RÉPUBLIQUE DU TCHAD

UNITÉ-TRAVAIL-PROGRÈS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

LA PRIORISATION DES INVESTISSEMENTS EN SANTÉ AU TCHAD

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

N'Djaména, Août 1994

ERRATA

1) *Résumé : dernier paragraphe, la phrase se termine par :... aux contextes économiques du pays.*

2) *Page 37 à la place de page 44 et vice-versa*

RÉPUBLIQUE DU TCHAD

UNITÉ-TRAVAIL-PROGRÈS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

LA PRIORISATION DES INVESTISSEMENTS EN SANTÉ AU TCHAD

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

N'Djaména, Août 1994

3

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

AVANT PROPOS.....1

REN. QUES.....3

INTRODUCTION.....4

CHAPITRE I: CADRAGE MACRO-ECONOMIQUE.....6

Définition:.....6

1.1 Les perspectives d'évolution macro-économique du Tchad.....6

1.1.1 L'évolution du Produit Interieur Brut
1.1.2 Les opérations courantes de l'Etat
1.1.3 Le Programme d'Investissement Publics

1.2 Les perspectives d'évolution du secteur de la santé.....9

1.2.1 Les dépenses de santé par l'Etat
1.2.2 Les dépenses de santé financée par l'aide extérieure
1.2.3 Les produits escomptables du recouvrement des coûts

1.3 Les contextes économiques actuels.....12

CHAPITRE II: LES DOMAINES D'INVESTISSEMENT.....14

2.1 Description du modéle de developpement des districts.....15

2.2 Logique de priorisation interne à chaque domaine d'investissement.....17

2.2.1 Les infrastructures sanitaires
2.2.1.1 Les éléments du choix
2.2.1.2 Les critères du choix

2.2.1.3 Les résultats du choix
2.2.1.4 Les conclusions du choix

2.2.2 Les équipements
2.2.2.1 Les éléments du choix
2.2.2.2 Les critères du choix
2.2.2.3 Les résultats du choix
2.2.2.4 Les conclusions du choix

2.2.3 La formation du personnel
2.2.3.1 Les éléments du choix
2.2.3.2 Les critères du choix
2.2.3.3 Les résultats du choix
2.2.3.4 Les conclusions du choix

CHAPITRE III: LES SCENARIOS D'INVESTISSEMENT POSSIBLES.....29

3.1 Scénarios d'investissement avec l'ancien cadrage macro-économique.....29

3.1.1 Scénario de construction des infrastructures et équipement

3.1.2 Scénario de réhabilitation des infrastructures et équipement

3.2 Scénarios d'investissement avec une hypothèse d'augmentation de l'ancien cadrage de 5% 32

3.2.1 Scénario de construction des infrastructures et équipement

3.2.2 Scénario de réhabilitation des infrastructures et équipement

3.3 Scénarios d'investissement avec une hypothèse d'augmentation de l'ancien cadrage de 10%.....34

3.3.1 Scénario de construction des infrastructures et équipement

3.3.2 SCénario de réhabilitation des infrastructures et équipement

TABLEAUX DES SCENARIOS D'INVESTISSEMENT POSSIBLES.....36

CONCLUSION.....39

ANNEXES.....42

DOCUMENTS CONSULTES

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

AT:	Agent Technique
BCR:	Bureau Central de Recencement
CS:	Centre de Santé
CTS:	Cellule Technique de Suivi
DPS:	Délégation Préfectorale Sanitaire
DS:	District Sanitaire
DDPS:	Direction de la Délégation de la Préfecture Sanitaire
DD:	Direction de District
ENASS:	Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux
HCP:	Hôpital Central de Préfecture
HD:	Hôpital de District
HGRN:	Hôpital Général de Référence Nationale
IB:	Infirmier Breveté
IDE:	Infirmier Diplômé d'Etat
IT:	Infirmier Titulaire
MSP:	Ministère de la Santé Publique
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
PNUD:	Programme des Nations pour le Developpement
PIP:	Programme d'Investissement Public
PIB:	Produit Interieur Brut
PMA:	Paquet Minumum d'Activités
PCA:	Paquet Complémentaire d'Activités
SFDE:	Sage-Femme Diplômée d'Etat
TS:	Technicien Supérieur
ZR:	Zone de Responsabilité

RÉSUMÉ

Trois scénarios d'investissement possibles ont été proposés avec les critères techniques de priorisation définis selon le modèle de développement des Districts sanitaires.
Les critères techniques ont permis de prioriser dans quel ordre il faudrait choisir les constructions de 282 CS, 7 HD, 1 HCP, 27 DD et 3 DDPS, les réhabilitations de 87 CS, 18 HD, 10 DD, 11 HCP et 5 DDPS et en même temps les équipements.

Pour la formation du personnel, les critères techniques ont été retenus pour faire le choix entre les catégories de personnel à former en priorité et entre les thèmes de formation à prioriser. Par contre, le choix n'est pas fait entre la formation initiale et la formation continue, car les deux types de formation sont nécessaires et répondent à des besoins différents.

Quant aux scénarios d'investissement, deux propositions ont été faites pour chaque scénario avec un même cadrage macro-économique, à savoir *construction, équipement et formation, réhabilitation, équipement et formation.*
Le raisonnement est le suivant : *Avec un tel cadrage macro-économique, que peut-on réaliser en construction, équipement et formation ou réhabilitation, équipment et formation ou encore réhabilitation, construction, équipement et formation ?*

L'étude n'a pas analysé toutes les situations pour faire d'autres propositions par manque d'informations précises sur les coûts unitaires des niveaux intermédiaire et central.

D'autres scénarios peuvent être montés avec des critères techniques différents suivant des cadrages macro-économiques retenus par rapport aux

AVANT-PROPOS

HISTORIQUE DE LA CONSULTATION SECTORIELLE SANTE/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.Al'issue de la TRS dans le domaine de la santé et des Affaires Sociales (janvier 93),il a été décidé qu'une Cellule Technique de Suivi (CTS) serait mise en place pour aider à la préparation de la programmation opérationnelle du 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 de dossiers techniques sur huit sujets prioritaires dans le domaine de la santé publique et des affaires sociales ainsi que l'élaboration du programme-cadre du PNUD au secteur. Les données complémentaires ainsi collectées doivent aider les differents bailleurs de fonds à mieux programmer leurs interventions auprés du Ministère de la Santé Publique et du Ministère de la Condition Féminine et des Affaires Sociales. L'aide à la décision ainsi fournie qui permettrait aux différentes organisations multilatérales,bilatérales et non gouvernementales d'intervenir d'une manière plus efficace et plus efficiente répond aux deux critères:

1) La mise en place de programme respectant les orientations de politique sanitaire et sociale énoncées par le Ministère du Plan et de la Coopération.

2) la coordination spatiale et temporelle entre organisations.

Parmi ces études,la priorisation des investissements constitue non seulement une nécessité,mais permettra aussi aux bailleurs de fonds et au Gouvernement de programmer les interventions et les projets, et de savoir dans quel ordre de priorité les investissements seront réalisés.

Problématique de la priorisation des investissements et limites de cette étude

Lors de la consultation sectorielle Santé/Affaires Sociales,le gouvernement du Tchad et les Bailleurs de fonds ont constaté que les besoins exprimés dans ce secteur dépassent les limites du cadrage macro-économique.
Aussi, la faiblesse de la gestion du système de santé a permis la prolifération d'actions isolées, non coordonnées, financées par des dons et des prêts extérieurs dont l'exécution se heurte à des problèmes de fonctionnement des services de santé.
C'est pourquoi, il est préconisé cette étude qui permettrait au gouvernement de prioriser ses investissements en rapport avec la politique sanitaire énoncée dans le document de "DIAGNOSTIC ET STRATEGIE"(1) de la table ronde et au cadrage macro-économique.

Les informations utilisées pour la réalisation de cette étude ont des limites certaines, par manque de validité d'une part et d'autre part l'absence des données disponibles actualisées depuis 1990 jusqu'à ce jour.

Le cadrage macro-économique peut subir des influences des facteurs exogènes du jour au lendemain compte-tenu des contextes économiques du pays.

Il est à rappeler que le plan d'orientation à l'horizon 2.000 ne sera évalué et révisé qu'en 1995. Ainsi, malgré la dévaluation du franc CFA intervenue en janvier 1994, l'Etat Tchadien n'a pas procedé à une révision de son plan d'orientation pour coller à la réalité.

La première partie du document est un résumé du plan d'orientation du Tchad à l'horizon 2.000 et du Tome I de la TRS tenue en janvier 1993. Il s'agit des chiffres avant la dévaluation. Les données du sous-chapitre 1.3 rélatives aux contextes économiques actuels ont pour source la cellule économique du PNUD.

Les scénarios ainsi montés dans cette étude sont une base de travail et peuvent être aussi révisés. Les réflexions sur ce sujet sont à poursuivre ultérieurement.

REMARQUES

Dans cette étude, il est démandé de prioriser les investissements dans le secteur de la santé. Si on tient compte de la définition, l'étude devrait prendre en compte les trois niveaux de la pyramide sanitaire, à savoir :

- *Le niveau central*
- *Le niveau intermédiaire*
- *Le niveau périphérique*

Selon le document de la politique sanitaire contenu dans le tome I : Diagnostic et Stratégie TRS, la priorité est accordée au niveau périphérique. C'est le niveau dont les structures de base sont censées résoudre 90% de problèmes de la population. Compte tenu de manque d'informations précises sur les coûts des infrastructures, équipements et formation du personnel des niveaux central et intermédiaire, nous n'avons pas mené une analyse approfondie et monté des scénarios d'investissement à ces niveaux. L'accent est donc mis sur le niveau périphérique pour prioriser les investissements.

En effet, les coûts de construction, de réhabilitation et des équipements des niveaux central et intermédiaire sont difficilement exprimables voire complexes et variables selon la taille de la structure. A ces niveaux, il n'y a pas de normes établies. Aussi, l'étude sur la programmation fonctionnelle des infrastructures n'a pas eu à analyser ces deux niveaux. Il en est de même des investissements au niveau des programmes nationaux spécifiques (Infrastructures, Equipements et Formation).

Il convient de signaler aussi que les plans nationaux de formation initiale et continue n'ont pas défini les normes au niveau central et les coûts de formation du personnel y afférent.

Ainsi, les scénarios d'investissement possibles proposés par rapport aux trois domaines d'investissement mettent l'accent sur le niveau périphérique.

Les limites du cadrage macro-économique sont des hypothèses permettant de faire des scénarios d'investissement et ne sont pas figées. Ces limites peuvent changer d'une période à une autre compte tenu des performances économiques incertaines du Tchad.

INTRODUCTION

L'idée même de priorisation implique 3 postulats:

1. Les besoins étant immenses, il n'est pas possible de tout réaliser au même moment et partout, compte-tenu de la limitation des ressources disponibles (humaines, financières et matérielles);

2. Il faut faire des choix entre plusieurs alternatives, basés sur des critères clairement définis.

3. Compte-tenu de la multiplicité des critères techniques, l'exercice de priorisation d'investissement nécessite de les classer par ordre d'importance, ce qui implique également un ultime choix reposant dans ce cas sur des critères moins techniques (préférence personnelle, considérations politiques, idéologie des institutions, etc..)

BUT DE L'ÉTUDE

Le but de cette étude est d'aider le Gouvernement, à travers le Ministère de la Santé Publique (MSP) à définir ses priorités en matière d'investissement dans le secteur de la Santé, compatible avec le cadrage macro-économique d'une part et d'autre part, selon le plan d'orientation du Tchad à l'horizon 2000 (2).

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Les objectifs spécifiques de cette étude sont au nombre de 3:

OBJECTIF 1: définir les limites de la capacité d'absorption du pays à travers l'élaboration d'un cadrage macro-économique jusqu'à l'horizon 2000.

OBJECTIF 2: identifier les priorités d'investissement en appliquant des critères techniques de priorisation à chaque domaine d'investissement retenu pendant la même période.

OBJECTIF 3: proposer des scénarios d'investissement permettant l'adéquation entre les besoins en investissement et le cadrage macro-économique.

Aussi, l'atteinte de tels objectifs nécessitent une méthodologie appropriée.

12

MÉTHODOLOGIE

La méthodologie adoptée pour cette étude est la suivante:

1. Les limites du cadrage macro-économique seront calculées selon plusieurs hypothèses de développement économique du pays.

2. Les conditions d'opérationnalité des districts seront présentées selon le modèle de développement des DS que la CTS a utilisé pour ses études et constitueront les domaines d'investissement.

3. Une logique de priorisation interne à chaque domaine d'investissement sera proposée (priorisation intra-paramétrique).

4. Une logique de priorisation entre les différents domaines d'investissement entre eux sera également proposée (priorisation inter-paramétrique).

5. Enfin, les choix prioritaires seront confrontés aux limites du cadrage macro-économique afin de proposer plusieurs scénarios d'investissement possibles

CHAPITRE I: LE CADRAGE MACRO-ÉCONOMIQUE

DEFINITION

Dans le cadre de cette étude, le cadrage macro-économique est défini comme la capacité d'absorption des emprunts contractés par l'Etat et qui doit être pris en compte pour l'identification des besoins dans tous les secteurs. Les dons ne sont pas compris dans le cadrage. Pour guider l'élaboration des programmes et leur budgétisation, il est nécessaire de connaître les possibilités financières qui seront mises à la disposition du secteur de la Santé pendant cette décennie.
Ces possibilités financières sont exprimées dans le Plan d'Orientation à l'horizon 2000 (2). Elles sont déterminées par:

- L'évolution de l'économie du pays et l'effort que ce dernier entend consacrer au secteur de la santé;

- L'effort qui peut être attendu des populations dans le cadre du recouvrement des coûts;

- L'effort qui sera et pourra être demandé aux partenaires extérieurs.

Lors de la Table Ronde Sectorielle Santé/Affaires Sociales,le Gouvernement du Tchad et les Bailleurs des Fonds ont demandé que les besoins exprimés dans le cadre de l'investissement puissent être priorisés et rapprochés des possibilités financières mises en évidence par ce cadrage macro-économique,afin de juger de la cohérence du dispositif et de la faisabilité des programmes. Cette demande a été exprimée en janvier 1993 , et pouvait être réalisée si les fluctuations économiques n'étaient pas intervenues jusqu'à nos jours.

Compte tenu des faibles performances économiques actuels et de la dévaluation du FCFA intervenue en janvier 1994,les réalisations des estimations faites dans le Plan d'Orientation à l'horizon 2000, ne sont pas envisageables à court et moyen termes.

Ainsi, les perspectives d'évolution telles que décrites dans le Plan d'Orientation seront présentées dans un premier temps et, dans un second temps de faire des hypothèses par rapport aux contextes économiques actuels pour nous permettre de prioriser les investissements et répondre au souhait des Bailleurs des Fonds et du Gouvernement.

I.1 LES PERSPECTIVES D'EVOLUTION MACRO-ECONOMIQUE DU TCHAD

Ces perspectives sont établies dans le Plan d'Orientation du Ministère du Plan et de la Coopération, qui détermine le cadrage macro-économique à l'horizon 2000.

1.1.1 L'évolution du Produit Interieur Brut(PIB)

Dans le Plan d'Orientation il est exprimé que les prévisions économiques sont difficiles au Tchad en raison du poids des facteurs exogènes tels que les conditions climatiques. Néamoins, il est fait une hypothèse de croissance réelle (hors inflation) de 3,6% par an, soit une croissance de 1,2% par an et par habitant puisque la population croît au rythme annuel de 2,4%. Ainsi, le PIB per capita passerait de 59.000 FCFA à 67.000 FCFA(soit de 196$ à 223$). Les secteurs primaire et tertiaire croîtraient au rythme annuel de 3,4% alors que le secteur secondaire croîtrait au rythme de 4,3% en raison notamment de la mise en service à partir de 1995 d'une mini-raffinerie et d'une nouvelle centrale électrique qui couvriraient 90% des besoins du pays.

Evolution du PIB(en milliards de FCFA)

Année	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
PIB	324	347.7	360.0	373.0	388.3	404.6	420.6	435.6	450.6	466.0

PIB= produit interieur brut SOURCES: document de DIAGNOSTIC et STRATEGIE (tome 1 de la TRS)

1.1.2 Les opérations courantes de l'Etat

Le principe essentiel énoncé dans le Plan d'Orientation est celui de la restauration des grands équilibres économiques.

Les dépenses courantes de l'Etat: celles-ci sont limitées à un total cumulé de 4% sur la période 1990-2000, avec les mesures spécifiques suivantes:

- La masse salariale est bloquée à 18 milliards de FCFA pendant 4 ans et croît ensuite de 1,5% par an en valeur réelle.

- Les dépenses de matériels augmentent par contre sensiblement pour passer de 45% de la masse salariale civile en 1990 à 70% en l'an 2000.

