de la Santé Publique
MSPAS :	Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PADS :	Programme d'Action pour le Développement Social
PCA :	Paquet Complémentaire d'Activités
PERI/BAD :	Projet d'Etudes et de Renforcement Institutionnel/Banque Africaine de Développement.
PMA :	Paquet Minimum d'Activités
PNUD :	Programme des Nations-Unies pour le Développement
PR :	Présidence de la République
SMI/BEF :	Santé Maternelle et Infantile/Bien-Etre Familial
SSP :	Soins de Santé Primaires
TRS :	Table Ronde Sectorielle
UNICEF :	Fonds des Nations-Unies pour l'Enfance

RÉSUMÉ

L'étude sur le statut juridique des formations sanitaires des niveaux intermédiaire et périphérique à savoir les hôpitaux de préfecture et, les hôpitaux de District et Centres de Santé, vise à définir pour eux des règles d'organisation et de fonctionnement susceptibles de permettre leur rationalisation en vue de l'amélioration et du développement de la santé publique et cela en accord avec avec les mesures de la politique sanitaire définies au cours de la Table Ronde Sectorielle Santé/Affaires Sociales de Janvier 1993.

L'étude réalisée s'appuie inévitablement sur un examen de la politique sanitaire pour retenir les éléments qui présentent un intérêt particulier, et sur une exploration du contexte de fonctionnement des formations sanitaires visées pour y déceler les principaux points d'achoppement avant de proposer les solutions possibles.

La problématique du statut juridique des hôpitaux périphériques et des centres de santé met en présence deux paramètres :

1) *L'existence d'une prise de conscience générale depuis quelques années de la nécessité de la prise en charge par la population de sa propre santé devant le constat d'incapacité des états africains à assurer seuls les dépenses de santé, prise de conscience qui a amené quelques états africains et des partenaires en développement à définir un certain nombre de principes appelés "Initiative de Bamako" dont principalement le principe de recouvrement des coûts; or le Tchad qui a adhéré à l'Initiative de Bamako a retenu parmi les moyens d'action de sa politique sanitaire le recouvrement des coûts de la santé et le partenariat financier bailleurs de fonds - Etat - population pour le financement des dépenses de la santé.*

2) *Le contexte juridique de fonctionnement des hôpitaux est caractérisé au Tchad, par un vide juridique total en ce qui concerne le statut des hôpitaux stricto sensu, c'est-à-dire un texte fixant spécialement leurs règles d'organisation et de fonctionnement d'une part, et par une règlementation générale non propice à l'application du principe du recouvrement des coûts d'autre part.*

L'étude procède à une exploration critique du contexte de fonctionnement à travers quelques textes relatifs à l'organisation du système sanitaire et aux recettes des formations sanitaires publiques qui aboutit à mettre à jour les problèmes suivants :

- *une absence d'autonomie des hôpitaux qui apparaissent comme de simples services publics administratifs sans budgets propres;*

- *un manque de respect des procédures dans la prise des textes visant*

l'application du principe de recouvrement des coûts de la santé entrainant une certaine coexistence des textes visant le reversement des recettes des formations sanitaires publiques au Trésor public et des textes visant le recouvrement des coûts de la santé;

une volonté d'intervention étatique quant aux modalités de gestion et de contrôle de l'utilisation des fonds provenant de la participation de la population aux coûts de la santé.

L'étude recommande un certain nombre de solutions présentées sous forme de projet de textes, dont l'ensemble, plus qu'un statut juridique des hôpitaux et centres de santé, contribuent en plus à déterminer les modalités de participation de la population au financement de la santé, et à régir ses rapports avec les autres intervenants du secteur santé. Globalement, les solutions retenues consistent en :

1- *la mise en oeuvre d'un mécanisme juridique pour les centres de santé comprenant :*

- *un projet de loi instituant la participation communautaire qui permet d'abroger la règlementation antérieure relative aux recettes de santé, la reconnaissance d'un statut de ASBL aux instances représentant la population;*

- *un projet de protocole d'accord de partenariat financier régissant les rapports des ASBL avec les bailleurs de fonds et l'Etat.*

2- *l'octroi de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion pour les Hôpitaux de Préfecture et de District qui permet à ces derniers pour lesquels l'application du recouvrement des coûts s'avère difficile en raison des coûts élevés de leurs prestations, de disposer d'un budget propre alimenté en partie par les recettes réalisées par eux, au lieu que ces dernières soient reversées au Trésor public. L'étude prévoit pour eux un projet de loi les érigeant en établissements publics hospitaliers et un projet de décret fixant leur statut type.*

L'étude conclut en attirant l'attention des décideurs que malgré la bonne disposition des populations et des partenaires en développement, l'existence d'une volonté politique réelle d'opérer les changements qui s'imposent en vue de la réalisation des objectifs de la politique sanitaire du pays reste un atout majeur.

INTRODUCTION

L'étude sur le statut juridique des Hôpitaux Centraux de Préfecture et des Hôpitaux de District ainsi que des Centres de Santé au Tchad, constitue l'une des études dont la réalisation a été décidée par la Table Ronde Sectorielle Santé/Affaires Sociales et confié au Projet d'Assistance Préparatoire à la Programmation opérationnelle du Secteur Santé/Affaires Sociales. Ce projet a pour but de réaliser des études sur des sujets prioritaires en collectant des données destinées à permettre une meilleure programmation des interventions des partenaires extérieurs auprès des départements ministériels chargés de la Santé Publique et des Affaires Sociales tout en respectant les orientations de la politique socio-sanitaire du pays. Il faut remarquer de prime abord que la problématique du statut des hôpitaux périphériques et des Centres de Santé repose sur les constats suivants :

- l'absence d'un cadre juridique précis permettant à ces structures sanitaires de mettre en application le recouvrement des coûts de la santé qui constitue l'un des principes de l'Initiative de Bamako à laquelle le Tchad a adhéré;

- l'absence d'une autonomie de gestion, responsable entre autres. d'une insuffisance de budget de fonctionnement de ces structures sanitaires.

Il est évident qu'une telle étude ne peut se faire sans qu'il soit procédé à un examen préalable du contexte juridique et institutionnel existant ainsi qu'à un bref aperçu de la politique sanitaire destiné à servir de cadre général auquel doit se référer toute définition d'un statut juridique des formations sanitaires visées.

Ensuite, le résultat de ces deux opérations une fois confrontées, permettra d'identifier les obstacles et de chercher en conséquence les solutions adéquates. Celles-ci seront présentées sous forme de recommandations générales, lesquelles seront à leur tour traduites en projet de textes législatifs ou règlementaires.

I - APERÇU DE LA POLITIQUE SANITAIRE DU TCHAD

La politique Sanitaire du Gouvernement Tchadien a été définie lors de la réunion de la Table Ronde Sectorielle Santé/Affaires Sociales, tenue à N'Djaména en Janvier 1993. Tel qu'il ressort du Document **"Diagnostic et Stratégie" Tome I**, Ministère du Plan et de la Coopération, la Santé et les Affaires Sociales sont retenues parmi les secteurs prioritaires du plan d'orientation du Tchad vers l'an 2000.

"Assurer à la population l'accès à des services de base de qualité" constitue un objectif primordial. L'accent est mis sur les Soins de Santé Primaires (SSP) pour résoudre les "principaux problèmes de santé des communautés en leur fournissant des services adaptés tant curatifs que préventifs et promotionnels".

Pour atteindre cet objectif de santé pour tous d'ici l'an 2000, le Gouvernement Tchadien a établi un cadre stratégique et défini les moyens d'action nécessaires à sa mise en oeuvre.

A/ LES STRATEGIES RETENUES CONSISTENT EN :

a) La mise en place d'un nouveau cadre organique de la Santé Publique et des Affaires Sociales : le décret n° 519/PR/MSP/91 du Gouvernement institue une nouvelle organisation du système Socio-Sanitaire basée sur :

- une décentralisation et une spécialisation suivant trois niveaux des structures Socio-Sanitaires. C'est ainsi que des Délégations régionales de la Santé et des Affaires Sociales sont créées en plus des structures centrales. Chacune des délégations est composée d'une Direction Sanitaire coiffant et supervisant les Hôpitaux Centraux de Préfecture, les Hôpitaux de Districts, les Centres de Santé des Zones de Responsabilité;

- une intégration des secteurs Santé et Affaires Sociales en vue de résoudre d'une manière globale les problèmes socio-sanitaires des populations Tchadiennes;

- l'octroi d'une autonomie de gestion aux institutions nationales (Hôpital Central de N'Djaména, Laboratoire national d'analyses médicales, Pharmacie d'Approvisionnement du Secteur Public, etc ...).

9

b) Une intégration des activités dans les structures socio-sanitaires de base : le rôle de conseil est dévolu aux Programmes Nationaux, le rôle de coordination à la Préfecture socio-sanitaire et le rôle d'exécution aux Formations Sanitaires périphériques proprement dites ;

c) La prise en compte du secteur privé dans le système national de santé en vue:

- d'une meilleure concertation,
- d'une redéfinition des cadres juridiques de leurs interventions,
- d'un développement de la médecine privée.

d) L'option pour un partenariat (Etat, Aide Extérieure et population) au niveau du financement et de la gestion des structures socio-sanitaires (TRS-Tome I).

B/ LES MOYENS D'ACTION DE LA POLITIQUE SOCIO-SANITAIRE

Les moyens d'action retenus pour mettre en place les différentes stratégies contenues dans la politique socio-sanitaire du pays sont :

a) L'élaboration d'un plan de couverture socio-sanitaire du pays après évaluation de l'état actuel des infrastructures socio-sanitaires ainsi que les besoins en fonction des paramètres géographiques et démographiques.

b) L'élaboration d'un plan d'effectifs après évaluation des besoins en personnels nécessaires au bon fonctionnement des structures socio-sanitaire prévues dans le plan de couverture socio-sanitaire.

c) La définition des activités minimales à exécuter au niveau périphérique par les hôpitaux de districts d'une part et par les centres de santé des Zones de Responsabilité d'autre part (Paquet Complémentaire d'Activités et Paquet Minimum d'Activités).

d) Le rôle de support des Programmes Nationaux d'accompagnement dont : notamment SMI/BEF/Nutrition, Maladies Transmissibles, IEC, Eaux et Assainissement.

e) L'adoption d'une nouvelle politique des médicaments basée sur les deux principes suivants :

- la séparation entre les fonctions d'administration et les fonctions d'approvisionnement d'une part,

- la suppression du monopole en matière d'importation des médicaments d'autre part.

f) L'institution de la "tarification des services publics de nature sociale, comme la santé et l'éducation, basée sur le recouvrement partiel des coûts de prestations de services". (Le Tchad a d'ailleurs adhéré à l'initiative de Bamako, à l'occasion de laquelle les principes du recouvrement des coûts de la santé ont été adoptés).

Ce survol de la politique socio-sanitaire permet d'avoir une idée du cadre général dans lequel doit s'intégrer toute réglementation des interventions des structures sanitaires.

II - CONTEXTE INSTITUTIONNEL ET JURIDIQUE DU SYSTEME SOCIO-SANITAIRE AU TCHAD

Il convient de rappeler comme signalé plus haut que, la problématique du statut juridique des formations sanitaires publiques au Tchad repose sur le constat d'un vide juridique quasi-total, obligeant à se référer au cadre général d'organisation et de fonctionnement du système socio-sanitaire pour y puiser des éléments d'information.

Une fois cette précision apportée, il faut remarquer que jusqu'en 1990, le système sanitaire Tchadien a toujours été soumis aux règles classiques d'organisation et de fonctionnement des services publics administratifs de l'Etat. La Santé et les Affaires Sociales, soit fusionnées, soit séparées, étaient confiées à un Département Ministériel caractérisé par une forte centralisation. Toutes les décisions étaient prises au niveau central, les formations sociales et sanitaires étaient considérées comme des services administratifs sans aucune autonomie. Mais de plus en plus, la conjoncture économique aidant, le constat des défaillances de l'Etat à assurer correctement ses missions dans ces deux secteurs a conduit progressivement les intervenants du secteur à reconsidérer le cadre institutionnel du système sanitaire.

Parmi les textes régissant le système sanitaire, il faut distinguer les textes d'ensemble relatifs à l'organisation et au fonctionnement proprement dits du système sanitaire et ceux relatifs au recouvrement des recettes du secteur santé.

A- Les textes relatifs à l'organisation et au fonctionnement du système sanitaire

Les textes les plus récents en la matière et qui méritent de retenir l'attention sont :

- Le Décret n°519/PR/91, du 24/08/91 portant organisation et attributions du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

- Le Décret n°086/PR/MSP/94, du 10/02/94 portant organisation et attributions du Ministère de la Santé Publique et son Arrêté d'application, l'Arrêté n° 152/MSP/DG/94 du 18/05/94, portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique.

1) Le Décret n°519/PR/91 et la Politique Sanitaire :

Le Décret 519/PR/91 constitue en quelque sorte la concrétisation de la politique socio-sanitaire adoptée par le Gouvernement Tchadien. En effet :

a) Le Décret n° 519/PR/91 opère une fusion entre la Santé et les Affaires Sociales et met en place un système sanitaire caractérisé par une décentralisation des structures ainsi que leur spécialisation et leur intégration par niveau. C'est ainsi que les Délégations Régionales composées de Préfectures, de Districts et de Zones de Responsabilité Sanitaires sont institués jouant chacun à son niveau un rôle bien déterminé, décongestionnant ainsi les structures centrales :

- au niveau central, les structures techniques centrales, c'est-à-dire les Directions du Ministère se voient dévolues les fonctions d'élaboration des politiques, de programmation, de coordination, de supervision, de formation, d'évaluation et de contrôle ;

- au niveau intermédiaire, les Délégations Préfectorales Sanitaires sont responsables de la mise en oeuvre des politiques et programmes nationaux dans leurs localités;

- au niveau périphérique, les structures Sanitaires sont chargées des tâches d'exécution.

b) Le Décret n°519/PR/91 met en place un système de référence et une classification des formations sanitaires en structures de 1er et de 2ème échelon suivant les concepts de "Paquet Minimum d'Activités" (PMA) et "Paquet Complémentaire d'Activités" (PCA).

c) Le Décret n° 519 prévoit que le statuts des Hôpitaux de Préfecture et de District est fixé par décret. (Art. 76 et Art. 84). Bien que le Décret 519 ne stipule pas expressement que les structures en cause soient autonomes, on peut interpréter par analogie la volonté de l'autorité reglémentaire en disant ceci: puisque les Institutions Nationales dont le Décret 519 prévoit que les statuts sont fixés par décret sont des structures autonomes, les hôpitaux de Préfecture et de District doivent l'être également. Cependant, il s'agit là d'un raisonnement peu réaliste, dans la mesure où le Décret 519 spécifie en son art.85 que les Institutions Nationales sont des Etablissements à caractère national placées "sous tutelle" du MSPAS, tandis que pour les Hôpitaux de préfecture et de district et pour les centres socio-sanitaires, il précise en ses articles 70 al.1er, 71 al.1er, 79 al. 1er et 80 qu'ils sont placés "sous l'autorité" respectivement du Délégué préfectoral, du Chef de District et du Chef des Zones de Responsabilité. De toutes les façons, la compétence d'octroi de la personnalité juridique et de l'autonomie financière relève du domaine de loi et non texte règlementaire. La preuve est qu'il a fallu qu'une loi n° 08 ait été prise pour ériger l'Hôpital Central de N'Djaména en un établissement public autonome.

d) Le Décret n°519 a enfin évoqué la participation de la population aux coûts de la santé bien que d'une manière laconique, en faisant allusion au pouvoir de surveillance de "la gestion des sommes générées par la participation de la population", confiée aux Responsables de division des ressources et de la programmation et aux responsables des Zones de Responsabilité et Centres de Santé. (Art. 81 al.3 et 83 al. 3).

Malgré ces quelques lacunes, le Décret n°519/PR/91 a eu le mérite de mettre en place et de décrire dans le moindre détail, l'organisation et le fonctionnement d'un système socio-sanitaire qui cadre avec la politique arrêtée de commun accord avec les intervenants du secteur Santé/Affaires Sociales. Cependant, le Gouvernement vient de prendre deux nouveaux textes, en l'occurrence les Décrets n°759/PR/MCFAS/94 et n°086/PR/MSP/94, portant respectivement Organisation et Attribution du Ministère des Affaires Sociales d'une part, et du Ministère de la Santé Publique d'autre part, remettant en cause, partiellement du moins, le fonctionnement et l'organisation du système sanitaire mis en place par le Décret n°519/PR/91.

