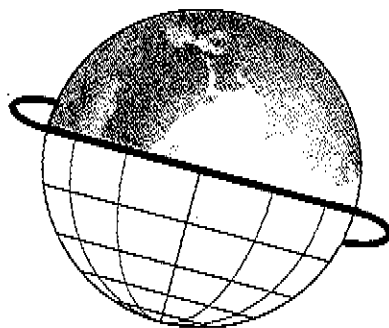


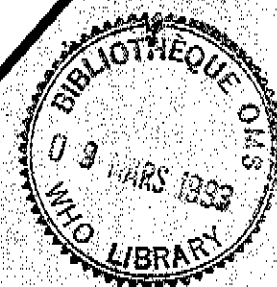
Série
"Macroéconomie
et Santé"



Numéro 5

WHO/COMES2.5
Original: Français
Distribution: Limitée

La place de l'aide extérieure dans le secteur médical au Tchad



Tchad

Etude de pays



Organisation mondiale de la Santé
Genève décembre 1992

44438

La place de l'aide extérieure dans le secteur médical au Tchad

par

**Jean Perrot
Bureau de la Coopération Internationale
Organisation mondiale de la Santé
Genève**

TABLE DES MATIERES

	Page
Introduction	1
Quelques points de repères	1
1. La place actuelle de l'aide	3
1.1 La place de l'aide dans l'ensemble de l'économie	3
1.1.1 Le financement du déficit du budget de fonctionnement de l'Etat	3
1.1.2 Le budget d'investissement public	3
1.2 La place de l'aide dans le secteur de la santé	4
2. La place de l'aide pour la prochaine décennie	8
2.1 La place de l'aide dans l'ensemble de l'économie	8
2.2 La place de l'aide dans le secteur de la santé	10
2.2.1 Les dépenses de santé financées par l'Etat	10
2.2.2 Les dépenses de santé financées par l'aide extérieure	11
2.2.3 Les apports financiers du recouvrement des coûts	11
3. Conséquence: réflexion sur le rôle de l'aide	15
Conclusion	17
Annexe	18

Introduction

Le gouvernement du Tchad a fait de la santé l'une de ses priorités pour la prochaine décennie. Il voudrait procurer au plus grand nombre les soins de santé primaires, le groupe mère-enfant constituant la cible privilégiée de ses programmes de santé¹. Toutefois, — et c'est ce que tentera de montrer la première partie de ce texte —, compte tenu des possibilités économiques du pays, l'Etat tchadien ne peut seul assurer un développement substantiel de la santé des populations et donner une réalité aux priorités qu'il s'est définies. Par ailleurs, le pouvoir d'achat des populations est si faible qu'un système de recouvrement des coûts ne peut et ne pourra qu'insuffisamment pallier les insuffisances budgétaires de l'Etat.

La place de l'aide extérieure dans le financement du secteur de la santé est aujourd'hui importante et les prévisions réalisées par le Ministère du Plan et de la Coopération pour la prochaine décennie montrent clairement que le Tchad a besoin de l'aide extérieure et souhaite le développement de celle-ci pour atteindre ses objectifs. Ce document tente de faire la synthèse des dernières informations sur ce point.

Si l'aide extérieure² est importante en volume financier, elle est aussi spécifique puisque, comme nous le montrerons, elle renvoie assez largement à des dépenses de fonctionnement courant du système de santé. Il faut alors s'intéresser aux conséquences de cette place de l'aide dans le développement du système de santé: il n'est en effet plus possible de raisonner en termes d'une aide complémentaire et passagère dont la relève peut et doit être rapidement assurée par l'Etat ou les communautés. Parce qu'elle prend largement en charge des pans entiers du fonctionnement des structures et des services de santé, l'aide extérieure doit s'inscrire dans la durée et la continuité. Or, une telle place de l'aide pose des problèmes pour l'Etat tchadien: problèmes de dépendance vis à vis de l'extérieur, de souveraineté nationale, d'acceptation de ce type d'aide par les populations et les personnels nationaux de santé... Mais elle pose aussi des problèmes aux bailleurs de fonds dont les objectifs d'intervention s'inscrivent de plus en plus dans le court terme. Ce texte tente de poser quelques pistes de réflexion sur la place de l'aide dans le contexte spécifique du Tchad.

Quelques points de repères

Le Tchad couvre un territoire immense de 1.284.000 km² dont une grande partie est désertique ou semi-désertique. Cette immensité pose des problèmes de logistique: transport, communications, accessibilité, dispersion des populations. En outre, le territoire est enclavé. Le pays est loin de la mer: les importations sont coûteuses et la compétitivité des produits exportables se trouve réduite du fait des coûts élevés de transport.

Bien qu'il n'y ait pas eu de recensement récent (mais celui-ci est en cours), on peut estimer la population à 5,5 millions d'habitants en 1990. Le taux de croissance annuelle est de 2,4%, ce qui conduira à une population de 7 millions d'habitants en l'an 2000. 42% de cette

¹ Cf. "Plan d'orientation: le Tchad vers l'an 2000", Ministère du Plan et de la Coopération, 1991.

² La définition de l'aide aux pays en voie de développement ne fait pas toujours l'unanimité. On peut néanmoins retenir que deux approches s'affrontent. L'une consiste à ne reconnaître comme aide que les dons, à l'exclusion de tout prêt. L'autre au contraire retient dons et prêts des Etats et des organisations multilatérales. L'OCDE dans sa publication sur l'Aide Publique au Développement adopte une position intermédiaire basée sur deux critères. Un prêt est considéré comme une aide: i) s'il aboutit à une économie de 25% par rapport à un taux de marché de 10%; et ii) si les fonds sont dépensés pour le développement. Dans le cas du Tchad, tous les prêts satisfont aux critères de l'OCDE: par conséquent, dans ce texte, le terme d'aide concernera tant les dons que les prêts publics à l'Etat tchadien. Cette terminologie est d'ailleurs celle adoptée par le Plan d'Orientation du Ministère du Plan.

population a moins de 15 ans. La population urbaine augmente très rapidement. Ainsi, N'Djamena, qui compte aujourd'hui environ 500.000 habitants passera à plus de 1 million d'habitants en l'an 2000, soit 8% d'augmentation par an.

Le taux d'alphabétisation des adultes—environ 25%—est parmi les plus bas du monde. Par contre, le taux brut de scolarisation dans le primaire—52%—n'est pas parmi les plus bas d'Afrique et l'on observe que les effectifs augmentent rapidement ces dernières années malgré des conditions d'enseignement peu favorables. Le taux net de scolarisation primaire s'élève à 37%.

