

**SUIVI DES DEPENSES PUBLIQUES A  
DESTINATION DANS LE SECTEUR SANTE AU  
TCHAD :**

**ANALYSE DES RESULTATS D'ENQUETE**

Par

**Bernard Gauthier**

**Waly Wane**

## **Remerciements**

## Table des Matières

Remerciements.....	2
<b>RESUME ANALYTIQUE.....</b>	<b>9</b>
<b>EXECUTIVE SUMMARY.....</b>	<b>12</b>
<b>UN SURVOL DE L'OFFRE DE SANTE AU TCHAD EN 2003.....</b>	<b>15</b>
Chapitre 1. <b>INTRODUCTION.....</b>	<b>17</b>
I. Contexte et Objectifs.....	17
II. Méthodologie de l'enquête.....	18
2.1. Plan d'échantillonnage.....	18
2.2. Instruments de Collecte.....	20
2.3. Collecte et entrée des données.....	20
Chapitre 2 : <b>LE SECTEUR DE LA SANTE PRIMAIRE AU TCHAD.....</b>	<b>22</b>
I. Caractéristiques Générales.....	23
1.1. <i>Appartenance et Répartition</i> .....	23
1.2. <i>Ancienneté</i> .....	24
1.3. <i>Financement pour la Construction des Centres de Santé</i> .....	25
1.4. <i>Financement pour la Rénovation des Centres de Santé</i> .....	26
II. Infrastructures et Équipements des Centres de Santé.....	28
2.1. <i>Disponibilité des lits</i> .....	28
2.2. <i>Logements pour le personnel</i> .....	29
2.3. <i>Infrastructures de base</i> .....	30
2.4. <i>Autres Infrastructures et Équipements</i> .....	33
2.5. <i>Disponibilité d'équipements médicaux</i> .....	35
III. Environnement et Contexte Opérationnel des Centres de Santé.....	37
3.1 <i>Accessibilité</i> .....	37
3.2 <i>Concurrence</i> .....	37
IV. Services Offerts.....	39
4.1. <i>Jours et Heures D'ouverture</i> .....	39
4.2. <i>Services offerts</i> .....	39
V. Principaux Obstacles à la Qualité des Soins.....	43
Chapitre 3 : <b>LES RESSOURCES HUMAINES.....</b>	<b>46</b>
I. Taille et Composition du Personnel.....	47
II. Rémunération et Présence dans le Centre de Santé.....	50
III. Caractéristiques du Personnel de Santé.....	53
IV. Perceptions des agents de Santé.....	58
4.1. <i>Satisfaction des Agents de la Santé</i> .....	62
Chapitre 4 : <b>LE FINANCEMENT DE LA SANTE PRIMAIRE.....</b>	<b>64</b>
I. Les Dépenses Publiques.....	65
1.1. <i>Exclusion du Budget d'investissement</i> .....	67
1.2. <i>Ressources Publiques dans les Délégations Régionales Sanitaires</i> .....	67
1.3. <i>Ressources Publiques atteignant les Centres de Santé</i> .....	72
1.4. <i>Les Médicaments</i> .....	73
1.5. <i>Un Effet d'Éviction Important</i> .....	80
II. Le Financement Externe : l'Appui des Bailleurs.....	81
III. Le Financement Privé : Paiements des Usagers.....	81

IV. Récapitulatif : Financement Effectif du Fonctionnement de la Santé Primaire.....	84
Chapitre 5 : <b>LA PRATIQUE DU RECOUVREMENT DE COUTS PAR LES CENTRES DE SANTE ..</b>	86
I. Structure de Tarification des Soins .....	87
1.1. Prix des Carnets .....	87
1.2. Prix de la Consultation.....	88
1.3. Inclusion des médicaments dans le prix de la consultation .....	90
1.4. Période de validité des tickets.....	91
1.5. Prix des Soins Curatifs.....	93
1.6. Prix moyen des services.....	96
1.7. Tarifs Inclusifs .....	96
1.8. Pratique d'exemption des frais.....	97
1.9. Affichage des Prix.....	102
II. Les Dépenses Effectuées par les Patients .....	103
Chapitre 6: <b>LE POINT DE VUE DES PATIENTS .....</b>	107
I. Caractéristiques générales des patients.....	108
1.1. <i>Scolarisation des Usagers du Secteur de la Santé</i> .....	108
1.2. <i>Revenus des Patients</i> .....	109
II. Accès aux soins de santé.....	109
2.1. <i>Distance et temps de parcours</i> .....	109
2.2. <i>Modes de transport</i> .....	111
2.3. <i>Coûts de transport</i> .....	111
2.4. <i>Raisons du choix du centre</i> .....	112
III. Motifs de la visite et services reçus .....	113
3.1 <i>Durée des symptômes</i> .....	115
3.2. <i>Soins préventifs vs curatifs</i> .....	115
3.3. <i>Personnel soignant</i> .....	116
3.4. <i>Préférence quant au genre du personnel soignant</i> .....	116
IV. Frais des usagers .....	116
4.1. <i>Versements informels</i> .....	118
V. Disponibilité des soins alternatifs .....	120
5.1. <i>Visites précédentes à d'autres cliniques</i> .....	122
5.2. <i>Habitués</i> .....	123
VI. Les effets du contournement des services de santé primaire .....	124
6.1. <i>L'importance du phénomène de contournement</i> .....	124
6.2. <i>Les coûts encourus lors du contournement</i> .....	126
6.3. <i>Facteurs expliquant le contournement</i> .....	127
6.4. <i>Effets du « contournement » sur les coûts des frais des services aux usagers</i> .	128
Chapitre 7 : <b>INSTITUTIONS ET GOUVERNANCE DANS LE SECTEUR SANTE .....</b>	130
I. Rôle des Structures Administratives.....	131
II. Gestion du Centre de Santé.....	134
Chapitre 8 : <b>ÉQUITÉ ET PERFORMANCE DU SECTEUR SANTE .....</b>	137
I. Équité et Accessibilité aux services de santé.....	138
1.1. <i>Caractéristiques des quintiles de revenus</i> .....	138
1.2. <i>Fréquentation des cliniques</i> .....	139
1.3. <i>Caractéristiques des visites auprès des centres et services dispensés</i> .....	141
1.4. <i>Qualité des services : disponibilité des infrastructures et du personnel</i> .....	143

