PA-ABU-792

RÉPUBLIQUE DU TCHAD

UNITÉ - TRAVAIL - PROGRÈS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

BILAN DE LA PARTICIPATION DES POPULATIONS AU FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE DU TCHAD

Document élaboré par Mr.Gérard SCHMETS, Economiste de la Santé

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

N'Djaména, Mai 1994

PN-ABU-792

RÉPUBLIQUE DU TCHAD

UNITÉ - TRAVAIL - PROGRÈS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

BILAN DE LA PARTICIPATION DES POPULATIONS AU FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTE DU TCHAD

Document élaboré par Mr.Gérard SCHMETS, Economiste de la Santé

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

N'Djaména, Mai 1994

TABLE DES MATIERES

Liste des principales abréviations i

Liste des expériences étudiées ii

Avant Propos iii

1. Résumé 1

1.1. Bilan 1
1.2. Dévaluation 4
1.3. Conclusions 5

2. Bilan détaillé 7

2.1. Introduction 7
2.2. Brève description des projets étudiés 8
2.3. Comités 15
2.4. Tarification et recouvrement 17
a. Systèmes de tarification 17
b. Niveaux de tarification et objectifs de recouvrement au premier échelon 19
c. Recouvrement au second échelon (hôpital de district) 20
d. Problématique des non-payants 21
e. Qui paie quoi ? 21
2.5. Circuit du patient 22
2.6. Approvisionnement en médicaments 23
a. Sources d'approvisionnement au Tchad 23
b. Circuits d'approvisionnement dans le cadre des projets étudiés 25
2.7. Circuit financier et couplage avec le circuit du médicament 25
2.8. Qualité des services et des soins ; monitorage 26
2.9. Conclusions sur le bilan 26

3. La dévaluation 29

3.1. Contexte général 29
3.2. Conséquences de la dévaluation en général 29
3.3. Conséquences de la dévaluation sur les projets étudiés 31
3.4. Les mesures d'accompagnement 33
3.5. Conclusions sur la dévaluation 33

4. Conclusions générales et principes directeurs 35

ANNEXES

Annexe 1 Pyramide Sanitaire du Tchad
Annexe 2 Document sur la situation du médicament au Tchad
Annexe 3 Fiche financière DSIS
Annexe 4 Bibliographie

LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS

AC	Ancien Cas
AEDES	Agence Européenne pour le Développement et la Santé
ASBL	Association Sans But Lucratif
ATCP	Association Tchadienne Communautaire pour le Progrès
BELACD	Bureau d'Etudes et de Liaison des Actions Caritatives et de Développement
BIT	Bureau International du Travail
BM	Banque Mondiale
CFA	Communauté Financière Africaine
CTS	Cellule Technique de Suivi de la Table Ronde Sectorielle Santé/Affaires Sociales
CS	Centre de Santé
FAC	Fonds d'Aide et de Coopération (France)
FCFA	Franc CFA
FED	Fonds Européen de Développement
FF	Franc Français
FMI	Fonds Monétaire International
HBT	Habitant
HCP	Hôpital Central de Préfecture
HD	Hôpital de District
HGRN	Hôpital Général de Référence Nationale
ITS	Institut Tropical Suisse
MSF-B	Médecins Sans Frontières - Belgique
MCFAS	Ministère de la Condition Féminine et des Affaires Sociales
MFI	Ministère des Finances et de l'Informatique
MPC	Ministère du Plan et de la Coopération
MSP	Ministère de la Santé Publique
OM	Ordre de Malte
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PADS	Programme d'Actions pour le Développement Social
PASP	Pharmacie d'Approvisionnement du Secteur Public
PHARMAT	Pharmacie du Tchad (Monopole pour l'approvisionnement du secteur Privé)
PIB	Produit Intérieur Brut
PNB	Produit National Brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSET	Projet de Survie de l'Enfant au Tchad
SECADEV	Secours Catholique et Développement
SSP	Soins de Santé Primaires
UE	Union Européenne
USAID	United States Agency for International Development (USA)
ZR	Zone de Responsabilité

LISTE DES EXPERIENCES ETUDIEES

Abréviation	Intitulé
ATCP	Association Tchadienne Communautaire pour le Progrès - Volet Santé - Goundi (Moyen-Chari)
BELACD	Bureau d'Etudes et de Liaison des Actions Caritatives et de Développement - Recouvrement des coûts dans les centres socio-sanitaires du Belacd de Pala (Mayo-Kebbi)
FAC	Projet Participation Communautaire - Moundou (Logone Occidental)
FED	Projet Santé VIIème FED (Union Européenne)- Volet Participation Financière de la Population aux Soins de Santé dans le Ouaddaï (Abéché)
MSF	Projet Santé MSP-MSF - Mayo-Kebbi
OM	Ordre de Malte - Centre de Santé d'Amtoukoui (Chari-Baguirmi)
PADS	Programme d'Action pour le Développement Social - Renforcement des services Sociaux et de Santé - N'Djamena (Farcha / Chagoua / Milezi)
PNUD/OMS	Projet d'appui aux SSP-Moundou, CS de Biramanda et de Mballa (Logone Occidental)
PSET	Projet Survie de l'Enfant au Tchad (PSET/USAID) - Moyen-Chari
SECADEV	Secours Catholique et Développement - Participation Financière de la Population aux Soins de Santé (CS en milieu rural, dans les préfectures du Guéra et du Chari-Baguirmi)

NB: Les projets sont listés par ordre alphabétique

AVANT-PROPOS

Ce rapport constitue les conclusions de l'une des études programmées dans le cadre de la Cellule Technique de Suivi (CTS) de la Table Ronde Sectorielle Santé/Affaires Sociales au Tchad.

Il s'agit d'établir un bilan des expériences en cours en matière de participation financière de la population, d'en tirer des conclusions et des recommandations pour la Table Ronde Sectorielle Santé/Affaires Sociales. Il s'agit également de mesurer l'impact et les effets de la dévaluation du franc CFA de janvier 1994 sur les projets de participation communautaire.

L'objectif n'est pas d'arriver à une uniformisation des projets de participation communautaire, mais plutôt d'offrir un outil pour le décideur sur le choix de la méthodologie à mettre en oeuvre pour un projet futur, en fonction des contraintes extérieures (type de financement, secteur public ou privé, bailleur de fonds, ...) et intérieures (avis de la population, organisation sociale, ...).

Ce rapport débute par un résumé accompagné des conclusions et des recommandations de la mission qui devrait permettre au lecteur de se faire une idée globale du Bilan et de l'impact de la dévaluation dans le cas où il n'aurait pas le temps d'aller plus loin.

Il est suivi du Bilan proprement dit qui passe en revue, étape par étape, les différents aspects des systèmes étudiés.

La troisième partie étudie la dévaluation de janvier 1994 et ses conséquences.

Afin de ne pas alourdir ce rapport, nous n'avons pas voulu ici répéter (ou recopier) la description du système sanitaire en vigueur au Tchad ; celle-ci figure en effet dans les autres rapports de la CTS. Nous avons simplement repris en annexe 1 le schéma de la pyramide sanitaire.

6

1. RESUME

1.1. Bilan

. Lors du groupe de travail sur la participation communautaire qui s'est tenu du 25 au 28 avril 1994 à N'Djaména, 7 projets en cours ont été présentés (MSF, FED, SECADEV, PNUD/OMS, PADS, PSET et OM-Ordre de Malte) ainsi qu'un projet en préparation (FAC). Nous avons ajouté à l'analyse ici présente le projet BELACD, et avons tenu compte d'informations disponibles sur le projet ATCP de l'hôpital de Goundi.

. Sur les 10 projets, 6 interviennent au premier échelon soit au niveau rural (PNUD/OMS, SECADEV, BELACD), soit au niveau urbain (PADS, PSET, OM). Les quatre autres (MSF, FED, FAC, ATCP), interviennent au niveau du district et couvrent donc à la fois le premier et le second échelon du système de santé.

. Ces différents projets appuient soit le secteur public (PNUD/OMS, PADS, PSET, MSF, FED, FAC), soit le secteur privé non lucratif (SECADEV, BELACD, OM, ATCP).

. Pour tous les projets, l'objectif principal est l'amélioration de la qualité des soins, la participation financière de la population n'étant qu'une stratégie, un moyen pour y arriver. Cependant, pour certains projets, principalement ceux du secteur privé non lucratif, le financement par la population est vital pour pouvoir continuer les activités de santé. Pour les autres, les financements extérieurs actuels sont suffisants pour couvrir l'ensemble des dépenses et la participation communautaire n'est qu'expérimentale.

. Les objectifs spécifiques financiers de chaque projet peuvent varier : certains veulent couvrir l'ensemble des dépenses, d'autres uniquement les médicaments, les primes et le fonctionnement (la majorité), d'autres seulement une partie des médicaments, les primes et le fonctionnement. En général, l'ensemble des projets atteignent leurs objectifs spécifiques financiers.

. La base méthodologique de la totalité des projets repose sur la mise en place de Comités de Santé (la plupart des projets étudiés) ou de Développement (PADS, SECADEV). Dans le premier cas, les activités du Comité concernent seulement la Santé. Dans le second, les activités de santé ne sont que l'une des composantes d'un ensemble pluri-sectoriel. Ces Comités élisent un Comité de Gestion généralement de 4 personnes chargé du suivi des affaires courantes de gestion et financières du Centre de Santé. Il n'y a pas actuellement de Comité opérationnel au niveau de l'Hôpital de District.

Seuls certains projets (PSET, BELACD) ne disposent pas encore de Comités fonctionnels. Dans le cadre du projet BELACD, les Comités ne semblent pas en fait nécessaires pour assurer le bon déroulement des activités de Santé. En effet, autour des paroisses et du Diocèse, il existe une sorte de tissus social, de réseau d'information qui joue de façon informelle le rôle d'un comité. Les Comités ne sont ils pas dès lors créés pour remplacer des structures sociales et un réseau d'information inexistants dans les autres cas?

La mise en place des comités peut se faire au démarrage ou en cours de projet; leurs activités et statuts peuvent être définis à l'intérieur du Comité, ou bien imposés de l'extérieur. La mise

en place des comités semble plus difficile en milieu rural qu'en milieu urbain pour des raisons liées au niveau d'éducation de la population. Il semble également que les Comités de Santé et de Développement soient plus motivés et effectuent le mieux leur travail lorsqu'ils définissent eux-même leur mode de fonctionnement et leurs statuts. Il semble enfin que le Comité est plus dynamique lorsqu'il est réellement représentatif de la population, c'est-à-dire lorsqu'il est élu; les comités "désignés" formés de notables, de représentants de mouvements divers et de membres de l'administration semblent ne jouer qu'un rôle de contrôle.

Les membres des comités de gestion sont bénévoles. Sans vouloir discuter du bien-fondé du bénévolat, il semble que les membres participant activement (plus de quelques heures par semaine) aux activités mêmes d'une formation sanitaire devraient avoir droit à une prime afin d'éviter leur démotivation progressive, ce qui semble être le cas dans le cadre du projet PADS par exemple. Cette prime devrait bien évidemment être proportionnelle aux bénéfices réalisés et être décidée par le Comité de Santé. En effet, toute prime fixe pourrait être assimilée à un salaire, entrainant le risque d'une "professionnalisation" du rôle de membre de Comité.

Les Comités de Santé et de Gestion sont régis depuis quelques années par des arrêtés ministériels (MSP) de façon plus ou moins rigide. Comme les Comités ne constituent en fait que des associations de personnes qui veulent s'impliquer dans la santé de leur Zone de Responsabilité, ces arrêtés ministériels pourraient être simplement supprimés : les Comités seraient de simples Associations Sans But Lucratif de droit Tchadien, ne dépendant d'aucun Ministère en particulier et définissant elle-même ses statuts et son règlement d'ordre intérieur. Pouvons-nous en effet imposer à une population de constituer un Comité avec des règles de fonctionnement rigides si elle n'en ressent pas le besoin pour accéder à un système de participation financière ?

Les systèmes de tarification utilisés au Tchad sont de trois types : le forfait, le forfait modulé et l'acte + médicament. Le forfait, qui fut imposé d'une certaine manière par arrêté ministériel, est le plus répandu. Le paiement à l'acte et au médicament n'est réellement pratiqué que par MSF-B et sera mis très prochainement en oeuvre par le FAC. Le prix moyen payé par le patient adulte en consultation curative oscille autour de 500 FCFA. Il peut être plus haut ou plus bas principalement en raison des objectifs financiers spécifiques de chaque projet. En général, tous les projets arrivent à recouvrir les dépenses reprises dans les objectifs.

Il faut cependant noter que si la majorité des projets arrive à financer par la participation communautaire l'ensemble des dépenses (hors salaires et investissements) au premier échelon, il semble utopique de vouloir en faire de même au second échelon. MSF arrive à financer 25% des dépenses hors salaire et investissements en ayant installé un système de gestion hospitalière relativement complexe. Les autres expériences n'arrivent pas à recouvrer plus de 10% de ces dépenses. Les hôpitaux devront donc rester à charge du budget de l'Etat et des bailleurs de fonds dans les prochaines années. Néanmoins, il est évidemment conseillé d'introduire le système de financement communautaire à l'hôpital, ne fut-ce que pour éviter l'engorgement de ceux-ci pour raison de gratuité et donc la mise en péril de systèmes de référence si difficiles à mettre en oeuvre.

Si le système de forfait est plus solidaire, il entraîne cependant une moindre transparence comptable que le paiement à l'acte et au médicament. Par contre, le paiement à l'acte et au

médicament demande plus de ressources humaines et un gros investissement en termes d'assistance technique et de conceptualisation du système. En fait, le système adopté doit d'abord correspondre aux desiderata de la population. Ensuite, il dépendra de contraintes financières et humaines (capacités de gestion) : si celles-ci le permettent et que la population est d'accord, notre préférence ira vers le paiement à l'acte et au médicament, car mieux accepté en général par le patient d'une part, et plus viable à terme d'autre part. Par ailleurs, le système de forfait nécessite un contrôle permanent (présence physique de membre du comité dans les CS du PADS), alors que la transparence du système du paiement de l'acte et du médicament permet de ne contrôler la gestion que périodiquement : les quantités de médicaments sorties ont leurs rentrées financières correspondantes. Pour ces raisons, le PADS est en train d'évaluer la possibilité de passer vers un paiement à l'acte et au médicament.