1- Le Décret n°086/PR/MSP/94 et la Politique Sanitaire

De prime abord, la comparaison du contenu du Décret n°086/PR/MSP/94 avec celui du Décret n°519/PR/91 fait ressortir un certain manque de précision dans la description de

l'organisation et du fonctionnement du système sanitaire. Ensuite, on peut relever par rapport à la politique sanitaire :

a) Une concentration des compétences de coordination et de supervision de l'ensemble des structures de la santé au niveau de la Direction Générale, (Décret n° 086/PR/MSP/94 Art.8) alors que le Décret n° 519/PR/91 Art.25 et 31, permettait un allègement des tâches de la Direction Générale en lui réservant uniquement la coordination et la supervision des structures centrales et des institutions, tandis qu'il responsabilise la Direction Générale Adjointe en lui confiant la coordination et la supervision des structures intermédiaires et périphériques. La décentralisation des structures régionales n'aurait pas pleinement son sens si elle devait aboutir au niveau central à une concentration qui serait préjudiciable, ne serait-ce que parce que facteur de lourdeur administrative.

b) Un renvoi des règles d'organisation et de fonctionnement des structures sanitaires aussi bien centrales que régionales à des Arrêtés Ministériels (Art.6 et 26 Décret n°086/PR/MSP/94). Le souci d'éviter de figer l'organisation interne des directions centrales ainsi que celle de l'administration des structures régionales dans un texte de Décret dont la procédure de révision est compliquée peut justifier un tel renvoi. Cependant une question d'interprétation se pose en ce qui concerne les formations hospitalières périphériques et les centres de santé. Aux termes du Décret n° 519/PR/91 (Art.76 et 84) les Statuts des Hôpitaux Centraux de Préfecture et des Hôpitaux de District sont fixés par Décrets. Le Décret n°086/PR/MSP/94 ne vise pas expressement les formations sanitaires mais les inclut dans les "structures intermédiaires et régionales du Ministère de la Santé Publique" en son art.26 qui stipule : "l'organisation et le fonctionnement des structures centrales, intermédiaires et régionales du Ministère de la Santé Publique sont définies par Arrêté Ministériel". Si l'on considère que les structures dont le statut est fixé par Décret, à l'instar des institutions nationales, sont des structures autonomes, sous réserve qu'une loi leur ait octroyé cette qualité, on peut voir dans ce renvoi l'intention de ne considérer les structures visées que comme de simples services administratifs placés sous l'autorité directe du Ministère de la Santé Publique. Comme cela vient d'ailleurs d'être confirmé par la signature et l'entrée en vigueur de l'Arrêté n° 152/MSP/DG/94 portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique.

L'Arrêté n° 152/MSP/94, qui porte paradoxalement à peu près le même intitulé que le Décret n° 086, prévoit expressement en ses articles 47, 53 2ème tiret et 55 1er al. que l'Hôpital Préfectoral, l'Hôpital de district et le Centre Sanitaire sont placés sous l'autorité respective du Délégué sanitaire, du Chef de District et du Chef des Zones de Responsabilité Sanitaire.

L'Arrêté n° 152/MSP/94 prévoit également expressement en ses articles 51 et 59 que "l'organisation, les attributions et le fonctionnement des Hôpitaux Préfectoraux" d'une part et des "Hôpitaux des Districts" d'autre part, "sont fixés par arrêtés du Ministre de la Santé Publique". Il demeure muet quant à l'organisation et au fonctionnement des centres de santé.

B/ LES TEXTES RELATIFS AUX RECETTES DU SECTEUR SANTE

Au lendemain de l'indépendance octroyée aux anciennes colonies françaises d'Afrique, les Autorités Tchadiennes ont opté pour la gratuité de la santé et de l'éducation au profit de la population. Le principe a été institué par la Constitution Tchadienne de 1962.

Cependant, cette situation a connu une évolution, et depuis, un certain nombre de textes instituant des redevances à la charge de la population afin d'accéder aux soins de santé, même à un taux modique, ont vu le jour. Nous avons pu en recenser quelques uns :

- Décret n°224/AFF/SOC du 28 Décembre 1962, fixant le tarif des consultations données aux bénéficiaires de l'assistance médicale et son modificatif n° 92/66/DPS-AD du 09 Mai 1966 ;

- Décret n°342/PR/SP/AFF.SOC du 29 Décembre 1973, fixant le tarif des consultations données dans les formations sanitaires administratives ;

- Décret n°343/PR/SP/AFF.SOC du 29 Décembre 1973, portant réglementation de l'exercice de la clientèle médicale privée, du traitement des particuliers, des conventions de visites et de soins ;

- Décret n° 033/PR/MSP/84, modifiant l'article 4 du Décret n°343/PR/SP/AFF.SOC du 29 Décembre 1973 ;

- Ordonnance n°026/PR/84 du 31 Décembre 1984, Portant Budget général de l'Etat pour 1985 (art. 9,10, 11);

- Arrêté n°102/MSP/SE/DG/90 du 25 Octobre 1990, instituant le système de recouvrement des coûts de la santé.

A la lecture, ces différents textes démontrent que les populations ont toujours participé aux charges de la santé. L'innovation réside dans le fait que dans l'optique de la nouvelle politique sanitaire, ce qui est payé par la population ne doit plus être reversé au trésor public mais doit servir au financement des coûts de la santé. Le Tchad a d'ailleurs adhéré à l'initiative de Bamako au cours de laquelle, un certain nombre d'Etats Africains conjointement avec les bailleurs de fonds ont défini les principes relatifs au recouvrement des coûts de la santé.

1) La situation antérieure à l'adhésion du Tchad à l'Initiative de Bamako

Les textes qui instituent des redevances à payer par la population avant d'accéder aux services des formations sanitaires publiques prévoient le reversement des recettes collectées au Trésor public. Il s'agit essentiellement des Décrets n°342/PR/SP/AFF.SOC, fixant le Tarif des consultations données dans les formations sanitaires administratives (art.4 et 5), et n°343/PR/SP/AFF/SOC du 29 Décembre 1973 et n°033/PR/MSP/84 du 12-02-84, relatifs respectivement au tarif des consultations données dans les formations sanitaires administratives, et à la réglementation des conventions de visites et de soins. Ces textes prévoient les modalités de recouvrement et de reversement au profit du Trésor Public pour la totalité des recettes pour le premier et partiellement concernant les conventions de visite passées avec l'Etat, l'autre portion revenant aux praticiens fonctionnaires de l'Etat (art.4 et 5).
Les recettes sont perçues par un régisseur, agent public nommé par un arrêté du Ministre des Finances sur proposition du Ministre de la Santé Publique.
Le principe qui prévaut en la matière est celui de la non spécialité des recettes publiques qui signifie que les recettes réalisées par un service public ne peuvent être directement affectées pour le fonctionnement de ce service, mais doivent être inscrites au budget général de l'Etat. Il s'agit là d'un des principes qui figurent dans la loi n°11-62 , relative aux lois de finances qui se heurte aux principes de recouvrement des coûts de la santé arrêtés à la réunion de Bamako.

2) La mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako

Depuis l'adhésion du Tchad à l'Initiative de Bamako, le Gouvernement, du moins le Ministère de la Santé Publique, a mené plusieurs actions dans le but d'instituer un système de recouvrement des coûts de la santé :

> Un Comité de conception d'un système de recouvrement des coûts de la santé a d'abord été mis en place par Arrêté n°074/MSP/SE/DG/89 du 25 Février 1989.

- La participation financière de la population au fonctionnement des services de la santé est prévue par le Décret n°519/PR/91 (Art.78, 80, 81, et 83).

- Un Arrêté n°102/MSP/SE/DG/90 du 25/10/90, institue un système de recouvrement des coûts de la santé dans le cadre de la mise en oeuvre du Programme National des Soins de Santé Primaires.

- Un Arrêté n°003/MSP/DG/93 du 05/01/94 institue la participation communautaire aux coûts de la santé.

- Un Coordonnateur National des activités relatives à la "participation communautaire aux coûts de la santé" a été nommé par arrêté n°115/MSP/DG/SRH/DILA/94.

- Un Projet de texte réglementaire destiné à fixer un statut type des comités de gestion de la santé issus de la population a été préparé par le Ministère de la Santé Publique.

Toutes ces actions démontrent la volonté des autorités de mettre en application les principes de l'Initiative de Bamako. Cependant, il faut remarquer que la réception dans l'ordre juridique interne s'est faite d'une manière assez critiquable et préjudiciable à un fonctionnement efficace du système de recouvrement des coûts de la santé. Les difficultés rencontrées sur le terrain par les expériences en cours et qui ont été mises en exergue lors d'un Atelier organisé par la Cellule Technique de Suivi de la Table Ronde Sectorielle Santé/Affaires Sociales sur le recouvrement des coûts de santé du 25 au 28 Avril 1994 résultent en partie des insuffisances, sur le plan juridique, concernant les modalités d'application du recouvrement des coûts.

III) Les problèmes identifiés dans les textes

1- L'absence d'autonomie des hôpitaux préfectoraux et de districts

Parmi les obstacles qui freinent la mise en oeuvre de la nouvelle politique socio-sanitaire, il convient de souligner ceux relatifs à l'absence d'autonomie des formations sanitaires publiques. Sur le plan juridique, le Décret n°519 a prévu que les statuts des hôpitaux de district, des Hôpitaux Centraux de Préfecture soient fixés par Décret sans préciser s'ils sont ou non des entités autonomes. Si l'on part du postulat que l'Hôpital Général de Référence Nationale, résultat de la transformation de l'Hôpital Central de N'Djaména en établissement

public à caractère administratif, autrement dit en une entité juridique autonome par la Loi n°08/PR/94 voit ses statuts fixés par Décret, faut-il pour autant tenir le même raisonnement pour les Hôpitaux Centraux de Préfecture et les Hôpitaux de Districts ?

En fait, avant que la Loi n°08 ne soit prise pour doter l'Hôpital Central de N'Djaména de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion, le Décret n°519/PR/91 prévoyait déjà que ce dernier était un établissement autonome. Il s'agit là d'une anomalie dans la mesure où en Droit Public Tchadien, largement confirmé par la pratique, l'octroi de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion relève du domaine de la Loi.
Avec le Décret 086 et son Arrêté d'application, il ne peut plus être fait allusion à la moindre parcelle d'autonomie.

2- Vide juridique quant au statut des Centres de Santé

Que ce soit le Décret 519 ou le Décret 086 et son Arrêté d'application, aucun d'eux ne fait allusion à l'organisation et au fonctionnement proprement dits des centres de santé. Ces derniers ne sont évoqués dans chacun de ces textes qu'en ce qui concerne leur subordination à l'autorité du chef des zones de responsabilité. Il n'est pas fait renvoi à l'instar du cas des hôpitaux de préfecture et de district à un futur arrêté du Ministre de la Santé pour fixer leur organisation et leur fonctionnement. Néanmoins, les centres de santé comme les hôpitaux du reste sont considérés comme des services publics administratifs et leur fonctionnement doit obéir aux mêmes règles, notamment le reversement de leurs recettes au trésor public.
Mais si la solution retenue pour les hôpitaux peut être l'octroi de la personnalité juridique, cette dernière ne convient pas pour les centres de santé. En fait, les raisons qui poussent à cette option pour les hôpitaux tiennent aux difficultés d'application du recouvrement des coûts de la santé à ce niveau, en raison notamment des coûts élevés des prestations fournies, tributaires eux-mêmes du coût élevé des équipements utilisées dans les hôpitaux.

En réalité, le statut de service administratif des centres de santé ne gène en rien l'application du recouvrement des coûts de la santé, à condition que les textes visant le reversement de leurs recettes au trésor public soient abrogés par le Gouvernement. Ce qui du reste ne devrait poser aucun problème puisque ce dernier a adhéré à l'Initiative de Bamako dont un des principes est le recouvrement des coûts de la santé au niveau des structures de base.
Le problème majeur reste ici celui de la définition des modalités de gestion des fonds générés par la participation des populations au financement des services de santé.

3- Incohérence des Textes visant la mise en application du recouvrement des coûts de la santé

Il convient de rappeler que le Droit Public Tchadien, à l'exemple du système de droit francophone, obéit au principe de la légalité des actes administratifs qui implique une certaine hiérarchie des normes juridiques. Suivant ce principe, chaque norme juridique inférieure tire sa source de la norme juridique immédiatement supérieure. En Droit Tchadien, on retrouve la hiérarchie suivante : Constitution - Conventions internationales - Lois - Décrets - Arrêtés.

Suivant l'Article 106 de la Charte de Transition qui tient lieu de constitution, les traités, conventions et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés, ont dès leur publication une autorité supérieure à celles des lois nationales etc... Pour en revenir à l'Initiative de Bamako à laquelle le Gouvernement Tchadien a adhéré, elle remet en cause tous les textes financiers relatifs au reversement des redevances payées par la population pour accéder aux services de santé. La procédure à suivre pour l'institution du recouvrement des coûts devrait tenir compte de la hiérarchie des textes administratifs.

Dans ce cas précis, des Arrêtés Ministériels, en l'occurrence les Arrêtés n°102/MSP/DG/90 et n°003/MSP/DG/94, portant institution d'un système de recouvrement des coûts de la santé et de la participation communautaire au Tchad remettent en cause les dispositions légales et réglementaires hiérarchiquement supérieures qui visent principalement le reversement des recettes du secteur santé au Trésor Public, ainsi que les modalités de leur recouvrement.

En fait, le système a été mis en marche sans que le terrain ne soit préparé sur le plan juridique pour prévoir, ne serait-ce que théoriquement, un mécanisme cohérent de fonctionnement du système de recouvrement des coûts. Une des principales questions à laquelle il faut absolument trouver une réponse adéquate est comment assurer la gestion efficace des fonds générés par la participation financière des populations. Les intervenants du secteur santé ont trouvé une réponse ponctuelle dans la mise en place d'organismes qu'ils appellent comité de santé (Arrêté n°102/MSP/90 et Arrêté n°003/MSP/94) sans pour autant penser à définir leur nature ni l'étendue de leurs compétences au sein du Centre de Santé. Certains de ces comités de santé, bien que déjà opérationnels fonctionnent de manière informelle, et se considèrent comme des associations privées à but non lucratif soumises à l'Ordonnance n°27/INT/SUR/62 relative aux associations et ont engagé les démarches administratives en vue de se faire reconnaître officiellement en tant que telles.

Il faut signaler par rapport à ce dernier problème l'existence d'un projet de texte initié par le Ministère de la Santé Publique qui, sans pour autant préciser la nature de ces comités de santé, semble les doter de la capacité juridique mais en même temps leur impose un statut-type.

La première conception, plus réaliste, comporte un inconvénient qui est la lourdeur administrative due au fait que la compétence de reconnaissance des associations est concentrée au niveau central. Si l'on se réfère au plan de couverture sanitaire, on peut imaginer le nombre des comités de gestion qui devront faire de longues démarches auprès de la capitale avant d'obtenir leur autorisation de fonctionner en bonne et due forme. Evidemment, la réalité concrète est autre dans la mesure où des comités sont mis sur pieds et fonctionnent d'une manière informelle en attendant une régularisation. Cela entraîne des problèmes du genre incapacité à ouvrir un compte pour déposer les recettes issues de la participation financière de la population, incapacité à ester en justice en cas de préjudice subi. (Cas de détournement de fonds, par exemple).

Il convient de signaler également que le mécanisme de contrôle de la gestion des fonds prévus par les textes actuels instituant la participation communautaire (Arrêté n°003/MSP/94, art.13), semble plutôt paradoxal dans la mesure où il s'agit de recettes "privatisées" en quelque sorte. Le choix d'un mécanisme de contrôle de la gestion de ces fonds doit être laissé à l'appréciation de chaque comité de gestion, surtout dans la mesure où ces derniers sont considérés comme des associations au sens de l'Ordonnance 27/INT/SUR/62 du 28/07/62, portant réglementation des associations au Tchad. Le seul contrôle acceptable est celui que l'autorité de tutelle ou ses représentants à l'échelon local seront appelés à effectuer, éventuellement pour éviter un empiétement des compétences de part et d'autre entre les comités de santé et les agents de santé. D'ailleurs, les comités de gestion de santé qui existent et qui fonctionnent dans les Centres de Santé de Chagoua, Farcha et Milezi prévoient dans leurs statuts comme organe de contrôle un Commissaire aux Comptes à qui est confiée la mission de vérification des comptes.

IV) Les solutions proposées

A - Recommandations

Eu égard aux différents points qui ont été soulévés, nous préconisons :

1) **l'adoption d'un texte de valeur législative pour l'institution de la participation des populations au financement des services de santé en République du Tchad.**

   En effet un texte de Loi, contrairement aux Arrêtés Ministériels qui ont été jusque là pris pourra permettre de procéder à :

- l'abrogation de la règlementation antérieure relative aux recettes du secteur public de santé visant leur reversement au Trésor Public en respectant les règles de procédure;

- l'autorisation de la retention des recettes des formations sanitaires publiques en leur sein dans le but de couvrir certaines dépenses de fonctionnement.

2) **L'octroi de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion aux hôpitaux de préfecture et de district.**

Pour ce faire, il est évident que les dispositions du Décret n° 086 et de son arrêté d'application incompatibles avec la politique sanitaire qui vise une rationnalisation plus grande des structures de santé, devraient être abrogées, ou du moins modifiées pour permettre de doter ces hôpitaux d'un statut juridique adéquat.