- Les dépenses militaires passent de 10 milliards de FCFA actuellement à 7 milliards de FCFA en 1995, pour se stabiliser à ce niveau ensuite, en raison d'une forte diminution des effectifs de militaires. Les dépenses militaires ne réprésenteraient plus que 11% des dépenses courantes de l'Etat contre prés de 30% en 1990.

Les recettes : on estime un doublement des recettes sur la décennie. Or, comme dans le même temps le PIB n'est supposé augmenter que de 50%, cela veut dire que la pression fiscale va augmenter. A la fin de la décennie,la part du PIB qui sera prélevée par le Trésor atteindra 13,5% contr 8% aujourd'hui.Cette augmentation des recettes n'est pas due tant à un changement dans la définition de l'assiette fiscale qu'à une amélioration des rentrées escomptées. Ainsi en est-il de la lutte contre la fraude au niveau des douanes tant de la part des usagers que des douaniers.

Prévision des opérations courantes de l'Etat

Année	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Rec.	28.8	37.5	40.5	43.7	46.7	50.4	54.7	57.2	59.9	62.7
Dép.	43.9	43.3	44.1	45.0	45.3	46.3	47.2	48.1	49.0	49.9
Solde	-15.1	-5.9	-3.6	-1.3	1.4	4.1	7.6	9.1	10.9	12.8
Dép/ PIB	13.5%	12.6%	12.2%	12.1%	11.7%	11.4%	11.2%	11.0%	10.9%	10.7 %

Rec = recettes
Dép = dépenses

sources: Document de DIAGNOSTIC etSTRATEGIE (tome 1 TRS)

Selon cette prévision, le rétablissement des équilibres permettra de dégager un excédent de 12.8 milliards de FCFA en l'an 2000 qui permettront de faire face au remboursement du principal des emprunts (ces remboursements passeront de 1 milliard de FCFA en 1990 à 6.5 milliards de FCFA en l'an 2000) et à augmenter la contrpartie nationale des dépenses d'investissement (qui passerait de 0.5 milliard de FCFA en 1990 à 6.3 milliards en l'an 2000).

1.1.3 Le programme d'investissements publics

Prévisions du PIP global en milliards de FCFA

Année	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
D.T	55.4	74.2	95.5	105.6	100.7	95.9	99.3	98.7	97.8	97.1
F.E	54.0	72.0	93.1	103.1	98.1	92.9	96.0	94.6	02.7	90.8
C.L	1.4	2.2	2.4	2.5	2.6	3.0	3.3	4.1	5.1	6.3

D.T = dépenses totales F.E = financement exterieur C.L = contre partie locale

Sources: Document de DIAGNOSTIC et STRATEGIE (tome 1 TRS)

Le budget d'investissement public est supposé doubler au cours des cinq prochaines années, pour se stabiliser ensuite. La raison tient au fait que le projet pétrolier va compter pour une part significative des investissements au début de la décennie. En conséquence, la part des dépenses d'investissement qui correspond réellement à de la formation brute de capital fixe devrait augmenter pour passer de 40% à 45%. Par ailleurs, le Gouvernement souhaite que la part des emprunts dans ces dépenses d'investissement ne continue pas à augmenter comme au cours des dernières années, et que dans tous les cas, elle ne dépasse pas 40%, afin de ne pas hypothéquer les possibilités de remboursement dans l'avenir.

* **Résumé**

Résumé des prévisions des dépenses publiques (en milliards de FCFA)

Année	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
D.F.et at	43.9	43.3	44.1	45.0	45.3	46.3	47.2	48.1	49.0	49.9
D.F.ext[1]	32.4	42.5	54.0	58.8	54.9	51.1	52.8	52.0	51.0	49.9
D.F.T	76.3	85.8	98.1	103.8	100.2	97.4	100.0	100.1	100.0	98.8
D.I.E[2]	1.4	2.2	2.4	2.5	2.6	3.0	3.3	4.1	5.1	6.3
D.I.ext[1]	21.4	29.5	39.1	44.3	43.2	41.8	43.2	42.6	41.7	40.9
D.I.T	22.8	31.7	41.5	46.8	45.8	44.8	46.5	46.7	46.8	47.2

D.F.E. = dépenses de fonctionnemet de l'Etat D.Fe. = dépenses de fonctionnement exterieures D.F.T = dépenses de fonctionnement totaesl
D.I.E = dépenses d'investissement de l'Etat D.I.e = dépenses d'investissement exteriures D.I.T = dépenses d'investissement totales

Sources: Document de DIAGNOSTIC et STRATEGIE (tome I TRS)

Après avoir présenté les contextes économiques généraux, il convient d'identifier les dépenses prévues pour le secteur de la santé par rapport au cadrage macro-économique.

1.2 Les perspectives d'évolution du secteur de la santé

La réalisation de prévisions à l'horizon 2000 pour le secteur de la santé est une opération fort délicate, notamment en raison d'une économie aussi sujette à des variations exogénes. Néamoins, il est toujours utile de s'interroger sur les conséquences que pourraient avoir certaines décisions. Prises sous cet angle, des prévisions ne sont que les conséquences mécaniques d'hypothèses particulières qui se verront réalisées ou non au gré des événements. En conséquence, ce n'est pas le résultat qui pose problème, mais le réalisme des hypothèses. Les prévisions qui ont été réalisées par le Ministère du Plan et de la Coopération dans le Plan d'orientation s'incrivent dans cette philosophie: elles ne constituent qu'un cadre de réflexion.

1.2.1 Les dépenses de santé par l'Etat

La prémière hypothèse qui est faite renvoie à un choix du Gouvernement de faire de la santé une de ses priorités nationales. Il est ainsi retenu que les dépenses de santé financées par le budget de l'Etat doivent s'accroître de 10% par an, ce qui, compte tenu d'un taux d'accroissement de la population de 2,3% par an correspond à une augmentation réelle de 7,7% par an.
Les prévisions qui ont été faites rassemblaient la santé et les affaires sociales.

17

Evolution des dépenses de fonctionnement de la santé financées par l'Etat (en fcfa constant)

Année	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Dép(milliards)	2.0	2.2	2.4	2.7	2.9	3.2	3.5	3.9	4.3	4.7	5.2
% budget Etat	4.2%	5.0%	5.5%	6.2%	6.5%	7.1%	7.6%	8.3%	8.9%	9.6%	10.4%
Dép. hab(FCFA)	364	391	420	451	485	521	560	602	647	695	747

Sources: Document de DIAGNOSTIC et STRATEGIE (tome 1 TRS)

Un tel objectif est ambitieux puisqu'il fait passer la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat en une décennie de 4,2% à 10,4%. On constate cependant que, malgré un tel effort de l'Etat, la dépense par habitant ne ferait que doubler en dix ans et serait de l'ordre de 2,5$ en l'an 2000. On mesure là tout le poids des contraintes économiques: l'Etat n'aura pas, même au prix de gros efforts, les moyens d'assurer seul la santé pour tous d'ici l'an 2000 (Tome1 de la TRS).

Les prévisions réalisées par le Ministère du Plan et de Coopération n'opèrent pas de distinction entre les dépenses salariales et les dépenses de fonctionnement et ne permettent par conséquent pas de juger des améliorations qui seront apportées au système de santé. En utilisant ces similations, on peut néamoins faire quelques hypothèses.

Rappelons que nous avions observé qu'en 1990, 30% du budget était affecté au fonctionnement et 70% à la rémunération du personnel, soit environ respectivement 0.6 milliard de FCFA et 1.4 milliard de FCFA. Si nous supposons qu'en 1990, 4000 personnes étaient payés par le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, le salaire annuel moyen, toutes qualifications confondues, ressort à 350.000 FCFA.

- Supposons que la part allant au fonctionnement et celle allant à la rémunération du personnel restent constantes sur la période de prévision (1990-2000) et que le nombre de personnes payées passe de 4000 à 5000 en l'an 2000. Dans ce cas, le salaire annuel moyen passerait de 350.000 FCFA à 728.000 FCFA en l'an 2000, en francs constants.Par conséquent, tout en faisant face à une augmentation de 1000 personnes sur la periode, le salaire annuel moyen serait multiplié par 2,1 en FCFA constants. Un tel résultat permettrait: i) soit de revaloriser les traitements de chacune de catégories de personnels, ii) soit de faire face à une amélioration de la qualification des personnes en poste.

- Mais il serait également possible d'améliorer, comme le Tchad le souhaite, la part allant au fonctionnement. Tout en maintenant constantes les autres hypothèses ci-dessus, le passage de 70% à 60% pour la partallant à la rémunération des traitements aurait pour conséquence que le salaire annuel moyen ne serait plus multiplié par un facteur de 1,8, soit un salaire annuel moyen passant de 350.000 à 624.000 FCFA. Par contre, la dépense moyenne par habitant affectée au fonctionnement passerait de 110 FCFA actuellement à 300 FCFA, contre 225 FCFA dans le cas où la part allant au fonctionnement reste constante sur la periode de prèvision.

1.2.2. Les dépenses de santé financées par l'aide extérieure

Malgré un effort tout à fait substantiel pour le secteur de la santé, l'Etat ne pourra donc pas à la fin de la décennie faire face seul aux besoins, même rudimentaires, en matière de santé. Aussi est-il fait l'hypothèse dans le PIP que l'aide extérieure non seulement devra se poursuivremais devra même s'amplifier, puisque elle aussi devrait s'accroître de 10% par an.

En 1990, les dépenses pour le secteur de la santé et des affaires sociales financées par l'aide extérieur se sont élevées à environ 6,0 milliards de FCFA. Parmi celles-ci, 15% étaient relatives à des dépenses d'investissement, soit 0,9 milliard de FCFA, et 85%à des dépenses de fonctionnement, soit 5,1 milliards de FCFA.

Evolution des dépenses de santé financées par l'aide extérieure(en milliards)

Année	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Dép. totales	6,o	6,7	7,5	9,5	10,3	11,2	12,0	13,0	14,1	15,3	16,6
Dép. inv.	0,5	0,7	0,8	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
Dép. fonc.	5,5	6,1	6,7	7,3	8,1	8,9	9,7	10,7	11,8	13,0	14,3
Dép/ hbt	1090	1183	1288	1588	1677	1777	1857	1963	2129	2256	2388

Sources: Document de DIAGNOSTIC et STRATEGIE (tome I TRS)

Une augmentation de 10% par an correspondrait à un quasi-triplement de l'aide extérieur sur la décennie, en FCFA constants . Une telle hypothèse marque la volonté de l'Etat de voir l'aide extérieur se développer. Une telle augmentation demandera par conséquent un effort de mobilisation de cette aide.

Si ces prévisions se réalisaient, les dépenses de santé "Etat +Aide extérieur" passeraient de 1.454 FCFA (4,8$) par habitant à 3.135 FCFA (10.5$) par habitant en l'an 2000, ce qui permettrait d'atteindre, si ces dépenses sont effectuées à bon escient, un bien meilleur état de santé des populations.

1.2.3. Les produits escomptables du recouvrement des coûts

Malgré l'effort consenti par l'Etat et les Bailleurs des Fonds, il faudra inclure le recouvrement des coûts dans un fonctionnement idéal, pour apporter des ressources substantiellesau système de santé. Pourtant il ne dispense pas l'Etat et l'Aide extérieure de leurs efforts. Il permettrait, notamment aux structures de premier contact, de faire face au renouvellement des stocks de médicaments et aux petite dépenses de fonctionnement; l'Etat pourrait alors concentrer son effort sur les personnels et l'administration du système; l'Aide extérieure pourrait alors retrouver le rôle qui est plus traditionnelement le sien, à savoir l'aide à l'investissement compris dans son sens le plus large, c'est-à-dire dépassant la simple construction d'infrastructures.

1.3. Contextes économiques actuels

Bien avant la dévaluation, les performances économiques ont commencé à regresser a cause de l'occupation de certains secteurs trés sensibles (Douanes, Caisse d'Amortissement) par des élements non professionnels qui ne respectent pas les normes et procédures de l'Etat, encore moins les objectifs d'assainissement.
Or la mobilisation des ressources extérieures pour l'assainissement financier et les investissements dépendent largement de la création des ressources internes (recettes d'exploitations, recettes douanières en l'occurence), de leur bonne affectation et gestion ainsi que du rendement et de l'efficacité de l'administration .
Etant donné que trés peu de progrés ont été accomplis dans ces domaines, les finances publiques restent trés faibles, peu transparentes et mal allouées eu egard à des secteurs prioritaires comme la santé,l'éducation et les domaines productifs.
Compte tenu de manque de performances,il n'est pas possible de donner des chiffres fiables, et de confirmer les prévisions faites dans le Plan d'Orientation dans l'Etat actuel de l'organisation économique du pays.
Pour le moment, les tendances sont à l'amélioration (pas des chiffres exacts) après une année 1993 très difficile.
Aucun cadrage nouveau n'est défini à cause des incertitudes qui plannent sur l'économie du pays. Néanmoins, au plan des investissements certaines hypothèses peuvent être réalisées et permettraient d'augmenter sensiblement l'ancien cadrage macro-économique de 5 à 10%. Ces hypothèses sont les suivantes:

- une trés faible absorption des crédits en 1994 et en 1995 du fait de blocage décisionnels et du temps de latence qui précedera le dynamisme du Gouvernement post-électoral;

- une contribution financière significative et croissante de l'Etat au budget de l'investissement à partir de 1998 (impact pétrolier).

Il convient de signaler que le pire des cas pourrait se produire et aucune des prévisions ne se réalisera. Dans une telle situation tout sera financé par l'aide extérieure et toute la politique sera mise en cause.

Nous pouvons résumer ces hypothèses dans le tableau suivant :

Indicateurs	Sous-période 94-97		Sous-période 98-2001		94-2001	
	HB	HH	HB	HH	HB	HH
PIB (%)	2	4	4	7	3	5,5
1. Tous secteurs						
Budget de fonctionnement	0	5	5	7	2,5	6
Budget d'investissement	-2	0	5	7	1,5	3,5
2. Santé/Affaires Sociales						
Budget de fonctionnement	0	15	20	30	10	22,25
Budget d'investissement	0	5	10	15	5	10

HB = Hypothèse base HH = Hypothèse haute

Les 5 et 10% d'augmentation du cadrage macro-économique découlent de ce tableau qui résume les hypothèses sur les différents indicateurs.

Sources: Cellule économique du PNUD

CHAPITRE II: LES DOMAINES D'INVESTISSEMENTS

Compte-tenu des conclusions de la Table Ronde rappelées dans l'avant-propos, il ne serait pas opportun de présenter les éléments du choix sous forme d'une liste de programmes, parfois spécifiques d'une maladie ou d'un problème de santé, et dont les liens fonctionnels ne sont pas clairement établis. Il ne serait pas non plus pertinent de le faire car le critère qui s'imposerait alors serait le rapport coût/bénéfice de ces différents programmes, ce qui nécessite de chiffrer en unité monétaire la valeur donnée à la santé, à la maladie, à une population-cible par rapport à une autre, à une catégorie d'âge, et finalement à la vie humaine elle-même. Ceci n'est pas impossible sous l'angle purement économique, mais représenterait un travail de recherche long et fastidieux dont les conclusions risquent de ne pas être acceptées compte-tenu de la multitude de critères (subjectifs ou non) dont cette approche ne tient pas compte.

Il nous a semblé plus pertinent de garder une vision globale du système de santé et de ses rapports avec les individus et les communautés, de manière à ne pas poser le problème en termes de maladie uniquement, ce qui serait contradictoire avec la définition que donne l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de l'état de santé (3). A travers le renforcement du systême de santé lui-même, on espère une amélioration de la qualité des services et des soins, but ultime de la politique sanitaire du Tchad.

La stratégie des Soins de Santé Primaires (SSP) qui a été retenue par le Tchad implique le développement progressif et coordonné des services de santé de base au sein de l'entité fonctionnelle que représente le District Sanitaire (DS). Il s'agit déjà d'une priorité en soi, officiellement déclarée dans le document de politique sanitaire du Tchad (1).

La stratégie des SSP privilégie une approche globale de la santé où la priorisation ne se pose pas en terme de choix entre maladies mais en terme de satisfaction de critères de soins qui doivent être "*socialement acceptables, à un coût supportable par la population, et scientifiquement valables*"(4). Les 2 autres caractéristiques des SSP sont la participation communautaire et la collaboration intersectorielle. L'organisation en DS est à même de favoriser le mieux la mise en place d'une politique de SSP dans le contexte des pays en voie de développement (5).

C'est pourquoi il nous semble que le choix doit se faire au niveau des conditions d'opérationnalité des DS, et ceci à 2 niveaux:

. d'une part entre plusieurs alternatives pour chacune des conditions
. d'autre part entre les conditions elles-mêmes
pour un meilleur développement des Districts Sanitaires du pays.