II. Performance du Secteur de la Santé Primaire.....	144
2.1. Ruptures de Stock Médicaments .....	145
2.2. Production et Productivité des Centres de Santé .....	147
2.3. Dépenses Publiques et Productivité des Régions et Districts de Santé .....	152
2.4. Déperdition des Ressources Publiques et Marge Bénéficiaire.....	156
2.4.1. Impact de la Déperdition des Ressources Publiques sur les Marges .....	158
Chapitre 9. CONCLUSION .....	160

## Liste des Tableaux

Tableau 1.1. : Structure de l'échantillon.....	19
Tableau 2.1 : Répartition Régionale des Centres de Santé .....	24
Tableau 2.2 : Caractéristiques générales des CS .....	25
Tableau 2.3 : Caractéristiques des établissements .....	28
Tableau 2.4 : Infrastructures et équipements de base (pourcentage).....	30
Tableau 2.5 : Équipements médicaux disponibles (% ayant au moins 1 item).....	35
Tableau 2.6 : Concurrence .....	38
Tableau 2.7 : Services offerts dans les centres de santé (pourcentage) .....	40
Tableau 2.8 : Test de dépistage du SIDA (% CS offrant test par type en 2003) .....	41
Tableau 2.9 : Test de dépistage du SIDA (% CS offrant test par région en 2003).....	41
Tableau 2.10 : Vaccins offerts dans les CS (pourcentage) .....	42
Tableau 3.1 : Composition par Genre et Taille des CS par Type et selon le Milieu .....	47
Tableau 3.2 : Composition du personnel des centres de Santé.....	48
Tableau 3.3 : Composition du Personnel de la Santé selon les données du MSP.....	49
Tableau 3.4 : Rémunération Mensuelle du Personnel (en Milliers de FCFA).....	50
Tableau 3.5 : Régressions Pourcentage Personnel Absent .....	52
Tableau 3.6 : Absentéisme dans divers pays .....	53
Tableau 3.7 : Absence déclarée par responsable du CS.....	54
Tableau 3.8: Composition Personnel Répondant au Questionnaire Employé .....	54
Tableau 3.9 : Caractéristiques du Personnel de Santé .....	55
Tableau 3.10 : Éducation et Formation du Personnel.....	56
Tableau 3.11 : Formation Continue par Catégorie de Personnel.....	57
Tableau 3.12 : Pourcentage Employés ayant Reçu Formation par Thème .....	57
Tableau 3.13 : Pourcentage Employés ayant Reçu Salaire.....	58
Tableau 3.14 : Salaire Mensuel Personnel en Milliers de FCFA.....	58
Tableau 3.15 : Autres Primes et Subventions Reçues dans le Centre.....	59
Tableau 3.16 : Mesures d'inégalités des revenus.....	59
Tableau 3.17 : Avantages Offerts aux Employés par le Centre de Santé .....	59
Tableau 3.18 : Déterminants Salaire et Primes .....	60
Tableau 3.19 : Satisfaction du Personnel.....	62
Tableau 3.20 : Pourcentage d'employés qui quitterait le centre de santé.....	62
Tableau 3.21 : Employés Exerçant Autre Activité .....	63
Tableau 4.1 : Budget du Gouvernement en Millions de FCFA – Tchad 2002 et 2003 .....	65
Tableau 4.2 : Structure du Budget du MSP .....	68
Tableau 4.3 : Financements Publics en Millions de FCFA .....	69
Tableau 4.4 : Ressources Parvenant aux Délégations Sanitaires en 2003 .....	71