Dans cette hypothèse, les formations hospitalières des niveaux intermédiaire et périphérique pourraient alors à l'exemple de l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djaména accéder à un statut d'établissement public hospitalier doté de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion conformément à un texte de Loi. Leurs règles d'organisation et de fonctionnement seraient alors comparables à celles contenues dans le Décret n°054/PR/MSP/94, portant statuts de ce dernier.

Cela implique :

- qu'ils seraient dotés d'un conseil d' administration et d'une direction chargés d'assurer la gestion de l'établissement ;

- qu'ils disposeraient d'un budget propre définissant leurs ressources et leurs dépenses ;

- qu'ils seraient soumis à un régime financier et comptable conforme aux règles de la comptabilité publique applicables aux établissements publics nationaux (compte ouvert au Trésor Public, utilisation d'un comptable public pour la manipulation des fonds, commandes de matériels suivant la procédure applicable aux marchés publics) ;

- qu'ils seraient soumis au contrôle de l'Etat ;

- que leur personnel serait constitué d'agents publics payés par l'Etat.

Un tel statut juridique qui permettrait de doter les structures hospitalières d'organes propres de décision, indépendants de l'autorité centrale, ne permettra pas pour autant de les soustraire du champ d'application des règles contraignantes de la comptabilité publique et du contrôle étatique. Dans une optique de recouvrement des coûts de la santé, il est hors de question que les fonds issus de la participation financière de la population soient gérés dans de telles conditions. Doter les structures hospitalières d'un statut d'établissement public administratif à l'instar de l'Hôpital Général de Référence Nationale ne signifie pas finalement leur donner la possibilité de gérer leurs fonds comme des entités privées. La seule issue reste qu'en application de l'Initiative de Bamako, l'Etat Tchadien accepte d'apporter une dérogation au régime financier et comptable des établissements publics nationaux (Décret n°118/F. du 29 Juin 1963, portant règlement sur la comptabilité publique) au profit des établissements publics hospitaliers, en ce qui concerne le principe du reversement des recettes au Trésor Public; une telle dérogation introduite dans le texte instituant une participation communautaire en matière de santé permettrait de solutionner le problème.

3) **L'adoption de textes complétant le décret n°086/MSP/94 et l'arrêté n° 152/MSP/94 en ce qui concerne le statut des Centres de Santé**

Cette recommandation se justifie par le fait que ni le décret n°086, ni l'arrêté n°152 ne font une place aux Centres de Santé. Cette correction seule pourra donner un fondement au projet de statut de ces centres de santé. Il s'agit précisement de prévoir à l'instar des articles 51 et 59 de l'arrêté n°152/MSP/94, concernant les Hôpitaux centraux de préfecture et les Hôpitaux de District, une disposition spécifiant que l'organisation, les attributions et le fonctionnement des Centres de Santé sont fixés par arrêté du Ministre de la Santé Publique.

4) **L'option pour un statut d'association privée à but non lucratif pour les organismes de santé communautaire.**

Cette option si elle est retenue, doit figurer dans le projet de loi portant institution de la participation des populations au financement des services de santé au Tchad. Comme indiqué plus haut, cela permettra de définir la nature juridique de ces organismes par la loi et non par un texte règlementaire qui ne saurait les doter de la personnalité juridique nécessaire pour leur permettre de poser les actes de la vie civile tels que:

- posséder un patrimoine et le gérer,
- ouvrir un compte,
- recevoir des dons et legs,
- ester en justice,
- conclure des accords etc...

Une applelation, par exemple "Association de Santé Communautaire" peut être également retenue pour désigner les populations organisées en vue de leur participation au fiancement de la santé.

5) L'organisation des relations de partenariat Etat - Bailleurs de Fonds - Populations pour le financement de la santé.

Cette recommandation vise à prendre en compte un des moyens d'action retenus par la politique socio-sanitaire. Pour ce faire, la possibilité devrait être donnée aux intervenants de conclure des accords pour fixer leurs engagements les uns vis-à-vis des autres pour le financement de la santé, ainsi que les modalités de leurs interventions.

B) Traduction des solutions préconisées en Projets de Textes

1) Projet de Loi portant institution de la participation des populations au financement des services de santé au Tchad.

Loi n°____/PR/....
Portant institution de la participation des populations au financement des services de santé au Tchad.

Le Conseil supérieur de la Transition a délibéré et adopté ;
le Président de la République promulgue la Loi dont la teneur suit :

Article 1 / Il est institué une participation des populations au financement des services de santé dans les formations sanitaires publiques au Tchad.

Article 2 / La participation des populations au financement des services de santé consiste à faire participer la population aux coûts et à la gestion des ressources générées par cette participation. Elle est destinée en priorité au renouvellement des stocks de médicaments essentiels des services de santé ainsi qu'à la couverture de tout ou partie de leurs charges de fonctionnement à l'exclusion des salaires du personnel pris en charge par l'Etat.

Article 3 / La participation des populations au financement des services de santé se fait sur la base d'un système de recouvrement des coûts propre à chaque formation sanitaire. Les modalités de recouvrement des coûts de la santé sont définies d'un commun accord entre les populations concernées, les responsables locaux du Ministère de la Santé et les partenaires en développement.

Article 4 / Les populations sont organisées en association privées à but non lucratif dénommées Associations de Santé Communautaire et soumises au régime de droit commun des associations au Tchad.
La compétence de reconnaissance et d'octroi de l'autorisation de fonctionner aux associations de santé communautaires est déléguée aux administrations territoriales.

Article 5 / Les modalités de gestion des fonds provenant de la participation financière de la population sont définies par le Décret d'application de cette loi.

Article 6/ Des conventions ou accords de partenariat régiront les relations entre les associations de santé communautaire et les formations sanitaires publiques.

Article 7 / Toutes les dispositions antérieures contraires aux termes de la présente loi et visant le reversement au Trésor public des redevances payées par la population pour accéder aux services de santé sont abrogées.

Article 8 / La présente Loi sera enregistrée et publiée au journal officiel de la République du Tchad et sera exécutée comme Loi de l'Etat.

Fait à N'Djaména, le

2) **Projet de Loi érigeant les Hôpitaux Centraux de Préfecture et les Hôpitaux de District en Etablissements Publics Hospitaliers**

Loi n°_____/PR/.....

Portant Création des Etablissements Publics Hospitaliers dans les Délégations des Préfectures et Districts Sanitaires au Tchad.

Le Conseil Supérieur de la Transition a délibéré et adopté ;
Le Président de la République du Tchad promulgue la Loi dont la teneur suit :

Article 1 / Aux termes de la présente Loi, les hôpitaux centraux de Préfecture et les hôpitaux de district sanitaires sont érigés en Etablissements publics hospitaliers.
Les Etablissements publics hospitaliers sont des Etablissements publics à caractère administratif dotés de la personnalité morale et jouissant de l'autonomie de gestion.

Article 2 / Les Hôpitaux Centraux de Préfecture ont pour mission d'assurer les fonctions de diagnostic, de traitement et notamment, les soins d'urgence aux malades, blessés et femmes enceintes à risque, ainsi que leur hospitalisation éventuelle, leur réadaptation fonctionnelle et leur isolement prophylactique ainsi que les soins spécialisés.
Les Hôpitaux Centraux de Préfecture contribuent également à la recherche, à l'enseignement, à la formation du personnel de la Santé Publique et à la collecte des informations sanitaires. Ils servent de centre de référence de deuxième niveau dans la Délégation de la Préfecture Sanitaire pour les Districts.

Article 3 / Les Hôpitaux des Districts Sanitaires constituent des centres de référence de premier niveau pour les Centres de Santé des Zones de Responsabilité.

Artilce 4 / Les règles d'organisation et de fonctionnement des Hôpitaux Centraux de Préfecture et des Hôpitaux de District sont définies par décret pris en conseil des Ministres sur proposition du Ministre de la Santé Publique.

Article 5 / La présente Loi sera enregistrée et publiée au journal officiel de la République du Tchad et exécutée comme Loi de l'Etat.

Fait à N'Djaména, le

25

3) **Projet de Décret portant statuts des Hôpitaux Centraux de Préfecture et des Hôpitaux de District.**

Décret n°___/PR/MSP/...
portant Statuts des Etablissement Publics Hospitaliers des Préfectures et des Districts Sanitaires

Visa : SGG :

Le Président de la République,
Chef de l'Etat,
Président du Conseil des Ministres

Vu la Charte de Transition,
Vu le Décret n°282/PR/93 du 09/04/93, portant publication de la Charte Nationale,
Vu le Décret n°728/PR/93 du 09/11/93, portant nomination d'un Premier Ministre de la Transition,
Vu le Décret n°127/PR/PMT/94 du 17/06/94, portant remaniement ministériel,
Vu la loi n°___/PR/...., portant institution de la participation des populations au financement des services de santé au Tchad,
Vu la loi n°___/PR/..., portant création des établissements publics hospitaliers dans les Délégation de Préfectures et Districts Sanitaires,
Sur Proposition du Ministre de la Santé Publique.
Le Conseil des Ministres entendu en sa séance du .....

Décrète

Titre I - Dispositions Communes
Chap.I - Dispositions générales

Article 1 / Les dispositions du présent Décret fixent les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements publics hospitaliers ainsi que leurs attributions.

Article 2 / Les établissements publics hospitaliers auxquels s'appliquent les dispositions présentes sont les Hôpitaux Centraux de Préfecture et les Hôpitaux de District. Ils sont dotés de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion.

Article 3 / Chaque Hôpital Central de Préfecture a son siège dans le Chef-Lieu de la Délégation Préfectorale Sanitaire.
Chaque Hôpital de District a son siège dans le Chef-lieu du district sanitaire.

Article 4 / L'Hôpital Central de Préfecture et l'Hôpital de District sont placés sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique.

Article 5 / Les établissements publics hospitaliers ont pour mission essentielle d'assurer les fonctions de diagnostic, de traitement et notamment les soins d'urgence aux malades, blessés et femmes enceintes à risque ainsi que leur hospitalisation éventuelle, leur réadaptation fonctionnelle et leur isolement prophylactique. Ils assurent également la collecte d'informations sanitaires et contibuent à l'enseignement et à la formation du personnel de la Santé Publique.

Article 6 / L'Hôpital Central de Préfecture et l'Hôpital de District sont administrés chacun par un conseil d'administration et dirigés par un directeur.

Chap.II - Du Régime Financier et Comptable.

Article 7 / Le régime financier et comptable applicable aux établissements publics hospitaliers est celui défini par le Décret n°118/F du 29 Juin 1963, portant règlement sur la comptabilité publique en son Titre III.

Article 8 / Les budgets des établissements publics hospitaliers sont annuels. L'exercice court du 1er Janvier au 31 Décembre de chaque année.

Article 9 / Les ressources des établissements publics hospitaliers sont constituées :
- des subventions de l'Etat,
- des aides extérieures,
- des dons et legs,
- des ressources propres constituées des frais médicaux et d'hospitalisation perçus par l'hôpital.

Les dépenses inscrites au budget des établissements hospitaliers sont :
- les dépenses afférentes au personnel,
- les dépenses d'investissement et de fonctionnement,
- les dépenses destinées au renouvellement des stocks de médicaments essentiels et autres consommables médicaux.

Article 10/ Les établissements hospitaliers régis par le présent Décret sont autorisés à retenir en leur sein les recettes provenant des redevances payées par les usagers pour accéder à leurs services ainsi que les recettes provenant de la vente des médicaments. Ces établissements sont soumis au contrôle de l'Etat.

Article 11 / Les opérations comptables des établissements hospitaliers sont assurées par des gestionnaires ou régisseurs désignés par arrêté conjoint des Ministres chargés des Finances et de l'Informatique, et de la Santé Publique.

Article 12/ Les tarifs et la nomenclature des actes professionnels ainsi que les tarifs des frais d'hospitalisation pratiqués dans les établissements hospitaliers sont fixés par arrêtés conjoints des Ministres chargés des Finances et de la Santé Publique, sur proposition du conseil d'administration.

Titre II - Des dispositions particulières

Chap.I - Organisations et Fonctionnement des Hôpitaux Centraux de Préfecture.

Article 13 / L'Hôpital Central de Préfecture a une mission de soins de référence du deuxième niveau et de formation.

Article 14 / L'Hôpital Central de Préfecture est administré par un conseil d'administration et dirigé par un Directeur nommé par arrêté du Ministre de la Santé Publique sur proposition du conseil d'administration.
Le Directeur de l'Hôpital Central de Préfecture perçoit une idemnité de responsabilité dont le montant est fixé par arrêté conjoint du Ministre des Finances et de l'Informatique et du Ministre de la Santé Publique.

Section I - Du Conseil d'Administration.

Article 15 / Le Conseil d'Administration de l'Hôpital est l'organe de décision de l'établissement.

Article 16 / La composition du Conseil d'Administration de l'Hôpital Central de Préfecture est la suivante:

Président : Le Délégué Préfectoral de la Santé;
Membres : - Les Représentants des services extérieurs des départements ministériels suivants :

* Un Représentant du Service des Affaires Sociales;

* Un Représentant du Service de santé des armées de la Préfecture;

* Un Représentant des services du Budget et des Finances;

* Un Représentant des services de la Fonction Publique et du Travail;

* Un Réprésentant de chaque District Sanitaire de la Préfecture;

* Un Représentant de l'Education Nationale;

- Le Représentant de la Commune (Mairie).

- Trois Représentants du personnel de l'hôpital.

- Un Représentant par organisme de coopération bi ou multilatérale impliquée dans le financement de l'hôpital.

Le Secrétariat du Conseil d'Administration de l'Hôpital Central de Préfecture est assuré par le Directeur de l'Hôpital.

Un Représentant de l'Administration Territoriale assiste de droit aux réunions du Conseil d'Administration. Il exerce les fonctions de Commissaire de Gouvernement.

Le Conseil d'Administration de l'Hôpital Central de Préfecture peut appeler en séance toute personne qualifiée dont il juge la consultation nécessaire.

Article 17 / Les fonctions des membres du Conseil d'Administration de l'Hôpital Central de Préfecture sont gratuites. Toutefois, la présence aux réunions du Conseil d'Administration peut donner droit à des jetons de présence.

Article 18 / Le Conseil d'Administration se réunit en sessions ordinaires deux fois par an sur convocation de son président. Des sessions extraordinaires peuvent être convoquées par le Président en cas de nécessité ou à la demande de deux tiers de ses membres.
Le Conseil d'Administration ne peut valablement siéger que si au moins deux tiers de ses membres sont présents ou représentés.

Les décisions du conseil d'Administration de l'Hôpital Central de Préfecture sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

Article 19 / Les documents relatifs aux travaux du Conseil d'Administration y compris l'ordre du jour de chaque session sont communiqués aux membres au moins une semaine avant la date de la session.
Les délibérations sont constatées dans des procès-verbaux signés par le Président et le Secrétaire de séance.
Les Procès-verbaux sont transmis aux membres du Conseil d'Administration qui disposent d'un délai de deux semaines pour formuler leurs observations.

Article 20 / Le Conseil d'Administration de l'Hôpital Central de Préfecture a de larges pouvoirsde décisions, d'orientation et de contrôle. A ce titre, il exerce les attributions suivantes:

- définition des objectifs et priorités ainsi que la programmation des activités en fonction de la planification sanitaire préfectorale ;
- adoption du règlement intérieur de l'hôpital ;
- délibération et adoption du budget annuel ;
- approbation du bilan et du compte de gestion ainsi que du rapport d'activité présenté par le Directeur de l'Hôpital ;
- approbation des modalités de recouvrement des coûts des médicaments et fixation des tarifs des actes médicaux, hospitalisation et hébergement;
- approbation des conventions, baux et marchés conclus pour le compte de l'hôpital ;
- approbation des actions judiciaires;
- approbation des commandes d'achat, et de la vente des matériels et équipements reformés;
- fixation des effectifs et des modalités de recrutement du personnel;

- détermination des critères de nomination des chefs de service ;

- recherche de financements extérieurs;

- acceptation des dons et legs.

Section II - De la Direction de l'Hôpital Central de Préfecture.

Article 21 / La gestion de l'Hôpital Central de Préfecture est assurée par un Comité de direction dirigé par le Directeur nommé par Arrêté Ministériel sur proposition du Directeur Général de la Santé Publique et choisi parmi les cadres supérieurs de la santé notamment les administrateurs et médecins de Santé Publique.

Article 22 / Le Comité de direction de l'Hôpital central de Préfecture se compose du Directeur de l'Hôpital qui en est le président et des chefs des différents services de l'hôpital.

Article 23 / Le Comité de Direction est chargé de la gestion technique, administrative et financière de l'établissement. Il assure notamment :

- la préparation de l'ordre du jour des réunions du Conseil d'Administration;

- l'exécution des décisions du Conseil d'Administration;

- la préparation du Budget de l'établissement;

- la définition des tâches des responsables des différents services;

- l'élaboration du règlement intérieur de l'Hôpital;

- l'examen des propositions de mesures disciplinaires à l'encontre du personnel de l'Hôpital.