2.1: DESCRIPTION DU MODELE DE DÉVELOPPEMENT DES DISTRICTS

Le modèle de développement des districts adopté par la CTS suit un raisonnement en 3 étapes :

1°) Les conditions d'opérationnalité des districts sont au nombre de quatre:
- -des infrastructures
- -des équipements
- -du personnel
- -un mode de fonctionnement (au sens large)

2°) Pour chacune de ces quatre conditions, des normes sont nécessaires:
- -normes architecturales des infrastructures;
- -normes d'équipement des différents niveaux;
- -normes quantitatives et qualitatives en personnel de santé
- -normes de fonctionnement.

3°) Une fois que des normes sont établies, la comparaison avec la situation existante mettra en évidence les lacunes à combler. La programmation dans le temps des activités à réaliser pour atteindre les normes retenues constitue les plans opérationnels.

Le rôle de la CTS est triple:

- décrire la situation actuelle des 46 districts pour chacune de leur quatre conditions d'opérationnalité;

- définir des normes architecturales, d'équipement, et de personnel pour les structures de santé au niveau national;

- concevoir des plans opérationnels pour la formation et le redéploiement du personnel de santé, la mise en place du système de recouvrement des coûts et la définition d'un statut juridique des hôpitaux et des centres de santé.

Ce faisant, elle lèvera un certain nombre de blocages qui empêchent actuellement les bailleurs de fonds de se positionner efficacement pour soutenir le développement des districts.

La matrice présentée dans le tableau suivant fait le lien entre les principales étapes d'un processus de planification et les conditions d'opérationnalité des DS et situe les différentes études de la CTS à l'intérieur de ce modèle.

LA PLACE DES ÉTUDES DE LA CTS DANS LE MODELE DE DÉVELOPPEMENT DES DISTRICTS

ETAPES CONDITIONS	ANALYSE DE SITUATION	NORMES	PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE
INFRASTRUCTURES	La matrice des districts sanitaires au Tchad	La programmation fonctionnelle des infrastructures sanitaires au Tchad	La priorisation des investissements en santé au Tchad
ÉQUIPEMENT	La matrice des districts sanitaires au Tchad	La programmation fonctionnelle des infrastructures sanitaires au Tchad	La priorisation des investissements en santé au Tchad
PERSONNEL	La matrice des districts sanitaires au Tchad Le développement des ressources humaines pour la santé au Tchad: problématique, perspectives et impact	Rapport technique de l'atelier national de développement des ressources humaines pour la santé au Tchad	Plans nationaux de formation initiale et continue du personnel de santé 1994-2000. Plans de dotation et de redéploiement du personnel de santé
FONCTIONNEMENT	La matrice des districts sanitaires au Tchad	Bilan de la participation des populations au financement des services de santé au Tchad Le statut juridique des hôpitaux et des centres de santé au Tchad	Le statut juridique des hôpitaux et des centres de santé au Tchad Bilan de la participation des populations au financement des services de santé au Tchad

Les domaines d'investissement ainsi considérés sont au nombre de 3:

- les infrastructures sanitaires
- les équipements sanitaires
- la formation du personnel de santé

2.2: LOGIQUE DE PRIORISATION INTERNE A CHAQUE DOMAINE D'INVESTISSEMENT

2.2.1: LES INFRASTRUCTURES SANITAIRES

2.2.1.1: Les éléments du choix

Les structures concernées au niveau des districts sont de 5 types: les Centres de Santé (CS), les Hôpitaux de District (HD), les Directions de District (DD), les Hôpitaux Centraux de Préfecture (HCP) et les Directions de Délégation Préfectorale Sanitaire (DDPS).

En terme d'infrastructures, il y a 2 types d'investissement: soit la construction de nouvelles structures sanitaires, soit la réhabilitation des structures existantes.

Le choix des priorités consiste à répondre à 3 questions:

- quelles sont les constructions prioritaires?
- quelles sont les réhabilitations prioritaires?
- faut-il prioriser les constructions ou les réhabilitations?

Pour ce dernier point, on peut réaliser les deux à la fois avec de dégrés de priorité différents selon le contexte local.

2.2.1.2: Les critères du choix

Les critères retenus pour le choix des constructions nouvelles sont:

- *le taux de couverture théorique des districts en CS*, du plus faible au plus fort, pour la construction des CS.
- *la population théorique d'une zone de responsabilité*, de la plus forte à la plus faible, pour la construction des CS dans un DS donné.
- *la population théorique de référence des HD et HCP*, de la plus forte à la plus faible, pour la construction des HD ou HCP.
- *la population théorique couverte par les CS*, de la plus forte à la plus faible, pour la construction des DD. Elle est calculée en multipliant la population du district par le taux de couverture en CS.
- *la population de la préfecture*, de la plus forte à la plus faible, pour la construction des DDPS.

Le critère retenu pour le choix des réhabilitations des structures actuelles est:

- *la population théorique couverte par les structures en mauvais état*, par district, et pour chaque infrastructure, du plus fort au plus faible. Elle est calculée en multipliant la population du district par le taux de couverture en structures en mauvais état.

Le critère retenu pour le choix entre les constructions et les réhabilitations est:

- *la disponibilité du personnel de santé* capable de faire fonctionner correctement les structures concernées.

2.2.1.3: Les résultats du choix

a) Priorisation de la construction des CS

NUMÉRO D'ORDRE	TAUX DE COUVERTURE EN CS	DISTRICTS SANITAIRES
1	5,9	N'Djaména-Est
2	14,3	Melfi
3	23,8	N'Djaména-Centre
4	30	Guéréda
5	31,2	Am-Timan
5 ex-aequo	31,2	Bol
7	33,3	Massakory
7 ex-aequo	33,3	Moussoro
9	42,1	Ngouri
10	42,8	Dourbali
11	46,1	Mongo
11 ex-aequo	46,1	Bébalem
13	50	Biltine
13 ex-aequo	50	Bokoro
13 ex-aequo	50	Bousso
13 ex-aequo	50	Béré
17	52,6	Moundou
18	53,8	Léré
19	55,5	Danamadji
19 ex-aequo	55,5	Kélo
21	55,6	Laokassy
22	56,5	N'Djaména-Sud
23	58,3	Pala
24	58,8	Ati
25	60	Bitkine
26	61,5	Sarh
27	62,5	N'Djaména-Nord
28	63,1	Bessao
29	64,3	Fianga
30	64,7	Bébedjia
31	66,7	Goré
31 ex-aequo	66,7	Kyabé
33 ex-aequo	66,7	Goz-Béida
34	68,4	Bongor
35	69,2	Mao
36	69,6	Laï
37	71,4	Koumra
38	72	Abéché
39	75	Gounou-Gaya
40	81,8	Oum-Hadjer
41	83,3	Ennedi
42	88,9	Doba
43	90	Borkou-Tibesti
43 ex-aequo	90	Adré
45	100	Goundi
45 ex-aequo	100	Moïssala

b) Priorisation de la construction des HD et HCP

NUMÉRO D'ORDRE	POPULATION THÉORIQUE DE RÉFÉRENCE	DISTRICTS SANITAIRES
1	194.732	N'Djaména-Est (Diguel)
2	128.340	Ngouri
3	110.118	Dourbali
4	102.372	Bitkine
5	100.570	Bessao
6	84.071	Goré
7	81.850	Danamadji
8	56.745	Laokassy

c) Priorisation de la construction des DD

NUMÉRO D'ORDRE	POPULATION THÉORIQUE COUVERTE PAR LES CS	DISTRICTS SANITAIRES
1	115.229	Adré
2	103.220	Goz-Béida
3	97.207	Fianga
4	76.789	Léré
5	63.460	Bessao
6	61.423	Bitkine
7	56.075	Goré
8	54.031	Ngouri
9	53.900	Bébalem
10	47.131	Dourbali
11	45.435	Bébedjia
12	45.427	Danamadji
13	37.593	Guéréda
14	31.550	Laokassy
15	30.536	Béré
16	22.985	Ennedi
17	11.489	N'Djaména-Est

d) Priorisation de la construction des DDPS

NUMÉRO D'ORDRE	POPULATION DE LA PRÉFECTURE	PRÉFECTURES
1	440.342	Logone Oriental
2	248.226	Lac
3	187.115	Biltine

26

e) Priorisation de la réhabilitation des CS

NUMÉRO D'ORDRE	POPULATION THÉORIQUE COUVERTE PAR DES CS EN MAUVAIS ÉTAT	DISTRICTS SANITAIRES
1	187.464	N'Djaména-Centre
2	133.574	Abéché
3	129.417	N'Djaména-Sud
4	115.283	Mao
5	112.591	Moundou
6	111.589	Am-Timan
7	100.932	Mongo
8	99.057	Sarh
9	98.634	Kélo
10	96.721	Goz-Béida
11	82.694	Massakory
12	80.213	Ngouri
13	76.138	Ati
14	73.449	Dourbali
15	71.932	Bol
16	61.231	Léré
17	58.054	Doba
18	55.096	Moussoro
19	53.906	Laï
20	52.958	Melfi
21	51.478	Bokoro
22	51.370	N'Djaména-Nord
23	51.186	Bitkine
24	48.853	Moïssala
25	45.043	Bongor
26	42.036	Goré
27	41.938	Bessao
28	40.735	Béré
29	38.934	Bébalem
30	34.047	Laokassy
31	32.544	Oum-Hadjer
32	28.687	Borkou-Tibesti
33	25.064	Goundi
34	17.751	Koumra
35	16.781	Fianga
36	16.558	Gounou-Gaya
37	14.212	Adré
38	12.800	Kyabé
39	12.781	Bébedjia
40	11.038	Ennedi
41	0	Biltine
41 ex-aequo	0	Guéréda
41 ex-aequo	0	N'Djaména-Est
41 ex-aequo	0	Bousso
41 ex-aequo	0	Pala
41 ex-aequo	0	Danamadji

29

2.2.1.4: Les conclusions du choix

Il est souhaitable de prioriser les réhabilitations des constructions existantes plutôt que les constructions d'infrastructures sanitaires nouvelles. En effet, ceci a été déjà proposé lors de la Table Ronde Santé/Affaires Sociales, puisque le document de politique sanitaire recommandait la "réhabilitation des structures existantes avant d'en construire des nouvelles"(1). De plus, une étude sur le personnel de santé au Tchad a montré que la satisfaction des besoins en personnel de santé pour les services déjà existants ne pourra se faire avant l'an 2000 (6). Ces besoins sont évalués sur la base des normes quantitatives et qualitatives en personnel de santé retenues lors de l'atelier de consensus national sur le développement des ressources humaines pour la santé, qui s'est tenu en Janvier 1994 à N'Djaména (7). Par conséquent, toute construction nouvelle ne ferait qu'accentuer le déséquilibre entre la demande et l'offre en personnel.

Pour ce qui concerne les réhabilitations à effectuer, il faut commencer en priorité par les CS et donc privilégier les districts ayant le plus fort taux de CS en mauvais état. Une fois ces CS réhabilités, on pourra envisager dans un deuxième temps la réhabilitation des HD, puis des structures des niveaux supérieurs. Les raisons pour cela sont multiples :

- les CS sont les structures de premier échelon censées résoudre 90% des problèmes de santé de la population.
- la réhabilitation d'un CS est moins coûteuse que celle d'un HD.
- le CS est le lieu d'interaction privilégié des services de santé et de la communauté qui peut, en participant à cette réhabilitation, s'approprier la structure et son fonctionnement, source de pérennisation des services.

Il est toutefois important de ne pas perdre de vue le système de santé du district avec ses deux échelons dont le développement doit être simultané.
Il faut néanmoins remarquer que certains projets ont fait un choix différent et envisagent la construction de nombreuses infrastructures, sans que les critères du choix soient clairement explicités. C'est le cas notamment du projet "Santé et Maternité Sans Risque" financé par la Banque Mondiale/IDA du projet "Renforcement des Soins de Santé Primaires" financé par la BAD/FAD. Parmi les 15 districts dans lesquels ils interviennent, 1 seul pourrait justifier des constructions nouvelles étant donné son faible taux de couverture en CS, celui de Melfi. Cela ne résoud pas pour autant l'insuffisance quantitative et qualitative en ressources humaines capables de faire fonctionner correctement les nouvelles infrastructures.

2.2.2: LES ÉQUIPEMENTS

2.2.2.1: Les éléments du choix

Un premier niveau de choix concerne le type d'équipement à prioriser qui soit approprié aux structures.
Il n'existe pas de normes officielles en équipement médical et mobilier pour les structures sanitaires qui nous intéressent, ce qui gêne l'évaluation des besoins. Un tel exercice ne serait néanmoins pas trop difficile à faire puisque les activités des CS et HD sont clairement définies et que de nombreux intervenants ont une grande expérience de terrain. Néanmoins, une liste d'équipement standard pour les CS et HD a été proposée dans une étude de la CTS et pourrait servir utilement de base de départ (8). On trouvera cette liste en **Annexe 1**.
Il faut noter toutefois la grande difficulté à proposer un prix indicatif aux divers équipements. En effet, l'échelle des prix est très large pour un même équipement car elle dépend de la marque, du modèle, des caractéristiques exactes, et du fournisseur.
Un deuxième niveau de choix concerne les districts à équiper en priorité.
Un troisième niveau de choix concerne les structures à équiper en priorité.

2.2.2.2: Les critères du choix

Il est important de choisir un matériel solide, peu sophistiqué, pouvant être réparé sur place, efficace, bon marché ne requérant pas de compétences techniques.

Le critère retenu pour le choix des districts à équiper en priorité est:
- *la population théorique couverte par des CS publics*, de la plus forte à la plus faible. On suppose, en effet, que les CS publics sont sous-équipés par rapport aux structures privées et que les besoins y sont plus grands.

Le critère retenu pour le choix des structures à équiper en priorité est:
- *la disponibilité du personnel qualifié au niveau de ces structures*. Il vaut mieux en effet équiper correctement un CS géré par un IDE que par un manoeuvre. L'utilisation de l'équipement en sera, à priori, plus rentable dans le premier cas. On peut également exprimer ce critère sous la forme du degré de satisfaction des normes en personnel, telles qu'arrêtées lors de l'Atelier National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé (7).

31

2.2.2.3: Les résultats du choix

Priorisation de l'équipement des districts

NUMÉRO D'ORDRE	POPULATION THÉORIQUE COUVERTE PAR DES CS PUBLICS	DISTRICTS SANITAIRES
1	267.147	Abéché
2	207.343	Mao
3	202.754	N'Djaména-Sud
4	190.345	Ati
5	187.464	N'Djaména-Centre
6	185.981	Am-Timan
7	173.349	Sarh
8	154.753	Goz-Béida
9	149.949	Bongor
10	140.739	Moundou
11	130.077	Pala
12	128.340	Lac
13	128.032	Adré
14	125.309	Guéréda
15	120.115	Bokoro
16	119.886	Bol
17	110.118	Dourbali
18	106.504	Koumra
19	101.909	Léré
20	100.932	Mongo
21	98.634	Kélo
22	98.107	Bousso
23	97.729	Oum-Hadjer
24	94.161	Laï
25	84.055	Fianga
26	83.066	Massakory
27	73.461	Moussoro
28	73.280	Moïssala
29	66.231	Gounou-Gaya
30	64.000	Kyabé
31	61.806	Biltine
32	59.932	N'Djaména-Nord
33	57.869	Doba
34	52.958	Melfi
35	50.285	Bessao
36	43.009	Borkou-Tibesti
37	42.036	Goré
38	38.934	Bébalem
39	34.090	Bitkine
40	34.047	Laokassy
41	32.740	Danamadji
42	30.536	Béré
43	27.594	Ennedi
44	19.171	Bébedjia
45	12.532	Goundi
46	0	N'Djaména-Est

2.2.2.4: Les conclusions du choix

Il est souhaitable d'équiper en priorité les CS des districts les plus démunis, comportant donc le plus de CS publics non soutenus par une aide extérieure, et dont le personnel est suffisamment qualifié pour rentabiliser l'utilisation de ce matériel. Ce dernier point relève d'une évaluation individuelle, structure par structure. Un certain nombre de renseignements sur le personnel sont fournis dans une étude de la CTS, notamment le niveau du personnel responsable du CS (9). Néanmoins, ces données risquent d'être rapidement obsolètes étant donné l'extrême mobilité du personnel.

Le raisonnement est le même pour les HD et HCP.

Il faut lier la réhabilitation/construction des infrastructures à leur équipement. Il serait en effet peu rentable de remettre en état ou de construire une infrastructure si l'équipement en matériel n'est pas prévu. Les réhabilitations et les équipements doivent continuer à prendre le pas sur les nouvelles constructions. Toutefois, les insuffisances matérielles ne doivent pas constituer une cause absolue des dysfonctionnements des services. Il est tout à fait logique qu'un plateau technique minimum doit être disponible dans les CS et les Hôpitaux (5).

2.2.3: LA FORMATION DU PERSONNEL

2.2.3.1: Les éléments du choix

Il y a peu de choix à faire entre la formation initiale et la formation continue, car les 2 types de formation sont nécessaires et répondent à des besoins différents.