Tableau 4.5 : Ressources Parvenant aux Délégations Sanitaires en 2002 .....	71
Tableau 4.6 : Arrivée des Ressources Publiques .....	75
Tableau 4.7 : Ressources Par Habitant aux niveaux Région et CS en 2003 .....	77
Tableau 4.8 : Ressources Par Habitant aux niveaux Région et CS en 2002 .....	77
Tableau 4.9 : Régressions Déterminants Réception Ressources Publiques (Probit) .....	80
Tableau 4.10 : Soutien de Bailleurs .....	81
Tableau 4.11 : Finances des CS – Moyennes Mensuelles en Milliers de FCFA .....	82
Tableau 4.12 : Sources et Ventilation des Dépenses des CS - Pourcentages .....	83
Tableau 4.13 : Contribution Effective Fonctionnement Santé Primaire .....	85
Tableau 5.1 : Médicaments inclus (pourcentage) .....	90
Tableau 5.2 : Période de validité des tickets .....	91
Tableau 5.3 : Déterminants du Prix des Services .....	101
Tableau 6.1 : Caractéristiques générales des patients .....	108
Tableau 6.2 : Accès et choix du centre de santé .....	110
Tableau 6.3 : Raisons de la visite et services reçus .....	115
Tableau 6.4 : Frais des Usagers .....	117
Tableau 6.5: Régressions Frais des usagers (OLS robuste) .....	118
Tableau 6.6 : Régressions : Paiements informels par les patients (Probit robuste) .....	120
Tableau 6.7 : Disponibilité de soins alternatifs (pourcentages) .....	121
Tableau 6.8 : Régressions : Fidélisation des Patients (Probit) .....	124
Tableau 6.9 : Contournement des CS (Pourcentage) .....	125
Tableau 6.10 : Coûts encourus lors du Contournement du Secteur Formel .....	126
Tableau 6.11 : Régressions Contournement des CS (Probit robuste) .....	127
Tableau 6.12 : Régressions Frais des Usagers et Contournement Secteur Formel (3SLS) ..	129
Tableau 7.1: Nombre de Structures par Niveau Administratif .....	131
Tableau 7.2 : Distance et Accessibilité des CS .....	131
Tableau 7.3 : Supervision par la délégation et le district et distance .....	132
Tableau 7.4 : Supervision selon l'appartenance et la localisation .....	133
Tableau 7.5 : Activités MCD durant Supervision selon l'appartenance et la localisation ...	133
Tableau 7.6 : Évaluation du Personnel .....	134
Tableau 7.7 : Dynamisme et composition du comité de gestion .....	136
Tableau 8.1 : Caractéristiques des patients au sein des 1 <sup>er</sup> et 5 <sup>e</sup> quintile de revenus .....	138
Tableau 8.2 : Répartition des quintiles de revenus par délégation régionale (en %) .....	139
Tableau 8.3 : Fréquentation des centres de santé (en %) .....	140
Tableau 8.4 : Disponibilité de soins alternatifs (pourcentages) .....	140
Tableau 8.5 : Habités du centre et « contournements » (pourcentages) .....	141
Tableau 8.6 : Visites préalables auprès d'autres prestataires de services (en %) .....	141
Tableau 8.7 : Caractéristiques des visites .....	142
Tableau 8.8 : Fréquence des services dispensés selon les quintiles (en pourcentage) .....	142
Tableau 8.9 : Coûts moyens des frais médicaux selon les quintiles (FCFA) .....	142
Tableau 8.10 : Frais médicaux moyens en % des revenus mensuels moyens des quintiles .	143
Tableau 8.11 : Caractéristiques des CS fréquentés selon les quintiles de revenus (%) .....	143
Tableau 8.12 : Services offerts et personnel médical selon les quintiles (%) .....	144
Tableau 8.13 : Rupture de Stock de Médicaments – Nombre Moyen de Semaines .....	145
Tableau 8.14 : % CS en Rupture de Stock de Médicaments au Moment de l'Enquête .....	146
Tableau 8.15 : Ruptures de Stock de Vaccins – Nombre Moyen de Semaines .....	146

Tableau 8.16 : % CS en Rupture de Stock de Vaccins au Moment de l'Enquête .....	146
Tableau 8.17 : Nombre de Patients par Mois par Employé .....	149
Tableau 8.18 : Déterminants Productivité des Agents de Santé .....	152
Tableau 8.19 : Consultations Totales et Dépenses Publiques de Santé – Tchad 2003 .....	155
Tableau 8.20 : Pourcentage de CS Recevant des Ressources Publiques .....	157
Tableau 8.21 : Marge Bénéficiaire Moyenne sur les Médicaments en FCFA .....	157
Tableau 8.22 : Marge Bénéficiaire Moyenne en FCFA selon la Localisation.....	158
Tableau 8.23 : Régressions : Marge Bénéficiaire et Réception Ressources Publiques .....	159

## Liste des Figures

Figure 2.1 : Distribution des CS .....	23
Figure 2.2 : Distribution conjointe des CS.....	23
Figure 2.3 : Âge moyen des CS .....	24
Figure 2.4 : Sources de financement pour la construction des CS.....	26
Figure 2.5 : Pourcentage de CS ayant eu au moins une rénovation.....	27
Figure 2.6 : Sources de financement pour la rénovation des CS .....	27
Figure 2.7 : Nombre total de lits dans les CS .....	28
Figure 2.8 : Nombre moyen de lits dans les CS par région et selon l'appartenance .....	29
Figure 2.9 : Nombre moyen de logements pour personnel.....	30
Figure 2.10 : Pourcentage des CS disposant de l'eau et de l'électricité par zone.....	31
Figure 2.11 : Pourcentage des CS disposant de l'eau et de l'électricité par type .....	31
Figure 2.12 : Pourcentage des CS disposant de l'eau et de l'électricité par région.....	32
Figure 2.13 : Nombre moyen d'heures d'électricité disponible .....	32
Figure 2.14 : Pourcentage de CS disposant des ressources .....	33
Figure 2.15 : Pourcentage de CS disposant d'infrastructures pour les patients.....	34
Figure 2.16 : Nombre moyen d'équipements disponibles .....	35
Figure 2.17 : Nombre moyen d'équipements disponibles (Suite) .....	36
Figure 2.18 : Nombre moyen d'équipements disponibles (Fin) .....	36
Figure 2.19 : Durée du trajet du CS à la capitale régionale .....	37
Figure 2.20 : Nombre de CS dans un rayon de 2 kilomètres .....	38
Figure 2.21 : Nombre de jours par semaine le CS fonctionne.....	39
Figure 2.22 : Principaux problèmes empêchant l'amélioration des soins .....	43
Figure 2.23 : Importance des contraintes à la qualité des soins.....	44
Figure 2.24 : Importance des contraintes (Suite).....	45
Figure 2.25 : Importance des contraintes (Fin).....	45
Figure 3.1: Nombre d'Habitants par Type de Personnel .....	49
Figure 3.2: Pourcentage Absents par Catégorie de Personnel .....	51
Figure 3.3 : Absents déclarés et « réels ».....	53
Figure 3.4 : Salaire et Expérience .....	61
Figure 4.1 : Budget Prévu vs Budget Effectif des DRS en 2003 .....	72
Figure 4.2 : Consommation du Budget Médicaments dans le Temps .....	73
Figure 4.3 : Dotation Médicaments des DRS et DS aux Hôpitaux et CS.....	74
Figure 4.4 : Ressources Publiques Santé .....	76
Figure 4.5 : Ressources Publiques par Habitant Santé .....	79
Figure 5.1 : Prix des carnets selon la localisation et l'appartenance .....	87
Figure 5.2 : Prix des carnets selon la délégation sanitaire .....	88