Article 24 / le Directeur de l'Hôpital exerce particulièrement les attributions suivantes :

- il est ordonnateur du budget de l'établissement;
- il engage et liquide les dépenses;
- il veille à la régularisation des opérations de dépenses et signe tous les documents comptables y afférents;
- il conclut sous réserve des pouvoirs du Conseil d'Administration, toutes les conventions, baux ainsi que les marchés conformément aux procédures de passation des marchés publics;
- il représente l'Hôpital en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Article 25 / L'Hôpital Central de Préfecture comprend les Services Administratifs et Techniques suivants :

a) Services Administratifs :

- un Service Administratif, Financier et comptable,
- un Service d'Economat, de Maintenance, d'Hygiène et de Sécurité,
- un Service des Admissions, Statistiques, et de Documentation.
- un Service Social.

b) Services Techniques :

- un Service de Médecine générale,
- un Service de Pédiatrie,
- un Service de Pneumo-Phitisiologie,
- un Service de Chirurgie générale,
- un Service d'ORL-Ophtalmologie,
- un Service de Chirurgie Dentaire,
- un Service de Radiologie,
- un Service de Gynéco-obstétrique,
- un Service de Laboratoire,
- un Service de Pharmacie,
- un Service de Tri et Accueil,
- un Service des Urgences et de réanimation,
- un Service de Banque de Sang
- une morgue.

Article 26/ Chacun des services est placé sous la responsabilité d'un Chef de Service. Les Chefs des Services sont choisis parmi les cadres supérieurs de la santé et sont nommés par le Ministre de la Santé Publique sur proposition du Directeur Général. Les Chefs des services cliniques sont assités chacun d'un surveillant de service.

Chap.II - Organisation et fonctionnement des Hôpitaux de District.

Article 27 / L'Hôpital de District a une mission de soins de référence du premier niveau. Il assure à ce titre l'exécution d'un ensemble de prestations de santé dit "Paquet Complémentaire d'Activités" comprenant :

- les urgences médico-chirurgicales,
- les accouchements compliqués,
- l'hospitalisation,
- le disgnostic de laboratoire,
- les consultations de référence.

Article 28 / L'Hôpital de District est administré par un Conseil d'Administration et dirigé par un Directeur nommé par arrêté du Ministre de la Santé Publique sur proposition du Directeur Général du Ministère.
Le Directeur de l'Hôpital de District perçoit uen idemnité de responsabilité fixée par arrêté conjoint du Ministre des Finances et de l'Informatique et du Ministre de la Santé Publique.

Section I - Du Conseil d'Administration

Article 29 / Le Conseil d'Administration de l'Hôpital de District est l'organe de prise de décision de l'établissement.

Article 30 / Le Conseil d'Administration de l'Hôpital de District est composé comme suit:

Président : - Le Médecin-chef du District Sanitaire.

Membre : - Les représentants des services extérieurs des départements ministériels suivants :

* un Représentant du Service de Santé des armées de la Sous-Préfecture,
* un Représentant des Services de la Fonction Publique et du Travail,
* un Représentant des Services du budget et des Finances,

- un Représentant de chaque Association de santé communautaire,
- un Représentant des organes de coopération intervenant dans le financement de l'Hôpital,
- 3 Représentants du personnel de l'Hôpital,
- un Représentant de l'administration territoriale assiste de droit aux Conseils d'Administration. Il exerce des fonctions de commissaire de Gouvernement.

Artilce 31 / Le Secrétariat du Conseil d'Administration de l'Hôpital de District est assuré par le Directeur de l'établissement.
Le Conseil d'Administration peut faire appel à toute personne qualifiée dont il juge la consultation nécessaire.

Article 32 / Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Toutefois, la présence aux réunions du Conseil d'Administration peut donner droit à des jetons de présence.

Article 33 / Les règles relatives aux attributions et au fonctionnement du conseil d'Administration de l'Hôpital Central de Préfecture définies aux articles 18, 19, et 20 sont applicables au Conseil d'Administration de l'Hôpital de District.

Section II - De la Direction de l'Hôpital de District.

Article 34 / La Direction de l'Hôpital de District est assurée par un Comité de Direction présidé par le Directeur de l'Hôpital nommé par Arrêté du Ministre de la Santé Publique sur proposition du Directeur Général du Ministère de la Santé Publique, et choisi parmi les administrateurs et les médecins de Santé Publique.

Article 35 / Le Comité de direction de l'Hôpital de District se compose du Directeur de l'établissement qui en est le président et des chefs des services de l'établissement.

Article 36 / Le Comité de direction et le Directeur de l'Hôpital de District exercent les mêmes attributions que celles définies aux articles 23 et 24.

Article 37 / L'Hôpital de District comprend les Services Administratifs et Techniques suivants :

a) Services Administratifs:

- un Service Administratif, Financier et d'Economat,
- un Service social.

b) Services Techniques:

- un Service Médecine Générale, Admissions et Statistiques,
- un Service de Pédiatrie,
- un Service de Maternité,
- un Service de Radiologie,
- un Service de Laboratoire,
- un Service de Pharmacie,
- un Service des Consultations de référence,
- un Service de Chirugie.

Articles 38/ Chaque service est placé sous la responsabilité d'un Chef de Service nommé par le Préfet sur proposition du Délégué Préfectoral Sanitaire.

Titre III - Dispositions diverses et finales.

Article 39 / Un règlement intérieur fixe le fonctionnement interne des services des Hôpitaux Centraux de Préfecture et des Hôpitaux de District et les tâches du personnel. Il définit également les droits et obligations des usagers des établissements hospitaliers.

Article 40 / Le personnel des établissements hospitaliers est constitué des fonctionnaires relevant du statut général de la Fonction Publique, de contractuels et de décisionnaires.

Article 41 / Les terrains et locaux abritant les établissements hospitaliers ainsi que tous les équipements mis à la disposition de ces établissements par l'Etat, leur sont gratuitement affectés par ce dernier.

Article 42 / Le présent Décret abroge toutes les dispositions antérieures contraires.

Article 43 / Le Ministre de la santé Publique, le Ministre des Finances et de l'Informatique et le Ministre de la Fonction Publique et du Travail sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent Décret qui prend effet à compter de la date de sa signature et sera enregistré et publié au journal officiel de la République.

Fait à N'Djaména, le

Par le Président de la République
Le Premier Ministre

Le Ministre de la Santé Publique

Le Ministre des Finances
et de l'Informatique

Le Ministre de la Fonction Publique
et du Travail

4) **Projet d'Arrêté ministériel relatif à l'organisation et au fonctionnement des Centres de Santé des Zones de Responsabilité.**

Arrêté n°____/MSP/94
Relatif à l'organisation et au fonctionnement des Centres de Santé Publics

Visa : SGG

Le Ministre de la Santé Publique

Vu (Références de la loi fondamentale)...;
Vu (Le Décret n°__, portant promulgation de la loi fondamentale);
Vu le Décret n° ___/PR/9.., portant nomination du Premier Ministre;
Vu le Décret n°___/PR/9.., portant nomination des membres du Gouvernement;
Vu la loi n°___/PR/9.., portant institution de la participation de la population au financement des services de la santé au Tchad;
Vu le Décret n° 086/PR/94 du 18 Avril 1994, portant organisation et attributions du Ministère de la Santé Publique;
Vu l'Arrêté n° 152/MSP/DG/94 du 16 Mai 1994, portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique (version complétée);
Vu les nécessités de service.

ARRETE

Article 1er/ Le présent arrêté fixe les règles d'organisation et de fonctionnement des centres de santé de zones de responsabilité.

Artilce 2/ Les Centres de Santé sont des formations sanitaires publiques ayant chacun son siège dans une zone de responsabilité sanitaire.

Article 3/ Le Centre de Santé consitue un service de santé de premier échelon du District sanitaire. Il constitue le lieu de premier contact avec la population de la zone où il siège.

Article 4/ Chaque centre de santé assure dans sa zone un ensemble de prestations de soins de santé préventifs, curatifs et promotionnels dit "Paquet Minimum d'Activités" (PMA).

Le Paquet Minimum d'Activités d'un centre de santé comprend au moins les activités suivantes :

- la consultation curative primaire;
- le dépistage des pathologies sociales;
- la consultation des enfants de 0 à 4 ans, vaccinations et dépistages des malnutris y compris;
- la prise en charge des femmes enceintes et en âge de procréer avec les activités suivantes :
  - . consultations prénatales,
  - . accouchement,
  - . bien-être familial.
- la prise en charge des maladies chroniques, malnutris, tuberculeux, lépreux, ...
- l'éducation socio-sanitaire intégrée aux autres activités et la communication avec les populations;
- la référence/contre référence pour les patients ne pouvant être pris en charge au 1er échelon.

Article 5/ Le Centre de Santé est placé sous la responsabilité d'un Infirmier diplômé d'Etat ou d'une Sage-Femme Diplômée d'Etat, désigné par Arrêté du Préfet sur proposition du Délégué Préfectoral de la Santé.

Article 6/ Il existe deux types de Centres de Santé :
- le Centre de Santé Rural,
- et le Centre de Santé Urbain.

Article 7/ Le Centre de Santé Rural comprend au moins les locaux suivant :
- une salle de consultations
- une salle de soins
- une salle d'accouchement
- un dépôt pharmacie

Le Centre de Santé Urbain ne dispose pas d'une salle d'accouchement mais d'une salle polyvalente en plus des autres locaux cités ci-dessus.

Article 8/ Le personnel d'un Centre de Santé Rural comprend en plus de l'Infirmier Diplômé d'Etat responsable du Centre :
- un Infirmier Breveté ou Agent Technique,
- un Adjoint social,
- un Gérant de Pharmacie,
- un Caissier,
- un Gardien,
- un Manoeuvre.

Article 9/ Le personnel d'un Centre de Santé Urbain comprend en plus du responsable du Centre ayant la qualité d'Infirmier Diplômé d'Etat ou de Sage-Femme Diplômée d'Etat :

- un Infirmier Breveté
- un Adjoint Social
- un Gérant de Pharmacie
- un Caissier
- un Manoeuvre
- un Gardien

Article 10/ Le gérant de pharmacie, le caissier et le gardien sont recrutés et pris en charge par l'Association de Santé Communautaire de la zone de responsabilité.

Article 11/ Les dépenses de fonctionnement du Centre de Santé sont en partie financées par l'Association de Santé communautaire de la zone sur la base d'un accord conclu entre cette dernère et le représentant local du Ministère de la Santé Publique pour le compte du Centre de Santé.

Article 12/ Des accords de partenariat conclus entre les Associations de Santé communautaire et les Centres de Santé Publics déterminent les modalités de collaborations entre ces derniers pour la gestion et le contrôle de l'utilisation des fonds issus de la participation des populations au financement de la santé.

Article 13/ Les Centres de Santé peuvent bénéficier d'un financement extérieur de leurs dépenses d'investissement sur la base d'accords conclus par l'Etat avec les partenaires en développement.

Article 14/ Les Responsables des Centres de Santé sont membres des conseils de santé de leur zone respective et dont ils assurent le Secrétariat.
Ils participent également au Comité de direction des zones de responsabilité du District.

Article 15/ Les Responsables des Centres de Santé des zones de responsabilité sont particulièrement chargés, sous l'autorité de leur chef de zone de :

- veiller à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières de leurs Centres de Santé;

- veiller à la collecte des informations statistiques;

- veiller à l'application des politiques et règlementations relatives à la participation des populations au coût du système sanitaire et au système de référence des malades;

- veiller à la qualité des prestations dispensées à la population de leur zone de responsabilité sanitaire, en fonction du Paquet Minimum d'Activités des Centres de Santé;

- veiller à l'application des programmes spécifiques à leur zone de responsabilité;

- veiller à l'implication de la population par l'animation du Conseil de Santé de la zone de responsabilité;

- rendre compte périodiquement au chef des zones de responsabilité du District de la situation de leur zone sanitaire et des mandats qui leur sont confiés.

Article 13/ Le présent Arrêté prend effet à compter de la date de sa signature et sera enrégistré et publié au journal officiel de la République du Tchad, et communiqué partout où besoin sera.

Fait à N'Djaména, le

Le Ministre de la Santé Publique

5) Projet de Protocole d'Accord de Partenariat Etat - Aide-Extérieure - Population pour le financement de la Formation Sanitaire de la Zone de Responsabilité

Projet de Protocole d'Accord Tripartite entre Gouvernement de la République du Tchad /Aide Extérieure/Population pour le Financement des Services de Santé.

Entre les soussignés

1- Le Gouvernement de la République du Tchad ci-après désigné "le Gouvernement" représenté par les Ministres chargés de la Santé Publique et du Plan et de la Coopération;

2- Les Bailleurs de Fonds ci-après désignés Organisation dénommée x, représentée par le Représentant de l'Organisation ;

3- La population ci-après désignée Association de Santé Communautaire de la Zone de Responsabilité représentée, par le Président de la dite Association;

Préambule

Dans le cadre de la mise en oeuvre de la politique sanitaire du Gouvernement, définie dans le Plan national de développement sanitaire du Tchad, le partenariat financier et gestionnaire du secteur de la santé a été retenu comme une des stratégies à mettre en place pour atteindre les objectifs de santé pour tous d'ici l'an 2000.

Attendu que le Gouvernement du Tchad après son adhésion à l'Initiative de Bamako, a mis en oeuvre un processus de participation de la population aux coûts de la santé.

Et attendu que les partenaires extérieurs apportent un soutien substantiel et régulier au secteur de la santé dans le cadre de la coopération bi et multilatérale. Conscients et convaincus de la nécessité de conjuguer les efforts de tous les intervenants du secteur de la santé en vue d'améliorer la santé de la population, il a été convenu ce qui suit :

Chap.I - Dispositions Générales

Article 1 / Aux termes du présent accord conclu pour une durée renouvelable de x années, les parties en présence décident d'assurer en partenariat le financement du Centre de Santé de....

Article 2 / Les charges de fonctionnement retenues par les parties sont les suivantes :
- dépenses de fonctionnement,
- dépenses d'investissement.

Les dépenses de fonctionnement englobent les salaires du personnel fonctionnaire de la santé et ceux de la main-d'oeuvre contractuelle d'une part, et les dépenses d'approvisionnement en médicaments essentiels et autres consommables médicaux ainsi qu'en fournitures de bureaux d'autre part.

Les dépenses d'investissement englobent la fourniture des équipements, la construction des infrastructures, la formation initiale, ainsi que la première dotation en médicaments essentiels et autres produits consommables médicaux.

Article 3 / Les parties conviennent du principe de répartition suivant :
- Le Gouvernement et la population prennent en charge le financement du Centre de Santé de...,

- l'Organisation x prend en charge le financement des investissements.

Article 4 / L'Association de Santé Communautaire, représentant la population partie à cet accord de partenariat financier, doit avoir la qualité d'une Association Sans But Lucratif (ASBL) officiellement reconnue par l'autorité administrative compétente.

Chap.II - Obligations des Parties.

Section I - Obligations de l'Organisation x.

Article 5 / L'Organisation x s'engage à assurer le financement de tout ou partie des dépenses d'investissement du Centre de Santé de ... conformément au programme d'investissement publics du Gouvernement.

A cet effet, l'Organisation x a l'obligation de fournir les fonds nécessaires à l'achat des équipements et de la première dotation en médicaments essentiels et consommables médicaux nécessaires au fonctionnement du Centre de Santé de la Zone de..., ou à les fournir directement elle-même.

Elle a l'obligation de fournir les fonds pour le financement de la construction ou de la réfection des infrastructures du centre de santé de la zone de ... conformément aux normes officielles.

Section II - Obligations de l'Association de Santé Communautaire.

Article 6/ L'Association de Santé Communautaire s'engage à assurer par ordre de priorité, grâce aux fonds provenant de la participation de la population et collectés par elle :

- Les frais de renouvellement des stocks de médicaments et autres produits consommables médicaux,
- les frais de fonctionnement courant, c'est-à-dire l'achat des fournitures de bureaux, des produits d'entretien et du pétrole,
- les primes de motivation au personnel du Centre de santé x, et éventuellement le salaire du personnel contractuel de soutien.

Article 8 / L'Association de Santé Communautaire de la zone de... s'engage à gérer les fonds issus de la participation des populations au financement de la santé de façon transparente et à déposer ses recettes dans un compte bancaire ou postal de sa localité ou dans toute autre institution crédible pouvant jouer ce rôle dans la localité.

Article 9 / L'Association de Santé Communautaire s'engage à collaborer étroitement avec le responsable du Centre de Santé pour la gestion des recettes issues de la participation de la population aux coûts de la santé.

Elle s'engage à prendre les dispositions qui s'imposent pour éviter toute imixion ou perturbation de la part de ses représentants dans le fonctionnement du Centre de santé.

Article 10 / L'Association de Santé Communautaire accepte de faire parvenir à l'attention des autres parties au présent accord, des rapports périodiques sur la gestion des fonds et les problèmes rencontrés.

Section III - Obligations du Gouvernement.