Par contre, au sein de chaque type de formation, le choix à faire se situe à 2 niveaux:

. Quelles catégories de personnel faut-il former en priorité?
. Quels thèmes de formation faut-il prioriser?

Dans les 2 cas, formation initiale et continue, le personnel des niveaux intermédiaires et périphériques doivent être concernés en priorité. Il est partout reconnu au Tchad que les besoins en formation sont immenses.

2.2.3.2: Les critères du choix

Pour ce qui concerne la formation initiale, les critères retenus sont les suivants:

* pour les catégories de personnel, on retiendra en priorité le personnel dont la place et le rôle sont prédominants dans le fonctionnement du district sanitaire et dont le déficit quantitatif est le plus grand.

* pour les thèmes de formation, on se réfèrera aux plans nationaux officiels qui définissent le profil synthétique de sortie en fonction des activités que le personnel doit réaliser (10). Il s'agit d'une formation par objectif déterminé sur la base de la définition de leurs tâches futures.

Pour ce qui concerne la formation continue, les critères retenus sont les suivants:

* pour les catégories de personnel, on retiendra en priorité le personnel dont les besoins en formation continue sont les plus grands, soit qu'ils sont évalués précisément par une étude des performances, soit qu'ils concernent les catégories de personnel dont la formation initiale a été la plus courte.

* pour les thèmes de formation, on se réfèrera aux plans nationaux officiels qui définissent les priorités en fonction des activités à réaliser(10).

2.2.3.3: Les résultats du choix

La formation initiale devra concerner en priorité le personnel paramédical. En effet, ce sont les personnels assurant la totalité du fonctionnement des CS et dont le déficit est le plus grand (7). Parmi eux, les Infirmiers Diplômés d'État (IDE) constituent le personnel-clé car ils sont censés gérer les CS. On estime que les besoins en IDE sont satisfaits à 40% seulement pour les structures sanitaires existantes.

La formation continue concerne en principe tout le personnel infirmier, car celui-ci n'a pas réellement bénéficié d'une formation adaptée aux tâches à réaliser sur le terrain. C'est pourquoi les infirmiers des CS doivent être la cible prioritaire d'un programme de formation continue axé sur les activités du PMA. De même, le personnel des hôpitaux de district doit être recyclé en priorité sur les activités du PCA.

2.2.3.4: Les conclusions du choix

Étant donné les besoins en personnel paramédical, la réouverture de l'ENASS constitue la première des priorités. Parallèlement à la formation initiale, un processus coordonné de formation continue doit être mis en place selon les directives du plan national officiel. Le recyclage doit être orienté vers la solution des problèmes rencontrés sur le terrain.

2.3: LOGIQUE DE PRIORISATION ENTRE LES DIFFÉRENTS DOMAINES D'INVESTISSEMENT

2.3.1: Les éléments du choix

Il est évident que le choix d'utilisation de ressources limitées peut se faire entre les différents domaines d'investissement cités. Il est également évident que les domaines d'investissement sont liés. La réhabilitation/construction d'un hôpital de district n'a pas de sens si son équipement n'est pas prévu ou si le personnel pour le faire fonctionner correctement n'est pas disponible. D'un autre côté, les choix n'étant pas mutuellement exclusifs, on sait bien qu'il faut mener de front l'étendue de la couverture sanitaire du pays (selon le découpage arrêté) et la "mise à niveau" des services existants.

On peut donc poser les éléments du choix de la manière suivante:

> Quelles parts des ressources faut-il respectivement affecter à la construction/réhabilitation des infrastructures, à leur équipement en matériel médical et mobilier, et à la formation du personnel de santé? Autrement dit, quelle stratégie d'allocation de ressources limitées adapter pour assurer le développement harmonieux des districts sanitaires?

2.3.2: Les critères du choix

Les critères de choix sont ceux qui décrivent la situation actuelle en terme de déséquilibres d'une région à une autre, ce qui correspond, selon le découpage sanitaire à un déséquilibre entre DPS et/ou DS. *Le critère serait donc l'inégalité d'accès des populations à des services de santé de même qualité.* La répartition des ressources se ferait alors dans un souci d'équité, concept auquel le critère précédent donne une des multiples définitions opérationnelles possibles.
Toute la difficulté réside donc dans la mesure des ces déséquilibres en terme d'écart par rapport aux normes définies:

- normes architecturales
- normes d'équipement
- normes en personnel

2.3.3: Les résultats du choix

Alors même que toute une partie des ressources est consacrée à l'amélioration de la qualité des soins, des services et du système de santé dans son ensemble, dans le même temps l'affectation des ressources est destinée à corriger les inégalités entre les performances des services de santé. Ceci revient à dire que d'un côté on cherche à atteindre 100% des normes retenues (objectif à long terme), et que d'un autre côté, la nécessité immédiate de définir des priorités consiste à équilibrer la répartition des ressources. Ceci peut se faire de 2 manières:

> soit une redistribution des ressources, ce qui revient à équilibrer un déficit sans ajout de ressources supplémentaires. Ex: le redéploiement du personnel.

soit une priorisation dans l'affectation des ressources supplémentaires au fur et à mesure de leur disponibilité. Ex. le personnel nouvellement formé irait en priorité là où le déficit est le plus grand et non pas là où le déficit est modéré.

La première stratégie est justifiée dans les situations où, soit de l'équipement soit du personnel serait en excès par rapport à leurs besoins (ou aux normes), aboutissant à un gaspillage de ressources par sous-utilisation. C'est le cas, par exemple du personnel de l'HGRN.

La deuxième stratégie est préférable dans les situations de déficit qui prédominent au Tchad dans l'immense majorité des services. Ainsi, on peut citer les moyennes nationales actuelles (Juin 1994) suivantes:
. couverture moyenne en CS des districts: 57%
. ratio moyen médecin/population: 2,33 pour 100.000 habitants
. ratio moyen SFDE/population: 2,27 pour 100.000 habitants
. ratio moyen IDE/population: 2,55 pour 100.000 habitants

Ces données sur les moyennes nationales ont été calculées à partir des documents produits pas la CTS et des données du BCR. Ces moyennes nationales ne sont pas exhaustives; le choix dépend du domaine d'investissement.
Ces moyennes nationales deviendraient donc des objectifs immédiats pour les régions qui sont en-dessous de la moyenne nationale et décideraient de la priorisation des investissements. Les indicateurs retenus servent à identifier la limite en-dessous de laquelle les régions concernées sont identifiées comme prioritaires. Une proposition de répartition optimale des ressources humaines dans les services de santé existants a été proposée dans une étude de la CTS et se trouve en **Annexe 2**.

2.3.4: Les conclusions du choix

Il est plus difficile de choisir entre domaines d'investissement qu'au sein d'un même domaine. La stratégie suggérée ici n'est pas la seule et ne tient pas compte des critères politiques de choix. Néanmoins, sa logique consisterait à investir en priorité dans la formation initiale du personnel paramédical et de l'affecter dans les services existants des districts actuellement en-dessous de la moyenne nationale (ratio effectif/population) de manière à tendre vers une équité de distribution et vers la satisfaction des normes en personnel retenues. Dans le même temps, la réhabilitation des structures de santé existantes, liée impérativement à la normalisation et la satisfaction des besoins en équipements, doit se faire en priorité là où ce personnel nouveau sera affecté et là où une évaluation par district aura permis d'identifier les structures disposant d'un personnel suffisamment qualifié pour en rentabiliser l'utilisation. Il est difficile d'aller plus loin dans les choix car les données individuelles sur l'évaluation qualitative ne sont pas disponibles.
En tout état de cause, les recommandations de la table ronde de réhabiliter les services existants avant d'en construire de nouveaux restent une stratégie sage et réaliste, d'autant qu'en terme d'investissement les constructions nouvelles sont chères. Le rendement d'un tel investissement doit donc être bien calculé et vu la pénurie actuelle en personnel qualifié le rapport coût/efficacité des nouvelles constructions est vraisemblablement très faible. L'efficacité dont il est question ici s'exprime en terme de production de santé.

CHAPITRE III: LES SCÉNARIOS D'INVESTISSEMENT POSSIBLES

Les besoins exprimés pour la mise en oeuvre des programmes d'investissement retenus par la politique sanitaire dépassent de loin les possibilités financières du pays mises en évidence par le cadrage macro-économique.

L'analyse des scénarios est faite sur la période de 1995-2000 Etant donné que la hausse des besoins est liée au programme de renforcement des infrastructures, des équipements et de la formation, l'ajustement des objectifs est surtout porté sur ces volets, aussi bien l'ancien cadrage macro-économique que pour les nouvelles hypothèses de travail.

L'approche préconise des activités aux niveaux des CS, HD, HCP. DD, DDPS et de la Formation et limite les investissements à 13.800.000.000 FCFA pour l'ancien cadrage et celui-ci augmenté de 5 et 10 % par rapport aux contextes actuels définis dans le chapitre 1, soit 14.490.000.000 FCFA et 15.180.000.000 FCFA.

Chaque cadrage a deux propositions : **la construction et la réhabilitation avec l'hypothèse que l'enveloppe pour la formation reste inchangée.**

3.1. SCENARIOS D'INVESTISSEMENT AVEC L'ANCIEN CADRAGE

La limite de ce cadrage est de 13.800.000.000 FCFA. On se fixe les hypothèses de construction, de réhabilitation et des équipements des infrastructures ainsi que la formation des personnels.

3.1.1.Scénario des constructions des infrastructures et équipements

Il convient de signaler que, si le choix est fait pour la construction des infrastructures, il se posera deux problèmes qui seront en contradictions par rapport à la politique sanitaire définie dans le document de Diagnostic et Stratégie (Tome 1 de la TRS) qui donne priorité à la réhabilitation des infrastructures sanitaires, et aux préalables définis lors de la Table Ronde. Il s'agit :

- du redéploiement du personnel
- de la disponibilité du personnel

*** Redéploiement du personnel**

Dans le document du Plan de dotation et de Redéploiement (11), il est défini que 18% seulement du personnel qualifié toute catégorie confondue est redéployable. Si on donne priorité à la construction dans l'immédiat, les cinq Districts prioritaires sont : N'djaména-Est, Melfi, N'Djaména-Centre, Guéréda, Am-Timan et Bol (cf. 18), et tous le personnel susceptible d'être redéployé serait affecté dans ces districts si on respecte les normes à 100%. Les critères de priorisation pour la construction des infrastructures ont été définis au point 2.2.1.2.

Ainsi, le redéploiement prévu de 18% des personnels qualifiés se fera au sein même d'une délégation, ce qui est plus accepté par les personnels qui refusent d'être affectés en province.

*** Disponibilité du personnel.**

Si on envisage la construction des infrastructures, il n'est pas probable d'avoir dans un bref délai des personnels qualifiés pour que les infrastructures nouvellement construites soient fonctionnelles selon les conditions d'opérationnalité des districts définies par la CTS.

*** construction des infrastructures et équipements**

Dans le cadrage, la répartition entre les trois domaines est fixée à 53% pour la formation, 47% pour la construction et équipement des infrastructures sanitaires, soit respectivement 7.314.000.000 FCFA et 6.486.000.000 FCFA.

Il convient de signaler que les coûts unitaires utilisés pour l'élaboration de cette étude, sont définis dans les différentes étude de la CTS à savoir la Programmation Fonctionnelle des Infrastructures et les Plans Nationaux de Formation Initiale et Continue. Il est à noter que les coûts de construction, de réhabilitation des HCP, DD, et DDPS ne sont pas connus, donc pas pris en compte dans les calculs présentés ci-dessous. Si ces constructions ou réahbilitations étaient prises en compte, cela dépasserait le cadrage macro-économique.

Dans le document de la Matrice des Districts sanitaires, il est prévu la construction des 282 CS , 7 HD, 1HCP,27 DD et 3 DDPS.

- construction des 282 CS: 282 x 16.200.000 =	4.568.400.000 FCFA
- équipement des 282 CS(10%): 4.568.400.000 x 10%=	456.840.000 FCFA
SOUS TOTAL$_1$	**5.025.240.000 FCFA**
- construction des 7 HD: 176.540.000 x 7 =	1.235.780.000 FCFA
- équipement des 7 HD(10%) 1.235.780.000 x 10%=	123.578.000 FCFA
SOUS TOTAL$_2$	**1.359.358.000 FCFA**

TOTAL des infrastructures+équipements:

5.025.240.000 +1.359.358.000 = 6.384.598.000 FCFA

IL reste un réliquat de 101.402.000 FCFA.

*** formation du personnel**

Il est à signaler que pour ce volet, les 53% de budget prévus dans le Plan d'Orientation sont tous couverts. Donc les 7.314.000.000 FCFA devraient être réellement investis pour le developpement des ressources humaines et toutes catégories des personnels seront formés au cas où une plannification de mise en oeuvre des Plans de Formations Initiale et Continue serait définie d'ici la fin de l'année 1994.

TOTAL GENERAL
6.384.598.000 + 7.314.000.000 = 13.698.598.000 FCFA

Aucune autre construction ne pourra être envisagée en dehors des propositions faites ci-dessus compte tenu de l'enveloppe définie. Mais d'autres propositions pourront être argumentées en respectant le cadrage. Il s'agirait alors de faire des hypothèses basses ou moyennes de couverture en infrastructure : 50 ou 70%.

3.1.2. Scénario des réhabilitations des infrastructures et équipements

Pour ce qui concerne les réhabilitations des infrastructures, il faut commencer en priorité par les CS avant d'envisager celles des HD et des structures des niveaux supérieurs.Les raisons sont les suivantes:

. les CS sont les structures de premier échelon censés résoudre 90% des problèmes de santé de la population,

. la réhabilitation d'un CS est moins coûteuse que celle d'un HD avec un coût reccurent rélativement modeste,

. le CS est le lieu d'interaction privilégé des services de santé et de la communauté qui peut, en participant à cette réhabilitation, s'appropier la structure et son fonctionnement, source de pérennisation des services.

Les coûts unitaires des réhabilitations des infrastructures sanitaires ne sont pas définies, car ceux-ci vont varier en fonction de l'état actuel de l'infrastructure. Ceux-ci peuvent varier du simple au double suivant que l'infrastructure est en assez bon état, moyennement ou en mauvais état. Cependant, il y a lieu d'estimer le coût unitaire d'une réhabilitation par rapport au coût d'une nouvelle construction.

Ainsi, malgré le manque d'informations sur les coûts unitaires des réhabilitations dans le document de la Programmation fonctionnelle des infrastructures, nous les estimons à 55% de ceux des constructions pour les différents niveaux .

- coût unitaire de réhabilitation d'un CS:	16.200.000 x 55%=	**8.910.000 FCFA**
- coût unitaire de réhabilitation d'un HD:	176.540.000 x 55% =	**97.097.000 FCFA**

Il est à rappeler que les coûts unitaires des constructions des DD, HCP et DDPS n'ont pas été définis dans l'étude de la "programmation Fonctionnelle des Infrastructures". C'est pourquoi, il est laissé la latitude aux professionnels du domaine lors des exécutions des différents travaux de définir les coûts unitaires des constructions et des réhabilitations de ces dernières.

*** Réhabilitations des infrastructures et équipements**

Dans la Matrice des districts, il est prévu les réhabilitations des 87 CS, 18 HD, 10 DD,11HCP et 5 DDPS

- réhabilitation des 87 CS: 87 x 8.910.000 = 775.170.000 FCFA
- équipement des 87 CS: 775.170.000 x 10%= 77.517.000 FCFA

SOUS TOTAL$_1$ 852.687.000 FCFA

- réhabilitation des 18 HD: 18 x 97.097.000= 1.747.746.000 FCFA
- équipement des 18 HD: 1.747.746.000 x 10%= 174.774.600 FCFA

SOUS TOTAL$_2$ 1.922.520.000 FCFA

TOTAL des infrastructures +équipement 2.775.207.000 FCFA

Après avoir réhabilité les CS et les HD, il est probable de réhabiliter les autres structures sanitaires existantes avec le réliquat de 3.710.793.000 FCFA sur un total de 6.486.000.000 FCFA alloués. D'autres scénarios sont possibles avec la même enveloppe comme nous l'avons suggéré au sosu-chapitre précédent.

*** Formation du personnel**

Le même pourcentage est retenu pour la formation en accordant la priorité aux paramédicaux définie dans les Plans de Formation Initiale et Continue.
Le montant global est estimé à 7.314.000.000 FCFA.

TOTAL GENERAL :
2.775.207.000 + 3.710.793.000 + 7.314.000.000 = 13.800.000.000 FCFA

3.2. SCENARIOS D'INVESTISSEMENT AVEC UNE HYPOTHESE D'AUGMENTATION DE 5% DU CADRAGE

La limite du cadrage est fixée à 14.490.000.000 FCFA.
La répartition entre les trois domaines est fixée à 50,47% pour la formation et 49,53% pour les infrastructures et équipements,soit respectivement 7.314.000.000 FCFA et 7.176.000.000 FCFA.
Les mêmes raisonnements ci-dessus mentionnés sont retenus pour la priorisation et les différents calculs.