Figure 5.3 : Prix des consultations par catégories de patients .....	89
Figure 5.4 : Prix des consultations par catégories de patients selon la délégation sanitaire...	89
Figure 5.5 : Médicaments inclus par catégories de patients .....	90
Figure 5.6 : Proportion de CS pratiquant la durée illimitée du ticket.....	91
Figure 5.7 : Nombre de jours de validité du ticket .....	92
Figure 5.7 : Nombre de visites permises avec un ticket .....	93
Figure 5.8 : Prix moyen des services par type de service .....	94
Figure 5.9 : Prix moyen des services par type de service (Suite) .....	95
Figure 5.10 : Prix moyen des services par type de service (Fin) .....	95
Figure 5.11 : Prix moyen des services selon la région, l'appartenance et la localisation.....	96
Figure 5.12 : Proportion de CS incluant les médicaments dans consultation.....	97
Figure 5.13 : Proportion de CS pratiquant la gratuité de la prochaine visite.....	97
Figure 5.14 : Proportion d'individus bénéficiant de la consultation.....	98
Figure 5.15 : Proportion d'individus bénéficiant de la consultation gratuite (Suite).....	99
Figure 5.16 : Proportion d'individus bénéficiant des médicaments gratuits .....	99
Figure 5.17 : Proportion d'individus bénéficiant des médicaments gratuits .....	100
Figure 5.18 : Proportion des patients exemptés des frais.....	100
Figure 5.23 : Affichage des tableaux des frais dans les CS.....	102
Figure 5.19 : Frais des usagers total selon l'appartenance et la localisation .....	104
Figure 5.20 : Frais des usagers total selon les délégations sanitaires .....	104
Figure 5.21 : Composition des frais des usagers selon la localisation et l'appartenance .....	105
Figure 5.22 : Composition des frais des usagers selon la délégation .....	106
Figure 6.1 : Distance entre la maison et le CS.....	111
Figure 6.2 : Motifs pour le choix du centre de santé .....	113
Figure 6.3 : Motifs de la visite au centre de santé .....	114
Figure 6.4 : Proportion Usagers des CS Publics jugeant les Frais Trop Élevés .....	117
Figure 6.5 : Versements informels dans les cliniques publiques .....	119
Figure 6.6 : Disponibilité de soins alternatifs dans un rayon de 2 kms .....	121
Figure 6.7 : Disponibilité de soins alternatifs dans un rayon de 2 kms / par région.....	122
Figure 6.8 : Visites précédentes selon la localisation et l'appartenance.....	123
Figure 7.1 : Représentation dans le comité de gestion.....	135
Figure 8.1 : Production des CS .....	147
Figure 8.2 : Productivité des employés : nombre moyen de patients .....	148
Figure 8.3 : Productivité des employés qualifiés : nombre moyen de patients.....	150
Figure 8.4 : Productivité des employés : nombre de vaccinations.....	150
Figure 8.5 : Productivité des employés qualifiés : nombre de vaccinations.....	151
Figure 8.6 : Dépenses Fonctionnement Prévues vs Allouées et Population.....	153
Figure 8.7 : Dépenses Fonctionnement Prévues vs Allouées et Performance.....	154
Figure 8.7 : Crédits Délégués aux Districts Sanitaires et Performance .....	155