La population est employée massivement dans le secteur traditionnel, notamment dans le monde rural: 83% de la population active est employée dans l'agriculture. On peut estimer que le nombre d'emplois dans le secteur moderne s'élève à 45.000 personnes, auquel il convient d'ajouter un peu plus de 30.000 militaires. 25.000 personnes sont employées dans la Fonction publique (hors défense nationale). Les 20.000 autres emplois du secteur moderne se répartissent entre 2.500 entreprises de tailles diverses, dont une dizaine d'entreprises ayant plus de 100 salariés. Le secteur productif moderne représente environ 1% de la population active et se maintient difficilement à ce niveau: la Société Tchadienne de Textile (STT) est en faillite et la Société Tchadienne d'Eau et d'Electricité (STEE) est en position difficile.

En matière de santé, on notera les principaux indicateurs suivants:

- Espérance de vie à la naissance: 46 ans
- Taux de mortalité infantile: 129%
- Enfants de 1 an vaccinés: 21%
- 1 médecin pour 32.830 habitants
- 1 infirmier Diplômé d'Etat pour 33.862 habitants
- 1 sage-femme pour 8.529 femmes en âge de procréer
- 451 formations sanitaires
- 76 lits d'hôpitaux pour 100.000 habitants

1. La place actuelle de l'aide

1.1 La place de l'aide dans l'ensemble de l'économie

1.1.1 Le financement du déficit du budget de fonctionnement de l'Etat

Le Produit Intérieur Brut (PIB) est estimé à 325 milliards de FCFA en 1990, soit un revenu par habitant de 60.000 FCFA (200\$ avec un taux de change de 300), ce qui est beaucoup moins que la moyenne des pays d'Afrique sub-saharienne. Depuis la fin des événements en 1982, l'évolution du PIB est très erratique. Le taux de croissance du PIB n'est pas supérieur à celui de la population, induisant ainsi que le tchadien moyen voit son pouvoir d'achat stagner.

Tableau N° 1: Evolution du PIB et du budget de fonctionnement de l'Etat

	En milliards de FCFA courants							
	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
P.I.B.	223.3	282.7	327.8	260.4	244.1	310.5	320.2	324.1
Budget de l'Etat:								
Recet.cour.	8.5	18.3	21.3	17.7	19.5	24.8	28.8	31.6
Dépen.cour	12.8	23.5	25.0	25.0	27.7	31.0	42.2	47.7
Déficit	-4.3	-5.2	-3.6	-7.3	-8.3	-6.2	-13.4	-16.2
Dépen./PIB	5.7%	8.3%	7.6%	9.6%	11.3%	10.0%	13.2%	14.7%

En ce qui concerne le budget de fonctionnement de l'Etat, les chiffres du tableau ci-dessus laissent apparaître deux points importants:

- une augmentation substantielle du déficit budgétaire pour aboutir à ce qu'en 1990 les dépenses soient 1.5 fois plus élevées que les recettes. Or, il est clair qu'une telle situation n'est pas tenable sur le long terme. Ce déficit place le pays dans une situation de dépendance puisque son financement est assuré par des aides extérieures, notamment la France, les Etats-Unis, la Banque Mondiale et le FMI, avec une réticence de plus en plus marquée pour prendre en charge ce déficit. On voit déjà ici toute l'importance de l'aide extérieure non affectée à un secteur particulier mais qui finance les dépenses de fonctionnement courant de l'Etat et par conséquent, indirectement le secteur de la santé;
- un accroissement très important des dépenses publiques par rapport à la richesse nationale. Là encore, l'Etat ne peut pas continuer à prélever autant de cette richesse sans compromettre le développement du pays et le revenu de chacun des tchadiens. Bien que les dépenses militaires soient encore importantes -de l'ordre de 10 milliards de FCFA-, leur poids a diminué passant de 35% des dépenses courantes pendant les années 1986 à 1988 à environ 25% en 1990. Dans le même temps, les salaires civils passaient de 27% à 42% des dépenses courantes. Il faut souligner qu'une grande partie de l'explication tient au rétablissement des pleins salaires de la fonction publique à partir de 1989.

1.1.2 Le budget d'investissement public

Les dépenses d'investissement, telles qu'elles apparaissent au "Compte consolidé des opérations de l'Administration Centrale" sont les suivantes:

Tableau N° 2: Evolution des dépenses publiques d'investissement

En milliards de FCFA courants								
	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Dépenses totales	12.9	13.8	25.6	46.5	54.6	53.1	62.8	60.0
Fin. extérieur	12.9	13.8	25.6	46.5	54.6	52.9	61.6	59.5
Contrepart. loc.						0.2	1.2	0.5
Emprunts/dons	7.0%	12.3%	29.7%	14.8%	17.2%	14.0%	29.1%	36.8%

Les dépenses d'investissement ont beaucoup augmenté au cours des huit dernières années. Les financements sont en quasi-totalité assurés par l'extérieur (la contrepartie nationale apparue ces dernières années n'étant que symbolique). Par ailleurs, la part des emprunts par rapport aux dons a beaucoup augmenté; marginaux au début de la période, les emprunts représentent plus de 30% des dépenses totales d'investissement, ce qui se traduira par une augmentation substantielle des remboursements dans les prochaines années. On observera que le montant des dépenses d'investissement dépasse largement le montant du budget de fonctionnement. Toutefois, comme le souligne le "Plan d'Orientation", seuls 40% de ces dépenses correspondent effectivement à de l'investissement au sens classique du terme, les 60% restants étant des dépenses de fonctionnement payées par l'extérieur. En conséquence, et pour 1990, le montant des investissements ressort à 24 milliards de FCFA. Les dépenses publiques de fonctionnement se sont élevées à 47.7 milliards de FCFA pour le budget de l'Etat (dont 16.2 milliards de déficit financés par l'extérieur) et à 36 milliards de FCFA financés par l'extérieur, soit un total de près de 84 milliards de FCFA. Ainsi, l'extérieur a financé 52.2 milliards de FCFA de fonctionnements sur un total de 84 milliards de FCFA, soit 62.1%, marquant la très grande dépendance du pays vis à vis de l'extérieur.

1.2 La place de l'aide dans le secteur de la santé

Les données que nous utiliserons ci-dessous sont issues de l'"Annuaire de statistiques sanitaires du Tchad" réalisé par le Bureau de Statistiques, Planification et Etudes (BSPE) du Ministère de la Santé Publique. Ces statistiques présentent l'avantage de donner une série homogène de six années consécutives de 1985 à 1990. Toutefois, dans cet annuaire, les dépenses de santé sont relatives au seul Ministère de la Santé Publique et ne comprennent par conséquent pas le secteur des affaires sociales. Les données ci-dessous permettent de faire la distinction entre le budget voté et les dépenses qui ont été réellement engagées.