3.2.1. Scénario des constructions des infrastructures et équipements

*** Constructions des infrastructures et équipements**

- construction des 282 CS: 282 x 16.200.000 =	4.568.400.000 FCFA
- équipement des 282 CS: 4.568.400.000 x 10%=	456.840.000 FCFA
SOUS TOTAL$_1$	**5.025.240.000 FCFA**
- construction des 7 HD: 7 x 176.540.000 =	1.235.780.000 FCFA
- équipement des 7 HD: 1.235.780.000 x 10% =	123.578.000 FCFA
SOUS TOTAL$_2$	**1.359.358.000 FCFA**

TOTAL des infrastructures + équipements :
5.025.240.000 + 1.359.358.000 = 6.384.598.000 FCFA.

On peut envisager la construction d'un HCP et l'équiper avec le réliquat de 860.402.000 FCFA, qui serait a peu prés dans la même enveloppe.

*** Formation du personnel**

Le même raisonnement est retenu d'autant plus qu'aucun changement n'est prévu, sauf que le pourcentage représente 50% de l'enveloppe prévue au lieu de 53% dans l'ancien cadrage. Donc le montant de 7.314.000.000 FCFA sera consacré à la formation de toutes les catégories du personnel pendant la période allant de 1995 à l'an 2000.

TOTAL GENERAL :
6.384.598.000 +860.402.000 + 7.314.000.000 = 14.490.000.000 FCFA

3.2.2. Scénario des réhabilitations des infrastructures et équipements

*** Réhabilitations des infrastructures et équipements**

- réhabilitation des 87 CS: 87 x 8.910.000 =	775.170.000 FCFA
- équipement des 87 CS: 775.170.000 x 10%=	77.517.000 FCFA
SOUS TOTAL$_1$	**852.687.000 FCFA**
- réhabilitation des 18 HD: 18 x 97097.000 =	1.747.746.000 FCFA
- équipement des 18 HD: 1747. 746.000 x 10% =	174.774.600 FCFA
SOUS TOTAL$_2$	**1.844.843.000 FCFA**

TOTAL infrastructures +équipements :
852.687.000 +1.844.843.000 = 2.697.530.000 FCFA

On peut envisager avec le réliquat de 4.547.470.000 FCFA, réhabiliter les autres infrastructures aux niveaux supérieurs et en même temps construire quelques structures sanitaires au niveau périphérique.

*** Formations du personnel**

Aucun changement à effectuer à ce niveau , car la totalité de la formation peut être réalisée, compte tenu de l'enveloppe et du pourcentage accordée à la formation du personnel dans le Plan d'Orientation à l'horizon 2000. Donc, le montant total qui est de 7.314.000.000 FCFA sera utilisé comme prévu.

TOTAL GENERAL :
2.697.530.000 +4.547.470.000 +7.314.000.000 = 14.559.000.000 FCFA

3.3 SCENARIOS D'INVESTISSEMENT AVEC UNE HYPOTHESE D'AUGMENTATION DE L'ANCIEN CADRAGE DE 10%

La limite du cadrage est fixée à 15.180.000.000 FCFA.
La répartition entre les trois domaines est fixée à 48% pour la formation et 52% pour les infrastructures et équipements, soit respectivement de 7.314.000.000 FCFA et 7.866.000.000 FCFA.

3.3.1. Scénarios des constructions des infrastructures et équipements

Les mêmes raisonnements ci-dessus définis sont valables pour la priorisation et les différents calculs.

*** constructions des infrastructures et équipements**

- construction des 282 CS: 282 x 16.200.000 = 4.568.400.000 FCFA
- équipements des 282 CS: 4.568.400.000 x 10%= 456.840.000 FCFA

SOUS TOTAL$_1$ **5.025.240.000 FCFA**

- construction des 7 HD: 7 * 176.540.000 = 1.235.780.000 FCFA
- équipement des 7 HD: 1.235.780.000 * 10%= 123.578.000 FCFA

SOUS TOTAL$_2$ **1.359.358.000 FCFA**

TOTAL infrastructures et équipements :
5.025.240.000 + 1.359.358.000 = 6.384.598.000 FCFA.

42

On peut envisager les constructions d'autres infrastructures sanitaires aux niveaux supérieurs avec le réliquat de **1.481.402.000 FCFA**. Il faudra probablement envisager la construction de l'HCP.

*** formation du personnel**

Le montant total estimé pour la formation du personnel reste invariable, et s'élève à 7.314.000.000 FCFA.

TOTAL GENERAL:
6.384.598.000 +1.481.402.000 +7.314.000.000 = 15.180.000.000 FCFA.

3.3.2 Scénario des réhabilitations des infrastructures et équipements

*** réhabiltations des infrastructures et équipements**

- réhabilitation des 87 CS:	87 x 8.910.000 =	775.170.000 FCFA
- équipement des 87 CS:	775.170.000 x 10% =	75.517.000 FCFA
SOUS TOTAL$_1$		**852.687.000 FCFA**

- réhabilitation des 18 HD:	18 x 97.097.000 =	1.747.746.000 FCFA
- équipement des 18 HD :	1.747.746.000 x 10% =	174.774.600 FCFA
SOUS TOTAL$_2$		**1.922.520.600 FCFA**

TOTAL infrastructures + équipements :
852.687.000 + 1.922.520.600 = 2.775.207.600 FCFA.

On peut envisager les réhabilitations de toutes les infrastructures sanitaires existantes (10 DD, 11HCP, 5 DDPS) avec le réliquat de **5.090.792.400 FCFA** et construire certaines structures sanitaires de 1er échelon.

*** formation du personnel**

Avec ce scénario si on n'envisage pas les constructions de certaines infrastructures sanitaires de 1er échelon aprés avoir réhabilité les structures existantes, le raisonnement aboutira à une formation des personnels qualifiés qui ne seront pas utilisés normalement par manque d'infrastructures sanitaires.Ceci n'aura aucune incidence sur le montant global alloué à la formation qui est de **7.314.000.000 FCFA**.

TOTAL GENERAL :
2.775.207.600 +5.090.792.400 +7.314.000.000 = 15.180.000.000 FCFA.

43

TABLEAUX DES SCENARIOS D'INVESTISSEMENT POSSIBLES

SCENARIOS AVEC L'ANCIEN CADRAGE MACRO-ECONOMIQUE (13.800.000.000 FCFA)

Tableau 1 : Construction et Equipement des Infrastructures

Désignation	Quantité	Coût Unitaire	Montant total
Construction CS	282	16.200.000	4.568.400.000
Equipement CS 10%	-	-	456.840.000
Construction HD	7	176.540.000	1.235.780.000
Equipement HD 10%	-	-	123.578.000
Construction HCP	1	ND	-
Equipement HCP 10%	-	-	
Construction DD	27	ND	-
Equipement DD 10%	-	-	
Construction DDPS	3	ND	-
Equipement DDPS 10%	-	-	
TOTAL	-	-	**6.384.598.000**

ND = Non disponible
Les coûts des équipements représentent 10% de ceux de construction.

Tableau 2 : Réhabilitation et Equipement des Infrastructures.

Désignation	Quantité	Coût unitaire	Montant total
Réhabilitation CS	87	8.910.000	775.170.000
Equipement CS 10%	-	-	77.517.000
Réhabilitation HD	18	97.097.000	1.747.746.000
Equipement HD 10%	-	-	174.774.600
Réhabilitation HCP	11	ND	-
Equipement HCP 10%	-	-	-
Réhabilitation DD	10	ND	-
Equipement DD 10%	-	-	-
Réhabilitation DDPS	5	ND	-
Equipement DDPS 10%	-	-	-
TOTAL	-	-	**2.697.530.600**

Pour cette hypothèse, il est probable de réhabiliter les autres structures sanitaires avec le réliquat de 3.788.469.400 et envisager des constructions.

44

Suite 1

NORMES D'EQUIPEMENT D'UN CENTRE DE SANTE

EQUIPEMENT PREVISIONNEL	QUANTITE	
	CS RURAL	CS URBAIN
Porte-thermomètre	2	2
Plateau instruments	3	2
Boite instruments	3	2
Boite seringues	2	3
Boite aiguilles	2	3
Pissette	3	2
Brosse à ongles	2	2
Accessoire bureau (kit)	1	1
Brosse à instruments	2	2
Boite instruments/pansements	3	3
Ciseaux pansements	2	2
Boite petite chirurgie	2	2
Pince à tampon	2	2
Cupule	2	2
Boite à compresses	4	3
Instruments d'accouchement	1	0
Abaisse langue métal	1	1
Toile cirée	7	6
Garrots	2	2
Container à eau (20l)	3	3
Réfrigérateur	1	1
Calculatrice	1	1
Incinérateur local	1	1

SCENARIOS D'INVESTISSEMENT AVEC UNE HYPOTHESE D'AUGMENTATION DE 10% DE L'ANCIEN CADRAGE (15.180.000.000 FCFA)

Tableau 1 : Construction et Equipement des Infrastructures.

Désignation	Quantité	Coût unitaire	Montant total
Construction CS	282	16.200.000	4.568.400.000
Equipement CS 10%	-	-	456.840.000
Construction HD	7	176.540.000	1.235.780.000
Equipement HD 10%	-	-	123.578.000
Construction HCP	1	ND	-
Equipement HCP 10%	-	-	
Construction DD	27	ND	-
Equipement DD 10%	-	-	
Construction DDPS	3	ND	-
Equipement DDPS 10%	-	-	
TOTAL	-	-	**6.384.598.000**

On peut envisager la construction des autres infrastructures sanitaires au niveau supérieur avec le réliquat de 1.481.402.000 FCFA.

Tableau 2 : Réhabilitation et Equipement des Infrastructures Sanitaires.

Désignation	Quantité	Coût unitaire	Montant total
Réhabilitation CS	87	8.910.000	775.170.000
Equipement CS 10%	-	-	77.517.000
Réhabilitation HD	18	97.097.000	1.747.746.000
Equipement HD 10%	-	-	174.774.600
Réhabilitation HCP	11	ND	-
Equipement HCP 10%	-	-	-
Réhabilitation DD	10	ND	-
Equipement DD 10%	-	-	-
Réhabilitation DDPS	5	ND	-
Equipement DDPS 10%	-	-	-
TOTAL	-	-	**2.697.530.600**

On peut envisager la réhabilitation de toutes les infrastructures existantes (10 DD, 11 HCP, 5 DDPS) avec le réliquat de 5.090.792.400 FCFA et construire certaines structures sanitaires de 1er échelon.

46

CONCLUSION

L'étude sur la priorisation des investissements dans le secteur de la santé est préconisée pour permettre au Gouvernement du Tchad de combler la faiblesse de la gestion du système de santé, de coordonner les actions financées par l'aide extérieure et de respecter la politique sanitaire énoncée dans le document de diagnostic et stratégie de la Table Ronde, en accord avec le cadrage macro-économique.

Compte tenu du flou qui existe au niveau des termes de référence initiaux et les contextes économique actuels, certaines difficultés se sont posées pour aborder le sujet.
Après plusieurs réunions avec les Responsables du PNUD pour la redéfinition des termes de référence, il a été convenu d'aborder le sujet comme initialement prévu en définissant les critères techniques de priorisation.

Il convient de signaler aussi que d'autres difficultés se sont apparues pour proposer les scénarios d'investissement en matière de coût unitaire dans les trois domaines d'investissement. Il nous est apparu nécessaire de faire les hypothèses sur les limites de cadrage macro-économique qui ont abouti à trois scénarios d'investissement possibles.

L'accent a été mis sur le niveau périphérique considéré prioritaire dans la mise en oeuvre de la politique socio-sanitaire définie. De ce fait, la priorisation des investissements a concerné le premier et le deuxième échelon qui ont des coûts unitaires définis dans le document de programmation fonctionnelle des infrastructures sanitaires.

Avec les différentes limites du cadrage macro-économique l'étude a abouti aux propositions suivantes :

- Ancien cadrage macro-économique

Première Proposition :

* Construction de 282 CS et leur équipement
* Construction de 7 HD et leur équipement
* Formation du personnel toutes catégories confondues

Montant total = **13.698.598.600 FCFA**

Deuxième Proposition :

* Réhabilitation de 87 CS et leur équipement
* Réhabilitation de 18 HD et leur équipement
* Formation du personnel toutes catégories confondues
* Réliquat de 3.710.792.400 FCFA pour réhabiliter les autres structures sanitaires ou construire.

Montant total = **13.800.000.000 FCFA**

- **Hypohtèse d'une augmentation de 5% du cadrage macro-économique (14.490.000.000 FCFA)**

Première Proposition :

* Construction de 282 CS et leur équipement
* Construction de 7 HD et leur équipement
* Formation du personnel toutes catégories confondues
* Réliquat de 860.402.000 FCFA pour la construction d'un HCP et équipement

Montant total = **14.490.000.000 FCFA**

Deuxième Proposition :

* Réhabilitation de 87 CS et leur équipement
* Réhabilitation de 18 HD et leur équipement
* Formation du personnel toutes catégories confondues
* Réliquat de 4.547.470.000 FCFA pour réhabiliter les autres structures sanitaires existantes et en même temps construire des nouvelles structures.

Montant total = **14.559.000.000 FCFA**

- **Hypothèse d'une augmentation de 10% de l'ancien cadrage macro-économique (15.180.000.000 FCFA)**

Première Proposition :

* Construction de 282 CS et leur équipement
* Construction de 7 HD et leur équipement
* Formation du personnel toutes catégories confondues
* Réliquat de 1.481.402.000 FCFA pour la construction de HCP et équipement

Montant total = **15.180.000.000 FCFA**

Deuxième Proposition :

* Réhabilitation de 87 CS et leur équipement
* Réhabilitation de 18 HD et leur équipement
* Formation du personnel toutes catégories confondues
* Réliquat de 5.090.792.400 FCFA pour réhabiliter les autres structures sanitaires existantes et construire des nouvelles structures sanitaires de premier échelon.

Montant total = **15.180.000.000 FCFA**

Ainsi, eu égard aux priorités définies dans les documents officiels (Plan d'orientation du Tchad à l'horizon 2.000 et le Tome I de la TRS) et des résultats des étuds menées par la CTS, l'accent doit être mis sur :

- la réhabilitation des infrastructures sanitaires avec leurs équipements au lieu d'en construire des nouvelles ;

- la réouverture immédiate de l'ENASS pour assurer la formation initiale des catégories prioritaires du personnel définies.

Cependant, le niveau intermédiaire a été également analysé mais d'une manière succincte en définissant les critères techniques de priorisation. Des propositions pourraient être faites si les coûts unitaires aux niveaux central et intermédiaire avaient été définis.

Les différents scénarios proposés ne sont pas figés et d'autres propositions peuvent être faites avec les mêmes limites du cadrage macro-économique ou d'autres limites selon les contextes économiques du pays.

ANNEXES

Annexe 1: Liste des équipements des centres de santé et hôpitaux de district (Waechter J).

Annexe 2: Répartition optimale des ressources humaines pour la santé (Problématique du Développement des Ressources Humaines).

Annexe 3: Normes en Personnel (Rapport Technique de l'Atelier National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé au Tchad).

Annexe 4 : Dépenses d'immobilisation et de fonctionnement (Plan d'orientation : Document annexe) MPC.

Annexe 5 : Normes architecturales et coût de construction d'un centre de santé.(Programmation fonctionnelle des infrastructures sanitaires. Waechter J.).

Annexe 6 : Normes architecturales et coût de construction d'un hôpital de district.(Programmation fonctionnelle des infrastructures sanitaire. Waechter J.)

Annexe 7 : Différents coûts unitaires de formations initiale et continue (Plan de Formation initiale et continue. Dr Evariste Mutabaruka).

Annexe 8 : Cadrage macro-économique des trois plans nationaux de formation 1994-2000 (Plans nationaux de formations initiale et continue des ressources humaines pour la santé. Dr Evariste Mutabaruka).