## RESUME ANALYTIQUE

1. Le Document de la Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté du Tchad considère le secteur de la santé parmi les piliers de la stratégie du gouvernement pour la relance de la croissance et la réduction de la pauvreté. Le comportement de la demande de soins de santé des ménages est un déterminant primordial de la santé de la population. Ce comportement dépend très fortement de la quantité et de la qualité de l'offre de santé à laquelle les ménages font face.
2. **L'offre de soins de santé au Tchad a connu une forte amélioration durant la dernière décennie.** En effet, la moitié des centres de santé primaires du pays a été construite après 1994. Le secteur privé, à but lucratif ou non, a contribué de manière non négligeable à cette croissance de l'offre même s'il s'est plutôt concentré sur les centres urbains. L'offre de soins de santé aux populations rurales est toujours problématique. En effet, la grande majorité (84%) des CS visités en milieu rural sont en situation de monopole et sont donc les seuls à offrir des soins de santé à la localité.
3. **Malgré une amélioration sensible dans le temps, la qualité de service des soins sanitaires offerts par le secteur public est encore loin du potentiel de ce secteur.** Les CS publics sont rarement rénovés, ne disposent pas d'infrastructures de base en quantité suffisante, et emploient le personnel le moins qualifié. Plus de 40% des CS publics ne disposent pas d'eau potable, 80% fonctionnent sans électricité, et seulement 3% de ces CS ont un médecin qui y exerce. En termes d'équipements plus de 15% des CS publics ne disposent pas de stéthoscope, 77% n'ont pas de stérilisateur et 93% sont sans radio pour la communication. La situation est pire en milieu rural.
4. **Les ruptures de stocks pour des médicaments comme la chloroquine ou les sels de réhydratation orale sont encore courantes dans le secteur santé.** Durant l'année 2003, près de 60% des CS ont connu au moins une rupture de stock pour 9 médicaments et 2 consommables médicaux considérés. La disponibilité continue des médicaments dans le CS est encore loin d'être achevée au Tchad. Les CS publics et les CS ruraux sont ceux qui ont la plus importante probabilité de connaître une rupture de stock. Il n'est cependant pas clair si les ruptures sont liées à un problème d'approvisionnement en amont du système, à un manque de ressources financières, ou à une mauvaise planification des responsables de CS.
5. **Malgré une meilleure information des populations sur les maladies importantes comme le VIH/Sida peu de CS offrent les tests de dépistage à la population.** Avec une moyenne nationale de 6,7% de CS qui propose le test ceci ne participe pas à juguler le processus d'augmentation du taux de prévalence du Sida. Une proportion infime (1,7%) des CS publics propose le test, ce sont surtout les ONG et les CS privés qui s'activent dans ce secteur avec 43% et 31% de leurs CS respectivement qui proposent les tests à la population. Des progrès énormes restent à faire surtout du côté de l'offre pour une lutte efficace contre ce fléau.
6. **Malgré les conditions difficiles, la majorité du personnel des CS s'estime relativement satisfaite.** Plus des deux tiers (69%) des agents de santé disent être satisfaits ou très satisfaits de leur travail. Le taux de satisfaction le plus élevé est pour le personnel des ONG et en termes de localisation à N'Djaména. Paradoxalement, près de la moitié du personnel se dit aussi prête à quitter le centre si l'opportunité se présente. Le salaire moyen mensuel d'un agent de la santé est relativement bas et s'établit à 50.800 FCFA en 2004 soit moins de \$100 US. Le secteur privé et

les ONG ont les salaires moyens les plus élevés. Cet ordre n'est cependant pas toujours respecté lorsqu'on considère différentes catégories de personnel.

7. **La présence du personnel féminin en quantité suffisante qui constitue un axe important pour la santé maternelle en général et la lutte contre la mortalité maternelle en particulier n'est pas encore complètement assurée.** Avec la concentration des femmes dans la capitale, à cause des difficultés de les affecter dans les régions, l'efficacité allocative du personnel reste un objectif illusoire et lointain. Un CS public compte dans son personnel 16% de femmes en milieu rural contre 54% à N'Djaména. Le nombre moyen de femmes dans un CS public dans la capitale est supérieur au personnel total moyen d'un CS public rural.
8. **En raison d'une centralisation excessive qui génère un taux de déperdition important, les ressources publiques ne contribuent pas pleinement dans la production de soins de santé.** Lorsqu'on considère le budget de fonctionnement hors salaires, la part des DRS constitue 60% du budget du MSP. Cependant, la part effectivement reçue au niveau des DRS est estimée à 18%. Les CS qui constituent le niveau opérationnel et le premier point de contact avec les populations reçoivent quant à eux une part estimée à moins de 1% de ce budget. Le fait que les ressources publiques, en grande partie, n'arrivent pas à destination constitue un frein considérable à une meilleure santé des populations. Pour l'année 2003, il est estimé, que si les ressources publiques arrivaient en totalité au niveau des régions, la population fréquentant les CS aurait plus que doublé.
9. **Le MSP exécute au niveau central 80% du budget hors salaires des DRS sous forme d'achats centralisés. En 2003, les DRS ont reçu moins de 6,5% de la valeur de ces achats centralisés.** De plus, le MSP envoie tardivement le matériel aux DRS car la première réception de matériel par un délégué régional a eu lieu le 3 Septembre 2003. Selon les bons de livraison du magasin central, le MSP a envoyé du matériel aux DRS une seule fois dans l'année.
10. **Le manque total de transparence sur les informations budgétaires au niveau des délégations régionales et districts sanitaires facilite la capture du budget de la santé au niveau du MSP.** Les DRS et MCD ne possèdent aucune information sur les ressources qui leurs sont allouées. La disponibilité d'information sur la répartition régionale des achats centralisés permettrait aux délégués régionaux de s'assurer que les ressources reçues au niveau de leurs régions correspondent aux parts qui leurs sont dévolues. De même, la disponibilité d'information budgétaire au niveau des MCD et des CS permettrait à ces responsables de s'assurer d'une réception adéquate de ressources médicales au niveau de la population.
11. **Malgré une ligne budgétaire médicament importante, seuls 10% des CS rapportent avoir reçu une dotation de la part des autorités administratives.** Les dotations de médicaments sont normalement réservées aux CS nouvellement établis ou en difficulté. Cependant, pour les CS ayant 3 années ou moins d'existence, seuls 16% ont reçu une dotation de médicaments. La ligne budgétaire médicament ne connaît pas de problème d'exécution car elle est presque totalement consommée en comparant les commandes du MSP à la CPA et le montant de cette ligne budgétaire pour l'année 2003. On estime à 3% la part de ce budget qui parvient aux CS primaires.
12. **L'absence de règles officielles d'allocation des ressources budgétaires accentue le problème de capture des ressources.** Il n'existe pas de clé de répartition des ressources d'un niveau hiérarchique vers le niveau plus bas. L'allocation du budget du MSP entre les régions, du budget des régions entre les districts sanitaires, ou du budget de ces derniers entre les CS dépend entièrement du détenteur des ressources. La mise en place de règles d'allocation permettrait de