Tableau N°3: Evolution du budget de fonctionnement de la santé

ANNEES	En millions de FCFA courants					
	Budget de l'Etat		Dépenses de santé		Santé/Etat	Santé/Etat
	Voté	Engagé	Voté	Engagé	Voté	Engagé
1985	39 836	25 167	1 547	1 033	3.9%	4.1%
1986	42 550	27 771	1 272	1 053	3.0%	3.8%
1987	25 401	24 768	740	708	2.9%	2.9%
1988	27 114	30 972	883	792	3.9%	2.5%
1989	39 154	42 235	1 624	1 280	4.2%	3.0%
1990	40 407	39 709	1 720	1 535	4.3%	3.8%

La part du budget de l'Etat qui va à la santé se situe ces dernières années aux environs de 4%, c'est à dire à un niveau un peu inférieur à la moyenne de 5% observée dans les pays de l'Afrique sub-saharienne et sensiblement moins que les 8% souvent recommandés par l'OMS. On remarquera en outre que la part la plus faible a été observée lors des années de forte crise économique de 1987-88, marquant ainsi, qu'à l'inverse des discours officiels, il est difficile de faire du secteur de la santé une priorité nationale.

Contrairement au budget général de l'Etat, les dépenses engagées dans le domaine de la santé sont toujours inférieures aux dépenses votées. Il ne faut bien sûr pas en conclure le secteur est si généreusement doté qu'il n'arrive pas à dépenser ses crédits! Au contraire, les restrictions budgétaires sont souvent telles que certaines lignes budgétaires sont interdites à consommation. Ainsi en est-il des médicaments: en 1990, 50 millions de FCFA avaient été prévus au budget, mais aucune somme n'a été dépensée.

Il faut enfin noter que, pour 1990, les données de l'annuaire statistique du ministère de la santé ne correspondent pas aux données figurant dans le plan d'orientation du ministère du plan et de la coopération qui donne le chiffre de 47.7 milliards de FCFA pour le budget de l'Etat réellement engagé.

Le volume de l'aide extérieure à la santé est donné dans le tableau N° 4 ci-dessous. Si l'on les additionne aux dépenses engagées de l'Etat pour la santé, on obtient les résultats suivants:

Tableau N° 4: Dépenses publiques de santé

	En milliards de FCFA courants					
	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Aides extérieurs	2 016	5 081	4 731	5 411	5 995	5 541
Dép. eng. de l'Etat	1 033	1 053	708	792	1 280	1 535
Total	3 049	6 134	5 439	6 203	7 276	7 075

A part pour 1985, les aides extérieures représentent environ 80% des dépenses de santé du pays. Malgré toutes les remarques que l'on peut faire à propos de l'évaluation de l'aide extérieure, il ressort qu'un tel pourcentage est énorme et très atypique même par rapport à des pays au développement comparable. Il place le Tchad dans une situation d'extrême dépendance.

Ces données concernant l'aide extérieure ne permettent pas de faire la distinction entre ce qui relève explicitement de l'investissement et ce qui est en réalité du fonctionnement. Cependant, si l'on applique, comme nous le verrons plus loin, une répartition de 85% pour le fonctionnement et 15% pour l'investissement, on obtient pour 1990 les résultats suivants:

Tableau N° 5: Dépenses pour la santé en 1990

		Dépenses (millions FCFA)	Pourcentage
Dépenses de l'Etat		1 535	21.7%
Aides extérieures	Total	5 541	78.3%
	Dont fonct.	4 710	66.6%
	Dont invest.	831	11.7%
Total		7 076	100.0%

Les dépenses de fonctionnement assurées par l'extérieur sont donc trois fois plus importantes que les dépenses de fonctionnement assurées par le budget de l'Etat.

En rapportant ces différents montants à la population du pays, on obtient la dépense de santé par habitant:

Tableau N°6: Evolution de la dépense publique de santé par habitant

	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Population (en milliers)	5 061	5 180	5 303	5 428	5 263	5 348
Dépense de santé en FCFA/Hab. (FCFA courants):						
Financé par Etat	204	203	134	146	243	285
Financé par aide ext.	398	981	892	997	1 139	1 029
Total	602	1 184	1 026	1 143	1 383	1 314

En conséquence, pour 1990, l'Etat a dépensé environ 1 \$ par habitant et l'extérieur environ 3.5 \$, soit un total de 4.5 \$ par habitant. Ce montant est assez faible, même pour des pays au même niveau de développement. Depuis cinq ans, la dépense de santé par habitant entre FCFA constant (avec une hausse des prix d'environ 5% par an) est stagnante, voire même en légère diminution.

A ces dépenses, il faudrait cependant ajouter d'une part les dépenses des familles pour l'achat de services mais surtout de médicaments sur le marché privé et d'autre part les dépenses financées par les ONG confessionnelles (BELACD, SECADEV...) ou non (MSF essentiellement). Ces dépenses sont bien sûr difficiles à estimer; toutefois, le Plan d'orientation du Ministère du Plan et de la Coopération retient pour 1990 le chiffre de 2 milliards de FCFA, soit une dépense équivalente à celle de l'Etat.

Le Ministère du Plan et de la Coopération dispose d'un fichier dans lequel sont recensés tous les projets en cours dans le pays: ce fichier est périodiquement réactualisé. Les chiffres ci-après sont relatifs à l'actualisation réalisée en Octobre-Novembre 1991.

Si on s'intéresse au secteur de la santé et des affaires sociales, il faut s'entendre sur les concepts utilisés. La classification par ministère retenue par le PIP ne permet pas de distinguer entre santé et affaires sociales. L'approche par thème permet cette distinction mais par contre, classe les projets de formation initiale en santé dans la formation professionnelle en général. Pour notre propos, nous proposons d'adopter une classification spécifique avec, d'un côté les projets totalement ou à très forte composante "santé" et de l'autre les projets "affaires sociales" qui ont un lien assez direct avec la santé, mais l'on exclura les projets qui n'ont pas de liens directs avec la santé comme par exemple le projet "Promotion tissage féminin". Selon ces concepts, on obtient les résultats suivants:

Tableau N°7: Ventilation des dépenses de santé inscrites au PIP

	En milliards de FCFA			
	Dépenses totales		Investissements	
	1991	1992	1991	1992
Santé	5.762	10.054	0.877	1.930
Affaires sociales	0.479	0.514	0.015	0.020
Total	6.241	10.568	0.892	1.950

Les dépenses inscrites au PIP pour les secteurs de la santé et des affaires sociales représentent respectivement 9% des dépenses totales du PIP en 1991 et 12.5% en 1992. Cette augmentation substantielle tient principalement au développement de trois programmes: UNICEF qui passe de 0.3 milliard de FCFA à 1.0 milliard, Coopération italienne qui passe de 0.2 milliard à 2.0 milliards, USAID qui passe de 0.3 milliard à 1.2 milliard. En outre, nous n'avons pas retenu le projet "Construction de l'Hôpital de N'Djamena" pourtant inscrit au PIP en 1992 pour un montant de 1.160 milliard, mais donc la convention n'est pas encore signée. Par contre, les projets classés dans le secteur de la santé par le PIP ne comprennent pas le Projet PADS d'un montant de 26.9 millions de dollars sur 5 ans où le secteur de la santé représente 25% des crédits du projet.