Annexe 1

NORMES D'EQUIPEMENT D'UN CENTRE DE SANTE

EQUIPEMENT PREVISIONNEL	QUANTITE	
	CS RURAL	CS URBAIN
Paravent	1	1
Lit standard métal	4	2
Table chevet métal	4	2
Table examen standard	1	2
Table soins/examen	1	1
Marche pied	2	1
Table instrument 60x40	2	1
Chariot soins	1	1
Etagères murales stockage médicaments	12	12
Armoire médicaments 2 portes (120x40)	2	2
Brancard	1	1
Potence perfusion	2	1
Bureau 120x80 métal	1	2
Table 120x60 métal	2	2
Armoire 2 portes métal	1	2
Classeur 2 tiroirs métal	1	1
Tabouret fixe	3	3
Tabouret ajustable	1	1
Banc (prévoir sur lot génie civil)	PM	PM
Chaise droite métal	6	11
Etagère modulaire métal (120x20mm)	3	3
Armoire vestiaire (40x40x180)	1	2
Paterre fixe	3	4
Pèse-personne	2	2
Pèse-bébé	2	2
Mètre ruban	2	2
Stéthoscope	2	2
Tensiomètre	1	1
Stéthoscope Obstétrical	1	1
Table accouchement	1	0
Seau déchets	4	4
Otoscope	1	1
Spéculum réglable (avec boite métal)	2	2
Microscope monoculaire	1*	0
Ensemble coloration	1*	0
Jeu de verrerie labo	1*	0
Centrifugeuse	1*	0
Cocotte-minute	1	1
Réchaud pétrole	1	1
Articles nettoyage	1	1
Trousse à outils	1	1
Corbeille de bureau	1	1
Poubelle à couvercle	3	3
Lampe tempête	2	2
Torche électrique	2	2
Bassin lit	1	0
Bassin réniforme	2	2
Urinal	1	1

*: équipement à ne fournir que dans certains cas particuliers
PM = pour mémoire

SCENARIOS D'INVESTISSEMENT AVEC UNE HYPOTHESE D'AUGMENTATION DE 5% DU CADRAGE (14.490.000.000 FCFA)

Tableau 1 : Construction et Equipement des Infrastructures.

Désignation	Quantité	Coût unitaire	Montant total
Construction CS	282	16.200.000	4.568.400.000
Equipement CS 10%	-	-	456.840.000
Construction HD	7	176.540.000	1.235.780.000
Equipement HD 10%	-	-	123.578.000
Construction HCP	1	ND	-
Equipement HCP 10%	-	-	
Construction DD	27	ND	-
Equipement DD 10%	-	-	
Construction DDPS	3	ND	-
Equipement DDPS 10%	-	-	
TOTAL	-	-	**6.384.598.000**

On peut envisager la construction de l'HCP et l'équiper avec le réliquat de 860.402.000 FCFA.

Tableau 2 : Réhabilitation et Equipement des Infrastructures

Désignation	Quantité	Coût unitaire	Montant total
Réhabilitation CS	87	8.910.000	775.170.000
Equipement CS 10%	-	-	77.517.000
Réhabilitation HD	18	97.097.000	1.747.746.000
Equipement HD 10%	-	-	174.774.600
Réhabilitation HCP	11	ND	-
Equipement HCP 10%	-	-	-
Réhabilitation DD	10	ND	-
Equipement DD 10%	-	-	-
Réhabilitation DDPS	5	ND	-
Equipement DDPS 10%	-	-	-
TOTAL	-	-	**2.697.530.600**

On peut envisager la réahbilitation et la construction de certaines infrastructures sanitaires au niveau supérieur avec réliquat de 4.547.469.400 FCFA.

Suite 2

NORMES D'EQUIPEMENT D'UN HOPITAL DE DISTRICT

EQUIPEMENT MEDICAL PREVISIONNEL	QUANTITE
CONSULTATION:	
Consultation de Référence:	
Table d'examen	1
Marche pied	1
Paravent	1
Armoire médicament	1
Pèse-personne	1
Pèse-bébé	1
Mètre ruban	1
Stéthoscope	1
Tensiomètre	1
Otoscope	1
Abaisse-langue métal	1
Porte-thermomètre	1
Plateau à instruments	2
Boîte instruments	2
Brosse à instruments	2
Brosse à ongles	2
Poubelle à couvercle	1
Chariot à instruments	1
Consultation Gynéco-Obstétricale:	
Table soins/examen (type gynéco)	1
Marche pied	1
Paravent	1
Armoire à instruments	1
Chariot soins	1
Armoire médicaments	1
Tabouret fixe	1
Tabouret ajustable	1
Bassin réniforme	1
Urinal	1
Porte-thermomètre	1
Plateau à instruments	1
Boîte instruments avec spéculum	1
Boîte petite chirurgie	1
Ciseaux pansement	1
Brosse à instruments	1
Brosse à ongles	1
Poubelle à couvercle	1
Soins:	
Table d'examen	1
Marche pied	1
Tabouret	1
Paravent	1
Armoire médicaments	1
Pince à tampon	1
Cupules	1
Boîte à compresses	1
Boîte à seringues	1
Boîte à aiguilles	2
Garrots	2
Pissette	1
Plateau à instruments	1

53

NORMES D'EQUIPEMENT D'UN HOPITAL DE DISTRICT

EQUIPEMENT MEDICAL PREVISIONNEL	QUANTITE
Boîte instruments	1
Brosse à instrument	1
Chariot à instrument	1
Brosse à ongles	1
Poubelle à couvercle	1
Orthopédie:	
Table d'examen	1
Marche pied	1
Tabouret	1
Toile cirée	1
Réhydratation/récup. nutritionnelle:	
Table d'examen	1
Marche pied	1
Tabouret	1
Potence perfusion	1
Salle de garde:	
A préciser	
BLOC TECHNIQUE:	
Salle des Urgences (Salle Septique):	
Table d'examen	1
Lampe opératoire mobile	1
Boîte petite chirurgie	1
Porte-sérum	1
Escabeau	1
Salle d'Opérations:	
Table d'opérations	1
Lampe opératoire type plafonnier	1
Aspirateur chirurgical (électrique et à pédale	1
Bistouri électrique	1
Concentrateur d'oxygène	1
Table à instruments (grand modèle)	1
Table à instruments (petit modèle)	1
Table à hauteur variable	1
Seau à pansements (sans couvercle)	1
Boîte abdominale	1
Boîte amputation	1
Boîte césarienne	1
Boîte opératoire gynéco basse	1
Boîte hernie	1
Tambour 3/4 l	3
Tambour 6 l	3
Porte-sérum	1
Chariot porte-civières + civière	1
Boîte cystostomie	1
Bougies urétrales (béniquées)	1
Salle de Préparation:	
Table	1
Armoire	1
Escabeau	1
Paravent	1

Suite 4

NORMES D'EQUIPEMENT D'UN HOPITAL DE DISTRICT

EQUIPEMENT MEDICAL PREVISIONNEL	QUANTITE
Salle de Réveil:	
Lit	1
Armoire	1
Stérilisation:	
Autoclave vertical mixte	1
Poupinel	1
Armoire métallique	1
Réchaud à pétrole à pression	1
Salle d'accouchement:	
Table d'accouchement/réanimation néonatale	1
Scialitique sur pied	1
Pèse-bébé	1
Ventouse obstétricale complète	1
Stéthoscope de Pinard	1
Boîte d'accouchements	2
Boîte curetage	1
Boîte forceps	1
Détecteur de pouls foetal	1
Ambu nouveaux-nés	1
Salle de Travail:	
Table de travail	1
Marche pied	1
Tabouret ajustable	1
Potence perfusion	1
RADIOLOGIE:	
Salle d'examens radiologiques:	
Unité de radiologie de base	1
Paravent en plomb	1
Lot d'articles en plomb (tablier, gants, caches)	1
Support tablier	1
Jeu de cassettes	1
Jeu de cadres	1
Films et produits réactifs	1
Chambre Noire:	
Unité de développement manuel	1
Ensemble éclairage chambre noire	1
Meuble de chargement	1
Local Interprétation:	
Table de travail	1
Chaise	1
Négatoscope	1
Armoire de rangement	1
PHARMACIE:	
Magasin pharmacie (à préciser)	

55

Suite 5

NORMES D'EQUIPEMENT D'UN HOPITAL DE DISTRICT

EQUIPEMENT MEDICAL PREVISIONNEL	QUANTITE
LABORATOIRE:	
Salle de Prélèvement:	
Table d'examen	1
Marche pied	1
Tabouret	1
Poubelle à couvercle	1
Boîte spéculum	1
Tableau	1
Laboratoire:	
Centrifugeuse électrique	1
Centrifugeuse manuelle	1
Centrifugeuse à microhématocrite	1
Bain marie	1
Microscope binoculaire + bloc lumière	1
Balance	1
Etuve universelle 301	1
Agitateur vibreur vortex	1
Compteur à touches monotouche	1
Compteur à touches multitouche	1
Appareil de Westergen (pour VS)	1
Haemoglobinomètre (à préciser)	1
Rhésuscope	1
Minuterie	1
Colorimètre (à préciser)	1
Lampe à alcool	1
Filtre à eau	1
Produits renouvelables	1
HOSPITALISATION:	
Salle de Garde	
Salle de Préparation des Soins:	
Chariot soins	1
Armoire médicament	1
LOCAUX ANNEXES:	
Réparation/Entretien	
A préciser	
Buanderie/Lingerie	
A préciser	
Morgue	
A préciser	

56

ANNEXE 2 :

REPARTITION OPTIMALE DES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE

NIVEAU PERSONNEL	Centre de Santé	Hôpital de District	Direction de District	Hôpital Central de Préfecture	Direction de Délégation Préfectorale	Hôpital Général de Référence Nationale	TOTAL
Médecins	0 (7)	23 (11)	17 (17)	31 (7)	5 (17)	24 (41)	100
Dentistes	0 (2)	0 (1)	0 (0)	2 (0)	0 (0)	1 (0)	3
Pharmaciens	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0)	0 (0)	1 (2)	2
TS	0 (12)	12 (17)	15 (1)	42 (11)	14 (4)	22 (60)	105
SFDE	66 (47)	34 (21)	0 (0)	23 (16)	0 (2)	18 (55)	141
IDE	151 (122)	30 (25)	0 (0)	23 (34)	0 (1)	15 (37)	219
IB/AT	504 (392)	153 (142)	0 (4)	112 (153)	0 (30)	34 (82)	803
IT	0 (39)	0 (40)	0 (0)	0 (29)	0 (8)	0 (5)	121
Autres Techniciens	0 (2)	30 (7)	0 (0)	0 (12)	0 (0)	1 (10)	31
Personnel d'Assainissement	0 (31)	0 (30)	92 (7)	9 (39)	19 (17)	4 (0)	124
Personnel Social	14 (4)	0 (4)	0 (1)	1 (0)	0 (0)	0 (6)	15
Personnel Administratif	0 G (1) 0 S (6)	15 G (7) 19 S (6)	0 G (2) 0 S (5)	7 G (6) 16 S (8)	7 G (8) 8 S (13)	3 G (8) 4 S (9)	32G 47S
Personnel de la Main d'Oeuvre	928 (903)	188 (320)	135 (11)	369 (303)	82 (59)	126 (232)	1.828

Les chiffres entre parenthèses correspondent à la réalité actuelle. Les chiffres en gras correspondent à la répartition optimale suggérée.

57

ANNEXE 3

TABLEAU I.B : NORMES EN PERSONNEL DU CENTRE DE SANTE

CATEGORIES	NORMES STRATEGIQUES	NORMES OPERATIONNELLES	
	CS*	CS Rural	CS urbain
IDE	1	1	1
IB	1	1	1
SFDE	1	0	1**
Assistant.d'assain.	1	0	0
Adjoint-techn. Labo	1	0	0
Adjoint social	1	1	1
Gérant pharmacie***	1	1	1
Caissier***	1	1	1
Gardier***	1	1	1
Manoeuvre	2	1	1
TOTAL	11	7	8

* CS = Centre de Santé.
** = tenir compte de la population selon 1 ratio de 1 SFDE/10000 habitants pour chaque Chef-lieu de district.
*** = Personnel pris en charge par le Comité de Santé.

TABLEAU I.C : NORMES EN PERSONNEL DE LA DIRECTION DE DISTRICT

CATEGORIES	NORMES STRATÉGIQUES	NORMES OPÉRATIONNELLES
Médecin Chef	1	1
Superviseur formateur *	1	0
Techn. d'assainissement	3	3
Gestionnaire	1	1
Secrétaire	1	1
Chauffeur	1	1
Manoeuvre	1	1
Gardien	1	0
TOTAL	10	8

* : il s'agit d'un technicien supérieur en soins infirmiers.

Suite 1

TABLEAU I.D : NORMES EN PERSONNEL DE L'HOPITAL DE DISTRICT

CATEGORIES	NORMES STRATÉGIQUES	NORMES OPÉRATIONNELLES
Médecin chef	1	1
Médecin traitant	1	1
Technicien dentiste	1	1
Préparateur en pharmacie	1	1
Techn. sup. en anesthésie	1	1
Techn. de laboratoire	2	1
Techn. de radiologie	1	1
IDE	4	4
IB	6	6
SFDE	2	2
Gestionnaire *	1	0
Assistant social	1	0
Secrétaire *	1	0
Chauffeur *	1	0
Manoeuvre	3	3
Gardien	1	1
TOTAL	**28**	**23**

* = même personnel que celui de la direction de district.

Ces normes correspondent à 50 lits occupés à 100% ou 70 lits occupés à 70%.

TABLEAU I.E : NORMES EN PERSONNEL DE LA DELEGATION PREFECTORALE

CATEGORIES	NORMES STRATEGIQUES	NORMES OPERATIONNELLES
DPS	1	1
Gestionnaire	1	1
Planificateur	1	1
Techn. Sup. Assain.	1	1
Techn. Sup.en Santé Publique	1	1
Ingénieur Sanitaire	1	1
Superviseur/Formateur*	2	1
Secrétaire	2	1
Chauffeur	2	1
Planton	1	1
Manoeuvre	2	1
Gardien	1	1
TOTAL	**16**	**12**

* = Technicien supérieur en soins infirmiers.
DPS = Délégué de Préfecture Sanitaire.

(6)

TABLEAU I.F: NORMES EN PERSONNEL DE HOPITAL CENT. DE PREFECTURE

CATEGORIES	NORMES STRATEGIQUES	NORMES OPERATIONNELLES
Médecin Généraliste	3	2
Chirurgien	1	1
Interniste	1	1
Pédiatre	1	1
Gynécologue/Obstétricien	1	0
Ophtalmologue	1	0
ORL	1	0
Anesthésiste Réanimateur	1	1
Chirurgien-dentiste	1	1
Pharmacien	1	1
Kinésithérapeute	1	1
Prothésiste	1	1
Technicien Sup. d'Assain.	1	1
IDE*	20	7
IB*	20	10
SFDE	6	3
Technicien Sup. en Anesthésie	2	1
Technicien Sup. Ophtal.	2	1
Technicien Sup. Labo.	2	2
Technicien Sup. Radio	2	2
Technicien Sup.en maintenance	1	1
Gestionnaire	1	1
Secrétaire	2	2
Ouvrier Spécialisé	6	4
Planton	2	2
Chauffeur	2	2
Gardien	2	2
Manoeuvre/Cuisinier	10	8
Assistante sociale	2	2
TOTAL	97	61

* : pour 100 lits

61

E-2

SANTE 1990-2000
Dépenses d'immobilisation et de fonctionnement
(en milliards de CFA)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
I. DONNEES											
Population (en millions)	5.5	5.6	5.8	5.9	6.0	6.2	6.3	6.5	6.6	6.8	6.9
Prefectures (1)	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
Districts sanitaires (1)	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
Structures de contact (2)	550	563	576	590	604	618	633	648	663	678	694
Formations installées	451	461	474	490	508	528	550	572	594	616	638
Niveau prefectoral (3)	5	5	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Hopitaux de district	19	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Structures de contact	427	437	449	463	479	497	517	537	557	577	597
Nouvelles unites	10	12	14	18	20	22	22	22	22	22	22
Niveau prefectoral	0	0	0	1	1	*	1	1	*	*	*
Niveau des districts (4)	0	0	0	1	1	*	1	1	*	*	*
Structures de contact (4)	10	12	14	16	18	20	20	20	20	20	20
II. DEPENSES	**10.0**	**11.1**	**12.3**	**14.0**	**16.1**	**17.6**	**19.1**	**20.8**	**22.7**	**24.7**	**26.9**
A. Immobilisations	0.5	0.7	0.8	2.2	2.2	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3
Niveau national (5)	0.2	0.3	0.4	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Niveau prefectoral (6)	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Niveau des districts (7)	0.3	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Structures de contact (8)	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6
B. Fonctionnement	9.5	10.4	11.5	12.6	13.9	15.3	16.8	18.5	20.4	22.4	24.6
Depenses par capita (9)	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7
Indice de qualité des soins	100	105	110	116	122	128	134	141	148	155	163
Indice de population	100	102	105	107	110	112	115	118	121	123	126
Depenses effectives	9.5	10.4	11.5	12.6	13.9	15.3	16.8	18.5	20.4	22.4	24.6
III. FINANCEMENTS	**10.0**	**11.1**	**12.3**	**14.0**	**16.1**	**17.6**	**19.1**	**20.8**	**22.7**	**24.7**	**26.9**
A. Immobilisations	0.5	0.7	0.8	2.2	2.2	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3
ETAT	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Populations	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
APD	0.5	0.7	0.8	2.2	2.2	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3
B. Fonctionnement	9.5	10.4	11.5	12.6	13.9	15.3	16.8	18.5	20.4	22.4	24.6
Etat (10)	2.0	2.2	2.4	2.7	2.9	3.2	3.5	3.9	4.3	4.7	5.2
Populations (11)	2.0	2.2	2.4	2.7	2.9	3.2	3.5	3.9	4.3	4.7	5.2
APD	5.5	6.0	6.7	7.3	8.1	8.9	9.7	10.7	11.8	13.0	14.3
Depenses per capita	1.8	2.0	2.1	2.5	2.7	2.8	3.0	3.2	3.4	3.6	3.8
dont immobilisations (9)	0.1	0.1	0.1	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3
dont fonctionnement (9)	1.7	1.9	2.0	2.1	2.3	2.5	2.7	2.9	3.1	3.3	3.5

(1) Le nombre d'unités prefectorales et sous-prefectorales (district) est fonction du découpage du territoire en districts sanitaires. Les centres de référence de district et de préfecture ne se cumulent pas puisque en période, un des hopitaux de district joue le rôle de centre de référence au niveau prefectoral.
(2) Par ailleurs, des données incluant les unités sanitaires gérées par le secteur privé (confessionnel).
(3) Il s'agit des besoins théoriques estimés sur la base d'une unité par 10 000 habitants.
(4) Y incluant l'Hopital Central de N'Djamena. (4) Il peut s'agir dans certains cas de réhabilitation d'unités existantes. Cette possibilité n'est pas prise en compte dans le cumul des unités totales du réseau.
(5) Par hypothèse. (6) Coût unitaire : CFA 1 000 Mn. (7) Coût unitaire : CFA 200 Mn.
(8) Coût unitaire : CFA 30 Mn. (9) En milliers de francs CFA constants de 1990.
(10) Le volume des dépenses de l'Etat incluant les affaires sociales augmente de 10% par année. Les dépenses de santé passent alors de 4,0% en 1990 à 7% en 1995 puis à 10% en fin 2000 du total des dépenses totales de l'Etat.
(11) Les dépenses totales des populations en soins (centres confessionnels) et en médicaments (secteur privé) sont estimées à CFA 2 milliards soit à peu près 20% des dépenses totales de santé. Il est fait hypothèse que la contribution des populations reste à 20 % des dépenses totales de fonctionnement.