réduire les comportements discrétionnaires et la capture des fonds publics de la part des responsables administratifs, et d'accroître la réception des ressources vers les unités qui offrent directement des soins à la population

13. **Les ménages et leurs communautés supportent le plus lourd fardeau dans le fonctionnement des CS primaires.** On estime que les populations contribuent par le recouvrement des coûts à hauteur de 62% du fonctionnement total, c'est-à-dire salaires inclus, des CS. Le coût total moyen pour un patient du CS s'élève à 2516 FCFA. Ce tarif inclut les frais de consultation, les tests de laboratoires et les médicaments. À N'Djaména, le patient moyen débourse 4320 FCFA contre 1276 FCFA en milieu rural et 1191 FCFA dans les autres centres urbains. Les dépenses associées aux médicaments représentent près des trois quarts des coûts totaux des patients.
14. **De fortes inégalités existent dans le système de santé du Tchad. Les plus nantis ont une meilleure accessibilité, géographique ou financière, aux soins de santé et reçoivent une meilleure qualité de soins.** Parmi les individus du quintile le plus riche 44% ont un autre CS à proximité de leur résidence contre 13% seulement pour les individus du quintile le plus pauvre. Pour les patients les plus nantis, les frais médicaux représentent 2,1% de leurs revenus mensuels contre 21% pour les plus pauvres qui supportent donc un fardeau dix fois plus lourd. Les plus nantis reçoivent plus souvent un accueil chaleureux, jouissent de consultations médicales plus longues et ont de meilleures chances de voir leurs préférences quant au sexe de l'agent de santé qui s'occupe d'eux respectées.
15. **Les paiements informels dans le secteur santé au Tchad semblent moins présents que dans les pays voisins.** Une minorité (3,8%) des patients affirme avoir fait des versements informels. Cette proportion est plus élevée dans le secteur public (4,7%). Ces paiements visent à réduire le temps d'attente ou sont une forme de cadeau spécial à l'agent de santé.
16. **Les CS confessionnels sont les plus performants du pays pour la majorité des indicateurs de performance considérés dont le nombre moyen de patients reçus ou le nombre de patients par employé.** Un CS confessionnel traite annuellement 2300 patients de plus que le CS Tchadien moyen. Les employés des CS confessionnels sont aussi les plus productifs du pays. Un employé moyen d'un CS confessionnels soigne par année 270 patients de plus qu'un agent de la santé moyen. Cet écart se creuse pour atteindre 970 patients lorsque seuls les employés qualifiés sont considérés.

## EXECUTIVE SUMMARY

1. Chad Poverty Reduction Strategy Paper considers the health sector as a central pillar of the government's strategy to revive growth and alleviate poverty. Households' demand for health care is a paramount determinant of the population health status. Demand in turn strongly depends on the quantity and the quality of health care supply the households face.
2. **During the last decade, health care supply in Chad has strongly improved.** Indeed, the median year of construction for the health facilities is 1994. The private sector, both for profit and non-profit, contributed to a great extent to this improvement even though private providers mostly settled in urban areas. However, health care supply to the rural populations is still very deficient. Indeed, the vast majority (84%) of the health facilities in rural areas are *de facto* monopolies since they are the sole providers of health care within a wide radius.
3. **Despite a noticeable improvement over time, the quality of service of the medical care offered by the public sector is still far from the potential of this sector.** Public providers seldom renovate their premises, often lack of basic infrastructures, and employ the less qualified personnel. More than 40% of public facilities do not have drinking water, 80% function without electricity, and only 3% of these facilities have a doctor. In terms of equipment more than 15% of public providers do not have stethoscope, 77% do not have a sterilizer and 93% have no radio for communication. The situation is even worse in the rural areas.
4. **Stock-outs of important drugs like chloroquine or oral rehydration salts are still prevalent in the health sector.** In 2003, nearly 60% of providers experienced stock-out for at least one item on a list of 9 drugs and 2 medical consumables. The continuity of drug availability is still far from being achieved in Chad. Public and rural providers have a significantly higher probability of having a stock-out. It is however not clear whether stock-out problems are imputable to the upstream part of the chain of drugs supply, providers' lack of financial means, or simply lack of planning from the facility's head.
5. **Despite of the population's better knowledge and awareness of important diseases such as HIV/AIDS few facilities offer testing to the general public.** With a national average of only 6.7% providers that do offer the HIV/AIDS test, the supply side of the health sector does not fully participate in the battle against the pandemic to help curb the process of an increasing prevalence rate. A negligible proportion (1.7%) of public facilities proposes the test, NGO and private providers are the most active in offering the HIV/AIDS test with respectively 43% and 31% of these providers that propose the test to the population. A lot of progress remains still to be made from the supply side actors for an effective and efficient fight against this plague.
6. **Despite difficult working conditions, a majority of the personnel answers positively to a self assessment question on satisfaction.** More than two thirds (69%) of the health workers say they are satisfied or very satisfied with their work. The facilities affiliated to an NGO and those located in N'Djaména have the highest rate of satisfaction is for the personnel. Paradoxically, about half of the personnel also acknowledged its readiness and willingness to quit the facility would the opportunity arise. The monthly average salary for the average health worker is relatively low around 50,800 FCFA in 2004 i.e. less than US\$100. The private sector and the NGOs offer the highest average salary. There are however great variations across categories of personnel and across provider type.