Article 11 / Le Gouvernement s'engage à :

- assurer un paiement régulier des traitements et salaires des personnels et agents publics de la santé ;
- prendre toutes les dispositions règlementaires nécessaires en vue de la mise en oeuvre effective des principes de la participation des populations au financement des services de santé et de leur généralisation aux différents niveaux de la pyramide sanitaire ;
- surveiller grâce à un contrôle adéquat le bon fonctionnement du Centre de Santé, ainsi que la bonne gestion des ressources par le personnel du Centre de Santé et les représentants de l'Association de Santé Communautaire.

Chap. III - Dispositions Finales

Article 12/ En cas de non respect des clauses du présent accord de partenariat par l'une des parties, les deux autres peuvent le dénoncer après une mise en demeure de trois (3) mois au moins.
Tout différend relatif à l'interprétation ou à l'exécution du présent accord sera reglé à l'amiable entre les parties qui s'engagent dès lors à respecter le règlement intervenu.

Article 13 / Le présent accord peut être complété ou modifié à la demande d'une des parties à l'accord.

Il entre en vigueur à compter de la date de sa signature par les trois parties en présence.

Fait à N'Djaména, le

Pour le Gouvernement
Le Ministre de la Santé Publique
ou son Représentant

Pour l'Organisation x
Le Représentant

Pour l'Association de Santé Communautaire
Le Président

CONCLUSION

En conclusion de cette étude sur le statut juridique des Hôpitaux Périphériques et des Centres de Santé au Tchad, il nous semble nécessaire de faire relever la complexité du travail demandé, non pas pour le volume, mais à cause du vide juridique quasi-total en ce qui concerne le statut proprement dit de ces structures de santé.

Nous avons dû nous appuyer sur des interprétations tirées de quelques rares textes règlementant le système socio-sanitaire, ainsi que de quelques textes relatifs aux modalités de recouvrement des recettes des structures de santé pour déduire en quelque sorte leur nature juridique de services publics administratifs sans autonomie par rapport aux autres services de l'Administration de la Santé Publique. C'est le résultat de ces recherches, confronté avec les exigences de la nouvelle politique socio-sanitaire du pays, qui ont motivé l'option pour l'octroi de l'autonomie juridique et financière pour les Hôpitaux de Préfecture et de District.

Pour les Centres de Santé, la solution est différente et cela est fonction de leur taille réduite mais aussi surtout parce que le recouvrement des coûts de la santé peut s'appliquer plus facilement à leur niveau. La solution retenue pour eux est celle qui implique directement la population dans le processus de prise de décisions et de gestion des ressources, avec l'institution des Associations de Santé Communautaire dans les zones de responsabilité. Cette dernière solution déjà expérimentée grâce à plusieurs projets financés par les partenaires en développement avec un succès relatif, peut être plus performante à condition que les problèmes liés à la nature de ces associations et aux modalités de gestion des recettes de la participation de la population aux coûts de la santé soient gérés dans le sens d'une plus grande libéralisation de la part de l'Etat. Il faut entendre par là, que les associations de santé soient reconnues par ce dernier comme des Associations Privées Sans But Lucratif et que les interventions de l'Etat ne soient pas perçues comme des contraintes (contrôle de la gestion des ressources par exemple) mais plus comme une contribution (paiement régulier des salaires des agents de santé) à l'atteinte d'un objectif commun : l'amélioration de la qualité des soins.

Dans tous les cas, qu'il s'agisse des Hôpitaux Périphériques ou des Centres de Santé, les solutions préconisées ne peuvent être utiles que grâce à l'existence d'une volonté politique réelle. Cela serait d'autant plus souhaitable que la solution classique qui consistait à reverser la totalité des recettes perçues par les services de santé au trésor public et à attendre de la part du budget général de l'Etat des crédits pour leur fonctionnement a suffisamment montré ses limites, surtout depuis que la conjoncture économique de plus en plus difficile rend l'Etat incapable d'assumer seul les charges de fonctionnement de la quasi-totalité de ses services et particulièrement des services publics de la santé.

Enfin, étant donné que l'expérience a montré que la population accepte volontiers de participer aux coûts de la santé, et étant donné également la disponibilité des partenaires en développement qui contribuent déjà pour une part non négligeable au financement du secteur santé, l'Etat devrait faire des efforts pour assurer un paiement régulier des salaires du personnel de la Santé Publique.

Nous osons croire que l'adoption des textes proposés et leur application effective permettront de pallier les obstacles qui freinent sur le plan juridique le fonctionnement rationnel des formations sanitaires visées dans la présente étude, pour une autonomie réelle.

ANNEXES

Annexe 1 : Termes de Référence

Annexe 2 : Décret n°086/PR/MSP/94 du 18/04/94, portant Organisation et Attributions du Ministère de la Santé.

Annexe 3 : Arrêté n°152/MSP/94 du 18/05/94, portant Organisation et Fonctionnement du Ministère de la Santé Publique (extraits).

Annexe 4 : Décret n°342/PR/SP/AFF.SOC du 29/12/73, fixant le tarif des consultations données dans les formations sanitaires administratives.

Annexe 5 : Décret n°343/PR/SP/AFF.SOC du 29/12/73, portant règlementation de l'exercice de la clientèle médicale privée, du traitement des particuliers, des conventions de visite et de soins.

Annexe 6 : Ordonnance n°026/PR/84 du 31/12/84, portant Budget général pour 1985 (extraits).

Annexe 7 : Décret n°033/PR/MSP/85 du 12/02/85, modifiant l'article 4 du Décret n°343/PR/SP/AFF.SOC du 29/12/73.

Annexe 8 : Arrêté n°102/MSP/SE/DG/90 du 23/10/90, Instituant le Système de Recouvrement des Coûts de la Santé.

Annexe 9 : Arrêté n°74/MSP.SE.DG/89 du 25/02/89, Portant Création du Comité de conception d'un système de recouvrement des coûts de la Santé au Tchad.

Annexe 10 : Arrêté n°003/MSP/DG/94 du 05/01/94, Instituant la Participation Communautaire aux Coûts de la Santé.

ANNEXE I

TERMES DE REFERENCE DU CONSULTANT NATIONAL : Le Statut Juridique des Infrastructures Sanitaires au Tchad.

Historique de la Consultation Sectorielle Santé/Affaires Sociales

Le processus de la Table Ronde Sectorielle (TRS) a été choisi par le Gouvernement du Tchad comme mécanisme de mobilisation et de coordination de l'aide extérieure. A l'issue de la TRS dans le domaine de la Santé et des Affaires Sociales (Janvier 1993), il a été décidé qu'une Cellule Technique de Suivi (CTS) serait mise en place pour aider à la préparation de la programmation opérationnelle de secteur Santé/Affaires Sociales. La mise en place de la CTS ainsi que son rôle sont définis dans un projet financé par le Programme des Nations-Unies pour le Développement (PNUD) et dont l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est l'agence d'exécution.

Le but du projet est la réalisation des dossiers techniques sur huit sujets prioritaires dans le domaine de la santé publique et des affaires sociales ainsi que l'élaboration du programme-cadre d'appui du PNUD au secteur. Les données complémentaires ainsi collectées doivent aider les différents bailleurs de fonds à mieux programmer leurs interventions auprès du Ministère de la Santé Publique et du Ministère de la Condition Féminine et des Affaires Sociales. L'aide à la décision ainsi fournie doit permettre aux différentes agences multilatérales, bilatérales, et non gouvernementales d'intervenir d'une manière plus efficace et plus efficiente en répondant à deux critères :

1) la mise en place de programmes respectant les orientations de politique sanitaire et sociale énoncées par le Ministère du Plan de la Coopération (Tome I du rapport de la TRS, p.47-71);

2) la coordination spatiale et temporelle entre agences.

Parmi ces études, le statut juridique des infrastructures socio-sanitaires du Tchad constitue une nécessité, préalable à la mise en place d'un recouvrement des coûts. Pour cette étude, la CTS sera appuyée par un Consultant National.

Problématique du Statut des Infrastructures Socio-Sanitaires au Tchad

Les principaux problèmes identifiés dans ce domaine sont :

l'absence d'un cadre juridique permettant aux structures de santé de tous niveaux (centres de santé, hôpitaux de district, hôpitaux préfectoraux, hôpital national) de mettre en application le recouvrement des coûts.

- l'absence d'une autonomie de gestion, responsable entre autres d'une insuffisance de budget de fonctionnement (hôpitaux), voire d'une absence totale (centres de santé).

Description des tâches

Le Consultant National a pour mission d'apporter une assistance à la CTS en vue d'élaborer le statut des formations sanitaires de tous niveaux, dans le respect des mesures de politique socio-sanitaire définies dans le document de stratégie de la TRS.

Le consultant devra :

1) Prendre connaissance des textes législatifs existants qui définissent le statut et régissent le fonctionnement des structures socio-sanitaires de tous niveaux au Tchad.

2) Identifier les points qui freinent la mise en application du recouvrement des coûts dans les textes législatifs existants.

3) Identifier les lacunes existantes en terme de textes législatifs manquants dans le domaine du statut juridique des formations socio-sanitaires.

4) Proposer des changements dans les textes législatifs définissant le statut juridique des structures sanitaires de tous niveaux.

5) Présenter un projet de statut juridique des hôpitaux centraux de Préfecture et de District ainsi que des centres de santé.

Durée de la mission : 1 mois, à partir d'Avril 1994.

Qualifications et Expériences :

- Formation en droit et/ou administration de la santé.

- Expérience en formulation de textes législatifs au Tchad, de préférence dans le domaine de la santé.

Bonne connaissance du contexte et des institutions tchadiennes. La participation au processus de la TRS serait un atout.

Nationalité : tchadienne .

ANNEXE 2

REPUBLIQUE DU TCHAD
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

Visa : S.G.G.

Décret n° 086 /PR/MSP/94
Portant Organisation et Attributions
du Ministère de la Santé Publique

Le Président de la République,
Chef de l'Etat,
Président du Conseil des Ministres.

VU La Charte de Transition ;
VU L'Acte n° 002/CNS/93 du 5 Avril 1993, portant adoption de la Charte de Transition
VU Le Décret n° 282/PR/93 du 9 Août 1993, portant publication de la Charte de Transition ;
VU Le Décret n° 728/PR/93 du 9 Novembre 1993, portant nomination du Premier Ministre de Transition
VU Le Décret n° 010/PR/94 du 18 Janvier 1994, portant remaniement du Gouvernement de Transition ;
Sur proposition du Ministre de la Santé Publique.
Le Conseil des Ministres entendu en sa séance du 24 février 1994

D E C R E T E

TITRE I : Dispositions Générales

Article 1 : Le Ministère de la Santé Publique a pour mission de veiller sur l'état sanitaire de la population dans le but de permettre le développement harmonieux de ses facultés physiques et morales et son adaptation au milieu social du pays. Pour ce faire, il doit lutter contre les causes de détérioration du bien-être physique, mental et social qui peut l'affecter individuellement et/ou collectivement.
Il élabore pour le Gouvernement la politique sanitaire, la planifie, veille à sa mise en oeuvre et en contrôle l'exécution.

Article 2 : Le Ministère de la Santé Publique assure la responsabilité de la conception de la mise en oeuvre de la politique de formation de son personnel soit directement soit en collaboration avec d'autres Départements et Organismes intéressés.

Article 3 : Le Ministère de la Santé Publique exerce un contrôle spécifique sur :
1° - les Organismes Professionnels sanitaires ;
2° - les Associations professionnelles sanitaires ;
3° - toute Entreprise d'importation, de distribution et de fabrication de produits pharmaceutiques ;
4° - les Etablissements privés et corporatifs de diagnostic de soins et de prestations médicales et paramédicales ;
5° - la pratique de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles.

TITRE II : Organisation du Ministère de la Santé Publique

Article 4 : Le Ministère de la Santé Publique est placé sous l'autorité du Ministre qui est assisté, dans ses fonctions, par :

- une Direction de Cabinet
- des structures tecniques centrales et régionales
- des institutions nationales
- des organes consultatifs

Article 5 : L'Organisation et les attributions de la Direction de Cabinet sont celles définies dans le Décret n° 434/PR/SGG/90 du 30 Août 1990.

Article 6 : les structures techniques centrales et régionales du Ministère de la Santé Publique sont :

- une Direction Générale
- des Directions Techniques Centrales
- des Délégations Préfectorales

Un arrêté du Ministre de la Santé Publique précise les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces structures.

CHAPITRE I : La Direction Générale

Article 7 : La Direction Générale est dirigée par un Directeur Général
Il est assisté d'un Directeur Général Adjoint.

Article 8 : En plus des attributions définies dans le Décret n° 22/PR/CSM/SGG du 6 juin 1975, le Directeur Général est chargé de superviser, coordonner et animer les Directions des Délégations Préfectorales et le Comité Technique du Conseil National de la Santé.

CHAPITRE II : Les Directions Techniques

Article 9 : Les Directions Techniques sont dirigées par des Directeurs
Ils peuvent être assistés d'un Directeur Adjoint.

Article 10 : Les Directeurs techniques, sous l'autorité du Directeur Général, ont pour tâches de :

- superviser, coordonner et animer leur direction ;
- veiller à la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et de leur direction ;
- collaborer à l'établissement d'un plan d'action sanitaire ;
- élaborer et mettre en oeuvre des politiques, des orientations, des programmes cadres et plans d'action afin de réaliser le plan sanitaire du Département ;
- veiller au contrôle, au suivi et à l'évaluation des programmes et mesures retenus à cette fin ;
- effectuer des analyses et produire des informations portant sur la pertinence, la cohérence, l'efficacité, l'efficience et l'impact de programmes et mesures retenus ;
- apporter un appui technique aux Directions des Préfectures Sanitaires ;
- rendre compte périodiquement au Directeur Général de la situation de leur direction respective et des mandats qui leur sont confiés.

Article 11 : Sont directement placées sous l'autorité du Directeur Général les unités suivantes auxquelles sont déléguées les responsabilités correspondant à leurs champs de compétence :

- la Direction de Planification et de la Formation ;
- la Direction des Ressources Humaines ;
- la Direction des Etablissements Sanitaires ;
- la Direction des Activités Sanitaires.

52

Section 1 : - La Direction de la Planification et de la Formation

Article 12 : Le Directeur de la Planification et de la Formation est chargé de :

- préparer, en collaboration, la planification sanitaire du Département ;
- développer l'instrumentation technique et méthodologique nécessaire à l'òbtention et au traitement de données, à l'élaboration de bases de données, à leur mise à jour et à leur diffusion ;
- veiller à la collecte et à la conservation de la documentation scientifique, technique et administrative du Département;
- élaborer et planifier la politique de formation du Département

Section 2 : - La Direction des Ressources Humaines

Article 13 : Le Directeur des Ressources Humaines est chargé de :

- préparer les priorités et objectifs du Département afin d'optimaliser l'utilisation des ressources humaines;
- collaborer au contrôle, au suivi et à l'évaluation des politiques, normes et procédures relatives aux ressources humaines;
- produire et maintenir à jour les données statistiques concernant le personnel du Département;
- veiller, en collaboration avec les autres directions, à la sélection, à la promotion, à l'affectation et à l'évaluation du personnel du Département;
- apporter un appui technique aux responsables du Département dans la gestion de leurs personnels respectifs;
- assurer le déploiement du personnel national et des assistants techniques;
- collaborer à la préparation du budget et à la conception des états de paiement de salaire et instruire les recommandations y afferentes;
- assurer l'inspection administrative.

Section 3 : : La Direction des Etablissements Sanitaires

Article 14 : Le Directeur des Etablissements Sanitaires est chargé de :

- élaborer, en collaboration avec les autres Directions, les bésoins en formations sanitaires, en équipements médicaux, en matériel de laboratoire, de pharmacie et en recherche biomédicale ;
- veiller à la classification et aux attributions respectives des formations sanitaires, veiller à leur développement et à leur complémentarité ;
- élaborer la réglementation, les politiques, normes et procédures relatives aux formations sanitaires, publiques, par-publiques et privées, à la technologie médicale, à la pharmacie et à la recherche biomédicale, veiller à leur application ;
- organiser la coordination des évacuations médicales ;
- coordonner et superviser la commission médicale, administrative et la commission médicale de réforme.

Section 4 : La Direction des Activités Sanitaires

Article 15 : Le Directeur des Activités Sanitaires est chargé de :

- élaborer, en collaboration avec les autres Directions les activités sanitaires ;
- veiller à l'intégration des programmes relatifs aux activités sanitaires ;
- veiller à la surveillance épidémiologique et à la lutte contre les grandes endémies
- veiller à la promotion de la santé maternelle et infantile, au bien-être familial et à la nutrition ;
- veiller à la promotion de l'hygiène du milieu et à l'assainissement;
- veiller au développement de la médecine scolaire, universitaire et du travail;
- veiller à la qualité des soins.

Article 16 : Le Directeur Général et son Adjoint ainsi que les Directeurs techniques et leurs Adjoints sont nommés par Décret pris en Conseil des Ministres sur proposition du Ministre de la Santé Publique.

CHAPITRE III : Les Délégations des Préfectures Sanitaires

Article 17 : Les Délégués des Préfectures Sanitaires sont nommés par Arrêté Ministériel sur proposition du Directeur Général de la Santé Publique.
Ils peuvent percevoir une indemnité forfaitaire déterminée par arrêté conjoint du Ministre de la santé Publique et des Finances.