62

Annexe 5

NORMES ARCHITECTURALES ET COUTS D'UN CENTRE DE SANTE

NORMES ARCHITECTURALES D'UN CENTRE DE SANTE*

NOMENCLATURE DES LOCAUX	SURFACES (en m²)	
	CS Rural	CS Urbain
Salle de Consultation	16	16
Salle Polyvalente	0	16
Salle de Soins:	20, répartis en:	20, répartis en:
Soins	6	6
Isolement	4	4
Vaccination/injection	6	6
Conservation vaccins	4	4
Salle d'Accouchement:	21, répartis en:	0
Aire d'accouchement	12	
Aire de repos	9	
Dépôt Pharmaceutique:	12, répartis en:	12, répartis en:
Dépôt	8	8
Guichet	4	4
Véranda	18	20
Magasin	12	12
Latrine/douche	4	4
Logement Infirmier	32	0
TOTAL surfaces nettes	135	100
Murs et Circulation (25%)	34	25
TOTAL surfaces brutes	169	125

*: Normes estimées pour 3 personnels: 1 IDE, 1 IB/AT, et 1 Manoeuvre.

COUTS D'UN CENTRE DE SANTE**

COUTS	CENTRE DE SANTE	
	RURAL	URBAIN
Coût par m²	120	120
Coût Total de Construction	16.200	12.000
Coûts d'Investissements Additionnels:		
Génie Civil (par unité)		
Puits/forage	3.000	3.000
Pompe à main	350	350
Clôture (forfait)	1.500	1.500
Mobilier (forfait)	500	500
Equipement médical	Non chiffré	Non chiffré
Coûts de Maintenance annuels:		
Génie civil (1%)	162	120
Mobilier (5%)	25	25
Equipement (8%)	Non chiffré	Non chiffré

**: en milliers de Francs CFA, valeur Décembre 1993.

Annexe 6

NORMES ARCHITECTURALES D'UN HOPITAL DE DISTRICT

NOMENCLATURE DES LOCAUX	SURFACES NETTES (en m²)	CONTENU/DESCRIPTION
ADMINISTRATION:		
Bureau	20	médecin-chef
Bureau	12	gestionnaire-comptable
Bureau	12	secrétariat
Bureau	12	affaires sociales
Bureau	12	hygiène du milieu
Salle des archives	9	archives/statistiques
Salle de réunion	20	formation, comité de gestion, documentation
Magasin	6	stock fournitures
Sanitaires	12	
***Sous-Total*.....**	**115**	
CONSULTATION:		
Véranda	30	attente, réception (consultation et labo)
Accueil	10	fichier des entrées, recouvrement des coûts
Consultation de référence	16	
Consultation gynéco/Obst.	16	
Soins	24	petite chirurgie, pansement, injection
Orthopédie	9	platres
Réhyd./Récup.nutritionnelle	12	en connexion avec soins
Salle de garde	9	accueil de nuit, proximité salle de soins
***Sous-Total*.....**	**126**	
BLOC TECHNIQUE:		
Salle septique	12	urgences, plaies infectées, abcès
Radiographie/Labo dev.	24	2 aires: radiographie, stock/develop.film
Vestiaire	3	préparation patient
Salle d'opérations	28	chirurgie-anesthésie
Stérilisation	9	3 aires: nettoyage, stérilisation, stockage
Salle de préparation	14	2 aires: patient/personnel, vestiaire, accès vestiaire

Suite 1

NORMES ARCHITECTURALES D'UN HOPITAL DE DISTRICT

NOMENCLATURE DES LOCAUX	SURFACES NETTES (en m²)	CONTENU/DESCRIPTION
Salle de réveil	9	réveil post-opératoire
Salle d'accouchements	20	accouchements (simples et difficiles)
Salle de travail	9	travail/attente
Douches/sanitaires	12	
Sous-Total.....	140	
PHARMACIE/LABORATOIRE:		
Administration	9	
Prélèvements	9	table mixte, fauteuil, toilettes
Laboratoire	16	analyses
Salle de préparation	9	stock, froid, nettoyage
Stock médicaments (hôpital)	16	
Stock médicaments (district)	24	à localiser de préférence sur le site de l hôpital
Colisage (district)	16	pour des raisons de contrôle/sécurité
Sous-Total.....	99	
HOSPITALISATION:		
Salle d'hospitalisation	36	médecine femmes
Salle d'hospitalisation	36	médecine hommes
Salle d'hospitalisation	36	pédiatrie
Salle d'hospitalisation	48	chirurgie hommes et chirurgie femmes
Salle de soins intensifs	18	isolement soins intensifs
Repos des accouchées	9	
Hospitalisation accouchées	36	
Salle de garde	9	garde
Préparation des soins	6	à proximité garde
Sous-Total.....	234	

Suite 2

NORMES ARCHITECTURALES D'UN HOPITAL DE DISTRICT

NOMENCLATURE DES LOCAUX	SURFACES NETTES (en m²)	CONTENU/DESCRIPTION
LOCAUX ANNEXES:		
Abri cuisine	40	pour les familles, + lavoir et rangement de matériel
Stock vivres	12	
Réparation entretien	12	
Magasin général	16	
Buanderie	12	lavage linge
Lingerie	9	repassage et rangement
Sanitaires douches	20	en deux blocs
Incinération	6	
Dépot ordures	6	
Morgue	10	
Abri groupe électrogène	10	groupe électrogène
Magasin carburant	9	
Chateau d'eau		réserve d'eau pour l'hôpital + réserve séparée ou puits pour accompagnants
Sous-Total.....	162	
LOGEMENT:		
Médecin-chef	80	
Gardien	20	
Sous-Total.....	100	
TOTAL:		
Surfaces nettes	976	
Murs et circulation (30%)	293	
Surfaces brutes	1.269	

Suite 3

COUTS D'UN HOPITAL DE DISTRICT*

COUTS	COUT UNITAIRE	QUANTITE	COUT TOTAL
Coût de Construction	140/m²	1.261m²	176.540
Coûts d'Investissements Additionnels:			
Génie Civil			
Groupe électrogène	6.000	1	6.000
20Kva	400	2	800
Climatiseur	6.000	1	6.000
Chateau d'eau 10m³	100	30	3.000
Forage	40	500	20.000
Clôture			
Mobilier			6.566
10% du coût génie civil			non chiffré
Equipement medical			
Coûts de Maintenance annuels:			
Génie civil (1%)			1.765
Mobilier (5%)			328
Equipement (8%)			Non chiffré

: en milliers de Francs CFA, valeur Décembre 1993.

ISTE DU PERSONNEL DE L'HOPITAL DE DISTRICT CONSIDERE:

médecins
gestionnaire comptable
secrétaire
planton
assistante sociale
IDE
SFDE
AT/IB/IT
technicien radio
technicien pharmacie
technicien assainissement et hygiène du milieu
personnel de maintenance
manoeuvres

OTAL: 21 personnels

67

ANNEXE 7

RECAPITULATIF DES CADRES MOYENS ET INTERMEDIAIRES DE LA SANTE A FORMER D'ICI L'AN 2000-2002

CATEGORIES PRIORITAIRES	EFFECTIF ACTUEL	DEMANDE EN EFFECTIF OPERATIONNEL 2000	EFFECTIF A FORMER 2000-2002	DUREE DE FORMATION	LIEU DE FORMATION	PHASE/ PRIORITE	COUT ESTIME EN F.CFA	OBSERVATIONS
1. IDE	211	737	620	2*-3 ans	ENASS	Dès 1994/I	813.240.000	* En formation accélérée
2. SFDE	143	242	100	3 ans	ENASS	-"-	168.480.000	
3. IB	875*	980	100	2 ans	ENASS	-"-	124.920.000	* IB = Autres catégories infirmières que IDE
4. Adjoint social	211	460	100	2 ans	ENASS	-"-	124.920.000	
5. Technicien labo.	25	62	40	2-3 ans	ENASS	Dès 1997/II	61.020.000	
6. Technicien d'assainissement	225	149	?*	2-3 ans	ENASS	-"-	-	* Fonction et profils à déterminer

Suite 1

CATEGORIES PRIORITAIRES	EFFECTIF ACTUEL	DEMANDE EN EFFECTIF OPERATIONNEL 2000	EFFECTIF A FORMER 2000-2002	DUREE DE FORMATION	LIEU DE FORMATION	PHASE/ PRIORITE	COUT ESTIME EN F.CFA	OBS.
7. Adjoint Technicien de Radiologie	?	51	50	2 ans	ENASS + SECTEUR CONFESSIONNEL	Dès 1997/II	61.560.000	
8. Préparateur en pharmacie	?	55	50	3 ans	ENASS OU AUTRE LYCEE	Dès 1995/II	86.400.000	
9. Assistant social	121	66*	?**	3 ans	ENASS	Dès 1997/II	?	* Pour MSP seulement
10.Technicien anesthésiste	?	51	50	3 ans	ENASS + SECTEUR CONFESSIONNEL	Dès 1997/II	86.400.000	** Fonction et profil à déterminer
TOTAL							1.526.940.000	

COMMENTAIRE

1. Le coût total de la formation initiale 1994-2002 des cadres moyens et intermédiaires sans les techniciens d'assainissement ni les assistants sociaux est estimé à 1.526.940.000 F.CFA pour le plan 1994-2002.
2. Il est à rappeler que dans ce montant global sont inclus aussi les frais liés à l'élève sous forme de bourse et qui représentent 2/3 de ce montant, soit 1.017.960.000 F.CFA.

Suite 2

COUT GLOBAL ESTIME DU PLAN DE FORMATION INITIALE DES CADRES MOYENS ET INTERMEDIAIRES DE LA SANTE POUR LA PERIODE 1994-2000

LIBELLES/OBJECTIFS	COUT ESTIME EN F.CFA	OBSERVATIONS
1. Former 620 IDE	813.240.000	IDE en formation accélérée, 2ème scénario
2. Former 100 Sages-femmes	168.480.000	2/3 du coût estimé des formations des diverses catégories servent à couvrir les frais liés à l'élève lui-même. Ces frais peuvent émarger en partie sur le financement privé et/ou communautaire.
3. Former 100 IB	124.920.000	
4. Former 100 adjoints sociaux	124.920.000	
5. Former 40 techniciens de laboratoire	61.020.000	
6. Former 50 adjoints techniciens de radiologie	61.560.000	
7. Former 50 préparateurs en pharmacie	86.400.000	
8. Former 50 techniciens anesthésistes	86.400.000	
9. Appui administratif (1 Secrétaire et 2 chauffeurs pendant 6 ans)	11.520.000	Secrétaire : 80.000 F.CFA/mois Chauffeur : 40.000 F.CFA/mois
10.Salaire du Conseiller Technique Principal (pendant 3 ans)	243.375.000	Base : 275.000 $/2ans 1 $ = 590 F.CFA
11.Salaires de 3 VNU's pendant 6 ans	318.600.000	Base : 30.000 $/an/personne
12.Frais de production des matériels éducatifs pour la santé	88.500.000	En grande partie pour le Projet MEPS 25.000 $ par an
13.Appui logistique (2 véhicules x 2, (6 ans) 3 micro-ordinateurs + Essence + Entretien	59.000.000	Coût estimé au Tchad
14.Matériel didactique	17.700.000	Sur la base de 5.000 $/an
15.Frais de supervision et d'encadrement des stages (plus ou moins 1000 jours, soit 200 jours par personnel x 5/an)	60.000.000	Sur la base de 10.000 F.CFA par jour/personne
16.Bourses à l'étranger pour les enseignants (2 ans par enseignant x 12 personnes)	23.040.000	Sur la base de 80.000 F.CFA/mois/personne
17.Séminaires + ateliers (4 x/an, 1 semaine chacun 25 participants)	18.000.000	Sur la base de 5.000 CFA/pers/jour
+ 4 voyages d'études (1 mois x 4 personnes)	7.080.000	Sur la base de 3.000 $/mois

70

Suite 3

LIBELLES/OBJECTIFS	COUT ESTIME EN F.CFA	OBSERVATIONS
18. Frais de suivi et d'évaluation (2 évaluations prévues dont une externe)	12.000.000	Sur la base de 2.000.000 F.CFA par ar
19. Rapports	3.000.000	
20. Divers	1.000.000	
TOTAL	2.389.755.000	N.B : La durée moyenne est ici estimée à 6 ans

COMMENTAIRE

Il est à rappeler que ce coût global estimé inclut les frais liés à l'élève qui représentent à eux seuls 1.017.960.000 F.CFA, tandis que le budget d'assistance technique et financière pour les 6 ans est estimé à 807.345.000 F.CFA, soit 1.368.382 $US, sans compter l'appui financier en bourses des élèves de l'ENASS.

Suite 4

RECAPITULATIF DU COUT TOTAL ESTIME DU PLAN NATIONAL DE FORMATION INITIALE DES CADRES SUPERIEURS DE LA SANTE POUR LA PERIODE 1994-2000

LIBELLES/OBJECTIFS	COUT ESTIME EN F.CFA	OBSERVATIONS
1. Former 62 médecins spécialistes	204.240.000	
2. Former 40 médecins généralistes	168.000.000	Voir chapitre 3
3. Former 6 pharmaciens	30.240.000	
4. Former 6 dentistes	30.240.000	
5. Former 187 techniciens supérieurs et agents de niveau "maîtrise"	438.480.000	
6. Appui administratif (1 Secrétaire et 2 Chauffeurs pendant 6 ans)	11.520.000	Secrétaire = 80.000 F.CFA Chauffeur = 40.000 F.CFA
7. Salaire du Conseiller Technique Pédagogique pendant 6 ans	4 76.750.000	Sur la base de 275.000 $/2 ans/personne NB : 1 $ = 590 F.CFA
8. Salaire de 5 Professeurs Assistants techniques pendant 3 ans	1.237.500.000	Sur la base de 275.000 $/2 ans/personne NB : 1 $ = 600 F.CFA car > 2 ans
9. Frais de production des MEPS	36.000.000	Sur la base de 10.000 $/an
10. Salaire de 5 professeurs visiteurs/an x 6	540.000.000	Sur la base de 15 hommes dont 10.000 $/h/mois
11. Appui logistique (2 véhicules x 2, 3 micro -ordinateurs)	59.000.000	NB : Achat de 2 véhicules
12. Equipement didactique	17.700.000	Sur la base de 5.000 $/an
13. Frais de supervision et d'encadrement des stages	40.000.000	Sur la base de 10.000 CFA/personne/jour
14. Séminaires ateliers de perfectionnement des professeurs (2 x an/10 jours/20 participants + 4 voyages d'études)	24.000.000 12.000.000	Sur la base de 10.000 CFA/personne/jour Sur la base de 5.000 $/mois/personnes
15. Frais de suivi et d'évaluation (2 évaluations prévues)	12.000.000	Sur la base de 2.000.000 CFA/an
16. Rapports	3.000.000	
17. Divers	1.000.000	
TOTAL	3.351.670.000	

72

Suite 5

COUT DE LA FORMATION CONTINUE 1994-2000*

COUT DE LA FORMATION CONTINUE AU 1er ECHELON

THEMES PRIORITAIRES	CIBLES	COUT TOTAL/ 6 ANS (F.CFA)
I. SMI/BEF	SFDE, IDE, IB	
. Surveillance prénatale et post-natale		55.890.000
. Soins obstétricaux		55.890.000
. Surveillance de la croissance de l'enfant		55.890.000
. Vaccination de la femme enceinte et de l'enfant		55.890.000
. Méthodes clinique BEF		55.890.000
. MST/infécondité/SIDA		55.890.000
. Surveillance nutritionnelle		55.890.000
II. SOINS CURATIFS	IDE/IB	
. Soins curatifs adéquats + Médicaments essentiels		55.890.000
III. PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES ET DES ENDEMIES LOCALES	IDE, IB, SFDE	55.890.000
IV. ACTIVITES DE PC + CIS - RECOUVREMENT DES COUTS	AS/IB, IDE, SFDE	55.890.000
V. EDUCATION POUR LA SANTE	IDE/SFDE/IB/ AS	55.890.000
VI. GESTION	IDE/SFDE	55.890.000
TOTAL		670.680.000

* En raison du retard prévisible de l'implantation complète du plan national de formation continue, les coûts ont été estimés sur la base de 6 ans au lieu de 7 ans couvrant normalement la période 1994-2000.