7. **The presence of the female staff in sufficient numbers which is an important ingredient for maternal health in general and the fight against maternal mortality in particular is not yet completely assured.** With the concentration of the women in the capital, because of the difficulties of posting them in rural areas, personnel allocative efficiency remains an elusive and remote objective. The female personnel of the average rural public facility represents about 16% of the total staff compared to 54% for the average public facility in N'Djaména. There are more female health workers in a typical public facility in the capital than total personnel in the average rural public facility.
8. **Because of an excessive centralization that triggers a huge leakage rate public resources do not fully contribute to the production of health care.** Considering the non-wage recurrent budget, the share of the DRS represents about 60% of the MoH budget. However, the share of the resources that actually reach the regions has been estimated at 18%. The frontline providers which are the operational level and the entry point for the population receive less than 1% of the MoH non-wage recurrent budget. The sheer fact that public resources do not reach in full their intended beneficiary has a tremendous negative impact on the health status of the population. For 2003, it is estimated that would public resources reached in their entirety the frontline providers, the number of patients seeking primary health care in Chad would have more than doubled.
9. **The MoH executes at the central level 80% of the non-wage recurrent budget allocated to the regions in the form of “achats centralisés” i.e. goods the MoH purchases and then procures to the regions. In 2003, the DRS received less than 6.5% of the value of these “centralized purchases”.** Moreover, the MoH tardily sends the material to the DRS. Indeed, the first reception of MoH's procured goods at the regional level took place on September 3, 2003. According to delivery orders obtained from the MoH's central storage and shipment facility in N'Djaména, the MoH sent goods and materials to the DRS only once during the year 2003.
10. **The total lack of transparency on budgetary information at the regional and district levels greatly facilitates the capture of the MoH budget at the central level.** The regional delegates and heads of the health district do not have any information on the resources the MoH earmarked for them. The availability of information on the regional allocation of the “centralized purchases” would allow the regional delegates to ensure that the resources they receive indeed correspond to their initial allocation. In the same vein, the availability of budgetary information to the district and health facility heads would help ensure that adequate medical resources reach the population.
11. **Despite a significant budget credit line for drugs purchases, only 10% of facilities have received any drugs from the administrative authorities.** The MoH normally allocates drugs to new or recently established facilities. It may also send drugs to facilities which face temporary cash flow difficulties. However, for all facilities in our sample which are less than 3 years old, only 16% received any drug. The budget credit line for drugs has however almost completely consumed by comparing for 2003 the amount of the MoH purchases to the CPA and the amount of this credit line. It is estimated that only 3% of this budget credit line actually reaches primary health care facilities.
12. **The absence of official allocation rules for public resources exacerbates the problem of capture.** The allocation of the MoH budget among the regions, of a region's budget among its health districts, or of the resources of a health district among its facilities depends entirely on the administrator of those resources. The erection and implementation of official allocation rules would help reduce the discretionary powers of those administrators and alleviate the capture of

public funds. Ultimately, this could help increase the amount of resources that reach the intended beneficiaries i.e. the population.

13. **Contrary to common belief, the households and their communities shoulder the heaviest burden of the operating costs of the average primary health care facility.** It is estimated that the populations contribute a total of 62% to the facilities costs of operation. The average total cost for a patient is around 2,516 FCFA. This includes the price of the consultation, laboratory tests and drugs. In N'Djaména, the average patient spends 4,320 FCFA against 1,276 FCFA in rural areas and 1,191 FCFA in the other urban centers. Expenditures on drugs account for about three quarters of the total costs for the average patient.
14. **There are stark inequities in the Chadian health system. The most affluent have a better access, both geographical and financial, to health care and receive a higher quality of care.** About 44% of individuals in the wealthiest quintile have another health care provider close to their home; this proportion drops to 13% for the poorest quintile. For the most affluent patients, the out-of-pocket medical expenses account for 2.1% of their monthly incomes versus 21% for poorest which thus support a burden ten times heavier. The most affluent are more likely to have an amicable welcome, enjoy longer medical consultations and their preferences as to the sex of the health worker who treats them are more likely to be respected.
15. **Informal charges practices in the health sector seem less prevalent in Chad than in neighboring countries as suggested by several studies.** A minority (3.8%) of the patients reports to have made informal payments. This proportion is higher in the public sector (4.7%). These payments aim at reducing the waiting time and most of the time are presented as special gifts for the health worker.
16. **Religious not-for-profit facilities are the most efficient providers for a variety of performance indicators *inter alia* the average number of outpatients and the number of patients per staff.** A typical religious not-for-profit facility treats on average 2,300 more patients than the average Chadian provider of primary health care. The employees of the religious not-for-profit facilities are also the most productive health workers. Indeed, an average employee in such a facility offers health care attention to over 270 patients more than the average health worker. This difference grows hollow to reach 970 patients when the sample is restricted to qualified workers only.