Bien que la part de ce qui peut être considéré comme de l'investissement dans ces dépenses inscrites au PIP passe de 14.3% à 18.4%, on voit que les projets assurent une partie importante du fonctionnement régulier du système de santé tchadien. Certes, la distinction entre dépenses de fonctionnement et dépenses d'investissement n'est pas toujours facile à opérer sur un plan conceptuel. En outre, certaines dépenses ne sont pas comptabilisées de la même manière selon les projets (exemple de l'assistance technique). Enfin, l'assistance technique constitue une aide bien spécifique. En effet, lorsque des médicaments sont achetés, peu importe qu'ils le soient par un projet ou le budget de l'Etat; par contre, le coût de la main d'oeuvre "assistance technique" est sans commune mesure avec le prix de la main d'oeuvre locale (à qualité identique).

Il ne faut pas oublier que le PIP ne recense pas les projets des ONG confessionnelles ou non. Or, dans le domaine de la santé, bon nombre de ces projets (SECADEV, BELACD... pour les ONG confessionnelles et MSF pour les ONG non-confessionnelles) fonctionnent selon des principes très voisins des projets bi- ou multi-latéraux et il serait utile de les recenser ici.

2. La place de l'aide pour la prochaine décennie

2.1 La place de l'aide dans l'ensemble de l'économie

Le Ministère du Plan et de la Coopération vient de réaliser en 1991 un "Plan d'Orientation" qui donne un cadrage macro-économique à l'horizon 2000.

**L'évolution du PIB*

Ce document rappelle combien les prévisions économiques sont difficiles au Tchad en raison du poids des facteurs exogènes tels que les conditions climatiques. Néanmoins, il est fait une hypothèse de croissance réelle (hors inflation) de 3.6% par an, soit une croissance de 1.2% par an et par habitant puisque la population croît au rythme annuel de 2.4%. Ainsi, le PIB per capita passerait de 59.000 FCFA à 67.000 FCFA (soit de 196\$ à 223\$).

Tableau N° 8: Evolution du PIB

	En milliards de FCFA 1990									
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
PIB	324.0	343.7	360.2	373.0	388.3	404.6	420.6	435.6	450.6	466.0

**Les opérations courantes de l'Etat*

Le document affirme un principe essentiel: celui de la restauration des grands équilibres économiques. Le Gouvernement s'y est engagé en acceptant les principes du Cadre Africain de Référence pour les Programmes d'Ajustement Structurels (CARPAS).

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

i) La masse salariale est bloquée à 18 milliards de FCFA pendant 4 ans et croît ensuite de 1.5% par an en valeur réelle,

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

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

Du côté des recettes, on anticipe un doublement des recettes sur la décennie. Or, comme dans le même temps le PIB n'est supposé augmenter que de 50%, cela veut dire que la pression fiscale va augmenter. A la fin de la décennie, la part du PIB qui sera prélevée par le Trésor atteindra 13.5% contre 8% aujourd'hui. Cette augmentation des recettes n'est pas due tant à un changement dans la définition de l'assiette fiscale que d'une amélioration des rentrées escomptées. Ainsi en est-il de la lutte contre la fraude au niveau des douanes.

Tableau N° 9: Evolution du budget de l'Etat

En milliards de FCFA 1990

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

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

Autant les prévisions concernant l'évolution du PIB paraissent plausibles autant celles concernant les opérations courantes de l'Administration Centrale paraissent optimistes. En effet, si la volonté de l'Etat de rétablir les grands équilibres est indéniablement à mettre au crédit du Gouvernement, on peut craindre que la réalité diffère quelque peu des prévisions. Notamment en matière de dépenses salariales, les mesures envisagées sont draconiennes puisqu'elles supposent que: i) les effectifs globaux de la fonction publique resteront constants, et ii) le pouvoir d'achat des fonctionnaires ne s'améliorera pas sur la décennie. Or sur cette décennie, le pays aura besoin de recrutements importants pour faire face au développement des secteurs sociaux de l'éducation et, dans une moindre mesure, de la santé, ce qui signifie que d'autres secteurs devraient voir leurs effectifs de fonctionnaires diminuer considérablement. Enfin, l'avancement à l'ancienneté conjuguée au vieillissement des agents de la fonction publique conduira la masse salariale à la hausse.

S'il apparaît raisonnable que l'Etat provisionne les remboursements du principal de ses emprunts, l'augmentation substantielle pour la contrepartie nationale des dépenses d'investissement (qui atteindrait 6.3 milliards de FCFA en l'an 2000) peut être reconsidérée. Les bailleurs de fonds connaissent les graves difficultés du Tchad et accepteront plus facilement que dans d'autres pays une contribution nationale réduite.

**Le programme d'investissements publics*

Tableau N° 10: Prévisions du PIP global

En milliards de FCFA 1990

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Dépenses totales	55.4	74.2	95.5	105.6	100.7	95.9	99.3	98.7	97.8	97.1
Financement ext.	54.0	72.0	93.1	103.1	98.1	92.9	96.0	94.6	92.7	90.8
Contrepar. locale	1.4	2.2	2.4	2.5	2.6	3.0	3.3	4.1	5.1	6.3

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

Tableau N° 11: Résumé des prévisions des dépenses publiques

En milliards de FCFA 1990

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

¹ La part de dépenses de fonctionnement allant réellement à l'investissement est supposée de 40% en 1991; on a supposé qu'elle augmente de 1 point par an les années suivantes et est alors stabilisée à 45%.

² Les dépenses d'investissement de l'Etat sont supposées toutes correspondre à de l'investissement.

Deux points résument les informations contenues dans le tableau ci-dessus:

- Pour la prochaine décennie, le Gouvernement compte sur les bailleurs de fonds pour assurer environ la moitié des dépenses de fonctionnement. Certes, le budget de l'Etat sera équilibré, mais beaucoup des dépenses de fonctionnement seront réalisées à travers les projets qui apporteront les moyens de fonctionnement des activités courantes (matériels, fournitures, formation du personnel...). Un tel dispositif place certes le pays dans une situation de forte dépendance vis à vis de l'extérieur; néanmoins, compte tenu de la situation économique du pays et des perspectives d'avenir, ce scénario est réaliste.
- Pour la prochaine décennie, les dépenses réelles d'investissement seront, malgré l'engagement très volontariste et peut-être trop optimiste de l'Etat, assurées par l'extérieur. Il est par contre raisonnable que l'Etat prévoie les échéances de ses emprunts (intérêts et principal) et qu'il cherche à limiter le recours aux emprunts.