Article 18 : Les délégués des Préfectures Sanitaires, sous la ssupervision de la Direction Générale, sont chargés de :

- superviser, coordonner et animer les formationssanitaires placées sous leur autorité ;
- veiller à la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et placées sous leur autorité ;
- veiller et l'élaboration et à l'application d'une planification préfectorale tenant compte de la planification et des programmations nationales ;
- veiller aux problématiques sanitaires spécifiques à leur Préfecture;
- veiller au développement du plan de couverture sanitaire de leur Préfecture ;
- veiller au respect des politiques, normes et procédures administratives et techniques du Département et du Gouvernement ;
- rendre compte périodiquement au Directeur Général de la situation de leur Préfecture et des mandats spécifiques qui leurs sont confiés.

CHAPITRE IV : Des Institutions Nationales

Article 19 : Les institutions nationales sont des Etablissements à caractère national placés sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique.

Les attributions, le fonctionnement et l'organisation de chaque institution nationale sont fixés par Décret.

CHAPITRE V : Des Organes Consultatifs

Article 20 : Il est institué un Conseil National de Santé qui a pour mission de donner son avis sur les problèmes touchant à l'organisation et au développement des activités sanitaires à travers le pays.

Article 21 : Le Conseil National de Santé est présidé par le Ministre de la Santé Publique.
Il est composé des membres suivants :

- le Minstre de la Condition féminine et des Affaires Sociales;
- le Ministre de la Défense ;
- le Ministre du Plan et de la Coopération ;
- le Ministre de l'Intérieur ;
- le Ministre des Finances ;
- le Ministre de l'Education Nationale ;
- le Ministre chargé des Ressources en Eau ;
- le Ministre de la Fonction Publique et du Travail ;
- le Secrétaire Général du Gouvernement ;
- deux membres du Parlement.

Article 22 : Le Conseil National de la Santé se réunit au moins une fois par an chaque fois que le besoin s'en fait sentir. Il est assisté d'un Comité Technique composé de :

Président : - Directeur Général de la Santé Publique ;

Membres : - le Directeur Général du Plan et de la Coopération ;
- le Directeur Général de la Condition féminine et des Affaires Sociales;
- le Directeur Général de l'Intérieur ;
- le Directeur Général des Finances ;
- le Directeur Général de l'Education Nationale ;
- le Directeur Général du Ministère chargé des Ressources en Eau
- le Directeur Général de la Fonction Publique et du Travail ;
- le Directeur des Services de Santé des Armées

Article 23 : Le Comité Technique du Conseil National se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son Président.

Article 24 : Le Comité Technique du Conseil National a pour attribution de :
- préparer l'ordre du jour du Conseil ;
- veiller à l'organisation des réunions du Conseil ;
- préparer les dossiers à soumettre au Conseil ;
- assurer le suivi des propositions retenues.

Article 25 : Les avis du Conseil National revêtent un caractère consultatif.

TITRE III : Dispositions Finales

Article 26 : L'organisation et le fonctionnement des structures centrales, intermédiaires et régionales du Ministère de la Santé Publique sont définies par arrêté ministériel.

Article 27 : Le présent Décret abroge toutes dispositions antérieures contraires.

Article 28 : Le Ministre de la Santé Publique et le Ministre des Finances sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'application du présent Décret qui prend effet pour compter de la date de sa signature et sera enregistré et publié au Journal Officiel.

Fait à N'Djaména, le 18 AVRIL 1994

Par le Président de la République
Le Premier Ministre

Dr NOURADINE DELWA KASSIRE COUMAKOYE

LE COLONEL IDRISS DEBY

Le Ministre de la Santé Publique

Mahamat-Ahmat ALHABO

55

ANNEXE 3

REPUBLIQUE DU TCHAD

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

DIRECTION GENERALE

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

Arrêté n° 152 /MSP/DG/94
Portant Organisation et Fonctionnement
du Ministère de la Santé Publique

Le Ministre de la Santé Publique

VU La Charte de Transition ;
VU L'Acte n° 002/CNS/93 du 5 Avril 1993, portant adoption de la Charte de Transition ;
VU Le Décret n° 282/PR/93 du 9 Août 1993, portant publication de la Charte de Transition ;
VU Le Décret n° 728/PR/93 du 9 Novembre 1993, portant nomination du Premier Ministre de Transition
VU Le Décret n° 742/PR/93 du 13 Novembre 1993, portant nomination des Membres du Gouvernement de Transition ;
VU Le Décret n° 086 /PR/MSP/94 du 18 Avril 1994 , portant organisation et attribution du Ministère de la Santé Publique;
VU Les nécessités de service.

A R R E T E

TITRE I : L'ORGANISATION SANITAIRE DU PAYS

Article 1er : Les services du Ministère de la Santé Publique sont regroupés dans un système sanitaire à trois niveaux de responsabilité et d'activités dont :

a) Un niveau central comprenant
- un Conseil National de la Santé ;
- une Administration Centrale
- un Hôpital Général, de référence nationale ;
- des Institutions Nationales.

b) Un niveau intermédiaire comprenant :
- des Conseils Préfectoraux de la Santé ;
- des Administrations des Délégations Sanitaires ;
- des Hôpitaux Préfectoraux.

c) Un niveau périphérique comprenant :
- des Conseils Préfectoraux des Districts ;
- des Administrations des Districts Sanitaires ;
- des Hôpitaux des Districts ;
- des Conseils de Santé de Zones de responsabilité ;
- des Zones de Responsabilité (Centres Sanitaires).

Article 2 : Les conseils de Santé veillent à impliquer aux trois niveaux précités les principaux intervenants de l'environnement sanitaire.

Article 3 : l'Administration Centrale veille à l'élaboration de la politique sanitaire du pays, à sa planification, à sa mise en oeuvre, à son évaluation et à son contrôle.

Article 4 : Les limites territoriales des Délégations Sanitaires se confondent avec celles des Délégations Administratives.

L'Administration des Délégations Sanitaires est une structure décentralisée qui veille à l'application de la politique sanitaire nationale, à son exécution, à son évaluation et à son contrôle.

Article 5 : Les Délégations Sanitaires sont divisées en districts sanitaires qui, en tant que structures déconcentrées, veillent à l'application locale de la politique préfectorale, à son exécution, à son évaluation et à son contrôle.

Article 6 : Les Districts Sanitaires sont divisés en zones de responsabilité qui comprennent un Centre Sanitaire. Ils veillent à l'exécution des activités sanitaires globales, continues, intégrées et promotionnelles.

Article 7: L'identification des districts sanitaires et des zones de responsabilité est fixée par un Arrêté.

Article 8 : Les formations sanitaires comprennent :
- un Hôpital Général, de référence nationale ;
- un Hôpital de Délégation ;
- un Hôpital de Districts par District Sanitaire ;
- un Centre Sanitaire par zone de responsabilité.

TITRE II : DE L'ORGANISATION DU MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

Article 9 : Le Ministre est assisté dans ses fonctions par :
- une Direction de Cabinet ;
- des Structures Techniques Centrales et régionales;
- des Institutions Nationales ;
- des Organes Consultatifs .

Article 10 : Un conseil de Cabinet assiste le Ministre dans le suivi et la coordination de la politique sanitaire du Département.

Il est composé du Ministre, des Directeurs Généraux et des Directeurs Techniques.
Il se réunit périodiquement sous la direction du Ministre.

Article 50 : la Division de la Planification-Programmation.

Le Chef de la Division de la Planification-Programmation, sous l'autorité du Délégué Sanitaire est chargé de :

- superviser, coordonner et animer le personnel sous son autorité ;
- veiller à l'adaptation régionale des programmes nationaux et à leur exécution ;
- veiller à la planification et à la programmation d'activités sanitaires spécifiques à leur région;
- veiller à la formation des agents de la Délégation Sanitaire ;
- veiller à la collecte de l'information statistique, à son traitement, à son acheminement au niveau central et à sa retro-information aux districts sanitaires ;
- veiller à l'identification des besoins en médicaementss.

Article 51 : L'organisation, les attributions et les fonctionnements des hôpitaux préfectoraux sont fixés par Arrêté du Ministre de la Santé Publique.

Section II : Des Structures Régionales

Article 52 : Le Chef de District est nommé par Arrêté du Ministre de la Santé Publique, sur proposition du Délégué Sanitaire.

Article 53 : Le Chef de District Sanitaire, sous l'autorité du Délégué Sanitaire est chargé de :

- superviser, coordonner et animer l'hôpital de District et les zones de responsabilité placés sous son autorité ;
- convoquer et animer le Comité de Direction de son district et participer au Conseil de Santé du district ;
- veiller à la gestion des ressources humaines, financières, matérielles placées sous son autorité ;
- veiller à l'approvisionnement et à la distribution des médicaments et petits équipements pour son district ;
- veiller à la bonne gestion des ressources financières générées par la participation de la population ;
- veiller, en collaboration avec les responsables de l'Hôpital du district, Le Chef de Zone de responsabilité, le Chef de la Division des Ressources et de la Programmation et le Directeur Préfectoral, à l'élaboration et à l'application de la planification et des programmations de son district ;
- veiller au respect et au développement du Plan de couverture Sanitaire de son district relatifs aux infrastructures et aux équipements ainsi qu'aux activités du paquet minimum de l'Hôpital de district et des zones de responsabilité ;
- veiller à l'application et au respect des politiques, normes et procédures du Département et du Gouvernement ;
- veiller à la formation du personnel du district ;
- veiller à la collecte et à la ventilation de l'information statistique ;
- assurer, en collaboration avec le Responsable de l'Hôpital et Le Chef de Zone de Responsabilité, la surveillance épidemiologique du district ;
- participer aux réunions du Comité de Direction de la Délégation ;
- rendre compte périodiquement au Directeur Préfectoral de la situation de son district et des mandats spécifiques qui lui sont confiés.

Article 54 : Le Chef de district a autorité sur Le Chef de Zone de responsabilité, le Responsable de l'Hôpital de district et le Chef de la Division des Ressources et de la Programmation auxquels il délègue les responsabilités correspondant à leurs champs de competence.

Article 55 Le Chef de Zone de Responsabilité, sous l'autorité du Chef de district, est chargé de :

- veiller à la bonne gestion des ressources humaines, financières et matérielles placées sous son autorité ;
- veiller à la supervision technique et à la formation du personnel des Centres sanitaires ;
- veiller à l'application du "paquet minimum d'activités" et des programmations spécifiques des Centres sanitaires ;
- veiller à l'approvisionnement des Centres sanitaires en médicaments et en petits équipements médico-techniques ;
- superviser, en collaboration avec le Chef de la Division des Ressources et de la Programmation, le circuit des sommes générées par la participation de la population;
- veiller au respect des politiques, normes et procédures et s'assurer d'un retour équitable des sommes récoltées vers les Centres sanitaires ;
- veiller à l'application du système de référence des malades ;
- veiller, en collaboration avec le Responsable de l'Hôpital du district, à la surveillance épidémiologique du district ;
- veiller à la collecte des informations statistiques des Centres sanitaires, à leur traitement, à leur transmission et à leur retro-information ;
- participer au Comité de Direction du district ;
- rendre compte périodiquement au Chef de district de la situation des Centres sanitaires et des mandats spécifiques qui lui sont confiés.

Le Chef de Zone de Responsabilité a autorité sur les Chefs des Centres sanitaires à qui il délègue les responsabilités correspondant à leurs champs de compétence.

Le Comité de Direction de la Chefferie de la zone de responsabilité est composé du Chef de zone de responsabilité et des Responsables des Centres Sanitaires.

Article 56 : Le Chef de la Division des Ressources et de la Programmation de district, sous l'autorité du Chef du district, est chargé de :

- veiller, en collaboration avec le Responsable de l'Hôpital du district et les Chefs des Zones de Responsabilité, à la bonne gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informatiques du district ;
- superviser, coordonner et animer la Division des Ressources et Programmation du district ;
- veiller à la bonne gestion des sommes générées par la participation de la population
- veiller à l'entretien préventif et à la réparation des infrastructures des biens meubles et immeubles et des équipements du district ;
- veiller à l'hygiène hospitalière, à la gestion des services de cuisine et de blanchisserie, à l'entretien et à la surveillance du parc automobile du district ;

- veiller, en collaboration avec les autres cadres du district, à la préparation du budget et à son exécution ;

- agir en tant que régisseur des recettes et dépositaire comptable du matériel pour le district ;

- veiller, en collaboration avec le Responsable de l'Hôpital, à la gestion du bureau des entrées et au respect du système de référence de même qu'à la circulation des malades ;

- veiller, en collaboration avec les cadres du district, à l'élaboration d'une programmation de la Division des Ressources et Programmation et à son exécution ;

- veiller, en collaboration avec le Responsable de l'Hôpital et Le Chef de Zone de Responsabilité à la gestion du système statistique ;

- veiller, en collaboration, à l'assainissement et aux programmes communautaires ;

- participer au Comité de Direction ;

- rendre compte périodiquement au Chef de district de la situation de la Division des Ressources et Programmation des mandats spécifiques qui lui sont confiés.

Article 57 : Une zone de responsabilité contient au moins un centre sanitaire.

Article 58 : Le Responsable du Centre Sanitaire, sous l'autorité du Chef de Zone de Responsabilité du district, est chargé de :

- veiller à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières du Centre ;

- veiller à la collecte des informations statistiques ;

- veiller à l'application des politiques, normes et procédures relatives à la participation de la population au coût du système sanitaire, au système de référence des malades et à toute autre directive du département et du Gouvernement ;

- veiller à la qualité des prestations dispensées à la population de sa zone de responsabilité et ce, en fonction d'un "paquet minimum d'activités" comprenant des activités sanitaires de types curatifs, préventifs et promotionnels ;

- veiller à l'application des programmes spécifiques à sa zone de responsabilité ;

- veiller à l'implication de la population par la participation et l'animation du Conseil de Santé de la zone de responsabilité ;

- participer au Comité de Direction des zones de responsabilité du district ;

- rendre compte périodiquement au Chef des zones de responsabilité du district de la situation de sa zone de responsabilité et des mandats qui lui sont confiés.

Article 59 : L'organisation, les attributions et le fonctionnement des Hôpitaux des districts sont fixés par arrêté du Ministre de la Santé Publique.

Section III : Du Conseil Préfectoral de la Santé

Article 60 : Il est institué dans chaque Délégation un Conseil Préfectoral de Santé qui a pour mission de donner son avis sur les questions touchant à l'organisation et au développement des activités sanitaires.

Article 61 : Le Conseil Préfectoral est présidé par le Préfet de la circonscription administrative.

Article 70 : Le Conseil de la Zone de Responsabilité est présidé par le Chef de canton, siège du Centre sanitaire.

Il est composé :

- d'un Représentant de la population de chaque Centre sanitaire ;
- des Infirmiers responsables desCentres sanitaires.

Article 71 : Le Conseil de la zone se réunit une fois par trimestre et chaque fois que le besoin s'en fait sentir.
L'infirmier responsable du Centre assure le secrétariat du Conseil.

Article 72 : Les avis du Conseil de la zone revêtent un caractère consultatif.

TITRE VI : DISPOSITIONS FINALES

Article 73 : Le présent Arrêté abroge toutes dispositions antérieures contraires.

Article 74 : Le Directeur Général du Ministère Santé Publique est chargé de l'application du présent arrêté qui prend effet pour compter de la date de sa signature.

Fait à N'Djaména, le 1 3 MAI 03

Le Ministre de la Santé Publique

Mahamat-Ahmad ALHABO

61

ANNEXE 4

Unité - Travail - Progrès

REPUBLIQUE DU TCHAD
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES

Direction de la Santé Publique

Visas : Finances
C.F.
S.G.G.

DECRET Nº 342 /PR/SP/AFF.SOC
fixant le tarif des consultations données dans les formations sanitaires administratives.

Le PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE
Président du Conseil des Ministres

VU la Loi constitutionnelle nº 2/62 du 16 Avril 1962 et les textes modificatifs subséquents ,

VU le décret nº 118/F du 29 Juin 1963 portant réglement sur la Comptabilité Publique,

VU le Décret nº 92/66/DSP-AD du 9 Mai 1966 portant modification du décret nº 224/AFF.SOC du 28 Décembre 1962 fixant le tarif des consultations données aux bénéficiaires de l'assistance médicale,

Sur proposition du Ministre de la SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES,

Le CONSEIL DES MINISTRES entendu,

D E C R E T E :

Article 1 - Toute consultation donnée dans les formations sanitaires administratives (hopitaux, polycliniques, Centres médicaux, Infirmeries, etc..) est assujettie au versement préalable d'un droit dont le montant est fixé à CENT FRANCS (100 Frs).

Article 2 - Toutefois, en cas d'urgence, le paiement de ce droit peut n'intervenir qu'après la consultation, sans que délai de paiement puisse excéder 48 heures.