Lors de l'atelier, les différents projets ont identifié, selon leurs critères propres, une faible proportion d'indigents parmi la population : de 0 à 5%. Par contre, aucune information n'a été donnée sur la proportion de patients qui ne paient pas. On peut se demander si les systèmes de participation communautaire en cours n'entraînent pas l'exclusion d'une partie de la population des services de santé. Les revenus permettent-ils l'accès à tous? Il semble que, les sytèmes de recouvrement des coûts étant encore récents au Tchad, le problème de la reconnaissance même et de la prise en charge des indigents n'ait pas été encore réglé. Il serait souhaitable qu'il le soit dans l'avenir afin de permettre le meilleur compromis entre l'égalité d'accès aux soins et la viabilité financière.

La source d'approvisionnement en médicaments essentiels est très variable d'un projet à l'autre. Par contre. le circuit d'approvisionnement est toujours presque similaire. Une constante également dans toutes les expériences présentées est l'utilisation de médicaments essentiels génériques en conditionnement hospitalier de qualité mais bon marché : c'est une des principales raisons du succès des différentes expériences.

Les circuits de l'argent sont rarement couplés au circuit du médicament (excepté dans le cas du circuit du patient de l'expérience de MSF-B). On ne rachète pas réellement les médicaments contre l'argent collecté. Cela tient d'une part à l'absence de banques en milieu rural, d'autre part aux réseaux d'approvisionnement : les médicaments ne sont pas achetés en FCFA sur le marché local, mais importés par chaque projet, principalement en raison de la non-disponibilité de médicaments essentiels de qualité et à bas prix sur le marché tchadien.

Les facturations sont factices, l'argent est le plus souvent "bloqué" sur des comptes bancaires. Cela peut amener une certaine confusion au niveau des Comités de Santé, de développement et de gestion ; il serait plus sain au niveau de tous les projets que les comités voient leurs avoirs réellement diminuer à chaque achat de médicaments: le solde constituerait le disponible pour les frais de fonctionnement et les primes. On pourrait alors réellement parler de marge bénéficiaire, (ou déficitaire), qui pousserait les comités d'une part à une plus grande rigueur de gestion, d'autre part à une plus grande motivation, étant réellement responsable de la comptabilité.

Un système de comptabilité réelle entraîne des risques lorsque le système de tarification est forfaitaire : pour un montant de recettes identiques, le prescripteur risque d'avoir tendance à sous-prescrire afin de dégager une marge bénéficiaire maximale dont seraient tirées les primes à redistribuer, ...

Enfin, la plupart des projets venant en appui au secteur public reçoivent les médicaments sous forme de don du bailleur de fonds. Le système de rachat n'est donc pas prioritaire (FED par exemple). Il serait sans doute souhaitable que ces projets rendent le rachat réel, et puissent constituer des "fonds de contrepartie" qui pourraient être utilisés dans le cadre d'activités annexes à la santé comme des "micro-réalisations" portant sur l'hygiène et la sanitation par exemple, en fonction de décisions prises par les comités, ce qui ne pourrait qu'augmenter leur motivation.

. Au niveau des dépenses publiques de santé, les budgets planifiés ne correspondent plus depuis plusieurs années aux dépenses réelles engagées, celles-ci étant inférieures. Il est à craindre que le développement de la participation communautaire n'entraîne un désengagement progressif de l'Etat. En toute logique, les projets de participation communautaire ont été mis en oeuvre pour augmenter les ressources disponibles et garantir aux populations des soins de qualité caractérisés par un approvisionnement régulier en médicaments essentiels. Afin d'éviter un désengagement de l'Etat, il peut être suggéré l'établissement de contrats au niveau des projets entre les représentants de la population, l'Etat . les bailleurs de fonds (de type SECADEV) obligeant l'Etat à remplir ses obligations au niveau du paiement régulier et effectif des salaires.

1.2. La dévaluation et son impact sur les expériences de participation communautaire

. Bien que nous n'ayons que très peu de recul, il semble que la dévaluation du FCFA du 12 janvier 1994 n'aboutisse pas aux effets économiques escomptés au Tchad. En effet, l'inflation est galopante et le prix de certains produits de base fabriqués localement a plus que doublé, principalement en ce qui concerne les céréales. S'il est vrai que les principaux produits d'exportation augmentent leur volume de vente à l'étranger, cela ne compensera probablement pas le marasme économique existant au Tchad depuis 1991. Au niveau social, les salariés semblent les plus touchés, et la baisse de pouvoir d'achat est énorme. Les grèves sont pour l'heure monnaie courante. Les paysans et les éleveurs semblent moins touchés. Les commerçants semblent pratiquer une politique de pénurie afin de faire monter les prix des produits, importés ou non.

Les mesures d'accompagnement énergiques et efficaces (collecte des recettes publiques améliorées, dépenses exceptionnelles pour le secteur social, ...) pour contrer les effets sociaux négatifs de la dévaluation ne sont pas complètement opérationnelles.

Nous attendons les résultats d'études menées par le PNUD et le BIT pour avoir une vision plus précise des effets socio-économiques de la dévaluation : y aura-t-il croissance, dans quelle mesure, et avec quelles conséquences sociales ?

. Au niveau de la santé, les prix des médicaments ont été bloqués et subventionnés par les bailleurs de fonds. Malheureusement, au niveau du secteur privé (PHARMAT), l'approvisionnement est défaillant, et les pharmacies ne sont pas approvisionnées. La pénurie règne actuellement. Sur le marché informel, le prix des médicaments a doublé. Au niveau de la Pharmacie d'Approvisionnement du Secteur Public (PASP), la dévaluation n'a pas changé grand chose : les stocks restent désespérément vides (hors les projets du FED, du FAC et

autres organismes et ONG qui y stockent leurs médicaments essentiels). De plus, le prix des médicaments a augmenté au Cameroun, et il ne serait pas impossible qu'il y ait fuite de médicaments vers ce pays.

. Heureusement, pour les projets concernés par cette étude, les médicaments sont disponibles. Comme expliqué ci-dessus, peu de projets achètent en CFA à partir du Tchad. Les budgets des projets sont en devises, et la dévaluation ne pose pas réellement de problème. Par contre, les fonds générés par le système et "bloqués" sur des comptes bancaires ont vu leur pouvoir d'achat diminuer très fortement que ce soit pour des produits importés, ou pour les produits nationaux qui ont subi une inflation exagérée ces derniers mois.

. Le pouvoir d'achat ayant baissé, il est préférable qu'en 1994, les différents projets n'augmentent pas leurs prix de vente de médicaments ou leur forfait : maintenir à niveau l'objectif de recouvrement se ferait probablement au détriment de l'accessibilité financière et de la qualité des soins. De plus, comme annoncé par le représentant de la Banque Mondiale, les projets concernés par l'étude peuvent profiter de fonds faisant partie des mesures d'accompagnement (BM, UE, FMI, France) pour reconstituer la perte due à la dévaluation pour les médicaments (MSF-B a déjà obtenu 100.000 USD de la Banque Mondiale).

. Que se passera-t-il en 1995 ? Nous pensons que les différents projets devront probablement commencer à augmenter leurs prix de vente ou leur forfait. A cet effet, il vaut mieux progresser par étapes, en surveillant étroitement la fréquentation et la capacité de payer de la population. Il est donc souhaitable que les bailleurs de fonds prévoient dans leurs budgets futurs une marge de manoeuvre permettant si nécessaire de continuer à subventionner les médicaments essentiels.

1.3. Conclusions

. L'uniformisation des systèmes de recouvrement des coûts n'est pas le but de la présente étude. De fait, les différences existant entre les projets sont entièrement justifiées en raison de contraintes externes : les desiderata de la population, le secteur public ou privé, les capacités de gestion en milieu urbain et rural, la politique du bailleur de fonds, ...

. Les Comités sont à la base des méthodologies utilisées ; il ne faut néanmoins pas les rendre obligatoires si la population n'en ressent pas le besoin. Il ne faut pas non plus d'intervention de l'Etat dans leur organisation et leur manière de fonctionner (arrêtés ministériels du MSP). Ces Comités devraient de préférence être constitués sous la forme d'ASBL.

. La tarification la plus transparente, la mieux acceptée et la plus viable à terme est celle du paiement à l'acte et au médicament. Elle n'est cependant pas possible à mettre en oeuvre partout car la population peut trouver le forfait plus à son goût (et peut-être aussi à son coût ?) d'une part, et d'autre part, elle nécessite un investissement de départ et des capacités de gestion conséquentes. Il vaut mieux laisser à la population le droit de choisir et de changer de système, car dans le fond, il s'agit de sa santé et de son argent.

. Une grande lacune dans presque tous les projet est de ne pas coupler effectivement l'argent

et les médicaments : l'argent de la participation communautaire est presque toujours bloqué sur des comptes bancaires. Il serait plus clair pour les Comités et les gestionnaires d'acheter effectivement les médicaments avec l'argent qu'ils possèdent et ainsi d'avoir une situation comptable claire. Malheureusement, et particulièrement pour le milieu rural, les banques sont rarement aisément accessibles.

La dévaluation de janvier 1994 ne semble pas rencontrer les effets socio-économiques escomptés. Actuellement, l'inflation des produits locaux et importés, le climat social tendu et le manque d'application des mesures d'accompagnement laissent douter d'une croissance économique avec ses effets positifs à terme.

Même si le prix des médicaments est actuellement bloqué, on assiste cependant à une pénurie de médicaments au niveau de la PHARMAT pour diverses raisons. Au niveau des projets étudiés, il n'y a pas trop de problèmes, la majorité de ceux-ci ayant leurs budgets en devises et important directement leurs médicaments. Pourtant, à terme, s'ils veulent reconstituer leurs stocks et préserver leur stocks de médicaments, ils seront obligés d'augmenter leurs prix. Il est préférable de le faire progressivement et de surveiller étroitement la fréquentation, l'objectif d'accessibilité et de qualité étant prioritaire par rapport à l'objectif de recouvrement. A cet effet, il faudrait que les différents bailleurs de fonds prévoient des budgets en suffisance pour continuer à subsidier les médicaments essentiels des projets le temps qu'il faudra.

2. BILAN DETAILLE

2.1. Introduction

La Participation Communautaire à la Santé a été mise en oeuvre au Tchad depuis quelques années, et pour certains projets, avant même l'initiative de Bamako qui a réuni en 1987 de nombreux ministres africains pour étudier la possibilité de recouvrer une partie des coûts de la santé par la population. En effet, le SECADEV, le BELACD et autres organisations privées non lucratives confessionnelles avaient déjà imaginé cette possibilité avant 1987. La raison était de couvrir les défaillances du système d'approvisionnement en médicaments et ainsi d'offrir à la population des services de qualité caractérisés par un apport en médicaments essentiels continu, en accord avec la Politique Nationale.

Depuis, les expériences de Participation Communautaire se sont multipliées au Tchad sous forme de projets, aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, aussi bien au second échelon qu'au premier, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé non lucratif (confessionnel).

La Participation Communautaire n'a pas pour unique objectif de recouvrir une partie des coûts de la santé : elle a aussi pour objectif l'appropriation par la population de la résolution de ses problèmes de santé. Les systèmes imaginés reposent dès lors sur la constitution de "Comités de Santé" ou de "Comités de Développement" (au niveau de chaque Zone de Responsabilité), élus par la population qui élisent à leur tour des "Comités de gestion" chargés de la gestion au jour le jour des activités de Santé. Différents textes légaux, en cours ou en projet existent par rapport à ces Comités ; ils sont actuellement analysés par une consultante spécialisée en droit au niveau de la CTS.

Pour certains projets, des comités de santé existent également au niveau du district (Comité de District). Aucun projet de participation n'est situé au niveau de l'Hôpital Central de Préfecture ou au niveau de l'Hôpital Général de Référence Nationale de N'Djamena.

Les projets analysés dans ce document sont au nombre de 10 ; leur intitulé exact est repris en page 4 du présent document. Il existe certainement d'autres projets de participation communautaire, (Eglises Evangéliques et autres organisations confessionnelles), mais nous n'avons pas pu les analyser faute de leur absence (non voulue bien entendu) au groupe de travail organisé lors de la mission, ou faute de documents. Enfin, l'UNICEF étant en phase préliminaire de sa propre expérience, nous ne la présenterons pas ici.

Les projets étudiés ont été classés en trois catégories :
- Milieu Urbain / premier échelon (CS)
- Milieu Rural / premier échelon (CS)
- District en entier (Centres de Santé et Hôpital(aux) de Référence de District avec système de référence).

Certains des projets étudiés sont très récents, d'autres sont en préparation; d'autres existent depuis quelques années. Les projets en préparation ne donnent évidemment que des informations méthodologiques ; pour certains projets en cours, les données disponibles ne sont que très succinctes et partielles. Cependant, dans la majorité des cas, les informations sont

à jour, bien détaillées et caractérisées par des rapports d'activités ou de synthèse.

Les objectifs généraux de ces projets sont unanimement d'améliorer la qualité des soins offerts aux populations couvertes. Les systèmes de participation communautaire sont un des moyens pour y arriver face aux défaillances existant dans le réseau d'approvisionnement classique en médicaments essentiels. Parfois, (PADS, SECADEV), la santé n'est que l'un des objectifs généraux de projets intégrant les différents secteurs d'activités des communautés et leur développement.

Le recouvrement d'une partie des coûts de la santé par la population constitue l'un des objectifs spécifiques de chacun des projets étudiés. Cependant, le pourcentage ou les rubriques de dépenses couvertes par cet objectif spécifique peuvent varier d'un projet à l'autre, d'un échelon de soins à l'autre. Des conditions exogènes (bailleur de fonds, secteur public ou privé, réseau d'approvisionnement, ...), expliquent ces différences.

Dans la méthodologie utilisée, de grandes différences peuvent également exister : organisation et rôle des comités, systèmes de tarification, organisation du circuit du patient, système de gestion des médicaments, de gestion financière, de gestion du personnel, ...

Les taux de recouvrement en fonction des objectifs fixés sont également forts différents ; cela ne signifie certainement pas l'échec de certains projets par rapport à d'autres, mais simplement des contraintes ou des objectifs spécifiques différents.

Dans les chapitres qui suivent, nous allons tenter d'analyser ces différences, d'évaluer les systèmes et de tirer des conclusions sur le Bilan des expériences de participation communautaires au Tchad en dégageant des recommandations.

Enfin, depuis le 12 janvier 1994, le Tchad a connu la dévaluation de 100% du franc CFA passant d'un rapport de 1 FF = 50 FCFA à un rapport de 1 FF = 100 FCFA. Cette dévaluation a entraîné des conséquences directes sur le pouvoir d'achat de la population. Nous tenterons dans la dernière partie de ce rapport de décrire les effets de la dévaluation quoique nous ayons peu de recul dans le temps, de synthétiser les mesures d'accompagnement envisagées et mises en oeuvre par le gouvernement et les bailleurs de fonds et d'analyser l'impact de la dévaluation sur les différents projets de Participation Communautaire.