2.2 La place de l'aide dans le secteur de la santé

2.2.1 Les dépenses de santé financées par l'Etat

La première hypothèse qui est faite dans les prévisions du plan renvoie à un choix du Gouvernement de faire de la santé une de ses priorités nationales. Il est ainsi retenu que les dépenses de santé financées par le budget de l'Etat doivent s'accroître de 10% par an, ce qui, compte tenu d'un taux d'accroissement de la population de 2.3% par an, correspond à une augmentation réelle de 7.7% par an. Une telle hypothèse est sans doute particulièrement volontariste. Les prévisions qui ont été réalisées et qui sont reprises dans le tableau ci-dessous rassemblent les secteurs de la santé et des affaires sociales.

Tableau N° 12: Evolution des dépenses de fonctionnement de la santé financées par l'Etat

En PCFA constants

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

Un tel objectif est ambitieux puisqu'il ferait passer la part des dépenses de santé dans le budget de l'Etat en une décennie de 4.2% à 10.4%. On constate cependant que, malgré un tel effort de l'Etat, la dépense par habitant ne ferait que doubler en dix ans et serait de l'ordre de 2.5 \$ en l'an 2000. On mesure là tout le poids des contraintes économiques: l'Etat n'aura pas, même au prix de gros efforts, les moyens d'assurer seul la santé pour tous d'ici l'an 2000.

2.2.2 Les dépenses de santé financées par l'aide extérieure

Aussi est-il fait l'hypothèse que l'aide extérieure non seulement devra se poursuivre mais devra même s'amplifier, puisque elle aussi devrait s'accroître de 10% par an. L'Etat tchadien prend donc acte de sa faiblesse financière et appelle l'extérieur pour financer en grande partie son système de santé. Selon cette optique, l'aide n'est pas conçue comme une substitution passagère mais comme une complémentarité nécessaire pour atteindre un certain état de santé des populations.

On peut estimer que les dépenses de fonctionnement financées par l'aide extérieure se sont élevées en 1990 à 5.5 milliards de FCFA; les résultats de la projection sont alors les suivants:

Tableau N° 13: Evolution des dépenses de fonctionnement de la santé financées par l'aide extérieure

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Dép (milliards)	5.5	5.1	6.7	7.3	8.1	8.9	9.7	10.7	11.8	13.0	14.3
Dép. habitant (FCFA)	1000	1075	1154	1241	1333	1433	1540	1655	1778	1911	2054

Une augmentation de 10% par an correspondrait à un quasi-triplement de l'aide extérieure sur la décennie, en FCFA constants rappelons-le. Une telle hypothèse marque la volonté de l'Etat de voir l'aide extérieure se développer. Une telle augmentation demandera par conséquent un effort de mobilisation de cette aide important. Or, si le contexte politique instable d'aujourd'hui devait perdurer, il n'est pas sûr que l'Etat arriverait à mobiliser un tel volume d'aide. En effet, beaucoup de partenaires au développement font de plus en plus de la stabilité politique une condition préalable à leur intervention.

Cependant, si ces prévisions pouvaient se réaliser, les dépenses de santé "Etat + Aide extérieure" passeraient de 4.5 \$ par habitant à près de 10 \$ par habitant en l'an 2000, ce qui permettrait d'atteindre, si ces dépenses sont effectuées à bon escient, un bien meilleur état de santé des populations.

2.2.3 Les apports financiers du recouvrement des coûts

Le principe d'une santé gratuite pour tout le monde perd de plus en plus de terrain au Tchad comme dans la plupart des autres pays africains. Nous l'avons vu précédemment, l'Etat n'a pas et n'aura pas à court terme les moyens d'assurer seul une santé de qualité. L'aide extérieure, -qu'elle soit bi- ou multi-latérale, ONG confessionnelle ou non, - considère de plus en plus fréquemment que les soutiens qu'elle apporte doivent aller de paire avec une participation financière des populations.

** Les expériences récentes de recouvrement des coûts*

La principale approche est celle développée à partir du Projet VIè FED (qui couvre 9 préfectures sur 14). Selon l'expérience de ce Projet, il apparaît que le coût en médicaments par Nouveau Cas (NC) s'élève à 310 FCFA. Par ailleurs, il est ajouté 30 FCFA par NC pour couvrir les frais de fonctionnement. On aboutit donc à un total de 340 FCFA par NC.

Il est alors proposé de distinguer dans les tarifs entre les adultes et les enfants. Sachant que l'on observe en moyenne que 30% des NC sont des enfants et 70% des adultes et que l'on souhaite que le tarif enfant soit la moitié du tarif adulte, on arrive à un équilibre avec un tarif adulte de 400 FCFA par épisode et 200 FCFA pour un enfant.

Ces principes ont été retenus dans le Projet CHD/87/015 "Développement des Soins de Santé Primaires", district de Bol, avec toutefois certaines adaptations. Ainsi, dans le Centre de Santé, les tarifs "adulte" et "suivi grossesse et accouchement" sont fixés à 400 FCFA et le tarif "enfant" à 200 FCFA; par contre, au niveau du village, les tarifs sont moindres, 200 FCFA pour le tarif "adulte", 100 FCFA pour les "enfants", le tarif "suivi de la grossesse et de l'accouchement" restant à 400 FCFA.

Bien qu'adoptant des principes voisins, le BELACD³ aboutit à un coût moyen de l'épisode maladie de 460 FCFA, les médicaments représentant 250 FCFA. Il faut cependant noter que ce coût observé moyen comprend la rémunération d'un auxiliaire/manoeuvre dans le centre de santé. Si l'on exclut le salaire de cette personne, le coût moyen par épisode ressort à 300 FCFA, soit un montant assez voisin des expériences précédentes. Les tarifs pratiqués par les 6 centres de santé de BELACD Mayo Kebbi sont variables, mais disons qu'en moyenne le tarif "adulte" avoisine 600 FCFA et le tarif "enfant" 300 FCFA.

Il existe encore d'autres expériences, par exemple celle de l'Institut Tropical Suisse; les résultats sont similaires. D'autres sont en préparation ou à leur démarrage: par exemple celles de l'USAID et de Médecins Sans Frontières.