Article 3 - Les consultants acquittent le montant de ce droit entre les mains du gestionnaire de la formation hospitalière ou d'un Régisseur de recettes nommé par arrêté du Ministre des Finances, sur proposition du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Article 4 - Il leur en est donné récépissé à l'aide de quittances détachées de quittanciers fournis par les Services du Trésor.

Article 5 - Les agents chargés de la perception de ce droit effectuent le reversement des recettes perçues, à la Caisse du Comptable public le plus proche, selon les modalités et la périodicité déterminées par l'arrêté de création de la régie de recette.

Ils fournissent à l'appui de leur versement des états récapitulatifs, faisant ressortir par journée le nombre de consultations données, les références des quittances délivrées, et arrêtés au montant global du versement.

Ces états sont contresignés par le responsable de la formation sanitaire; il en est de même du quittancier qui est arrêté à chaque versement.

Article 6 - Un exemplaire de ces états récapitulatifs de versement est immédiatement adressé pour information :

au Directeur du Budget
au Directeur du Contrôle Financier
au Directeur de la Santé Publique

Article 7 - Le présent décret qui abroge toutes dispositions antérieures contraires et en particulier le décret nº 92/66/DSP.AD du 9 Mai 1966, entrera en vigueur à compter du 1er Janvier 1974 et sera enregistré et publié au Journal Officiel.

N'DJAMENA, le 29 Décembre 1973

Par le Président de la République
Le Ministre des FINANCES

N'DEINGAR MBAILEMDANA

N'GARTA TOMBALBAYE

Le Ministre de la SANTE PUBLIQUE
et des Affaires Sociales

Dr BAROUM BAB JEGGLE

63

ANNEXE 5

REPUBLIQUE DU TCHAD
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES

Direction de la Santé Publique

Unité - Travail - Progrès

DECRET N° 343 /PR/SP/AFF.SOC.
portant réglementation de l'exercice de la Clientèle Médicale privée, du traitement des particuliers, des Conventions de Visites et de Soins.

Visas : Finances
C.F.
S.G.C.

Le PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE
Président du Conseil des Ministres

VU la loi constitutionnelle n° 2/62 du 16 Avril 1962 et les textes modificatifs subséquents,

VU le décret n° 110/F du 29 Décembre 1963 portant règlement sur la Comptabilité Publique,

VU le décret n° 35 du 1er Mars 1962 portant réglementation de l'exercice de la Clientèle Médicale privée en République du Tchad,

Sur proposition du Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales,

Le CONSEIL DES MINISTRES entendu,

D E C R E T E :

Article 1 -

a) Le tarif des consultations et visites données par les Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens Dentistes, Sages-Femmes et Auxiliaires Médicaux diplômés d'Etat exerçant librement leur art ou autorisés à exercer en clientèle privée, fixé comme suit :

- consultation au cabinet du médecin ou vacation	1.000 Frs
- visite en ville	1.500
- visite de nuit ou du dimanche et jours fériés	2.500

Ces tarifs sont doublés en ce qui concerne les médecins spécialistes tels qu'ils sont définis à l'article 8.

b) Le tarif des certificats médicaux délivrés par les mêmes praticiens est fixé comme suit :

- Certificat d'Age Apparent	200 Frs
- Certificat d'Aptitude à un emploi administratif	400
- Certificat d'Aptitude à la navigation aérienne	1.200 à 2.000
- Certificat de permis de conduire	1.000
- Certificat d'Accident du Travail	1.000
- Certificat de coups et blessures	1.200

c) La valeur des lettres-clefs concernant les actes médicaux effectués par les mêmes praticiens est fixé comme suit :

K = ...	350 Frs
PC = ...	300
KR = ...	350
D = ...	250
CF = ...	150
AMI = ...	150
B = ...	100

Les coefficients à appliquer aux lettres-clefs sont ceux de la nomenclature générale des actes professionnels prévus en République du Tchad.

Article 2 - Les prix indiqués à l'article précédent constituent des obligatoires pour les praticiens privés et des tarifs obligatoires pour les praticiens autorisés à exercer en clientèle privée.

Article 3 - Clientèle privée :

Dans le cas où le libre choix ne peut s'exercer, les Médecins, Chirurgiens Dentistes, Sages-Femmes et Auxiliaires Médicaux diplômés d'Etat, fonctionnaires civils ou militaires, peuvent être autorisés, par arrêté nominatif du Ministre de la Santé Publique, à exercer en pratique privée à titre onéreux.

Dans les localités où n'existent pas de Cabinet de Radiologie et de Laboratoire d'analyses médicales (chimiques et biologiques), les Médecins et Pharmaciens spécialistes, fonctionnaires civils ou militaires, peuvent être autorisés par arrêté nominatif du Ministre de la Santé Publique à exercer en pratique privée à titre onéreux.

Dans les localités où il existe au moins deux praticiens généralistes privés civils, seuls les spécialistes fonctionnaires civils ou militaires peuvent être autorisés à exercer en pratique privée. Ils appliquent alors le tarif des spécialistes.

L'exercice de la clientèle privée par un médecin fonctionnaire ou contractuel ne peut se pratiquer à l'intérieur d'une formation sanitaire, ni pendant les heures normales de service. Exception est faite pour les spécialistes de Radiologie et les Médecins et Pharmaciens Chefs des Laboratoires d'analyses médicales, dont les actes ne peuvent être pratiqués qu'à l'intérieur de la formation; dans ce cas l'exercice de la clientèle privée est régi par les dispositions de l'article 5 (traitement des particuliers).

Les règles concernant la répartition des honoraires des visites à domicile entre le budget de l'Etat (60 %) et les praticiens (40 %), les modalités de perception de ces honoraires et de reversement tant au budget de l'Etat qu'aux praticiens sont celles définies à l'article 5 du présent décret.

Article 4 - Conventions de visites et de soins (médecine du Travail).

Des conventions peuvent être établies entre les employeurs ou personnes morales et des médecins privés ou l'Etat, quand il s'agit de médecins-fonctionnaires civils ou militaires, ou de médecins contractuels de l'Etat.

Aucun médecin fonctionnaire ou contractuel ne peut être partie à une convention de visites et de soins sans que cette convention n'ait fait l'objet au préalable d'une demande de l'employeur à la Direction de la Santé Publique et n'ait reçu les visas de l'Inspection du Travail, de la Direction des Finances, du Contrôleur Financier et du Secrétaire Général du Gouvernement, ainsi que l'approbation du Ministre de la Santé Publique.

Le tarif mensuel forfaitaire est basé sur 1/5ième d'une consultation par personnel employé par l'entreprise.

Les sommes dues au titre des conventions de visite et de soins passées avec l'Etat sont versées mensuellement et directement par l'employeur au Trésor, qui reverse aux praticiens la quote-part leur revenant sur Bon de caisse établi par les Services financiers compétents. Cette quote part est fixée à 50 % du montant des versements effectués.

En ce qui concerne les actes pratiqués en K - ME - PC - D et payés par les malades hospitalisés à leurs frais, la totalité des sommes encaissées profite au Budget de l'Etat.

Article 6 - Les honoraires des actes pratiqués au cours de la consultation ou visite en PC - K - KR - D - L - S ne se cumulent pas avec ceux de la consultation ou visite.

Seul est payé l'acte dont les honoraires sont les plus élevés. Chaque radio ou analyse demandée à un Laboratoire de chimie ou de biologie est considérée comme un acte séparé.

Article 7 - Les consultations et visites données aux fonctionnaires et assimilés ainsi qu'aux membres de leurs familles (première épouse et descendants en ligne directe) par le Médecin désigné de l'Administration, sont entièrement gratuites.

Les actes médicaux qui leur sont consentis dans les services de radiologie et les laboratoires d'Analyses médicales ne leur sont tarifés qu'au 1/10ème de leur valeur ; le produit de ces actes médicaux est entièrement reversé par le Fonctionnaire au comptable public le plus proche.

Les dispositions des deux alinéas précédents sont applicables aux agents de l'assistance technique étrangère, qui bénéficient en matière de soins d'une assimilation aux fonctionnaires nationaux, en application de conventions internationales bilatérales ou multilatérales.

Article 8 - Sont considérés comme Médecins ou Pharmaciens spécialistes qualifiés à la condition qu'ils exercent exclusivement la discipline pour laquelle ils ont été qualifiés les Médecins ou Pharmaciens à qui a été reconnu par le Comité Consultatif Médical, en vertu du Code de Déontologie Médicale et pour les disciplines ci-après, le droit de faire état de la qualité de Médecin spécialiste

- Médecine Générale (Consultant)
- Chirurgie Générale
- Ophtalmologie
- Oto-Rhino-Laryngologie
- Stomatologie
- Electro-Radiologie
- Gynécologie-Obstétrique
- Dermato-Vénérologie
- Pneumo-Phtysiologie
- Pédiatrie
- Cardiologie et Médecine des Affections Vasculaires
- Neuro-Chirurgie
- Médecine des maladies de l'appareil digestif
- Rhumatologie
- Biologie et Chimie-Biologie.

- Par dérogation, l'Ophtalmologie et l'Oto-Rhino-Laryngologie peuvent être exercées simultanément.

66

- Sont également reconnus comme spécialistes les Médecins à qui a reconnu, au titre du Code de Déontologie, le droit de faire état de la qualité Médecin compétent en urologie, gynécologie ou obstétrique, à la condition ce Médecins exercent exclusivement la discipline considérée, soit simultanément de ces ou simultanément une ou deux de ces disciplines et la chirurgie généra

ARTICLE 9.- Les praticiens autorisés à exercer en clientèle privé vont comprendre les sommes perçues à ce titre dans leur déclaration annuelle revenus.

ARTICLE IO.- Le présent décret qui prendra effet pour compter du Janvier 1974 abroge toutes dispositions contraires et notamment le décret Ier Mars 1963 portant réglementation de l'exercice de la clientèle Médicale en République du Tchad.

ARTICLE II.- Le Ministre des Finances et le Ministre de la Santé Pu et des Affaires Sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne de l'exé du présent décret qui sera enregistré et publié au Journal Officiel./.-

N'DJAMENA, le 20 DECEMBRE 1973

Par le Président de la République

Le Ministre des Finances

(é) N'DEMNGAR NDAILENDANA

(é) NGARTA TOMBALBAYE

Le Ministre de la Santé Publique AFF.SOC.

REPUBLIQUE DU TCHAD

- Unité - Travail - Progrès -

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DES AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION GENERALE

POUR COPIE CERTIFIEE CONFORME

Direction des Affaires Administratives, Financières
et du Matériel

N° 1.162 /DAAFM.DF.

N'DJAMENA, le 3 Mai 1976

Le Directeur des Affaires Administratives,
Financières et du Matériel,

MAHAMAT LOUANI.

67

ANNEXE 6

REPUBLIQUE DU TCHAD

RESIDENCE DE LA REPUBLIQUE

UNITE-TRAVAIL-PROGRES

ORDONNANCE N° 026 /PR/84.-

Portant BUDGET GENERAL pour 1985.

Visa : S.G.G.

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE

CHEF DE L'ETAT

PRESIDENT DU CONSEIL DES MINISTRES

/U l'Acte Fondamental de la République ;
/U la Loi Organique n° 11/62 du 11/05/62, relative aux Lois de Finances ;
/U le Décret n° 025/PCE/CGCE du 18/10/82, portant Publication de l'Acte Fondamental de la République ;
/U le Décret n° 298/PR/CAB/84 du 24/07/84, portant remaniement Ministériel ;
/U le Décret n° 002/PR/CAB/82 du 21/10/82, portant nomination des Membres du Conseil National Consultatif ;

APRES AVIS DU CONSEIL NATIONAL CONSULTATIF en date du 14 Décembre 1984,
LE CONSEIL DES MINISTRES entendu en sa séance du 20 Décembre 1984,

ORDONNE

I - DISPOSITIONS FISCALES :

Article 1°/ - Sous réserve des dispositions de la présente Ordonnance, la perception des Impôts, Contributions, Taxes Directes ou Indirectes, des produits et revenus, continuera d'être opérée en 1985 au profit de l'Etat et des Collectivités Publiques conformément aux Textes en vigueur.

ticle 5°/ - Le droit de publicité relative à toute demande d'attribution de terrain est porté de 750 Frs à 10 000 Francs à compter du 01 Janvier 1985.

Article 6°/ - Il est institué à compter du 01 Janvier 1985 au profit du Budget de l'Etat, une taxe dite "TAXE SUR LE NATRON".

Cette taxe payable par l'acheteur est due sur tout véhicule sortant des lieux d'extraction et chargé de Natron.

Le taux de cette taxe est fixé comme suit :

- 30 000 Francs par Camion de 01 à 10 Tonnes
- 40 000 Francs par Camion de 11 à 20 Tonnes
- 50 000 Francs par Camion de plus de 20 Tonnes.

Les produits de cette taxe sont perçus soit directement par les Comptables du Trésor soit par des Agents désignés par les Autorités Administratives locales au moyen de carnets à souche remis par le Trésor Public.

Les produits encaissés par les Agents autres que les Comptables du Trésor sont remis à la fin de chaque journée aux Autorités Administratives locales qui sont tenues d'en effectuer les versements toutes les semaines entre les mains du Comptable du Trésor de rattachement.
Les Autorités Administratives locales justifient ces versements par un état récapitulatif des recettes encaissées et par la présentation de leurs carnets à souche que le Comptable doit à cette occasion, arrêter et viser.

Article 7°/ - Il est institué un droit sur le permis de pêche délivré par les Services des Eaux et pêches et dont le taux et les modalités de perception seront fixés par Décret.

Article 8°/ - Le droit d'utilisation des abattoirs nationaux supprimé par Décret n° [illegible] Décembre 1977 est réinstauré pour compter du 01 Janvier 1985 [illegible] à fixer par Décret.

Article 9°/ - Le droit de consultation médicale de 100 Francs, ainsi que la taxe du contrôle sanitaire dite "TAXE d'ABATTAGE" perçue par les Services de l'Elevage, supprimés par l'ordonnance n° 33/CSM/ 966 du 30/12/1976 sont réinstaurés pour compter du 1er janvier 1985. Les taux de taxes d'abattage seront fixés par Décret.

Article 10°/ - A compter du 01 Janvier 1985, tout accouchement pratiqué dans les Maternités, les Hôpitaux, Centres Médicaux et Infirmeries Publics donne droit à la perception au profit du Trésor Public d'une taxe dont les taux et modalités de paiement seront fixés par Décret.

Article 11°/ - A compter du 01 Janvier 1985, les consultations spécialisées effectuées dans les formations sanitaires administratives sont passibles d'un droit perçu au profit du Trésor. Le taux et la nature de ces consultations spécialisées seront déterminés par Décret. Les modalités de perception sont celles définies par les Articles 2 à 6 du Décret 3142/PR/SP/AFF/SOC du 29 Décembre 1973 fixant le tarif des consultations données dans les formations sanitaires administratives.

Article 12°/ - Il est autorisé à compter du 01 Janvier 1985, la perception au profit du Budget de l'Etat, d'une taxe d'hygiène pour prestations de service et d'une amende pour insalubrité publique. Les taux et modalités de perception de la taxe ainsi que les sanctions pour insalubrité seront réglementés par Décret en Conseil des Ministres.

Article 13°/ - Il est autorisé au profit du Budget de l'Etat, la perception du droit sur les licences délivrées aux Transporteurs, Courtiers de frêt et Commissionnaires conformément aux Décrets n°s 75/PR/MT/83 et 76/PR/MT/83, portant organisation des transports terrestres et réglementation des professions de transporteurs, de commissionnaires de transport et de courtiers de frêt.

Article 14°/ - Les dispositions de l'Article 14 de l'Ordonnance n° 18/PR/84 portant Budget Général pour 1984 sont modifiées comme suit :
La taxe de la délivrance de la Carte d'Identité Nationale est portée de 2 000 Francs à 2 600 Francs y compris le droit de timbre fiscal.

Article 15°/ - Pour compter du 01 Janvier 1985, la taxe de délivrance des Carnets de Voyage est fixée à 10 000 Francs y compris le droit de timbre fiscal de 1 000 Francs. La validité de ces Carnets est de 6 mois.

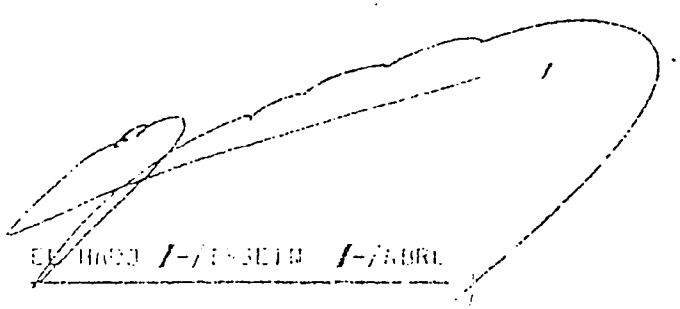
Article 46°/ - Pour l'année 1985, et en cas de nécessité, le Gouvernement est autorisé à recourir aux avances, emprunts et tout autre concours, intérieur ou extérieur, susceptibles d'être consentis au Trésor Public pour la couverture des dépenses à exécuter dans le cadre du Budget Spécial d'Equipement et d'Investissement.