2.2. Brève description des projets étudiés

Les 25, 26, 27 et 28 avril 1994, la CTS a organisé un groupe de travail réunissant la majorité des projets de participation communautaire ainsi que de nombreux techniciens spécialisés en la matière.

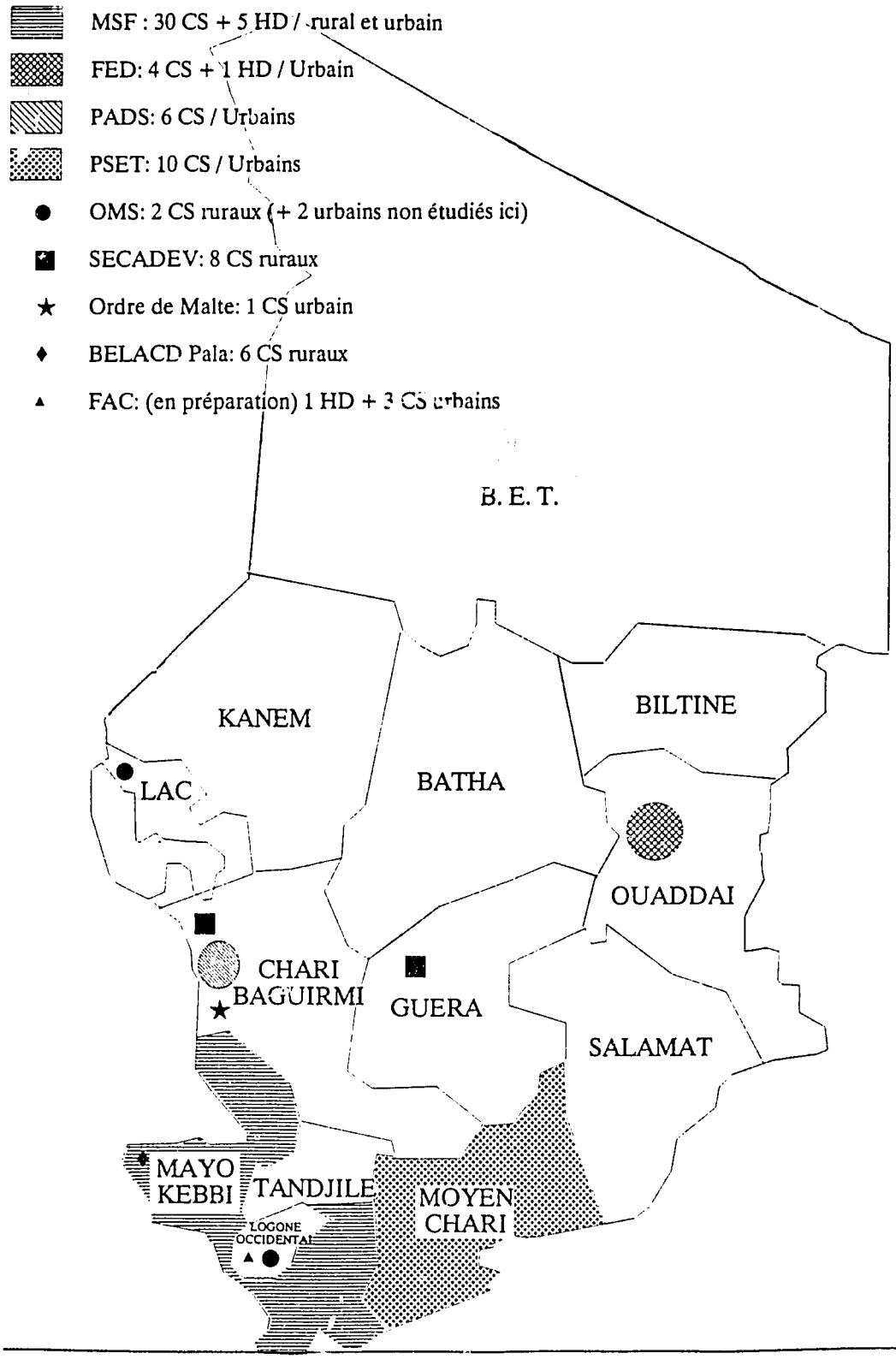
Nous n'allons pas ici reprendre l'ensemble des discussions qui ont eu lieu, et les exposés de chacun, mais nous avons résumé en un tableau de 4 pages et une carte les différentes expériences. La documentation complète sur les projets est disponible à la bibliothèque de la CTS à N'Djamena.

Nous présentons ci-après une carte des interventions et un tableau résumé des systèmes en 4 pages qui reprend (lorsque l'information est disponible) :

- Le titre du projet
- Sa localisation
- Son financement
- Son assistance technique éventuelle
- Sa date de démarrage
- Le type de milieu (rural ou urbain)
- Le niveau de l'intervention (CS ou CS+HD)
- Le nombre de structures concernées
- Le type de comité
- Le type de tarification et les tarifs (pour la tarification au médicament, la liste des prix MSF figure en annexe 6)
- Le système de non-paiement s'il existe
- Les rubriques de dépenses couvertes
- La source d'approvisionnement en médicaments
- Le système financier (couplé ou non couplé au médicament)

Nous n'avons pas repris dans le tableau qui suit le projet du FAC à Moundou qui n'a pas encore démarré, mais dont l'organisation sera très similaire à celle de MSF. Nous n'avons pas repris non plus l'expérience d'ATCP pour laquelle nous manquons d'information fiable (ATCP n'était pas présent au groupe de travail).

LOCALISATION ET IMPORTANCE DES PROJETS ETUDIES



1.6

Type de Projet	DISTRICT		RURAL			URBAIN		
Titre du projet	Projet Santé MSP-MSF - Mayo-Kebbi	Projet Santé VIIème FED - Ouaddaï	Secadev	Belacd-Pala	SSP Moundou PNUD/OMS	PADS/ITS	PSET	OM
Public/privé	Public (support au secteur public)	Public (support au secteur Public)	Privé non lucratif	Privé non lucratif	Public	Public	Public	Privé
Localisation	Ensemble de la préfecture du Mayo-Kebbi	District urbain d'Abéché	Préfecture de Guéra ZR: Baro Dadouar Préfecture de ChariB ZR: Karal Sirdje Wallia M'Barlet Ouled-Beli Chagoua	District de Pala CS Bissi Mafou CS Domo CS Gounou-Gan CS Koupor CS Sere CS Tagal	Préfecture de Moundou CS Biramanda CS Mballa	N'Djamena ZR Farcha ZR Chagoua ZR Milezi	Moyen-Chari Distr. Sarh Distr. Danamadji Distr. Koumra	CS Amtouqui (N'Djamena)
Financement	MSF-B Gov. Belge UE	UE (FED)	Secadev	Belacd	PNUD	ITS BM	USAID ITS	Ordre de Malte
A.T.	2 pour la Partic. communautaire ; economiste et sociologue 15 pour le projet dans son ensemble	1 médecin pour la participation communautaire ; préparation de 6 mois par consultant économiste	1 médecin	1 médecin	1 Médecin	1 Médecin	3 Médecins	1 Médecin
Date de démarrage	1990	janvier 1993	1986	difficilement définissable 1980 ?	1989	1993	1993	? (il y a 5 mois ??)
Niveau d' intervention	Hôpital de district et Centres de Santé (urbains et ruraux)	Hôpital de district et CS urbains	CS	CS	CS	CS	CS	CS
Nombre de structures	5 HD et 30 CS	1 HD et 4 CSU	8 CS	6 CS	2 CS	6 CS	10 CS	1 CS
Population couverte	538.000	60.000	de 4 à 12.000 par CS Total=+/- 75.000	75.000	20 000 (56327)	150.000 ?	a peu près 100.000	ZR=17.000, mais c'est le seul CS pour 200 000 hbts
Type de comité	Comités de santé élu (2 membres par village) ; comité de district non encore opérationnel	Comité de santé "sélectionné" (Infirmier, 2 représentantes des femmes, 1 représentant des guérisseurs, 1 représentant des jeunes, 1 représentant par quartier)	Comité de santé élu Contrat entre les comités et le Secadev	Pas de comités de santé ; système de société civile confessionnelle (géré par l'église, le médecin)	Comité de Santé "Sélectionné" parmi l'Assemblée Générale des Notables du Canton	Comité de Santé élu	Pas encore	?

Type de Projet	DISTRICT		RURAL			URBAIN		
Titre du projet	Projet Santé MSP-MSF - Mayo-Kebbi	Projet Santé VIIème FED - Ouaddaï	Secadev	Belacd-Pala	SSP Moundou PNUD/OMS	PADS/ITS	PSET	OM
Type de tarification et tarifs	CS: ACTE + MEDICAMENT Acte : Consultation : 100 Accouchement avec CPN : 500 Accouchement sans CPN : 1.000 labo : 100 pansement : 250 Petite chir.: 500 Médicament : Prix médicaments en annexe. HD: Forfait Hôpital : Adulte : 1.000 Enfant : 500 Chirurgie : 3.000 Césarienne avec CPN 500 Césarienne sans CPN 4.000 *NB: tarification différenciée pour les étrangers (plus chère)*	CS: FORFAIT Adulte (>5ans) 250 Enfant (<5ans) 125 HD: Conventionnés et Personnel 250 Cons. médicale directe enfant 1.000 Cons. médicale directe adulte 2.000	CS: FORFAIT MODULE Les tarifs sont variables d'un CS à l'autre, mais sont basés sur le même principe : tarification forfaitaire modulée pour éviter les problèmes de "petits traitements" Exemple: Ouled-Beli Tarif I (un médicament) Enfant 125 Adulte 250 Tarif II (autres traitements) Enfant 250 Adulte 500 Accouchement 500 Circoncision 1.000 CPN 100 Cons prev enf 100 Carnet 50	CS: FORFAIT Les tarifs sont variables pour chaque CS qui décide lui-même Tarif forfaitaire enfant/adulte Tarif moyen adulte = 600 CFA Exemple: Sere Enfant 450 Adulte 850 CPN 300 CPS 200 Accouchement 1000 Carnet 50 NB: les patients paient également l'hébergement, les sérums. Les hors zone et les étrangers paient plus cher	CS: FORFAIT Cons. Enfant 200 Cons. Adulte 400 Accouchement 200 CPN 100 Suivi enfant 25 Pansement 100 Conjonctivite 50 Otite 50 petite opération 200	CS: FORFAIT Cons. enfant 200 Cons. adulte 400 CPN 400 Accouchement 1.000 Consultation directe chez le médecin = 1.000	CS : FORFAIT Cons. enfant 400 Cons. Adulte 700 CPN 200 Accouchement 500 NB: Hors Zones 1.000	CS: ACTE + MEDICAMENT ACTE: Cons. Enfant 100 Cons. Adulte 200 NB: actes techniques à tarifs variables MEDICAMENT: Oraux de 50 à 300 Injection 250

Type de Projet	DISTRICT		RURAL			URBAIN		
Titre du projet	Projet Santé MSP-MSF - Mayo-Kebbi	Projet Santé VIIème FED - Ouaddaï	Secadev	Belacd-Pala	SSP Moundou PNUD/OMS	PADS/ITS	PSET	OM
Système de non-paiement	Indigence : à la discrétion des médecins ; très peu de cas Actes gratuits : CS: - anciens cas - injections - CPN - vaccination - Lèpre et Tbc - Labo si Tbc HD: - Consultations de référence si fiche de référence - Anciens cas - Labo pour hospitalisé - Echographie - Lèpre et Tbc	- Indigence : à la discrétion des comités (liste) - Anciens cas - Prisonniers - Lèpre et Tbc - Références - Hospitalisés - Actes et médicaments pour hospitalisés	Pas de non-payants (indigents à la discrétion du comité très rare)	? A la discrétion de l'infirmier ?	(très peu d'indigents)	Indigents identifiés par le comité, mais très peu. Sinon, tout le monde paie	Tout le monde paie	Tout le monde paie ; si quelqu'un ne peut payer, il revient plus tard régler sa dette
Rubriques de dépenses couvertes Objectifs de recouvrement	CS: Médicament: 100% Salaires: 0% Salaire Pharm. 100% Primes : CSU 40f/nc CSR 60f/nc Petit fonct. 100% Entretien: 0% Investissts: 0% HD: Médicament: 5% Salaires: 0% Salaire Pharm. 100% Primes Hospitalisés 600f/hosp Petit fonct. 100% Entretien: 0% Investissts: 0%	CS: Médicaments: 30% Salaires: 0% Primes: 100% Petit fonct. 100% Entretien: 100% Investissts: 0% HD:(AMBULATOIRE) Médicaments: 30% Salaires: 0% Primes: 100% Petit fonct. 100% Entretien: 100% Investissts: 0% NB: pas de recouvrement pour l'hospitalisation	CS: Médicaments 100% Salaires inf. 0% Salaire Autre P 100% Petit fonct. 100% Entretien 0% Investissts 0% NB: le reste est à charge du Secadev, y compris le salaire de l'infirmier.	CS: Médicaments 100% Salaires inf. 0% Salaires Autre 100% Petit fonct. 100% Entretien 100%	CS: Médicaments 100% Salaires 0% Primes 100% Petit fonct. 100% Entretien 0% Investissts 0%	CS: Médicaments 100% Salaires 0% Primes 100% Petit fonct. 100% Entretien 0% Investissts 0%	CS: Médicaments 100% Salaires 0% Primes 5.000/mois Petit fonct. 100% Entretien 0% Investissts 0%	CS: Médicaments 10% Salaires 100% Primes 100% Petit fonct. 100% Entretien 100% Investissts ?

Type de Projet	DISTRICT		RURAL			URBAIN		
Titre du projet	Projet Santé MSP-MSF - Mayo-Kebbi	Projet Santé VIIème FED - Ouaddaï	Secadev	Belacd-Pala	SSP Moundou PNUD/OMS	PADS/ITS	PSET	OM
Taux de recouvrement par rapport aux objectifs	CS: 100% HD: 100% NB au niveau du HD, le recouvrement ne représenterait que 25% du coût total hors salaires (subvention = 75% par MSF)	CS: 100% HD: 67% NB le recouvrement ne concerne que la consultation externe à l'hôpital ; il ne couvre que 30% des médicaments	100%	100%	100% en principe ; certains problèmes ont eu lieu.	70% médicaments 90% fonct. Les primes constituent 30% des recettes	90% plus ou moins	100%
Source d'approvisionnement	Fournisseur principal = IDA Consultations restreintes et gré à gré Logistique MSF	Pas de fournisseur principal ; appels d'offres internationaux à la concurrence FED	Consultations restreintes ou gré à gré propres au Secadev	Consultations restreintes ou gré à gré propres au Belacd	Achat par le projet au BELACD actuellement (problèmes auparavant)	Appel d'offres ; fourniture à travers la PASP	Achats à travers l'ITS et l'USAID à N'Djamena ; stockage à la pharmacie préfectorale	Achat à travers l'Ordre de Malte
Système financier	pas de couplage réel argent-médicament en amont des structures de santé ; facturation cependant ; dépôt de l'argent sur compte MSF et comptabilité spécifique à chaque formation sanitaire	pas de couplage réel argent médicament à aucun niveau ; envoi de factures ; Dépôt sur comptes et blocage de l'argent à ce niveau pour 1 an pour les médicaments Raison = faire une réserve (?)	Pas de couplage réel, comptes spécifiques du Secadev individualisés par comités.	Couplage et rachat des médicaments (question de survie des activités)	Pas de couplage réel	Pas de couplage ; argent bloqué sur compte	couplage en cours ; argent versé su compte qui retourne au niveau de l'USAID pour rachat	Pas de couplage, car le recouvrement ne porte presque pas sur le médicament.