Il semble cependant se dégager un consensus: le tarif "adulte" serait de l'ordre de 400-500 FCFA et le tarif "enfant" de la moitié. Est-ce que de tels tarifs sont acceptables par les populations? Il est difficile de répondre à une telle question pourtant si souvent posée. Toutefois, comme le souligne le Dr F. Bernard, une somme de 600 FCFA représente environ deux à trois jours de travail pour un agriculteur du Mayo Kebbi. Si la famille a la chance de n'être qu'épisodiquement malade, la somme est vraisemblablement supportable; mais la répétition des maladies peut causer de graves problèmes budgétaires à certaines familles, notamment à certains moments de l'année.

** Perspectives d'évolution*

Au Tchad, le processus de mise en place d'un système de recouvrement des coûts n'en est qu'à ses débuts: des expériences sont en cours, avec des logiques parfois différentes. Cette incoordination apparente n'est cependant pas nécessairement un handicap. En effet, une généralisation hâtive d'un système de recouvrement des coûts peut rapidement se transformer en échec. Le principe d'un recouvrement des coûts est un tel bouleversement des habitudes tant pour les patients que pour les personnels de santé qu'il faut se donner le temps de réfléchir au système le mieux adapté aux réalités économiques et sociologiques du pays. Toutefois, les données économiques et financières exposées précédemment montrent clairement qu'une amélioration de l'état de santé des populations tchadiennes ne pourra être obtenue sans une certaine participation financière de ces populations.

³ Dr. François BERNARD: "Recouvrement des coûts dans les centres de santé du BELACD de Pala (Tchad): de la maîtrise des contraintes économiques à l'amélioration de la prise en charge des problèmes de santé de la communauté", Institut de Médecine Tropicale, Anvers, 1991.

** Les produits escomptables du recouvrement des coûts*

Malgré les expériences de recouvrement des coûts qui existent déjà au Tchad, on ne possède pas d'informations sur les montants qui ont ainsi été récoltés auprès des populations. Néanmoins, compte tenu de ce que nous avons dit précédemment ainsi que grâce aux informations sanitaires existantes, il est possible d'estimer ce qu'aurait rapporté l'application généralisée d'un système de recouvrement des coûts. Les modalités de calculs sont fournies en annexe. Dans nos simulations, nous avons retenu deux types de tarifs: le premier -Tarif I- correspond à peu près aux prix qui sont actuellement pratiqués dans les structures qui ont optés pour le recouvrement des coûts; le deuxième -Tarif II- se veut un peu plus exigeant mais néanmoins réaliste.

Une première simulation s'appuie sur la fréquentation réellement observée aujourd'hui (et suppose que tous les patients s'acquittent des tarifs). La seconde simulation suppose que le recouvrement des coûts permet d'améliorer substantiellement la qualité des services offerts dans les structures sanitaires et par conséquent fait augmenter la demande⁴. Nous avons choisi des hypothèses plutôt optimistes pour bien montrer les limites supérieures de ce qui peut être attendu du recouvrement des coûts.

Tableau N° 14: Résultats des simulations en matière de recouvrement des coûts

En millions de FCFA		
	Tarif I	Tarif II
Simulation I	764	1 037
Simulation II	2 056	2 784

Ces simulations sont grossières et approximatives; notamment, elles font comme si tous les patients payaient effectivement les sommes exigées. Elles ont seulement pour but de montrer quels pourraient être les produits financiers escomptables du recouvrement des coûts.

Dans la simulation qui prend la situation observée en matière de clientèle des structures de santé et des tarifs proches de ceux des expériences actuelles de recouvrement des coûts, la généralisation du système de recouvrement des coûts permettrait de récolter 764 millions de FCFA. Si cette somme s'ajoutait aux 2 milliards de FCFA du budget de l'Etat consacré à la santé et aux affaires sociales, le secteur disposerait d'une augmentation de 38% de ses disponibilités financières. Avec des tarifs un peu plus élevés mais néanmoins encore réalistes, un peu plus de 1 milliard de FCFA serait récupéré, soit la moitié du budget de l'Etat consacré au secteur.

Dans l'hypothèse d'une augmentation substantielle de la fréquentation des structures de santé, les sommes récupérées seraient plus conséquentes: 2 milliards de FCFA ou 2.8 milliards de FCFA selon les tarifs retenus.

⁴ Cette hypothèse ne correspond pas toujours à ce que l'on observe. En effet, on a observé dans de nombreux cas, qu'une augmentation des tarifs s'est traduite par une diminution de la fréquentation; toutefois, ces cas correspondent souvent à un changement des tarifs sans changement de la qualité des services.

Nous voyons ainsi que le recouvrement des coûts, dans un fonctionnement idéal, peut apporter des ressources substantielles au système de santé. Pourtant il ne dispense pas l'Etat et l'aide extérieure de leurs efforts. Il permettrait, notamment aux structures de premier contact, de faire face au renouvellement des stocks de médicaments et aux petites dépenses de fonctionnement; l'Etat pourrait alors concentrer son effort sur les personnels et l'administration du système; l'aide extérieure pourrait retrouver le rôle qui est plus traditionnellement le sien, à savoir l'aide à l'investissement compris dans son sens le plus large, c'est à dire dépassant la simple construction d'infrastructures.

3. Conséquence: réflexion sur le rôle de l'aide

Des données financières ci-dessus rassemblées au sujet de l'aide extérieure, deux points émergent tout particulièrement, faisant du Tchad un pays bien spécifique:

- L'aide extérieure est aujourd'hui très importante puisque, sur les 4.5\$ de dépenses (publiques + aide extérieure) par habitant, 80% sont financés par l'aide extérieure. Or le pays veut faire de la santé une de ses priorités pour les prochaines années. Les projections du Plan d'Orientation établies par le Ministère du Plan et de la Coopération montrent clairement que, malgré un effort substantiel du budget de l'Etat affecté à la santé (+10% par an), l'Etat n'arrivera qu'à doubler sa dépense de santé par habitant (de 363 FCFA actuellement à 747 FCFA en l'an 2000). Par ailleurs, l'apport des populations via un système de recouvrement des coûts peut constituer un élément utile au fonctionnement des structures de base mais ne saurait être la panacée universelle, en raison notamment des faibles capacités contributives de ces populations. Aussi le Gouvernement exprime-t-il avec force son souhait que l'aide extérieure poursuive et même intensifie son effort.
- L'aide extérieure finance les 3/4 des dépenses réelles de fonctionnement du secteur de la santé et cette situation se poursuivra au cours de la prochaine décennie. En effet, au Tchad, contrairement à d'autres pays, l'aide extérieure à la santé n'est pas tournée vers la réalisation d'investissements tels que la construction d'infrastructures. Le fonctionnement qui est ainsi financé par l'aide extérieure concerne des domaines très divers. Toutefois, on peut classer les dépenses ainsi réalisées en deux grandes catégories:

** Les dépenses de fonctionnement complémentaire ou additionnel*

Dans cette catégorie, on peut classer les dépenses qui viennent s'ajouter au fonctionnement habituel. On suppose ainsi qu'il existe déjà un service ou une infrastructure disposant de moyens de fonctionnement, mais de moyens jugés insuffisants. L'aide vient renforcer cette capacité de fonctionnement. Beaucoup de projets adoptent cette finalité: un bailleur de fonds apporte son appui financier pour aider une division du ministère à mieux remplir sa mission. C'est par exemple le cas pour le BSPE qui a reçu une aide pour réaliser l'annuaire des statistiques sanitaires. Cela peut être le cas également d'une infrastructure de santé qui reçoit une aide sous forme de personnels médicaux qui viennent renforcer l'équipe nationale déjà en place.