VII - DISPOSITIONS FINALES

Article 47°/ - Toutes les dispositions antérieures non contraires à la présente Ordonnance sont maintenues.

Article 48°/ - La présente Ordonnance sera publiée au Journal Officiel de la République./-

Fait à DJAMENA, le 31 Décembre 1984



ANNEXE 7

REPUBLIQUE DU TCHAD
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT D'ETAT

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

VISA : S.G.G.

DECRET N° 033 /PR/MSP/84

Modifiant l'article 4 du décret n°343/PR/SP/AFF/SOC du 29 Décembre 1973.

LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE
CHEF DE L'ETAT
PRESIDENT DU CONSEIL DES MINISTRES

VU l'Acte Fondamental de la République ;
VU le Décret n°0025/PCE/SGG du 18 Octobre 1982, portant Publication de l'Acte Fondamental.
VU le Décret n°298/PR/CAB du 24 Juillet 1984 portant remaniement ministériel;
VU le Decret n° 343/PR/SP/AFF/SOC du 29 Décembre 1973 prtant réglementation de l'exercice de la clientèle Médicale privée, du traitement des particuliers, des Conventions de Visites et de Soins ;
SUR PROPOSITION DU ministre de la Santé Publique ;
LE CONSEIL DES MINISTRES entendu en sa séance du 28 Décembre 1984 ;

DECRETE

Article 1° /- Les paragraphes 3 et 4 de l'Article 4 du décret susvisé sont remplacés par les dispositions suivantes :

Le tarif mensuel forfaitaire de consultation du personnel employé par les entreprises est fixé comme suit :

- Pour les entreprises employant moins de 10 personnes 50.000 Francs
- Pour les entreprises employant de 10 à 50 personnes 100.000 Francs
- Pour les entreprises employant de 51 à 100 personnes 150.000 Francs
- Pour les entreprises employant de 101 à 200 personnes 200.000 francs
- Pour les entreprises employant de 201 à 300 personnes 250.000 Francs
- Pour les entreprises employant 300 et plus 300.000 Francs.

Article 2°/- Les sommes dues au titre des conventions de visite et de soins passés avec l'Etat sont versées mensuellement par l'employeur au gestionnaire ou régisseur qui reverse aux patriciens la quote-part leur revenant. Cette quote-part est fixée à 35 % du montant des versements.

Article 3° /- Le présent décret qui prend effet pour compter du 2 Janvier 1985 abroge toutes dispositions contraires, sera Publié et communiqué partout où besoin sera.

Article : 4° /- Me Ministre de la Santé Publique et le Ministre des Finances et du materiel sont chargés chacun en ce qui le concerne de l'application du présent décret.

Par le Président de la République
Le Ministre de la Santé Publique

KOIBLA DEIMASTA.

N'DJAMENA, le 12 FEVRIER 1985

EL HADJ HISSEIN HABRE.

Le Ministre des Finances et du Matériel

ELIE ROMBA.

73

ANNEXE 8

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT D'ETAT
DIRECTION GENERALE

UNITE - TRAVAIL - PROGRES

6+6

VISAS : S.G.C.
I.G.C.E

ARRETE N° 102 /MSP/SE/DG/90
INSTITUANT LE SYSTEME DE RECOUVREMENT
DES COUTS DE LA SANTE

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

LE MINISTRE DES FINANCES
ET DE L'INFORMATIQUE,

(/u la Constitution ;
(/u les Décrets n°s 044 et 812/PR/CAB/89 des 03/03 et 04/10/89, portant remaniements Ministériels
(/u l'Arrêté n° 0074/MSP/SE/DG du 25 Février 1989 portant création du Comité de conception d'un système de recouvrement des Coûts de la Santé au Tchad.
(/u les nécessités de service.

A R R E T E N T

Article 1/ - Il est institué un système de recouvrement des coûts de la santé au Tchad.

Ce système conçu dans le cadre de la mise en oeuvre du Programme National des Soins de Santé Primaires, concerne les zones où s'exécutent les projets qui s'insèrent dans le programme national des soins de santé primaires notamment :

1. Programme de Renforcement du Systéme de Santé (VIè FED)
2. Appui au Système de Santé (MSP)

3. Programme Prioritaire en zone de concertation (VIè FED)
4. Survie de l'Enfant au Tchad (USAID)
5. PROgramme d'Action pour le Devéloppement Social (PADS)
6. Santé Maternelle et Infantile/Bien Etre Familial
7. Programme de Santé au Tchad (Institut Tropical Suisse)
8. Programme de Soins de Santé Primaire (OMS-UNICEF).

Art. 2/ - Le système de recouvrement des coûts consiste à faire payer par le bénéficiaire de soins un tarif forfaitaire par épisode de maladie/risque au niveau des structures de premier échelon ainsi qu'au niveau des consultations externes des références.

Art. 3/ - Le système de recouvrement des coûts vise les objectifs suivants :
- La réduction des coûts actuels payés par la population pour accéder aux soins médicaux.
- L'augmentation des ressources financières du Ministère de la Santé Publique grâce à une participation financière de la population concernée au niveau des structures sanitaires de base.

Art. 4 / - Les Etablissements de Santé de la zone des Projets visés à l'article 1 du présent arrêté sont autorisés à gérer les ressources financières recueillies dans le cadre du recouvrement des coûts.

Art. 5/ - Le recouvrement des coûts est assumé par des régisseurs nommés parmi les agents des services de santé, par arrêté conjoint du Ministre de Finances et du Ministre de la Santé Publique, sur proposition de ce dernier.

Article 6/ - La gestion des ressources financières recueillies dans le cadre du système du recouvrement des coûts est placée sous la responsabilité d'un Comité de Gestion de Santé dont la composition sera fixée par le Ministre de la Santé Publique.

Article 7/ - Les recettes provenant du coût de la santé serviront à :

1. renouveler les médicaments nécessaires pour reconstituer les stocks des Etablissements de santé visés à l'article 4 du présent arrêté ;
2. couvrir une partie des dépenses du fonctionnement (à l'exclusion des salaires) au fur et à mesure que les recettes le permettent.

Article 8/ - Le Ministère de la Santé Publique doit assurer la conformité des commandes, la réception des produits au niveau national ainsi que la distribution en périphérie. L'approvisionnement des médicaments doit se faire dans le cadre des circuits nationaux officiels.

Article 9/ - Le Comité de Gestion de Santé fera parvenir trimestriellement au Ministère des Finances et de l'Informatique, au Ministère de la Santé Publique ainsi qu'au Comité National de Contrôle prévu à l'article 11 ci-dessous :

1. un état détaillé et certifié des recettes réalisées,
2. un état détaillé et justifié des dépenses engagées et des propositions chiffrées des dépenses à effectuer.

Article 10/ - Le produit des opérations de recouvrement des coûts sera déposé dans un compte ouvert auprès d'une banque commerciale ou à la Poste (CCP).

Article 11/ - Un Comité National de Contrôle de la Gestion qui sera créé par arrêté interministériel effectuera le contrôle périodique de la gestion du système.

Ce Comité sera composé d'agents du Ministère de la santé publique, du Ministère des Finances et de l'Informatique et du Ministère Délégué à la Présidence de la République chargé de l'Inspection Générale et Contrôle d'Etat.

Article 12/- Le Comité de conception du système du recouvrement créé par arrêté susvisé assurera le suivi et l'évaluation du système.

Il proposera des reformes destinées à augmenter l'efficacité dudit système.

Article 13/ - Le système de recouvrement des coûts remplace tout autre système de perception de taxes dans les structures sanitaires concernées.

Article 14/ - Les ressources générées par l'application du présent système viennent en complément du crédit alloué par le budget général.

Article 15/ - Le présent arrêté qui prend effet à compter de la date de signature sera enregistré et publié partout où besoin sera.

N'Jaména, le [illegible]

Le Ministre de la Santé Publique

KOTIGA GUERINA

Le Ministre des Finances et de l'Informatique

N'GARNAYAL M'BAÏLEMDANA

SGP
SGG
IGCE
Tous Ministères
FED
MSP
OMS
PNUD
UNICEF
BIRD - PADS.

77

ANNEXE 9

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
SECRETARIAT D'ETAT
DIRECTION GENERALE

UNITE - TRAVAIL PROGRES

ARRETE N° 074/MSP.SE.DG.89.

Portant création du Comité de conception d'un système de recouvrement des coûts de la Santé au Tchad

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

VU l'Acte Fondamental de la République
VU le Décret N° 025/PCE/SGCE/82 du 18/10/82, portant publication de l'Acte Fondamental de la République
VU le Décret n° 136/PR/CAB/988 du 14 Avril 1988, portant remaniement Ministériel
VU l'Acte N° 0026/MSP/CAB/86 du 17 Octobre 1986, portant réorganisation du Ministère de la Santé Publique

A R R E T E

ARTICLE 1° / : Il est créé un comité de conception d'un système de recouvrement des coûts de la Santé au Tchad.

ARTICLE 2° / : Le Comité de conception du système de recouvrement des coûts de la Santé au Tchad a pour mission :

- d'identifier les problèmes susceptibles d'être résolus par la mise en place d'un système de recouvrement des coûts de la Santé et en dégager les priorités.
- de formuler les objectifs d'un système de recouvrement des coûts de la santé.
- de définir les stratégies de mise en place du système.
- de proposer un plan de mise en oeuvre et de suivi du système.

ARTICLE 3° / : Le Comité se compose comme suit :

- Le Directeur Général du Ministère de la Santé Publique, Président
- Le Directeur des Soins de Santé Primaires, Vice-Président

- Le Directeur des Pharmacies et des Laboratoires d'Analyses Médicales Rapporteur.
- Le Directeur des Affaires Administratives, Financières et du Matériel Membre
- Le Directeur de la Médecine Hospitalière et Urbaine, Membre.
- Le Directeur de la Médecine Préventive et Santé Rurale, Membre
- Le Directeur de la Formation Professionnelle et de l'Education pour la Santé, Membre.
- Un Représentant du BSPE, Rapporteur
- Un Représentant de l'OMS Membre.
- Un Représentant de l'UNICEF, Membre
- Un Représentant de l'USAID, Membre
- Un Représentant de Médecins Sans Frontières, Membre
- Deux Représentants du Projet Santé VIe FED, Membres
- Le Coordonnateur de l'UNAD, Membre
- Un Représentant de l'Institut Suisse au Développement, Membre.

ARTICLE 4 / : Ce Comité est assisté par une sous-commission technique dont la composition, les attributions et les modalités de fonctionnement seront déterminés par le comité.

ARTICLE 5 / : Le comité de conception du système de recouvrement des coûts de la Santé au Tchad peut faire appel à toute personne ou organisme dont la compétence est susceptible de contribuer au succès de son action.

ARTICLE 6° / : Le présent arrêté prend effet à compter de la date de sa signature, il sera enregistré, publié et communiqué partout où besoin sera.

Fait à N'DJAMENA, le 25 FEVRIER 1989

LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

KOTIGA GUERINA.

AMPLIATIONS :

- Président de la République
- Ministère de la Santé Publique
- Intéressés
- Publications diverses
- Archives - Chrono

ANNEXE 10

REPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIRECTION GENERALE

UNITE-TRAVAIL-PROGRES

Visas : - S.G.G.
-B.C.F

Arrêté 003 /MSP/DG/93

Instituant la Participation Communautaire
aux Coûts de la Santé

Le Ministre de la Santé
Publique

Le Ministre des Finances
et de l'Informatique

- Vu la charte de transition
- Vu le décret n° 282/PR/93 du 09 Avril 1993, portant publication de la charte de transition
- Vu le décret n° 728/PR/93 du 09 Novembre 1993, portant désignation du deuxième Premier Ministre de transition
- Vu le décret n° 742/PR/93 du 13 Novembre 1993, portant nomination des membres du Gouvernement de transition
- Vu le décret n° 519/PR/91 du 24 Août 1991, portant organisation et attributions du Ministère de la Santé Publique
- Vu l'arrêté n° 0074/MSP/SE/DG du 25 février 1989, portant création du comité de conception d'un système de recouvrement des coûts de la Santé au Tchad

Arrêtent

Article 1. Il est institué un système de participation communautaire au recouvrement des coûts de la santé

Article 2. Le système de la participation communautaire consiste à faire participer la communauté aux coûts et à la gestion des soins de santé qu'elle reçoit à tous les échelons de la pyramide sanitaire.

Article 3. Le système de recouvrement des coûts vise les objectifs suivants :
- la maîtrise des coûts actuels payés par la population pour accéder aux soins médicaux
- la réduction des charges financières du Ministère de la Santé Publique grâce à une participation financière de la population concernée au niveau des structures sanitaires.

Article 4. Les Etablissements de santé générateurs des ressources sont autorisés à gérer paritairement les ressources financières recueillies dans le cadre de la participation communautaire à travers les comités de gestion et/ou santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Article 5. les attributions, la composition et le fonctionnement des comités de gestion feront l'objet des textes ultérieurs qui se baseront sur une représentation des communautés et un partage de responsabilités avec le personnel de santé.

Article 6. La gestion des ressources financières recueillies dans le cadre du système de la participation communautaire est placée sous la responsabilité d'un comité de gestion de santé.

Article 7. Le produit des opérations de la participation communautaire sera déposé dans un compte ouvert auprès d'une banque commerciale ou à la poste (CCP).

Les recettes provenant du coût des soins de la santé serviront à :

1. renouveler les médicaments nécessaires pour reconstituer les stocks des Etablissements de santé, sur la base de la liste nationale des Médicaments Essentiels ;
2. Couvrir une partie des dépenses du fonctionnement (à l'exclusion des salaires du personnel) au fur et à mesure que les recettes le permettent.

Article 8. Le tarif des soins de santé sera forfaitaire par épisode de maladies-risque. Il sera fixé par le comité de gestion sur la base d'une liste de tarifs indicatifs de référence préparée par le comité de conception du système de participation communautaire mentionné à l'article 12.

Article 9. Le Ministère de la Santé Publique doit assurer la conformité des commandes de produits pharmaceutiques, la réception de ces produits au niveau national. Les médicaments doivent être groupés en Dénominations Communes Internationales (DCI) par appels d'offres internationaux.

Article 10. Le comité de gestion de Santé fera parvenir trimestriellement au delegué prefectoral de la Santé pour approbation les comptes de gestion. Le bilan annuel devra être adressé au Ministère des Finances ainsi qu'au comité National de contrôle prévu à l'Article 11 en-dessous :

1. un état détaillé et certifié des recettes réalisées,
2. un état détaillé et justifié des dépenses engagées et des propositions chiffrées des dépenses à effectuer.

Article 11. Un comité national de contrôle de la gestion qui sera créé par arrêté interministériel effectuera le contrôle périodique de la gestion du système.

Ce comité sera composé d'agents du Ministère de la Santé Publique, du Ministère des Finances et de l'Informatique et du Contrôle d'Etat ainsi que des représentants des comités de gestion.

Article 12. Le comité de conception du système de participation communautaire par arrêté susvisé assurera le suivi et l'évaluation du système.

Il proposera des reformes destinées à augmenter l'efficacité dudit système.

Article 13. Le système de participation communautaire remplace tout autre système de perception de taxes dans les structures sanitaires.

Article 14. Les ressources générées par l'application du présent système viennent en complément du crédit alloué par le budget général.

Article 15. Le présent arrêté qui abroge toutes dispositions antérieures contraires prend effet à compter de la date de signature sera enregistré et publié partout où besoin sera.

Ndjamena, le 05 JAN. 19

Le Ministre de la Santé Publique

MAHAMAT AHMAD ALHABO

Le Ministre des Finances et de l'Informatique

Amos TEOULENGAR

SGP
SGG
IGCE
Tous Ministères
Tous Organismes intervenants dans le secteur Santé

DOCUMENTS CONSULTES

1- Document "Diagnostic et Stratégie" de la TRS, Tome I (Janv.93).

2- Document "Proposition d'un cadre de Référence, portant sur la réorganisation et la rationalisation du fonctionnement des hôpitaux (Nov. 1990 - Equipe PERI)
. PIERRE PICHETTE
. HEDI ALAOUI
. ADOUM DJIBRINE

3- Bilan de la Participation des populations au financement des services de santé du Tchad. Mai 1994 par Mr Gerard SCHMETS, Consultant PNUD/OMS.

4- Rapport de mission MSP/UNICEF effectuée dans le cadre de l'Initiative de Bamako en Guinée-Conakry du 1er au 9 Juillet 1989.

5- Rapport d'Etude sur le système de recouvrement des coûts de santé. Jacques G., GOLSALA, Expert Comptable; TEDAMGBE I., Economiste (Mai 1994).

6- Projet de Statuts des Comités de Santé de Farcha, Chagoua et Milézi. Cellule Médico-Sociale (PADS). Préfecture Socio-sanitaire du Chari-Baguirmi et de N'Djaména. (Sept. 1993).

7- Textes réglémentaires relatifs à l'organisation du système sanitaire (voir annexe).

8- Textes relatifs aux recettes du secteur santé (voir annexe).