2.3. Comités

Les Comités, qui rassemblent les représentants de la population et parfois du secteur médical d'une zone de responsabilité ou d'un district, sont à la base de la quasi-totalité des systèmes de participation communautaire étudiés. En effet, un des principes fondamentaux de la participation communautaire est d'impliquer la population dans ses problèmes de santé, tant du point de vue des actions qualitatives (conscientisation, sensibilisation, hygiène et sanitation, ...) que du point de vue de la gestion des services de santé : il s'agit, à partir du moment où la population paie pour les services, qu'elle s'approprie ces services et qu'elle participe activement à leur développement.

En fonction des projets rencontrés, nous avons deux grands types de comités:

- Comités de Santé
- Comités de Développement

Les premiers sont en général exclusivement orientés sur les problèmes de santé (MSF, FED, PNUD/OMS, PSET, FAC), alors que pour les seconds (PADS, SECADEV), la santé ne constitue que l'un des secteurs auxquels la population est intéressée, les autres étant l'agriculture, l'élevage, la propreté urbaine, la pêche, l'environnement, etc.

En général, il semble que le deuxième type de comité est plus efficace ; en effet, d'une part, la multiplicité de comités (ex : comité de santé, comité de l'élevage, Comité de l'environnement, ...) provoque une perte d'efficacité et une démotivation rapide des participants, d'autre part, la santé ne constitue pas en général le problème prioritaire de la population active, celle-ci devant d'abord faire face aux problèmes de l'eau, de la nourriture, de l'agriculture et de l'élevage, de l'éducation des enfants, ...

Les Comités peuvent être soit élus, soit "sélectionnés". Dans leur grande majorité, les comités sont élus de la façon suivante : par "carré" en milieu urbain, ou par village en milieu rural, une ou deux personnes sont élues de façon démocratique. Dans le cas de comités sélectionnés (7ème FED), les membres du comité sont par exemple le médecin ou l'infirmier, un membre de l'administration, la représentante des femmes, le représentant des jeunes, ... Les élus où les "sélectionnés" sont rassemblés (le plus souvent une fois par mois) et constituent le comité (de santé ou de développement). Ils élisent entre eux un groupe le plus souvent de 4 personnes qui constitue le "Comité de Gestion". Ce Comité de gestion est constitué :

- d'un président
- d'un vice-président
- d'un secrétaire
- d'un trésorier

En fonction des projets, cela peut bien sûr varier.

Il faut noter ici que l'élection ou la "sélection" d'un comité dépend le plus souvent de contraintes de l'Etat (arrêté ministériel par exemple), de contraintes locales (un préfet refuse l'élection par exemple), ou de contraintes provenant du bailleur de fonds ou de l'agence d'exécution.

Il est évident qu'en raison de l'objectif fixé, (la "participation communautaire"), le principe d'élection libre aboutit à une plus grande représentativité.

Lorsque les comités sont constitués, deux types d'organisation sont possibles: soit le Comité détermine lui-même son organisation, son fonctionnement, le système de tarification des services de santé et son rôle dans la gestion, soit l'ONG ou l'organisme en charge de l'exécution du projet fixe les règles.

Actuellement, les projets PADS et SECADEV sont ceux qui laissent le plus d'initiative aux comités, bien que cela nécessite un encadrement technique relativement important. Cet encadrement est d'autant plus important qu'il a lieu en milieu rural, en raison du faible niveau d'éducation de ses membres d'une part, et des déplacements de village à village qu'implique le milieu rural.

Les autres projets ont imposé le système aux comités qui doivent "jouer le jeu". Cela peut provoquer parfois une certaine démotivation ou une certaine frustration des membres (plutôt que d'un débat sur la santé, les membres du comité exécutent un programme sans avoir peu de choses à dire sur le fondement du projet en lui-même) et éventuellement l'échec de la participation communautaire dans les sens social du terme, (mais pas spécialement dans l'objectif de recouvrement partiel des coûts de la santé).

En fonction des objectifs que l'on se fixe, et des contraintes externes, il convient donc d'être vigilant sur le type de comité et la manière dont on envisage le fonctionnement de celui-ci. Il faut aussi signaler que l'investissement en encadrement semble être plus important pour des comités à élection libre et en milieu rural.

Les comités de santé ou de développement et les comités de gestion ont un rôle différent. Dans la majorité des projets étudiés, seul le comité de gestion est réellement actif. C'est seulement dans les projets de développement communautaire (PADS, SECADEV), que les comités de développement ont réellement un rôle actif : ils décident d'actions communautaires, pas spécialement médicales, mais dont les effets (économiques, hygiène, ...) auront certainement un impact sur la santé des populations concernées.

Au niveau du district, les deux expériences effectivement en cours (FED et MSF) n'ont pas encore organisé leurs comités de district. Elles envisagent de réunir périodiquement les différents présidents des comités de gestion des zones de responsabilité en un comité de district qui aura en charge le contrôle de la gestion de la pharmacie de district et de l'hôpital de district.

Les comités de gestion ont quant à eux un rôle plus ou moins important dans la gestion des formations sanitaires de premier échelon, les CS ou "Centres de Santé". Principalement orienté vers la gestion, leur travail peut être simplement passif (par exemple, le recueil des recettes par le trésorier avec dépôt sur compte dans le projet FED), ou actif (gestion des recettes, des dépenses et des surplus dans le cadres des projets MSF et SECADEV), ou très actif (gestion comptable et contrôle de la consommation des médicaments et de sa gestion au jour le jour dans le cadre du projet PADS). Dans le cadre de ce dernier projet PADS, le comité de gestion (et le comité de santé ou de développement) est d'autant plus actif que la population y adresse régulièrement des requêtes, doléances ou plaintes.

Dans le premier cas, le comité n'est pas réellement efficace. Dans les autres cas, et surtout dans le dernier, il devient véritablement un "contre-pouvoir" : la population dispose d'un outil, d'un instrument lui permettant de faire pression sur les prestataires de soins et ainsi d'obtenir les services les meilleurs (ex: plaintes sur l'absentéisme du prescripteur, plainte sur la prescription, plainte sur la propreté du CS ou sur la file d'attente, ...). Cependant, il faut se méfier de la puissance de ce contre-pouvoir en ce qui concerne la prescription, le patient en voulant toujours plus en termes de traitement, sans être spécialement informé du bien fondé d'une prescription. Il faut aussi savoir que ce contre-pouvoir démocratiquement élu peut mettre mal à l'aise le prescripteur qui se sent perdre son pouvoir propre, ou encore les autorités locales qui acceptent difficilement l'émergence d'organisations civiles d'autant plus importantes qu'elles gèrent des sommes non négligeables : le système doit encore pour l'heure être "protégé" afin d'en assurer la non interdiction pure et simple, ou des tentatives d'intimidation des membres élus des comités.

Un problème a été soulevé par le groupe de travail : celui de la démotivation des bénévoles, et de la rétribution des membres des comités. Il semble logique que dans le cas où un membre du comité est impliqué la majorité de son temps de travail dans les affaires courantes d'une formation sanitaire, il soit rétribué. Il semblerait également logique que la pression de la population sur la bonne gestion de la formation sanitaire soit plus forte si elle sait que les membres du comité touchent un jeton de présence, même modique. Nous ne pouvons nous prononcer ici de façon certaine sur le bien-fondé de la rémunération de bénévoles. Nos craintes vont vers l'idée d'une professionnalisation du rôle de membre de comité. Quoiqu'il en soit, si bénéfices il y a en fin d'exercice comptable d'une formation sanitaire par rapport aux objectifs de recouvrement fixés, nous préconisons ici que le comité joue son rôle s'il est pleinement représentatif de la population, et décide lui-même en "bon père de famille" de l'allocation des surplus, que ce soit sous forme de primes, de jetons de présence ou de financement d'activités de développement de la santé, ou encore les trois.

Nous passerons en revue les interventions techniques ou de gestion des comités dans les points suivants.

2.4. Tarification et recouvrement

a. Systèmes de tarification

Nous n'allons pas ici décrire les avantages et inconvénients des différents types possibles de tarification des services de santé. En effet, la littérature abonde à ce sujet (cfr bibliographie en annexe 7).

Nous allons simplement comparer les trois systèmes en vigueur au Tchad :

- Le **paiement à l'acte** et au médicament (à la pièce) pour MSF-B (envisagé pour le FAC)
- Le paiement au **forfait modulé** pour certains groupes de médicaments et entre enfants et adultes (SECADEV)
- Le paiement au **forfait** différencié entre enfants et adultes pour l'ensemble des autres projets étudiés

En termes de qualité des soins, les participants ont été unanimes pour dire que le forfait assurait certainement la meilleure continuité, quelle que soit la maladie et quel que soit le coût du traitement. Il est cependant à noter que dans le cas du forfait, il peut arriver que certains patients fassent pression sur le prescripteur pour obtenir des médicaments (ex : injectables) dont ils n'ont pas spécialement besoin. Il peut arriver également, si le rachat de médicaments est effectif, que le prescripteur ait tendance à sous-prescrire et les membres du personnel à minimiser les dépenses de fonctionnement afin d'augmenter les ressources disponibles pour le financement des primes. Dans le cas du paiement au médicament, ce dernier cas ne peut se produire si la gestion financière des médicaments est indépendante de celle des actes ; il faudra cependant s'assurer au niveau du pharmacien que le patient achète bien son traitement complet et l'ensemble des médicaments différents prescrits, ce qui nécessite une bonne supervision, des enquêtes auprès de la population, et le monitorage de certains indicateurs spécifiques tels que le nombre d'ordonnances non servies, ou le nombre d'ordonnances partiellement servies.

En termes de solidarité et d'équité, une fois encore c'est le forfait qui a fait l'unanimité des participants.

En termes d'acceptabilité par le patient, les différents systèmes ont été très controversés : certains pensent que le forfait est mieux accepté, d'autres pensent que le paiement à l'acte et au médicament correspond plus aux désirs de la population. De fait, c'est à la population et aux comités à décider du système, si l'on veut respecter les principes de participation communautaire. Nous pensons personnellement que le paiement au médicament est mieux accepté et évite la surconsommation.

En termes de gestion courante, il semble que le forfait soit le plus simple: moins de calculs, moins de fiches, contrôle du nombre de patients aisé à vérifier.

En termes de fiabilité financière par contre, c'est le paiement à l'acte qui semble le meilleur : si la gestion courante est plus compliquée, les risques de coulage sont faibles, chaque médicament sorti du stock devant correspondre à une entrée d'argent correspondant au tarif fixé, chaque acte payé devant correspondre à une ligne de registre de consultation ou à une ordonnance délivrée. Pour le comité de gestion, les correspondances sont plus claires à établir et le contrôle plus aisé (pas besoin en théorie de présence physique de contrôle). En fait, dans le cas du paiement au médicament, il y a couplage direct entre le médicament et l'argent. Dans le cas du forfait, cela n'existe pas ; pour contrôler les consommations et les abus éventuels, il faudra utiliser des indicateurs tels que le nombre moyen de médicaments par ordonnance, le coût moyen par ordonnance, ... Cela peut être assez compliqué pour le comité de gestion.

En termes de viabilité financière, le forfait peut amener à la faillite : si les contrôles ne sont pas rigoureux, c'est sans doute trop tard que l'on se rendra compte que l'on n'a plus assez d'argent pour financer les médicaments par exemple. D'autre part, le système de paiement à l'acte et au médicament permet d'avoir une vision comptable claire :

-les recettes issues de la vente des médicaments doivent servir au rachat de ceux-ci

- les recettes issues de la vente de tickets pour les actes serviront au financement des actes techniques d'une part, et au financement du fonctionnement et des primes pour les actes de consultation d'autre part.

Cette clarification comptable permet d'éviter tous malentendus, tous abus, et de réviser plus aisément le niveau des tarifs en fonction des résultats d'exploitation ("comptabilité analytique").

En termes de mise en place, le système de paiement au médicament est le plus difficile : nécessité de séparer le prescripteur et le pharmacien, multiplicité de documents de gestion, encadrement en gestion renforcé au démarrage.

En conclusion, les différents systèmes sont possibles, existent et ont chacun leurs avantages et inconvénients. C'est au comité de santé ou de développement de décider celui qui lui convient le mieux en fonction des critères énumérés ci-dessus. Si l'objectif principal est la viabilité financière, on se tournera plutôt vers le paiement à l'acte et au médicament. Si l'objectif est la solidarité, ce sera plutôt le système forfaitaire. Enfin, si les compétences en gestion ou si le personnel de la formation sanitaire est peu nombreux, on choisira également le tarif forfaitaire. Ces conditions et objectifs, ainsi que les anciens arrêtés ministériels sur les comités de santé expliquent en grande partie les différences actuelles qui existent entre les différentes expériences.

b. Niveau des tarifs et objectifs de recouvrement au premier échelon

Les niveaux de tarifs pratiqués sont très variables selon le système de tarification pratiqué bien entendu, mais aussi selon les objectifs de recouvrement. En effet, au premier échelon, certains projets recouvrent la majorité des dépenses (SECADEV), d'autres, les médicaments, le petit fonctionnement et les primes, d'autres enfin (FED), le fonctionnement, les primes et une partie seulement des médicaments (30%).

Les raisons de ces différences tiennent principalement dans les contraintes externes au système:

Le secteur privé non lucratif confessionnel a tendance à recouvrir la quasi-totalité des dépenses. Le SECADEV ne finance que la supervision et le salaire de l'infirmier en place dans le Centre de Santé.

Le secteur public soutenu par un bailleur de fonds ou une ONG ne finance pas les salaires par le système de recouvrement : ceux-ci sont et restent à la charge de l'Etat (problématique du désengagement de l'Etat).