** Les dépenses de fonctionnement de substitution*

Dans bon nombre de cas, les services ou les infrastructures n'existent pas ou ne disposent pratiquement d'aucuns moyens de fonctionnement. L'aide extérieure va alors se substituer à l'Etat et prendre en charge l'ensemble ou tout du moins une part importante du fonctionnement de ce service ou de cette infrastructure.

Au Tchad, compte tenu de la faiblesse des moyens budgétaires qui sont mis à la disposition du secteur de la santé, l'Etat n'a tout simplement pas la capacité d'assurer le fonctionnement de bon nombre des services de santé. Ainsi, par exemple, les centres de santé qui ne sont pas soutenus par une aide extérieure ne disposent d'aucun médicament et autres moyens de fonctionnement, les locaux sont souvent délabrés et les personnels affectés par l'Etat ne perçoivent qu'avec beaucoup de retards, et parfois même jamais, leur maigre salaire, avec pour conséquence qu'ils doivent trouver ailleurs des moyens de subsister et qu'ils ne sont que très peu présents au centre de santé. Aussi, bon nombre de bailleurs de fonds ont-ils pris le parti de se substituer de fait à l'Etat et d'apporter à ces structures de santé les moyens qui permettent de soulager les populations. Certes, il s'agit d'une substitution non avouée, ni par l'Etat ni par les bailleurs de fonds, en raison de considérations politiques bien compréhensibles. Mais la réalité est bien celle-là.

Cette distinction, qui bien sûr n'est pas toujours aussi nette dans la réalité, entraîne des conséquences qu'il convient d'analyser.

Ainsi, dans le premier cas, l'arrêt de l'aide ne remet pas fondamentalement en cause la viabilité du service ou de l'infrastructure. L'aide aura créé une dynamique qui peut se poursuivre, continuer et durer sans elle. Au pire, le service ou l'infrastructure retrouvera son mode de fonctionnement antérieur. Dans le second cas par contre, en raison notamment d'enjeux financiers en général plus importants, l'Etat aura beaucoup plus de difficultés pour assurer la continuité du service et, dans un certain nombre de cas, c'est l'existence même du service qui est remise en cause.

Dans le second cas d'une quasi-substitution de l'aide au service public, on se situe dans une optique assez proche de ce que les juristes appellent une "concession". Le principe juridique est le suivant: une collectivité publique (Etat, département, province, municipalité...) qui ne souhaite pas, pour diverses raisons (notamment d'efficacité financière), assurer le fonctionnement d'un service public en concède l'exploitation à un concessionnaire qui peut être aussi bien une entreprise privée, une association, un groupement... Dans la notion de concession, figurent quatre éléments importants:

- L'Etat reconnaît officiellement qu'il concède un service public. On invoquera parfois qu'il y a alors perte de souveraineté nationale. Or, ce n'est pas le cas. En effet, tout d'abord c'est l'Etat qui décide du concessionnaire qui sera retenu et pour ce faire il peut adopter la technique de l'appel d'offre international où pourront souscrire tant des ONG nationales que l'aide internationale. Par ailleurs, selon le cahier des charges, l'Etat peut déterminer son rôle. Enfin, il n'y a pas davantage de perte de souveraineté que lorsque l'Etat concède l'exploitation de gisements miniers ou pétroliers ou d'un service de transport urbain à une entreprise publique.
- Le concessionnaire est responsable du service qu'il gère. Bien souvent lors de projets classiques, les signataires ne se sentent pas responsables ou n'ont pas la responsabilité du service pour lequel ils interviennent. Cette situation est souvent finalement bien commode pour le prestataire d'aide, car cela le dédouanne de l'efficacité: il peut en effet toujours se retrancher derrière le fait que seul l'Etat était responsable et que lui ne faisait que renforcer les moyens de fonctionnement sans véritable pouvoir. Dans le cas d'une concession au contraire, le concessionnaire est responsable devant l'Etat des résultats obtenus et par conséquent l'engagement est beaucoup plus conséquent.
- Le cahier des charges joue un rôle très important. L'Etat doit définir dans ce cahier des charges avec beaucoup de minuties les devoirs et les charges du concessionnaire et de l'Etat; notamment, il peut être prévu comment et à quel rythme s'effectuera la relève de l'aide extérieure par l'Etat.
- La notion de durée. Dans le cadre d'une concession, la durée est généralement assez longue. Le concessionnaire sait, à moins de fautes graves de sa part, que son intervention durera un certain temps. Dans le cas du Tchad, l'analyse de l'aide que nous avons développée ci-dessus montre bien que l'aide extérieure ne doit pas être passagère mais au contraire durable, car l'Etat n'a pas les moyens, même à moyen terme, de faire face à la relève. En conséquence, le partenaire au développement qui veut s'inscrire dans cette approche au Tchad doit prendre conscience que son engagement doit être durable.

Dans la réalité de l'aide, notamment dans le cas tchadien, on est souvent très proche d'un processus de concession. En effet, on observe très souvent qu'un même bailleur de fonds est présent depuis de nombreuses années dans le pays et qu'il enchaîne les projets les uns aux autres. L'approche en termes de concession ne fait que renverser la problématique. Elle suppose que le concessionnaire et l'Etat s'engagent sur le moyen ou long terme et prévoient des étapes intermédiaires, correspondant à l'approche traditionnelle des projets et programmes, permettant d'évaluer, remettre en cause et réorienter l'action.

Conclusion

La conception d'une aide extérieure vue comme une complémentarité momentanée aux efforts de l'Etat ne correspond majoritairement pas à la réalité tchadienne. A l'instar de ce qui se passe dans de nombreux pays, on voit actuellement se développer la notion de financement partagé de la santé. Ces modalités de financement sont, d'une certaine manière, nouvelles. Alors qu'auparavant le financement était l'affaire d'un seul acteur—l'Etat dans les années fastes de l'Etat-Providence ou le secteur privé—apparaissent aujourd'hui des montages plus complexes impliquant simultanément plusieurs partenaires : Etat, ONG, aide extérieure, financement communautaire. Pour autant, il s'agit encore trop largement de sources de financement juxtaposées et ayant chacune leur propre logique et non d'un véritable partenariat.