** PC = Participation communautaire
CIS = Collaboration intersectorielle

*** Le coût total est estimé pour 6 ans et sur la base d'un montant moyen de 40.500 F.CFA par semaine par personne.

73

Suite 6

COUT DE LA FORMATION CONTINUE : 2ème ECHELON

THEMES PRIORITAIRES	DUREE	CIBLES	NOMBRE	MONTANT UNITAIRE EN F.CFA*	TOTAL 6 ANS EN F.CFA
I. Urgences médicales	1 mois 1 mois	Médecins IDE/SFDE	92 184	150.000 50.000	13.800.000 9.200.000
II. Urgences chirurgicales	6 mois	Médecins	46	150.000	41.400.000
III. Anesthésie/réanimation	3 mois	TS Anesth.	46	50.000	6.900.000
IV. Accouchements compliqués	3 mois	SFDE/IDE	92	50.000	13.800.000
V. Soins hospitaliers	1 semaine	IDE/IB	138	40.500	5.589.000
VI. Laboratoire	1 semaine	Tech. Labo.	46	40.500	1.863.000
VII. Gestion	1 semaine	Médecins IDE/GEST.	46 92	60.000 40.500	2.760.000 3.726.000
VIII. Supervision	1 semaine 1 semaine	Médecins IDE	46 46	60.000 40.500	2.760.000 1.863.000
IX. Radiologie	3 mois	TS Radio	46	50.000	2.300.000
X. Planification	1 semaine	Médecins	46	60.000	2.760.000
XI. Consultation de référence	1 mois 1 mois	Médecins SF/IDE	46 46	150.000 50.000	6.900.000 2.300.000
XII. Recouvrement des coûts	1 semaine 1 semaine	Médecins IDE/GEST	46 138	60.000 40.500	2.760.000 5.589.000
XIII. Hygiène assainissement	3 jours 3 jours	MCH IDE/TA	46 92	30.000 20.250	1.380.000 1.863.000
XIV. Volet Social	3 jours 3 jours	Médecins IDE/AS	46 92	30.000 20.250	1.380.000 1.863.000
XV. Education pour la santé	3 jours 3 jours	Médecins IDE/SFDE/IB/AS/TA	46 138	30.000 20.250	1.380.000 2.794.500
TOTAL					136.930.500

* Le montant unitaire est estimé par personne et pour la durée indiquée chaque fois.

Suite 7

COUT DE LA FORMATION CONTINUE 1994-2000
NIVEAU DELEGATION PREFECTORALE

THEMES PRIORITAIRES	DUREE	NOMBRE	CIBLES	MONTANT UNITAIRE EN F.CFA*	TOTAL EN F.CFA
I. Gestion/Administration	1 semaine	57	Médecins + Equipe	60.000	3.420.000
II. Supervision	1 semaine	15	Médecins	60.000	900.000
III. Formation	2 semaines	29	DPS Equipe format.	60.000	3.480.000
IV. Evaluation	1 semaine	29	Médecins Equipe	60.000	1.740.000
V. Recherche opérationnelle	1 semaine	29	Médecins Equipe	60.000	1.740.000
VI. Planification	1 semaine	29	Médecins Equipe	60.000	1.740.000
TOTAL					13.020.000

* Le montant unitaire est estimé par personne et par semaine.

Suite 8

COUT DE LA FORMATION CONTINUE 1994-2000
NIVEAU HOPITAL CENTRAL DE PREFECTURE

THEMES PRIORITAIRES		DUREE	NOMBRE	CIBLES	COUT UNITAIRE EN F.CFA*	TOTAL EN F.CFA
I.	Urgences médicales	1 semaine	14	Medecins	60.000	840.000
II.	Urgences chirurgicales	2 mois	14	Médecins	300.000	4.200.000
III	Spécialités	1 mois	98	Tech. supérieurs	50.000	4.900.000
VI.	Accouchements compliqués	1 mois	42	SFDE/IDE	50.000	2.100.000
V.	Nursing	1 mois	280	IDE/IB	50.000	14.000.000
VI.	Hygiène assainissement	1 semaine	56	TS/IDE/SFDE	40.500	2.268.000
VII.	Volet Social	1 semaine	28	Assistants sociaux	40.500	1.134.000
VIII.	Education pour la santé	1 semaine	14 28	Médecins. IDE, SFDE Ing; sanit. AS/IB	60.000 60.000	840.000 1.680.000
IX.	Gestion	1 semaine	14 28	Médecins Gest/Inf/SFDE	60.000 40.000	840.000 1.120.000
X.	Planification	1 semaine	14	Médecins	60.000	840.000
TOTAL						34.762.000

* Le montant unitaire est par personne et pour la durée correspondante.

N.B Le coût de la formation complémentaire de jeunes médecins est estimé à environ 160.000 F.CFA par mois et par médecin. Ce montant servira à couvrir essentiellement les frais de séjour, les frais de transport, le matériel didactique et leur salaire.
Ainsi, le coût total de la formation complémentaire pendant 10 mois de 60 jeunes médecins s'élève à 128.000.000 F.CFA.

Suite 9

COUT DE LA FORMATION CONTINUE 1994-2000
NIVEAU CENTRAL

THEMES PRIORITAIRES		CIBLES	DUREE	NOMBRE	COUT UNITAIRE EN FCFA PAR SEMAINE/PERS	COUT TOTAL 6 ANS
I.	Gestion administrative et financière	Dir. Div.	2 semaines	24	60.000	2.880.000
II.	Gestion des projets et programmes	DPS, C. Projet, Chefs Programmes (CP)	2 semaines	34	60.000	4.080.000
III.	Planification	Dir/CP	1 semaine	44	60.000	2.640.000
VI.	Suivi/Evaluation	Dir/CP	1 semaine 1 semaine	44 44	60.000 60.000	2.640.000 2.640.000
V.	Supervision	ENASS/Div. Form/Equipe pédagogique	6 semaines	40	60.000	14.400.000
VI.	Formation des formateurs	Tech. sup.	2 semaines	14	40.500	1.134.000
VII.	Maintenance appareils électromédicaux	Epi., Stat., Méd.	1 semaine 1 semaine	26 14	40.500 60.000	1.053.000 840.000
VIII.	Surveillance épidémiologie	Epid., Stat, Méd., Dir. Div	2 semaines 2 semaines	26 58	40.500 40.500	2.106.000 4.698.000
IX.	Micro informatique	Graphiste	6 semaines	15	13.500	1.215.000
X.	Illustration/Ecriture	MEPS Rédacteurs/ Graphistes	2 semaines 2 semaines	15 20	40.500 60.000	1.215.000 2.400.000
XI.	Graphisme Impression	MEPS Rédacteurs	2 semaines 2 semaines	15 28	40.500 60.000	1.215.000 2.400.000
TOTAL						47.566.000

Suite 10

COUT DE LA FORMATION CONTINUE A L'ETRANGER 1994-2000

THEMES	TYPE - LIEU	DUREE	CIBLES	NOMBRE	MONTANT UNITAIRE *	TOTAL
Planification Formation	Cours Dakar	2 mois	Directeurs, Encadreurs ENASS	12	3.850.000	46.200.000
Formation des formateurs	Cours Dakar	2 mois	Directeur ENASS Division Formation	8	3.850.000	30.800.000
Informatique Informatisation	Cours Abidjan	1 mois	Division Res. Humaines	6	2.350.000	14.100.000
Session interne pedagogique SS	Cours Bobigny	1 semaine	ENASS + Equipes de Formation	12	1.740.000	20.880.000
IEC	Cours Dakar	2 mois	Resp. IEC + Equipe + AS	12	3.850.000	46.200.000
Methodologie recherche SS	Cours Dakar	2 semaines	Prog. Med. SP	3	1.550.000	6.650.000
Management en supervision	Cours Bamako Dakar	2 mois 30 jours 90 jours	MCD et DPS	18	3.850.000	69.500
Santé reproductive	Cours Kigali	2 mois	MCD/SFDE	18	3.850.000	69.300.000
Méthode clinique BEF	Cours Ouagadougou	2 mois	MCD/SFDE	18	3.850.000	69.300.000
Sécurité transfusion	Stage Yaoundé	3 mois	Resp. transfusion	4	5.135.000	20.540.000
Management financier	Cours Abidjan	1 mois	Responsable Div. fin. + Cadres adm.	18	1.925.000	34.650.000
Technique de Laboratoire	Stage Reims	3 mois	Technicien sup. Labo	6	8.650.000	51.900.000
Santé Publique	Cours Bruxelles	5 mois	Responsable National PNLS	1	4.750.000	4.750.000
Labo TBC	Alger	1 mois	Technicien superieur Labo.	6	2.625.000	15.750.000
Médecine TBC	Cotonou	1 mois	MCD et DPS	12	3.850.000	46.200.000

* Le montant unitaire est estimé par personne et pour la durée correspondante.

TBC -- Tuberculose

Suite 11

THEMES	TYPE - LIEU	DUREE	CATEGORIE	NOMBRE	MONTANT UNITAIRE PAR PERSONNE	TOTAL
Approvisionnement et gestion du stock	Cours Abidjan (ou Autres)	1 mois	Responsable pharmacie	18	1.925.000	34.650.000
Administration hôpital		2 mois	Gestion hôpital Préf. districts	24		
Epidémiologie appliquée	Cours Bamako	4 mois	Cadres sup. en épidémiologie	6	1.800.000	10.800.000
Epidémiologie tropicale	Cours Bale	1 mois	Méd. de santé publique	12	2.883.000	34.596.000
Gestion SSP/PF	Cours Dakar	1 mois	MCD, Resp. SMI - Cadres DAS	42	2.350.000	98.700.000
Déchet. solides	Cours Ouaga.	1 mois	Cadres Génie Sanitaire	6	1.900.000	11.400.000
Ophtalmologie stage	Stage Bamako	3 semaines	Techniciens supérieurs	6	2.120.000	12.720.000
Mise en page (voyages d'études)	Voyages d'Etudes Bamako	9 mois	Responsable Gestion MEPS Equipe	8	1.900.000	15.200.000
Total général pour 6 ans						**762.586.000**

N.B. : Le coût de la formation continue au niveau de l'hôpital général n'a pas été indiqué en détail car les effectifs du personnel sont en cours de révision. Cependant, il équivaut environ pour les 6 ans au montant total alloué au niveau de l'hôpital central de préfecture, soit 34.762.000 + une majoration de près de 50 %, soit à peu près 50.000.000 F.CFA.

Suite 12

RECAPITULATIF COUT GLOBAL ESTIME DE FORMATION CONTINUE 1994-2000

LIBELLE/NIVEAU	COMPOSANTE	COUT TOTAL F.CFA	OBSERVATIONS
1er Echelon	PMA	670.680.000	Pour une durée de 6 ans
2ème Echelon	PCA	136.930.500	-"-
Délégation préfectorale + Hôp. central préfecture	Appui aux districts	47.782.000	-"-
Central + Programmes + Institutions	Politique de santé et appui aux districts	47.566.000	-"-
Formation continue à l'étranger	PMA/PCA/Autres composantes	762.586.000	-"-
Hôpital général	Référence nationale	50.000.000	-"-
Formation complémentaire des jeunes médecins	PCA/autres hôpitaux	128.000.000	-"-
Salaire Conseiller Technique Pédagogique	Niveau central/pools	288.000.000	Sur base de 320.000 $.2 ans et pour une durée de 3 ans
Salaire de 2 VNU's	Niveau central/pools	144.000.000	Sur base de 30.000 $ par an et par personne. 1 contrat 2 ans x 2
Frais de production MEPS	Tous les niveaux + Pools	180.000.000	Sur base de 50.000 $ an pendant 6 ans
Réhabilitation de 4 Centres de formation/pool	Pools	240.000.000	Sur base de 100.000 $ par pool
Appui logistique	Niveau central/pools	59.000.000	2 véhicules x 2 + 3 micro-ordinateurs et accessoires + essence + entretien/6 ans
Equipement didactique	Niveau central + Pools	35.400.000	Sur base de 10.000 $ par pool
Frais de supervision et d'encadrement	Niveau central + Pools	60.000.000	Sur base de 10.000 F CFA par personne/jour
Voyages officiels	Niveau central	15.000.000	Sur base de 2.500.000 F.CFA par an pendant 6 ans
TOTAL		2.864.944.500	

COMMENTAIRES:

1. Pour autant que la formation continue à l'étranger soit controlée et conduite en fonction des priorités et en fonction des disponibilités financières, ce plan de formation s'insère bien dans le cadrage macro-économique du Tchad à l'horizon 2000.

2. Beaucoup de ces formations continues disposent d'ores et déjà des financements potentiels dans le cadre des différents programmes et interventions locales.

80

Annexe 8

CADRAGE MACRO-ECONOMIQUE DES 3 PLANS NATIONAUX DE FORMATION 1994-2000

Référence : Plan d'orientation
LE TCHAD VERS L'AN 2000

Santé 1994-2000

LIBELLE/ANNEE	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	% TOTAL
1. Financements prévus. IMMOBILISATIONS (en millions de F.CFA)	2.200	2.300	2.300	2.300	2.300	2.300	2.300	100
2. Dépenses estimées pour le plan de formation initiale des cadres moyens et intermédiaires de la santé (en millions de F.CFA)	341.2	341.2	341.2	341.2	341.2	341.2	341.2	14.9
3. Dépenses estimées pour le plan de formation initiale des cadres supérieurs de la santé (en millions de F.CFA)	478.8	478.8	478.8	478.8	478.8	478.8	478.8	20.8
4. Dépenses estimées pour la formation continue des ressources humaines pour la santé (en millions de F.CFA)	409.3	409.3	409.3	409.3	409.3	409.3	409.3	17.8
% total des dépenses de formation	55.8	53.4	53.4	53.4	53.4	53.4	53.4	53.4

DOCUMENTS CONSULTES

1- Diagnostic et stratégie. Document de politique sanitaire (Tome I, Table Ronde Santé/Affaires Sociales). Ministère du Plan et de la Coopération.

2- Plan d'Orientation du Tchad à l'horizon 2000. MPC.

3- Stratégie Mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000. OMS Genève 1981.

4- Les Soins de Santé Primaires. Conférence internationale sur les Soins de Santé Primaires. Alma- Ata OMS/Genève 1978.

5- La Coopération de la CEE dans le secteur de la santé. Document de politique générale. Version de travail.

6- Le Développement des ressources humaines pour la santé au Tchad : Problématique, Perspectives et Impact. Cellule Technique de Suivi. N'Djaména, Juin 1994.

7- Le Rapport Technique de l'Atelier National de Développement des Ressources Humaines pour la Santé au Tchad. Cellule Technique de Suivi. N'Djaména, Janvier 1994.

8- Programmation fonctionnelle des infrastructures sanitaires du Tchad. Waechter J. Cellule Technique de Suivi. N'Djaména, Juin 1994.

9- La Matrice des Districts sanitaires au Tchad. Rohingalaou N. Cellule Technique de Suivi. Juillet 1994.

10- Plans nationaux de formation initiale et continue des ressources humaines pour la santé au Tchad 1994-2000. Mutabaruka E. Cellule Technique de Suivi. N'Djaména, Février 1994.

11- Plans de dotation et de redéploiement du personnel de santé. Laporte D. Cellule Technique de Suivi. N'Djaména, Février 1994.

82