Le FED ne fait payer que 30% des médicaments.

En général, les tarifs, ou plutôt le prix payé par un adulte pour une consultation curative en moyenne tourne actuellement autour de 500 FCFA. En fonction des objectifs fixés, cela peut être plus ou moins que cela (250 pour le FED ; 750 pour le PADS).

En général aussi, mis à part certaines exceptions dues à des problèmes de gestion, les recouvrement sont atteints (en fonction des objectifs fixés).

Le paiement des primes constitue un point particulier de l'analyse : dans la majorité des cas, ce sont des primes dont le montant total est calculé au rendement (ex : pourcentage des recettes), mais dont l'octroi dépend de la qualité du service rendu par le personnel et de la qualité des soins délivrés. Ainsi, un système de notation est mis en place (le prescripteur arrive-t-il à l'heure, la formation sanitaire est-elle propre, etc.) auquel prend part le comité de gestion et parfois le médecin-chef superviseur.

c. *Recouvrement au second échelon (hôpital de district)*

Seuls deux projets étudiés dans le cadre du groupe de travail pratiquent une forme de recouvrement à l'hôpital de district, le FED et MSF. La raison provient du fait que ces projets se situent au niveau des districts et des préfectures d'une part, et qu'ils ont pris en charge les districts dans leur ensemble d'autre part. L'introduction du système de paiement au CS sans l'introduire au niveau de l'hôpital de district aurait créé un problème de références, et d'engorgement de l'hôpital.

Pour le FED, le recouvrement à l'hôpital ne porte que sur la consultation de référence en ambulatoire ; l'hospitalisation est gratuite. Si le patient est passé au Centre de Santé et a été référé, il dispose de la gratuité des soins. Par contre, et afin d'éviter que le patient n'outrepasse le premier échelon et n'engorge l'hôpital, il paye un tarif très élevé (1.000 CFA pour un enfant et 2.000 CFA pour un adulte). Le système n'a donc été introduit que pour améliorer le système de référence et désengorger la consultation externe de l'hôpital. Si dans les Centre de Santé le système permet d'arriver aux objectifs fixés, il n'en est pas de même à l'Hôpital : les recettes ne sont pas suffisantes pour recouvrer les 30% (objectif de départ) des médicaments prescrits à la consultation externe.

Pour MSF, il en va autrement : l'hôpital de district fait partie intégrante du système de participation communautaire: les malades ne peuvent accéder à l'hôpital que s'ils y sont référés, rendant l'accès direct au médecin impossible, même en payant. A l'hôpital, les patients paient les médicaments à la pièce au niveau de la consultation externe et paient un forfait à l'épisode lorsqu'ils sont hospitalisés. La mise en place d'un tel système est relativement complexe (fiches, contrôles, ...) et demande un investissement en temps et en assistance technique MSF assez conséquent. Au niveau de l'hôpital, le recouvrement des dépenses atteint 25% environ (une étude est en cours), ce qui permettrait de financer plus ou moins le fonctionnement et les primes. Les salaires sont payés par l'Etat. Pour les médicaments, seuls 5% sont financés par la participation communautaire, le reste étant payé par MSF.

Un autre cas nous a été mentionné, qui est celui de l'hôpital de district de Goundi géré par une ASBL du nom d'ATCP (Association Tchadienne Communautaire pour le Progrès) : ils y pratiquent le recouvrement et arrivent à recouvrir à peine 8% des dépenses totales (contre ± 85% dans les centres de santé dont ils s'occupent).

En conclusion, nous pouvons dire que le recouvrement à l'hôpital est nécessaire lorsqu'il y a risque d'outrepasser le premier échelon, et d'engorger l'hôpital de district par introduction de systèmes de paiement au premier échelon. Nous pouvons dire aussi qu'il est utopique de croire que l'on pourra financer à l'heure actuelle la totalité des dépenses hors salaires à l'hôpital de district par la participation communautaire : l'aide extérieure et l'Etat devront continuer à financer la majorité des dépenses (au moins 75%) à partir du second échelon. Nous pensons également que l'introduction de systèmes de recouvrement à l'hôpital demande un investissement en ressources humaines et en gestion assez important qu'il faut prévoir lors de l'identification d'un projet : la gestion hospitalière ne s'improvise pas.

d. La problématique des non-payants

Dans la majorité des projets étudiés, il n'est pas prévu de processus formel de non-paiement.

Seuls les projets FED et MSF ont prévu la gratuité des soins pour certaines catégories : les maladies sociales (lèpre et tuberculose), les prisonniers.

Par contre, la plupart des comités de santé exemptent de paiement un certain nombre de patients.

Quoiqu'il en soit, le % de non payant est très faible et ne dépasse pas 5% dans l'ensemble des projets étudiés.

e. Qui paie quoi ?

Nous abordons ici un des points les plus importants pour la Table Ronde : qu'est-ce que la participation communautaire permettra de financer à l'avenir, quelle est la part à payer par l'Etat et quelle devrait être la contribution de l'aide extérieure ?

Comme examiné ci-dessus, il semble qu'au mieux, la participation communautaire permette de financer :

- Les dépenses hors salaire au premier échelon (avec une partie des salaires pour le secteur confessionnel, Secadev)
  - . Médicaments
  - . Petit fonctionnement et entretien
  - . Primes
- Les dépenses de fonctionnement au second échelon

Des tarifs publics sont par ailleurs pratiqués dans les hôpitaux de référence préfectoraux et nationaux non couverts par des projets et les recettes sont reversées au trésor public (60 millions de recettes réelles en 1993 pour 180 millions de recettes budgétisées).

A terme, avec une extension des systèmes de participation communautaire, il faudrait donc toujours que l'Etat continue à financer les salaires du secteur public à tous les niveaux, et que

l'aide extérieure finance les investissements, les médicaments de tous les hôpitaux et le fonctionnement des hôpitaux à partir de l'hôpital central de préfecture. Il est bien évident qu'à très long terme, l'Etat devra prendre en charge la part payée par l'aide extérieure.

Un petit peu à la manière du SECADEV, qui passe contrat avec la population représentée par son comité (le SECADEV finance le salaire de l'infirmier et le comité finance le reste), il faudrait qu'à tous niveaux un contrat soit signé entre les trois partenaires. Et ceci principalement afin d'éviter un désengagement de l'Etat au premier et au second échelon des services de santé au Tchad.

Exemple de base contractuelle pour les 3 ans à venir :

Niveau	Population	Etat	Aide Extérieure
1er (CS)	- Médicaments (100%) - Primes (100%) - Fonctionnement (100%)	- Salaires (100%)	- Investissement (100%)
2nd (HD)	- Fonctionnement (100%) - Primes (100%)	- Salaires (100%) - Une partie des médicaments (à déterminer) - Une partie de la supervision (à déterminer) - Frais administratifs de district (100%)	- Investissement (100%) - Une partie des médicaments (à déterminer) - Une partie de la supervision (à déterminer)
3nd (HCP)	- Simple tarif de référence	- Salaires (100%) - Une partie du fonctionnement et des médicaments (à déterminer) - Une partie de la supervision (à déterminer) - frais administratifs de préfecture (100%)	- Investissement (100%) - Une partie du fonctionnement et des médicaments (à déterminer) - Une partie de la supervision (à déterminer)
4nd (HGRN)	- Simple tarif de référence	- Salaires (100%) - Une partie du fonctionnement et des médicaments (à déterminer) - Frais administratifs généraux (100%) - Supervision (une partie)	- Investissement (100%) - Une partie du fonctionnement et des médicaments (à déterminer) - Supervision (une partie)
Programmes verticaux		- Salaires (100%) - Une partie du fonctionnement et des consommables	- Investissements (100%) - Une partie du fonctionnement et des consommables
Niveau Central		- Salaires (100%) - Fonctionnement (100%)	- Investissements (100%)

Bien entendu, cela supposerait que l'ensemble du premier et du second échelon est couvert par des projets de participation communautaire, ce qui est loin d'être le cas.

2.5. Circuit du patient

Le circuit du patient dépend fondamentalement de la disponibilité de personnel en place d'une part, et du type de tarification d'autre part. Il est donc très variable d'un projet à l'autre, entre le milieu urbain et le milieu rural et d'une préfecture à une autre.

Dans le secteur privé non lucratif (SECADEV par exemple), le personnel est peu nombreux : cela tient en grande partie des financements, le SECADEV payant l'infirmier, et le reste du personnel étant payé par la participation communautaire. Le prescripteur a deux fonctions : le rôle de prescripteur et de pharmacien. En termes de gestion, ce n'est évidemment pas très transparent.

A l'opposé, des projets de grande envergure et à gros moyens tels que MSF disposent d'un personnel en quantité suffisante, permettant de séparer la prescription de la gestion de la pharmacie ; cela est une des conditions qui permet le paiement à l'acte et au médicament. D'autre part, MSF finance actuellement pour chaque district un gestionnaire de district qui peut gérer la pharmacie de district, superviser et former les comités de gestion et les pharmaciens de l'ensemble des formations sanitaires du district. Bien entendu, ce gestionnaire, (prévu dans le plan de redéploiement du personnel), constitue une garantie supplémentaire dans le succès du système.

En conclusion, on dira que le circuit du patient est fortement lié au système de tarification, lui-même fortement dépendant du personnel disponible ; ce personnel est plus disponible en milieu urbain, ou bien dans les projets disposant de financements externes importants. Chaque projet choisira donc son système de tarification non seulement en fonction des desiderata de la population, mais aussi, de façon pragmatique, en fonction des ressources humaines et financières disponibles ; le circuit du patient sera fortement influencé par ces contraintes et le système de tarification en découlant.

2.6. Approvisionnement en médicaments

a. *Les sources d'approvisionnement au Tchad*[1]

Le Tchad dispose actuellement de deux filières officielles d'approvisionnement (monopoles):

- La PHARMAT pour le secteur privé
- La PASP en ce qui concerne le secteur public

Comme ces deux structures ne permettent pas un approvisionnement correct du pays, trois autres filières existent et approvisionnent le marché tchadien, soit de façon formelle, soit de façon informelle :

- Les interventions extérieures portant sur le marché public

- Les réseaux du secteur privé à but non lucratif (confessionnel)

- Le marché parallèle (ou informel)

1: lire en annexe 2 le document du Dr Tilna Ingsala Poumne, Chef de Division PASP, qui a été élaboré pour le groupe de travail et explicite clairement la situation du médicament au Tchad ; nous nous permettons ici d'en tirer un bref résumé.

La PHARMAT approvisionne un réseau monopolistique de pharmacies ; les patients viennent y chercher les médicaments soit en automédication, soit avec des ordonnances délivrées aussi bien dans les formations sanitaires publiques que privées. Les médicaments fournis sont les plus souvent des spécialités en conditionnement "de luxe". Il est à noter que depuis quelques mois, le réseau PHARMAT est en rupture d'approvisionnement, par suite de non paiement du transitaire français de la PHARMAT, EPOM, société basée à Paris qui semble n'acheter que des spécialités françaises au prix fort. Le prix moyen à payer dans une officine de la PHARMAT est inabordable pour la grande masse de la population tchadienne.

La PASP est non fonctionnelle ; en effet, la PASP n'a pas les moyens de sa politique : si les budgets (200 millions de FCFA en 1993), sont notoirement insuffisants pour couvrir l'ensemble des structures publiques du pays, les dépenses réelles effectuées ne représentaient que 20 millions en 1993. De plus, la PASP n'effectue pas ses achats par appels d'offres internationaux, mais par gré à gré avec la PHARMAT ou avec des commerçants locaux, à des prix très peu compétitifs, ... Il en résulte que la plupart des structures publiques non soutenues par un projet, par un bailleur de fonds extérieur (ex: 7ème FED, MSF-B, FAC) ne reçoivent des médicaments que très sporadiquement, voire jamais.

Les interventions extérieures (FED, FAC, MSF, ITS, Coopération allemande, coopération italienne, Banque Mondiale, USAID, ...) couvrant le secteur public sont bien plus importantes que la PASP (par exemple, les dépenses annuelles du projet 7ème FED se montent à 850 millions de FCFA contre seulement 20 millions pour la PASP !). Ces intervenants extérieurs utilisent pour certains d'entre eux les locaux de la PASP comme lieu de stockage central, mais ont leur système de gestion propre. Les médicaments sont en général achetés par appels d'offres internationaux ; ce sont des médicaments essentiels, le plus souvent génériques, libellés en Dénomination Commune Internationale et présentés en conditionnement hospitalier. Ces médicaments de qualité sont donc achetés à bas prix, ce qui diminue fortement le coût de l'ordonnance pour le patient dans le cadre des projets de participation communautaire. C'est une des composantes du succès de certains projets.

Le secteur privé non lucratif (Belacd, Secadev), dispose de ses propres filières d'achat de médicaments essentiels, également génériques en conditionnement hospitalier. Ceux-ci sont achetés soit par consultation restreinte, soit en gré à gré à des fournisseurs européens spécialisés dans le médicament essentiel tels que Médéor, IDA, ...

Le marché parallèle (ou informel) du médicament est très important au Tchad ; une enquête réalisée en 1993 montrait qu'il représentait près de 40% des dépenses en médicaments de la population de N'Djamena ! Ces médicaments sont vendus sans contrôle, ce qui peut être dangereux.

En conclusion, on peut dire que la situation du médicament au Tchad n'est guère brillante ; les structures officielles sont incapables de satisfaire la demande, voire les besoins, tant en termes d'approvisionnement des marchés qu'en termes d'accessibilité financière de la population. Il en résulte l'émergence de l'aide extérieure d'une part et du marché informel

d'autre part. Face à cette situation dramatique, la Banque Mondiale préconise[2] la mise en place d'une centrale d'achat de médicaments (Génériques / essentiels), qui permettrait d'approvisionner l'ensemble de la population en médicaments essentiels de qualité à bas prix. Actuellement, des problèmes de définition des statuts subsistent.

b. Les circuits d'approvisionnement dans le cadre des projets étudiés

La majorité des projets étudiés ont leurs propres sources d'approvisionnement, malgré la présence des réseaux officiels, la PHARMAT et la PASP ; comme expliqué ci-dessus, le prix des produits vendus par la PHARMAT est inaccessible pour la grande majorité de la population d'une part, et d'autre part, la PASP est non fonctionnelle.

Ces projets ont le plus souvent leurs fonds propres, leur permettant d'alimenter leurs réseaux sans nécessité de rachat effectif de médicaments. Les médicaments sont achetés par appels d'offres internationaux (FED) ou par consultation restreinte (ITS, USAID, MSF, FAC) ou encore par gré à gré pour certains rares projets ou en cas d'urgence. Quoiqu'il en soit, les achats se font auprès de fournisseurs bien connus qui délivrent des médicaments essentiels le plus souvent génériques de qualité en conditionnement hospitalier à faible prix.