Pour donner une réalité à son engagement de faire de la santé une de ses priorités pour la prochaine décennie, le Tchad a besoin de partenaires au développement qui s'engagent pleinement et pour une assez longue période.

Aussi, convient-il de réfléchir aux modalités de fonctionnement de ce co-financement. Ici, en nous appuyant sur la notion de concession, nous avons voulu proposer un cadre qui permette de consigner les droits et les obligations de deux partenaires que sont l'Etat et les bailleurs de fonds. Il ne s'agit en aucun cas d'une remise en cause des souverainetés nationales, mais au contraire de clarifier des situations de fait. Bien évidemment, d'autres formules peuvent être proposées afin notamment de mieux spécifier le rôle et le statut de la participation communautaire ainsi que des personnels de santé dans l'offre de services de santé.

La prise en compte de la durée dans son intervention doit permettre à l'aide extérieure d'avoir une planification qui s'inscrive davantage dans les objectifs de long terme du pays. Les projets actuels sont souvent de beaucoup trop faible durée (deux à quatre ans) pour assurer des changements profonds dans des contextes économiques aussi défavorables que celui du Tchad.

Annexe

A partir de l'Annuaire de statistiques sanitaires du Tchad" pour l'année 1990, on dispose des informations suivantes:

- Le nombre de Nouveaux Cas (NC) de consultations curatives dans les formations sanitaires du premier échelon s'est élevé, après correction approximative pour données manquantes, à environ 2 000 000, soit 363 NC pour 1 000 habitants. Si l'on estime que 30% de ces NC concernaient des enfants et 70% des adultes, on obtient respectivement 600 000 NC enfants et 1 400 000 NC adultes.
- Le nombre d'accouchements assistés (accouchement au centre de santé ou assisté par un personnel de santé) s'est élevé à environ 35 000. Si l'on sait que l'on pouvait escompter environ 230 000 naissances dans l'année, le taux d'accouchements assistés est de 15.2%.
- Le taux de couverture vaccinale pour les enfants (vaccination complète) est compris entre 15% et 20%, ce qui signifie qu'environ 40 000 enfants ont été complètement vaccinés.
- Le nombre d'entrants à l'hôpital se montre à 60 000 (et peut-être 65 000 si l'on disposait de tous les rapports mensuels d'activités).

Supposons maintenant deux types de tarifs: le premier—Tarif I—correspond à peu près aux prix qui sont actuellement pratiqués dans les structures qui ont adopté le recouvrement des coûts; le deuxième—Tarif II—se veut un peu plus exigeant.

Tableau A: Propositions de tarifs

	En FCFA	
	Tarif I	Tarif II
• Cons. Curative Adultes	400	500
• Cons. Curative Enfants	200	250
• Accouchement assisté	400	1000
• Carnet de vaccination	-	300
• Hospitalisation	1000	2000

On obtient alors les sommes suivantes comme produit optimal de recouvrement des coûts (optimal en ce sens que tous les patients paient effectivement les tarifs pratiqués):

Tableau B: Résultats de simulations en matière de recouvrement des coûts

En millions deFCFA

	Tarif I	Tarif II
• Cons. Curative Adultes	560	700
• Cons. Curative Enfants	120	150
• Accouchement assisté	14	35
• Carnet de vaccination	-	12
• Hospitalisation	70	140
• Total	764	1 037

Nous supposerons maintenant que le recouvrement des coûts permet d'améliorer substantiellement la qualité des services offerts dans les structures sanitaires et par conséquent fait augmenter la demande⁵. Nous choisirons des hypothèses plutôt optimistes pour bien montrer les limites supérieures de ce qui peut être attendu du recouvrement des coûts. Ainsi, nous supposerons:

- que le nombre d'hospitalisations double, soit 140 000 entrants dans les hôpitaux par an;
- que l'on observe 1 NC par habitant, soit 3 850 000 NC de consultations curatives adultes et 1 650 000 NC de consultations curatives enfants.
- que 1 naissance sur 2 est assistée, soit 115 000 naissances assistées par an.
- que le taux de couverture vaccinale complète atteint 75%, soit une moyenne de 172 500 vaccinations par an.

Nous supposerons les deux mêmes tarifs que précédemment.

Tableau C: Résultats de'une simulation alternative

En millions deFCFA

	Tarif I	Tarif II
• Cons. Curative Adultes	1 560	1 925
• Cons. Curative Enfants	330	412
• Accouchement assisté	46	115
• Carnet de vaccination	-	52
• Hospitalisation	140	280
• Total	2 056	2 784

⁵ Cette hypothèse ne correspond pas toujours à ce que l'on observe. En effet, on a observé dans de nombreux cas, qu'une augmentation s'est traduite pas une diminution de la fréquentation; toutefois, ces cas correspondent souvent à un changement des tarifs sans changement de la qualité des services.

Tableau B: Résultats de simulations en matière de recouvrement des coûts

En millions deFCFA

	Tarif I	Tarif II
• Cons. Curative Adultes	560	700
• Cons. Curative Enfants	120	150
• Accouchement assisté	14	35
• Carnet de vaccination	-	12
• Hospitalisation	70	140
• Total	764	1 037

Nous supposons maintenant que le recouvrement des coûts permet d'améliorer substantiellement la qualité des services offerts dans les structures sanitaires et par conséquent fait augmenter la demande⁵. Nous choisirons des hypothèses plutôt optimistes pour bien montrer les limites supérieures de ce qui peut être attendu du recouvrement des coûts. Ainsi, nous supposons:

- que le nombre d'hospitalisations double, soit 140 000 entrants dans les hôpitaux par an;
- que l'on observe 1 NC par habitant, soit 3 850 000 NC de consultations curatives adultes et 1 650 000 NC de consultations curatives enfants.
- que 1 naissance sur 2 est assistée, soit 115 000 naissances assistées par an.
- que le taux de couverture vaccinale complète atteint 75%, soit une moyenne de 172 500 vaccinations par an.

Nous supposons les deux mêmes tarifs que précédemment.

Tableau C: Résultats de'une simulation alternative

En millions deFCFA

	Tarif I	Tarif II
• Cons. Curative Adultes	1 560	1 925
• Cons. Curative Enfants	330	412
• Accouchement assisté	46	115
• Carnet de vaccination	-	52
• Hospitalisation	140	280
• Total	2 056	2 784

⁵ Cette hypothèse ne correspond pas toujours à ce que l'on observe. En effet, on a observé dans de nombreux cas, qu'une augmentation s'est traduite pas une diminution de la fréquentation; toutefois, ces cas correspondent souvent à un changement des tarifs sans changement de la qualité des services.