Le stockage a lieu soit au niveau de la PASP (FED, Belacd, FAC), soit au niveau des pharmacies préfectorales (MSF, FAC), soit au niveau de magasins propres au projet (ITS, Secadev). Certains projets achètent leurs médicaments au niveau des stocks d'un autre projet (Ex: le projet OMS achète ses produits au niveau du Belacd).

Ces réseaux d'approvisionnement sont différents physiquement, mais très similaires dans les procédures. Ils sont en général centrifuges, l'approvisionnement se faisant plutôt par dotations (décidées au niveau central) que par commande provenant des formations sanitaires (Système centripète décentralisé). Le système de gestion des médicaments se fait de façon classique : fiches de stock, bordereaux de livraison et de réception des produits, inventaires réguliers.

Si le pays voyait dans un avenir proche la constitution et le fonctionnement de la Centrale Nationale d'Achat (CNA), il ne faudrait pas obliger les projets à s'y affilier, mais simplement leur permettre de considérer la CNA comme un fournisseur potentiel lors d'appels d'offres ou de consultations restreintes : ce serait une garantie en termes de concurrence pour des produits de la meilleure qualité possible.

2.7. Circuits financiers et couplage avec le circuit du médicament

Actuellement, aucun des projets ne pratique un rachat réel des médicaments ; l'argent collecté au niveau des structures est le plus souvent déposé sur un compte ; rares sont les projets (MSF et FED seulement) qui pratiquent une facturation lors de la fourniture des médicaments. Aucun des projets n'exige le paiement direct contre la fourniture des médicaments.

2: voir le rapport de Marie Paule Fargier ("Projet de mise en place de la Centrale d'Achat de Médicaments") sur la constitution de la CNA - Centrale Nationale d'Achat.

Dans le cas des projets pratiquant la tarification forfaitaire, il n'y a pas de distinction entre le rachat des médicaments et les autres dépenses effectuées (primes, petit fonctionnement). Là où la tarification se fait à l'acte et au médicament (MSF par exemple), la situation est plus claire : un compte est destiné au rachat des médicaments, l'autre est destiné au financement des autres dépenses.

Dans la majorité des cas, l'argent porté en compte ne sera pas destiné au rachat de médicaments, les ressources propres du projet étant suffisantes pour effectuer les achats Il en résulte une accumulation d'argent sur des comptes bancaires ou en caisse. Cet argent peut être utilisé à d'autres choses, d'autres projets : cet argent constitue de fait des "fonds de contrepartie", mais le plus souvent, (mis à part le secteur confessionnel), leur utilisation est mal définie.

Afin de clarifier cette situation, dans l'esprit des gestionnaires, des membres des comités de santé ou de développement, nous préconisons que le rachat devienne effectif dans l'ensemble des projets : chaque mois ou chaque trimestre, le comité devrait avoir une balance réelle de ses comptes, montrant une diminution de ses avoirs financiers à chaque rachat de médicaments. Si les médicaments viennent sous forme de dons, la création réelle de fonds de contrepartie devrait être l'occasion pour ces comités d'identifier des projets en relation avec la santé concernant leur zone de responsabilité. Cet argent étant accumulé en FCFA, cela pourrait être l'occasion de lancer des projets à haute intensité de main d'oeuvre orientés par exemple sur les problèmes d'hygiène et de sanitation, d'adduction d'eau, ... Les Comités en seraient d'autant plus motivés.

2.8. Qualité des services et des soins ; monitorage

Nous avons tenté d'examiner en groupe de travail la manière dont les différents projets surveillent la qualité des soins ; il apparaît que seuls les indicateurs de fréquentation sont utilisés ; la supervision n'est effective que dans certains projets. Le PADS, quant à lui, dispose d'un indicateur de contrôle de la qualité des services par le nombre de plaintes ou de doléances déposées au niveau des comités de santé. Quoiqu'il en soit, la qualité des soins et des services, bien qu'avouée comme l'objectif majeur de l'ensemble des projets, ne semble pas être pour le moment la préoccupation principale. En effet, très peu de projets ont introduit une supervision active, des ordinogrammes ou des guides d'utilisation des médicaments. Le personnel prescripteur est en général de faible niveau, surtout en milieu rural. Nous conseillons aux différents projets d'accentuer leurs efforts sur la qualité des soins en laissant une place importante à la supervision et au recyclage dans les années à venir.

Au niveau du recouvrement des coûts et de la gestion financière des structures de santé, le DSIS vient d'introduire une fiche qui a le mérite de rendre comparables les performances des différents projets ; nous espérons que cette fiche sera remplie régulièrement, ce qui permettra d'établir des comparaisons intéressantes dans l'avenir. (Voir le modèle de fiche en annexe 7).

2.9. Conclusions sur le bilan

Les Comités les plus représentatifs de la population sont de préférence élus, et intégrés dans un "comité de développement". La santé ne représente en effet que l'une des préoccupations

de la population et n'est certainement pas prioritaire. L'élection démocratique des comités n'est pas une chose aisée ; elle demande un gros investissement de départ et un encadrement intensif à ses débuts, principalement en milieu rural. De plus, elle est difficilement acceptée par le personnel médical qui a le sentiment de perdre une partie de son pouvoir, de même que pour les autorités administratives locales. Des comités efficaces et représentatifs devront être protégés dans la situation actuelle des pressions que l'on pourrait exercer sur leurs membres. Les comités élisent des comités de gestion qui régissent les affaires courantes de gestion des formations sanitaires concernées. Cette gestion peut être passive ou très active. Le bénévolat des membres du comité de gestion pose actuellement un problème : si l'activité des membres des comités de gestion implique un investissement en temps conséquent de leur part, il semble logique de les rétribuer même faiblement, afin de couvrir leurs frais d'une part, et de ne pas les démotiver d'autre part. Il faut cependant veiller à éviter une "professionnalisation" de la fonction par la mise en place de salaires réguliers. De toute façon, si les comités de santé sont effectivement représentatifs et efficaces, c'est à eux de décider de la répartition des bénéfices ou de l'absorption des pertes issues du système.

Les systèmes de tarification sont différents d'un projet à l'autre ; cela dépend surtout de l'avis de la population d'une part, et des conditions externes, le plus souvent liées au financement, d'autre part. Le mieux est d'éviter d'imposer un système, et de laisser la population s'orienter progressivement vers ce qui lui semble le meilleur. Tout décret cherchant à imposer tel ou tel système de tarification risque de bloquer le système en le rendant trop rigide.

Si le recouvrement des dépenses en médicaments, petit fonctionnement et primes (et parfois une partie des salaires) semble possible au premier échelon des soins, il est illusoire à l'heure actuelle de vouloir recouvrir la totalité des dépenses hors salaires au second échelon des soins. Tout au plus tentera-t-on de mettre en vigueur un système de tarification permettant d'éviter d'outrepasser le premier échelon et ainsi d'éviter d'engorger les hôpitaux. Au mieux (cfr MSF), on pourrait arriver à recouvrir les frais de petit fonctionnement de l'hôpital de district.

Au niveau des dépenses de santé, et afin d'éviter un désengagement progressif de l'Etat de ses obligations, la mise en oeuvre de contrats population-Etat-gouvernement à un niveau décentralisé, garantissant que chacun paie effectivement ce à quoi il s'est engagé, pourrait renforcer la qualité des services.

Le marché officiel du médicament au Tchad est non fonctionnel. Il s'en suit l'émergence du marché parallèle d'une part, et de l'approvisionnement en médicaments par l'aide extérieure d'autre part. Nous préconisons comme le suggère un rapport de la Banque Mondiale, la mise en oeuvre d'une Centrale Nationale d'Achat, indépendante et sans but lucratif, auprès de laquelle les différents projets pourraient s'approvisionner, mais sans en avoir l'obligation, laissant ainsi jouer la libre concurrence, garante d'un approvisionnement régulier en médicaments essentiels de qualité à bas prix.

Les circuits financiers des différents projets ne sont pas directement liés au rachat des médicaments ; le plus souvent, l'argent récolté est porté sur des comptes en banque et n'est pas réellement utilisé au rachat des médicaments. Cela est principalement du au fait que les bailleurs de fonds financent les médicaments sous forme de dons. Cela peut poser des problèmes au niveau de la compréhension de l'utilisation des recettes au niveau des comités, et il serait mieux d'établir une facturation réelle des médicaments, avec, le cas échéant, la

constitution de fonds de contrepartie permettant aux comités de lancer des projets à forte intensité de main d'oeuvre liés à la santé, dans les domaines de l'hygiène et de la sanitation par exemple.

Enfin, quoique déterminée comme prioritaire par l'ensemble des projets, la qualité des soins et des services ne semble pas être en général la préoccupation majeure des différents projets étudiés. il est important que les différents projets mettent plus l'accent sur celle-ci en intensifiant la supervision et le recyclage et en généralisant l'introduction des ordinogrammes et des guides d'utilisation des médicaments essentiels.

3. LA DEVALUATION

3.1. Contexte général

Le 12 janvier 1994, l'ensemble des pays africains de la zone franc ont modifié la parité du franc CFA qui a été fixée à 100 FCFA = 1 FF (contre 50 FCFA = 1 FF dans le passé). Il s'agit donc d'une dévaluation de 50%.

Nous ne reviendrons pas ici sur les raisons de la dévaluation, mais nous tenterons plutôt d'examiner les mesures d'accompagnement envisagées, les avantages et inconvénients de la dévaluation escomptés et l'impact de cette dernière sur la santé et en particulier sur les projets de participation communautaire.

3.2. Les conséquences de la dévaluation en général

En principe, toute dévaluation est destinée à augmenter les revenus du pays par des prix attrayants pour les acheteurs étrangers au niveau des exportations. Les importations quant à elles devraient en principe diminuer, leur prix devenant moins attrayant pour la population nationale qui aura tendance à consommer plus de produits locaux. Ceci aurait pour conséquence un rétablissement de la balance des paiements et un assainissement de la situation économique dans son ensemble.

En principe, les effets de la dévaluation se ressentent en deux étapes : à court terme, il y a perte de pouvoir d'achat de la population nationale par rapport aux biens importés, et risque d'inflation sur les produits nationaux, les opérateurs économiques désirant rapidement récupérer leur pouvoir d'achat. A long terme, l'encouragement à consommer des produits nationaux et l'accroissement de la compétitivité des biens d'exportation sur le marché international doit stimuler la croissance, améliorer la situation de l'emploi, assainir l'état des finances publiques, etc.

Evidemment, pour atteindre ses objectifs, la dévaluation doit s'accompagner de mesures drastiques au niveau des prix sur le marché national en termes de blocage des prix des produits nationaux et des salaires. A court terme, elle entraîne également des troubles sociaux, la population voyant son pouvoir d'achat des produits importés diminuer et les mesures de blocage des salaires et des prix des biens nationaux étant très peu populaires.

Qu'en est-il au Tchad ?

La situation socio-économique du Tchad avant le 12 janvier 1994 n'était guère brillante. Au niveau économique, la croissance du PIB en 1993 a été négative (-3,7%), et le revenu par habitant en termes réels a diminué de 4% depuis 1990. Le coton, principal produit d'exportation du pays a connu une baisse du cours mondial de 38% depuis 1990. Les recettes publiques se sont amenuisées (6% du PIB en 1993 contre 9.5% en 1990) en raison d'une difficulté croissante à collecter l'impôt (fraude), et les dépenses ont augmenté (16.6% du PIB en 1993 contre 12.9% en 1990). Il en résulte des difficultés pour l'Etat de payer ses fournisseurs (arriérés de plus de deux ans pour certains) ainsi que les salaires des fonctionnaires (jusqu'à 10 mois de retard dans certaines préfectures).

Cette dégradation de l'économie a été ressentie au niveau social et caractérisée par de nombreuses grèves en 1993, et 3 années blanches successives au niveau de l'éducation primaire. Il faut cependant noter une tendance à la hausse des budgets du secteur social (santé et éducation), passant de 17.9% du budget de l'Etat en 1990 à 21.5% en 1993.

Devant ce tableau socio-économique assez sombre, les effets de la dévaluation sont assez difficiles à isoler des effets de l'économie tchadienne en général. D'autre part, nous avons assez peu de recul (à peine 4 mois), mais pouvons dire :

Conséquences plutôt négatives :

L'inflation est galopante depuis la dévaluation : non seulement les prix des biens importés à généralement doublé (excepté pour certains produits comme le médicament dont les prix sont bloqués et subventionnés), mais aussi, le prix des biens nationaux a augmenté et parfois très fortement pour le mil et le riz par exemple. Les salaires ont été bloqués, ce qui entraîne une baisse très importante du pouvoir d'achat des salariés, et un climat social très tendu (grèves). Le secteur primaire, agriculteurs et éleveurs, semblent les moins touchés par la dévaluation que les autres, (ayant souvent compensé directement la dévaluation par le doublement de leur prix de vente).

L'approvisionnement des marchés est difficile, surtout au niveau du médicament et du carburant. Les raisons de ces difficultés d'approvisionnement ne sont pas uniquement imputables à la dévaluation. En effet, au niveau de la PHARMAT, les prix sont bloqués et subventionnés, mais des arriérés de paiement aux transitaires internationaux bloquent les livraisons. De plus, le Cameroun tout proche a vu le prix de ses médicaments doubler, et il ne serait pas impossible qu'une partie des médicaments tchadiens à prix bloqué soient revendus au Cameroun. Au niveau du carburant, les prix ont été bloqués par défiscalisation, mais des difficultés d'approvisionnement proviennent de conflits économiques entre le Nigéria et le Cameroun par où transite le carburant.

Conséquences plutôt positives :

Au niveau des importations, il semblerait que la population ait tendance à substituer certains produits d'importation par des produits nationaux (exemple: cosmétiques importés remplacés par le beurre de Karité). Nous n'avons pas de chiffres précis par rapport à cela.

Au niveau des exportations, de nettes améliorations sont enregistrées pour les trois principaux produits : le coton, la gomme arabique et le bétail. Les ventes de bétail sur les deux premiers mois de 1994 à destination du Gabon, du Nigéria et du Koweit principalement représentent la totalité des ventes enregistrées en 1993 ! Il est cependant important de baisser les taxes à la vente du bétail (actuellement de 40%) pour encourager les éleveurs à passer dans le marché formel. La gomme arabique voit son volume de transaction augmenter, bien que son prix au kilo ait doublé. Le coton également voit son volume d'exportation augmenter, les prix étant fixés à 90 FCFA le kilo (contre 80 CFA début janvier). Cependant, les paysans producteurs de coton sont mécontents face à la baisse importante de leur pouvoir d'achat.

Conséquences générales :

S'il est un peu trop tôt pour avoir des chiffres fiables sur les effets nets de la Dévaluation sur l'économie du Tchad, il semblerait d'après les experts du PNUD que l'on puisse s'attendre à une légère croissance fin 1994, si un bon nombre de mesures sont prises d'ici là (blocage effectif des prix nationaux, mesures fiscales, récupération des recettes effectives, paiement des salaires des fonctionnaires, ...).

Au niveau social, il est évident que la dévaluation n'a pas amélioré les choses, et les a même aggravées. Là encore des mesures doivent être prises, comme le paiement des arriérés de salaire ou au niveau politique, un accord sur le pacte social.

Des études sont en cours au niveau du PNUD et du BIT.

3.3. Conséquences de la dévaluation sur les projets étudiés.

Il est évident que la baisse du pouvoir d'achat de la population, aggravée par les retards importants de paiement des salaires pour les fonctionnaires, entraîne une diminution de la capacité des gens à accéder financièrement à la santé. Cependant, la situation est différente en fonction des préfectures et de leur soutien, ou non, par des bailleurs de fonds étrangers :

- Si la population accède à des soins gratuits de qualité, rien n'a changé (exemple d'une partie du projet VIIème FED : 7 des 8 préfectures du Nord du pays).

- Si la population recourt à l'automédication et à l'achat de médicaments sur le marché informel, les prix ont doublé en général.

- Si la population passe par le système officiel PHARMAT de vente de médicaments, les prix étant bloqués, cela ne devrait pas changer beaucoup la situation. Malheureusement, comme expliqué ci-dessus, la PHARMAT connaît actuellement de gros problèmes d'approvisionnement.

- En ce qui concerne les projets de participation communautaire, au cours du groupe de travail nous avons demandé à chaque représentant de projet quelles étaient pour eux les conséquences de la dévaluation. Dans la majorité des cas, étant financés par des fonds étrangers et ayant des budgets en devises, cela ne modifie pas énormément la situation d'avant janvier 1994. Certains projets estiment que la dévaluation à même un effet positif, encourageant la population à se faire soigner dans les formations sanitaires en raison de l'augmentation des prix des médicaments sur le marché informels. Pour d'autres, leurs budgets étant en devises, la dévaluation a entraîné une augmentation des ressources du projet en CFA. Enfin, les mesures d'accompagnement prises (blocage des prix du médicament essentiel par système de subvention pour 1994 (voir ci-dessous) par 4 bailleurs de fonds pour un montant de 2,5 milliards de FCFA), devraient permettre d'atténuer fortement les effets négatifs de la dévaluation sur la santé et les projets de participation communautaire en particulier.

Mais qu'en serait-il si les projets étaient effectivement autonomes et financés en FCFA ? Qu'en sera-t-il à partir de 1995 ?

Dans le premier cas, il est évident que les ressources seront diminuées. En effet, même si le prix des médicaments est bloqué, le prix d'autres intrants a augmenté (pétrole, carburant, ampoules, ...), rendant le fonctionnement et la supervision par exemple plus chers. D'autres part, les sommes déposées sur les comptes ont perdu leur pouvoir d'achat en médicaments essentiels, et les projets devront procéder à des requêtes auprès du gouvernement et des bailleurs de fonds pour obtenir les subventions pour 1994 (comme l'a déjà pratiqué MSF-B auprès de la Banque Mondiale par exemple). Pour 1994, il ne devrait donc pas il y avoir trop de problèmes. Cependant, si le pouvoir d'achat de la population arrive à un niveau si bas qu'ils ont des difficultés à payer les tarifs pratiqués dans les projets, on risque d'assister à une baisse de la fréquentation et de la qualité. Au niveau économique, une baisse de la fréquentation provoque une croissance relative des frais fixes par rapport aux frais variables, ce qui diminue la rentabilité (déséconomies d'échelle). Les gens risquent d'attendre avant de se décider à fréquenter les formations sanitaires pour des raisons économiques et donc de se présenter avec des cas de maladies plus graves et donc plus coûteux, ce qui est préjudiciable aux projets fonctionnant sur le système de forfait.

Dans l'avenir, il est évident que comme les médicaments sont majoritairement importés, il faudra, si l'on veut à tous prix préserver les objectifs de recouvrement, augmenter les tarifs en l'absence de subvention. Une augmentation tarifaire devrait être progressive, et sera probablement bien comprise par la population. Mais qu'arrivera-t-il si la population n'a plus la capacité de payer, si la dévaluation débouche sur une situation économique plus difficile qu'en 1993 ? Soit les tarifs seront augmentés et l'on arrivera à une défréquentation des formations sanitaires pour les plus pauvres, soit l'on sollicitera les bailleurs de fonds pour intensifier leur aide au niveau médical, peut-être au détriment d'autres secteurs d'activités.

De toute façon, il semble qu'à terme, la dévaluation provoquera un effet négatif sur la fréquentation et/ou sur les objectifs de recouvrement des différents projets. La viabilité même de ces projets sera compromise.

Dans le meilleur des cas, cette situation ne sera que transitoire, permettant de retrouver un équilibre dans un avenir non déterminé. Il ne faudra donc pas arrêter ces projets, mais plutôt les encourager financièrement afin de ne pas perdre les acquis une fois la situation économique stabilisée.

Ainsi, si les tarifs devaient rester à leur niveau actuel après 1994 afin de préserver la fréquentation, il faudrait continuer à subventionner les médicaments essentiels. Des augmentations de tarifs ne devraient être envisagées qu'après enquête auprès de la population cible, et en accord avec les comités de santé ou de développement.

Les projets à tarification forfaitaire risquent de connaître les premiers des problèmes de viabilité financière, si les patients se présentent plus tard aux centres, ou hésitent à se présenter pour des maladies bénignes.

Les projets à tarification à l'acte et au médicament risquent de connaître la défréquentation la plus forte, tout en préservant leur viabilité financière.

Nous ne sommes pas devins et ne pouvons actuellement estimer ce qu'il va se passer. Le mieux serait que les différents projets procèdent à un monitorage rapproché des activités en 1994 (taux de fréquentation, résultats d'exploitation, avis de plaintes de la part de la population et des comités, enquêtes auprès de la population, évolution des prix des produits de base et des salaires). Cette année charnière à prix bloqués sera en effet l'occasion d'étudier l'impact de la dévaluation sur le comportement des populations-cible et de modifier en conséquences les systèmes existants.

Il serait donc souhaitable que le gouvernement et les bailleurs de fonds préservent des budgets importants pour la subvention du médicament après 1994, en fonction des résultats obtenus par le monitorage des activités enregistrées dans les différents projets.

3.4. Les mesures d'accompagnement

La description du contexte de la dévaluation au Tchad et les mesures d'accompagnement sont reprises en annexe 5 dans le document "TCHAD - Déclaration de Politique Economique et Sociale".

En fin avril 1994, nous ne pouvons que constater que le Gouvernement Tchadien, même si de timides tentatives ont été entreprises, n'est pas arrivé à mettre en oeuvre l'ensemble des mesures d'accompagnement de la dévaluation. En ce qui concerne les fonds mis à disposition du gouvernement par différents bailleurs de fonds extérieurs (48 milliard de FCFA - FED, FAC, FMI et BM), l'engagement des dépenses n'a été que très faible (le Sénégal avait déjà engagé mi-avril la totalité des fonds disponibles ; le Tchad est très loin de ce résultat). Au niveau de la collecte des impôts, le gouvernement est fortement en retard sur l'horaire fixé. Au niveau du blocage des prix de certains produits de base, si celui-ci est effectif sur le marché officiel, il n'en est rien sur le marché parallèle, et de plus, le marché officiel est le plus souvent en rupture d'approvisionnement, ... (exemple : les médicaments).

Il semble donc que les objectifs économiques prévus fin janvier soient fortement compromis au niveau du Tchad et que les résultats soient peu satisfaisants en fin d'année. Nous attendrons les conclusions des experts internationaux du FMI et de la Banque Mondiale de Juillet 1994 pour nous faire une meilleure idée de l'évolution de la situation socio-économique du pays.

3.5. Conclusions sur la dévaluation

Vu les retards dans la mise en oeuvre des mesures d'accompagnement de la dévaluation, vu l'inflation galopante actuelle y compris pour certains produits nationaux de base, vu la situation aggravée des finances publiques, vu le climat social tendu et les retards dans les paiements des salaires des fonctionnaires, vu les difficultés d'approvisionnement pour certains secteurs, malgré certaines améliorations au niveau des exportations de coton, bétail et gomme arabique notamment, il est difficile fin avril 1994 de se prononcer sur un effet net positif sur

la croissance de l'économie du pays.

Au niveau de la population, les salariés semblent plus souffrir de la dévaluation que les agriculteurs et les éleveurs.

Au niveau du secteur de la Santé, la baisse du pouvoir d'achat généralisée de la population risque de provoquer une défréquentation des formations sanitaires avec système de paiement, même si les prix sont bloqués.

L'équilibre financier sera le plus compromis dans les systèmes ayant adopté une tarification forfaitaire. Par contre, la défréquentation risque d'être la plus forte dans les systèmes avec paiement à l'acte et au médicament.

Le gouvernement et les bailleurs de fonds devraient envisager dès maintenant la possibilité de continuer à subventionner les médicaments essentiels après 1994, en fonction des résultats obtenus en fin d'année au niveau des différents projets avec participation communautaire aux soins de santé.

Des augmentations tarifaires à partir de 1995 devraient avoir lieu de façon très progressive (procédure de tâtonnement), avec un monitorage très rapproché d'indicateurs tels que la fréquentation, le taux de recouvrement et l'avis de la population à travers les comités ou par enquêtes.

4. CONCLUSIONS GENERALITES POUVANT SERVIR DE PRINCIPES DIRECTEURS POUR LA MISE EN PLACE DU RECOUVREMENT DES COUTS.

4.1 Il est souhaitable de ne pas tenter d'uniformiser les différentes expériences en cours au Tchad. En effet, les différents projets expérimentaux répondent à des contraintes externes différentes, pouvant aller des desiderata de la population aux exigences du bailleur de fonds, en passant par les contraintes du secteur public par rapport au secteur privé et par les contraintes du milieu (rural ou urbain) et les compétences de gestion corollaires.

4.2 De même, il vaut mieux ne pas imposer la future CNA comme étant la seule source possible d'approvisionnement en médicaments essentiels au Tchad ; la concurrence offrira des produits peu chers de qualité et les populations choisiront elles-mêmes leurs fournisseurs.

4.3 Les Comités étant des structures sociales indépendantes et libres, il semble préférable de ne pas les rendre obligatoires par arrêtés ministériels, mais de les laisser se constituer librement si elles en éprouvent le besoin sous forme d'Associations Sans But Lucratif libres et indépendantes, de droit Tchadien, et souveraines dans la définition de leurs statuts, leur organisation et leur mode de fonctionnement.

4.4 La participation communautaire ne doit être considérée comme l'opportunité de réduire les dépenses publiques de santé, mais plutôt comme la possibilité d'augmenter les ressources globales de Santé.

4.5 Les Comités représentatifs de la population, en particulier pour les formations sanitaires du secteur public, devraient faire les démarches pour obtenir le statut d'ASBL, et engager les procédures pour signer des contrats entre l'ASBL, l'Etat et le bailleur de fonds afin d'éviter un désengagement des partenaires financiers d'une part, et de garantir au personnel fonctionnarisé des salaires réguliers d'autre part, les ressources humaines constituant avec le médicament la base des services médicaux.

4.6 Il est souhaitable que les Comités (de gestion, de santé ou de développement) évitent la "professionnalisation" des fonctions de leurs membres par une rémunération pouvant être assimilée à un salaire.

4.7 Les comités de santé ou de développement devraient être élus et réellement représentatifs de la population.

4.8 Il faut "coupler" le médicament et l'argent par un système de paiement/facturation, cela devant favoriser la compréhension de l'exercice comptable par les responsables des comités de santé, de développement et de gestion. L'argent ne doit pas rester trop longtemps immobilisé sur des comptes bancaires, laissant croire à une richesse malheureusement artificielle.

4.9 Les responsables de projet doivent insister sur la qualité des soins et sa surveillance et d'éviter que le recouvrement des coûts ne devienne l'objectif prioritaire du projet.

4.10 Les projets recevant les médicaments sur budgets extérieurs auraient peut-être avantage à solliciter auprès des bailleurs de fonds la constitution de fonds de contrepartie qui seraient à l'usage exclusif des comités, sous réserve d'approbation de leurs projets, et dans le cadre d'activités directement liées à la santé telles que les projets d'hygiène et de sanitation.

4.11 Compte-tenu de la dévaluation actuelle, les projets ne devraient pas hésiter à demander au Gouvernement et aux bailleurs de fonds la subsidiation des dépenses relatives aux dépenses de médicaments, qu'elle soit directe ou sous forme de dotation complémentaire aux fonds de contrepartie recommandés ci-dessus.

4.12 Il serait peut-être intéressant de refléchir au principe de contrat Population / Etat / Bailleur avec les populations aidées dans le cadre des projets considérés dans ce document, et dans tout autre projet de même type par ailleurs

4.13 Il faut faciliter les procédures de subsidiation du prix des médicaments essentiels dans le cadre des mesures d'accompagnement de la dévaluation pour tous les projets concernés par la participation communautaire, y compris pour reconstituer des fonds de contrepartie.

4.14 Il serait utile de continuer à subsidier les médicaments suite à la dévaluation autant de temps qu'il sera nécessaire après 1994, sur base des résultats de chacun des projets, en particulier la fréquentation des formations sanitaires et l'atteinte des objectifs de recouvrement.

ANNEXES

Annexe 1 Pyramide Sanitaire du Tchad

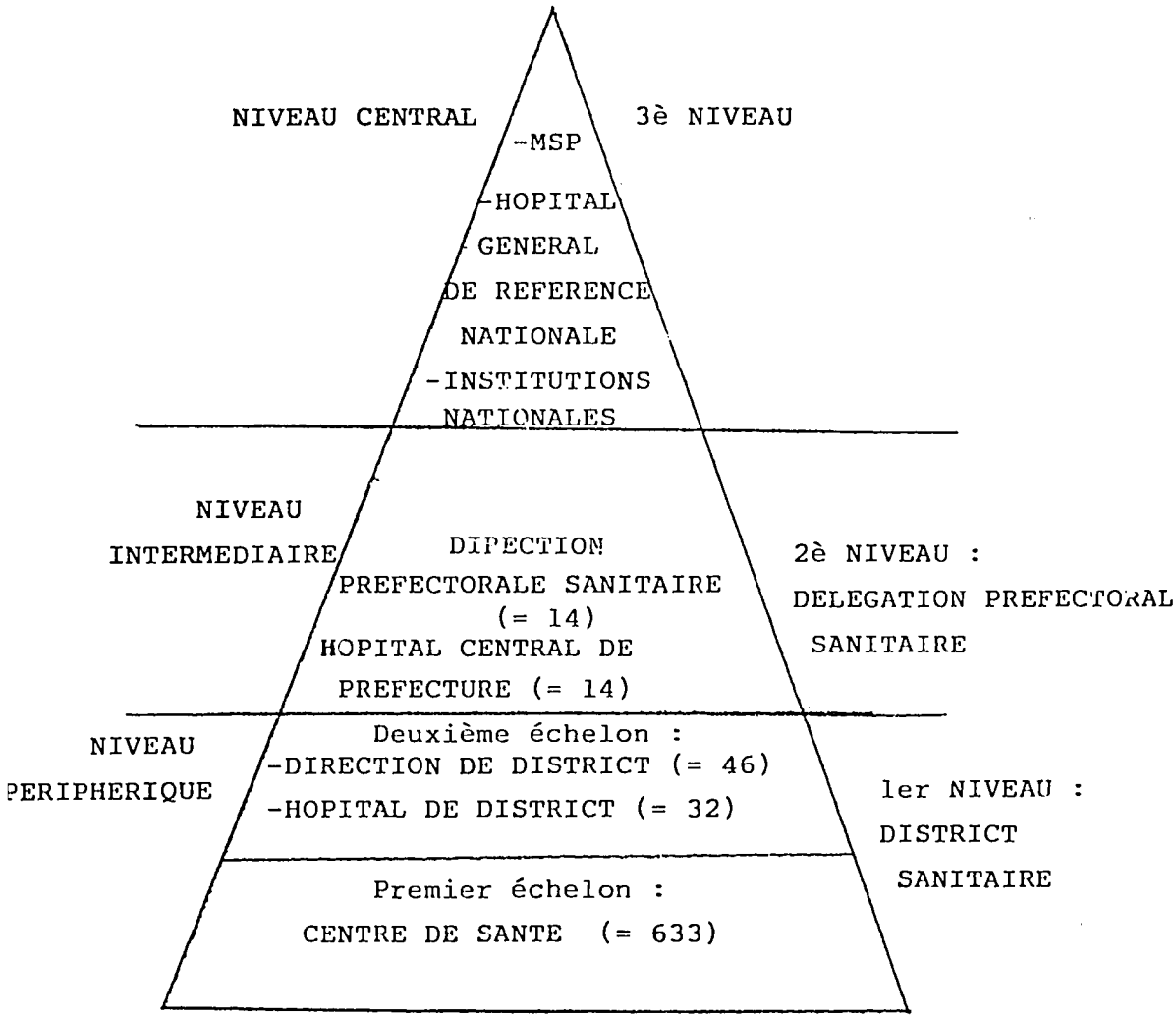
Annexe 2 Document sur la situation du médicament au Tchad

Annexe 3 Fiche Financière DSIS

Annexe 4 Bibliographie

ANNEXE 1

PYRAMIDE SANITAIRE DU MSP



44

ANNEXE 2

LA SITUATION DU MEDICAMENT AU TCHAD

Dr. Tilna Ingsala Poumne, Chef de la Division Pharmacie/MSP

Au Tchad, 4 grands circuits existent, liés chacun à un problématique spécifique.

1) Secteur Privé

Il est représenté par la PHARMAT, Société d'Economie Mixte, grossiste répartiteur, avec un monopole d'importation et de distribution des produits pharmaceutiques sur tout le territoire national. Ce secteur approvisionne uniquement les officines et les dépôts pharmaceutiques.

Malheureusement, ce secteur est complètement inféodé au marché français. PHARMAT ne s'approvisionne pas directement auprès des Laboratoires. Les achats passent par des commandes mensuelles auprès de l'EPOM, un bureau d'achat transitaire installé à Paris. Les achats se font sous la forme d'une commande mensuelle. Les factures sont établies par EPOM. Ce qui ne permet pas une recherche de marchés plus compétitifs et fait que logiquement le coût moyen d'une ordonnance est inabordable pour la grande masse de la population.

Donc les médicaments achetés et revendus sont des spécialités pharmaceutiques exclusivement françaises. Il y a environ une vingtaine de produits sur plus de mille médicaments achetés qui portent le nom générique sous la Dénomination Commune Internationale (DCI).

On compte environ 120 points de vente sur le territoire Tchadien.

2) a · PASP/MSP

La Pharmacie d'Approvisionnement du Secteur Public a pour objectif de doter les formations sanitaires en médicaments essentiels génériques. La PASP n'a malheureusement pas les moyens de sa politique car le budget alloué par l'Etat est insuffisant et n'est pas toujours disponible faute de liquidités en devises. Aussi, les médicaments ne sont jamais achetés par Appel d'Offres mais directement soit en passant par les commerçants locaux, soit à la PHARMAT et donc à des prix peu compétitifs, si l'on compare avec les prix pratiqués par les Laboratoires Internationaux.

Depuis 1962, les fournisseurs locaux et étrangers sont de moins en moins nombreux à honorer les bons de commande de la PASP. Ce qui a pour conséquence de graves pénuries des médicaments dans les formations sanitaires du pays à l'exception de celles qui sont soutenues par les projets comme le 7è FED, la Coopération Française, MSF etc...

Depuis 1985, ce budget varie comme suit :

1985 : 44 millions FCFA
1986 : 44 millions FCFA
1988 : 44 millions FCFA
1989 : 45 millions FCFA
1990 : 122 millions FCFA
1991 : 122 millions FCFA
1992 : 122 millions FCFA
1993 : 200 millions FCFA

Ce budget, nettement insuffisant pour couvrir les besoins, est plus théorique que réel. Son exploitation moyenne par an se situe autour de 20 millions.

A côté de ces achats, la PASP gérait autrefois un certain nombre de dons ponctuels.

b - Les interventions extérieures : Organismes de Coopération bilatérale, multilatérale.

• **Le Projet Santé FED/CEE**

Il est aujourd'hui au 7è volet de son intervention et n'intervient plus que dans 8 Préfectures du Sahel au lieu de 9 initialement. Son budget annuel avoisine les 850 millions de FCFA. Ce qui permet d'approvisionner régulièrement sans problème majeur les zones couvertes par ce projet.

• **La Coopération Française (FAC)**

Elle appuie quelques services des hôpitaux suivants :

MOUNDOU : Chirurgie
Médecine Générale
Pédiatrie
Radiologie
Laboratoire
Banque de sang

N'DJAMENA : Ophtalmologie
Médecine Générale
Laboratoire
Radiologie
Maternité
Pavillon des Urgences
Pneumophtisiologie

Quelques programmes : Tuberculose, Cécité, Trypanosomiase.

• **MSF**

Au Mayo-Kebbi

46

* **ITS**
Hôpital Central de N'Djaména (Pédiatrie)
Districts Sanitaires Bousso, Kyabé, Biltine.

* **Coopération Allemande** (ABECHE)

* **Coopération Italienne** (Moyen-Chari, Logone Oriental, Logone Occidental)

* **Projet PADS** (Banque Mondiale)
Tandjilé et N'Djaména urbain

3) **Circuit du Secteur Privé à but non lucratif**

ONG

a - B.E.L.A.C.D

Organisation Confessionnelle Catholique travaillant suivant le programme défini par le Ministère de la Santé Publique intervenant à Pala, Sarh, Moundou.

b - SECADEV

Quelques districts du Sahel.

4) **Marché Parallèle des Médicaments**

Ce marché est la conséquence de l'extrême pénurie en médicaments à la PASP et correspond à une automédication.

Les médicaments proviennent du Nigéria, du Niger et du Cameroun. Les prix pratiqués vendus sont plus bas que dans les dépôts officiels. Les produits vendus son souvent dangereux à cause de la date périmée ou de l'utilisation médicale sans contrôle.

Ce phénomène de marché parallèle prend des proportions de plus en plus alarmantes depuis la dévaluation du FCFA.

Exemple

Répartition des achats de médicaments par secteur dans la ville de N'Djaména, selon une enquête menée en 1993 :

Marché parallèle : 39,76%
Secteur Public : 27,95%
Secteur Privé : 32,28%

ANNEXE 3

FICHE FINANCIERE DSIS

530.SITUATION A LA FIN DU MOIS PRECEDENT [ ] F CFA (1)

(BANQUE + CAISSE)

531.DEPENSES DE CE MOIS	F CFA	532.RECETTES DE CE MOIS	NBRE	F CFA
1. <u>Coûts de fonctionnement</u>				
a/ Coûts variables				
- achat de médicaments		- hébergements:		
- achat de carnets		- vente de médicaments	-	
- fourniture de Bureau		- vente de carnets		
- énergie/eau		- épisodes de maladie (visites)	-	
- frais de référence			-	
- transferts fonds à l'hôp.			-	
- indigents			-	
- bons engagés			-	
- autres:.....			-	
		- accouchements		
		- soins		
		- laboratoire		
		- C P N (N.I/visites)		
b/ <u>Coûts fixes</u>		- C P E (N.I/visites)		
		- dons,subvention,legs		
- salaires personnel		-	-	
- primes personnel		- cotisations	-	
- frais d'entretien/réparat.		- bons recouvrés	-	
- frais de transport		- autres:.....		
- fonctionnement comité				
- frais de supervision				
- autres:.....				
2. <u>Coûts d'équipement</u>				
TOTAL DEPENSES (2)		TOTAL RECETTES (3)	-	

533. Recettes-Dépenses = (3)-(2) = [ ] F CFA (4)

534. Situation brute à la fin de ce mois = (1) + (3) - (2) = [ ] F CFA (5)

535.Marchandis achetées (6) [ ] FCFA vente marchand. [ ] FCFA(7)

536.Situation corrigée à la fin de ce mois (banque+caisse) [ ] FCFA (5)-(6)+(7)

CODE MOIS:

46

ANNEXE 4

Bibliographie

Allarangar Y., Sani C. "*La participation financière de la population aux soins de santé - Expérience du Ouaddaï*" - MSP/DG/DPS Ouaddaï, Abéché, 1994

BEAC "*Situation économique et financière des états de la zone d'émission au cours de l'année 1993 et perspectives pour le premier semestre de 1994*" - Conseil d'Administration, séance du 28 mars 1994

BEAC "*Evolution de l'inflation dans la zone d'émission après la dévaluation*" - Conseil d'Administration, séance du 28 mars 1994

Bredo F. "*Description du recouvrement des coûts dans les CSS du Belacd de Pala*" - UNAD, N'Djamena, 1992

CEFOD "*De l'échec de l'ajustement interne à la dévaluation du franc CFA - Redoutable Dévaluation ! Quelle retombée pour les Tchadiens ?*" CEFOD éditions, N'Djamena, avril 1994

CEFOD "*6,5 millions de Tchadiens demain ! Richesse ou pauvreté ? Politique de population et développement*" CEFOD éditions, N'Djamena, février 1994

Fomba I. "*Politique des médicaments après la dévaluation du FCFA*" - Marchés Tropicaux, pp.682, 8 avril 1994

Goemaere E., Schmets G. "*Financement des services de santé*" - AEDES - Bruxelles, 1990

Goemaere E., Schmets G., Duquennes B. "*Approvisionnement en médicaments*" - AEDES - Bruxelles, 1990

Gouvernement/Banque Mondiale "*Tchad - Déclaration de Politique Economique et Sociale*" N'Djamena, 1994

Granga Daouya - Thèse - "*Protocole d'évaluation des diverses expériences de recouvrement des coûts de la santé au Tchad*" - IMT, Anvers, 1993

Granga, Bouchet, Abatcha "*Présentation du projet d'assistance technique préparatoire à la programmation opérationnelle du secteur santé/affaires sociales*" - MSP/DG/CTS - N'Djamena, 1993

Granga, Bouchet, Abatcha "*Préparation de la mission du consultant international sur le recouvrement des coûts du système de santé au Tchad*" - MSP/DG/CTS - N'Djamena, 1994

Houllemare, Kadar, Schmets, Sergent, Brodin "*Séminaire sur le recouvrement des coûts au Laos*", Vientiane, 1993

Kessler W., Ergot A. "*Rapport de synthèse sur le système de participation communautaire au Mayo-Kebbi*" - MSF-B, Bongor-N'Djaména, 1994

Knippenberg R. "*Financement et participation communautaire ; un examen de la question*" - IB/Rapport technique N°9 - Unicef, New York, 1991

Landreau D. "*Recouvrement partiel des coûts*" - Mission de Coopération Française, N'Djamena-Moundou, 1994

MPC/DG/Direction de la statistique, des études économiques et démographiques "*Observation sur les prix à la consommation pour la ville de N'Djaména*" N°1 à N°10 (Janvier à avril 1994)

MPC "*Table ronde sectorielle - réunion de suivi de la conférence de Genève III - Diagnostic et Stratégie - Tomes I & II - Secteur Santé/Affaires Sociales*" - N'Djaména, 1993

MSP/DG/DPS Mayo-Kebbi "*Comité Directeur*" - Bongor, 1993

MSP-CMS-PADS "*Processus de mobilisation sociale à N'Djamena - Première phase*" - N'Djaména, 1993

MSP-CMS-PADS "*Modalités d'installation du système de recouvrement des coûts dans la ville de N'Djamena*" 1992

MSP-CMS-PADS "*Projet de statuts des comités de santé de Farcha, Chagoua et Milezi*", N'Djaména, 1993

MSP-VIIème FED - Greindl I., Lambert D. "*Réunion de réflexion sur la participation financière de la population aux soins de santé*", N'Djaména, 1993

Perrot J. "*La place de l'aide extérieure dans le secteur médical au Tchad*" - OMS - Série "Macroéconomie et Santé" N°5, Genève, 1992

Réveillon M. "*Participation des populations et recouvrement des coûts dans les structures de santé de N'Djamena*" - MSP/CMS/PADS, N'Djaména, 1992

Roemer M.I., Montoya-Aguilar C. "*L'évaluation et l'assurance de la qualité des soins de santé primaires*" - OMS, Genève, 1989 (publication offset N°105)

Sanon G. "*Dévaluation du franc CFA dans le contexte de l'économie tchadienne*" - PNUD - N'Djaména, 1994

Schwabe C.L. "*Recouvrement des coûts de la santé au Tchad avec une attention particulière à la Préfecture du Moyen-Chari ; examen et évaluation des expériences passées et analyse du potentiel futur*" - MCDI, Washington, 1993

SECADEV "*Participation financière de la population aux soins de santé*" N'Djaména, 1993