## UN SURVOL DE L'OFFRE DE SANTE AU TCHAD EN 2003

	APPARTENANCE				LOCALISATION			TCHAD
	Public	Privé	Confes- sionnel	ONG	N'djamena	Autre Urbain	Rural	
<b>Caractéristiques Générales des CS</b>								
Année Moyenne de construction	1987	1993	1987	1995	1989	1985	1988	1988
Année Médiane de construction	1993	1996	1990	1995	1996	1993	1993	1994
% CS rénovés au moins une fois	43,2	48,7	61,4	57,1	61,2	52,2	41,6	47,1
% CS avec Électricité	19,9	71,8	54,6	71,4	71,2	57,9	18,9	33,8
% CS avec Eau potable	59,2	84,6	68,2	100	94,2	73,7	55,5	65,1
% CS avec Radio	6,8	2,6	9,1	28,6	3,9	2,6	9,0	7,1
% CS avec Voiture ou moto	30,4	38,5	50,0	14,3	28,9	15,8	39,3	34,2
% CS avec Stérilisateur	23,0	51,3	68,2	71,4	40,4	31,6	34,6	35,2
% CS avec Stéthoscope	84,3	97,4	100	100	90,4	94,7	87,4	89,0
% CS avec Toise	53,4	30,8	56,8	71,4	40,4	55,3	53,4	51,3
% CS avec Réfrigérateur	80,1	61,5	79,6	85,7	73,1	63,2	81,7	77,6
% CS avec Boîte d'accouchement	42,9	64,1	84,1	57,1	53,9	31,6	56,5	52,7
<b>Environnement Concurrentiel</b>								
% CS Situation de Monopole	63,4	25,6	77,3	14,3	1,9	13,2	83,8	59,1
Nombre compétiteurs à 2kms	0,7	2,4	0,4	1,7	3,0	1,7	0,2	0,9
<b>Caractéristiques du Personnel des CS</b>								
Taille moyenne	6,0	7,78	8,03	8,0	11,17	8,11	5,02	6,58
% de femmes	24,8	23,7	28,5	41,2	41,5	35,2	19,3	25,5
% Médecins	0,4	10,2	0,7	8,2	10,5	2,4	0,07	2,3
% Autres Qualifiés	32,3	36,8	30,3	45,2	41,6	34,7	30,45	33,1
% Matrones	5,0	5,6	15,2	2,4	2,0	3,4	8,15	6,4
% Non Qualifié	62,3	47,4	53,8	44,2	45,9	59,5	61,33	58,2
% Absents (Réponse responsable CS)	10	10	9	4	11	13	9	10
% Absents (Estimation enquête)	20	30	20	26	26	23	20	21
Salaire Moyen	41,4	106,6	37,7	77,5	--	--	--	50,8
Salaire Médian	35,2	47,1	33,0	93,2	--	--	--	36,2
% Reçu Intégralité Salaire	92,0	94,9	95,9	100	96,6	92,5	92,1	93,4
% Reçu Salaire à Temps	80	96	92,3	100	89,1	87,3	85,5	86,3
<b>Niveau d'Éducation Personnel</b>								
Aucun	7,6	3,3	6,8	11,6	4,6	6,8	7,5	6,6
Primaire	24,0	14,0	25,8	3,8	8,8	21,2	29,0	22,3
Secondaire	64,1	67,7	60,1	84,6	72,0	68,4	59,9	64,6
Enseignement Tech. et Sup.	4,3	15,0	7,3	0,0	14,3	3,6	3,6	6,5
<b>Satisfaction du Personnel</b>								
Satisfait ou Très Satisfait	68,5	64,9	72,6	80,8	70,5	67,9	68,5	69,0
Indifférent	5,2	13,3	3,5	3,8	8,0	6,3	5,1	6,1
Insatisfait ou Très Insatisfait	26,3	21,8	23,9	15,4	21,5	25,8	26,4	24,9
Veut Quitter Centre	50,6	44,9	44,4	46,2	50,5	43,0	49,4	48,6
<b>% CS Rupture de Stock Médicaments</b>								
SRO	26,70	12,82	11,36	14,29	28,85	26,32	19,37	22,06
Cotrimoxazole	11,52	0,00	11,36	0,00	13,46	7,89	8,90	9,61
Chloroquine	14,66	5,13	6,82	14,29	11,54	21,05	10,47	12,10
Métronidazole	15,18	5,13	13,64	14,29	17,31	15,79	12,04	13,52
Mébendazole	17,80	5,13	6,82	28,57	25,00	13,16	12,04	14,59
Tétracycline	19,90	10,26	15,91	28,57	17,31	39,47	14,14	18,15
% CS connu rupture en 2003	62	41	52	28	50	58	58	56

## SUIVI DES DEPENSES PUBLIQUES A DESTINATION — SECTEUR SANTE TCHAD 2004

	APPARTENANCE				LOCALISATION			TCHAD
	Public	Privé	Confes- sionnel	ONG	N°djamena	Autre Urbain	Rural	
<b>Services Offerts par les CS et Production des CS</b>								
% CS offrant Accouchements normaux	78,5	45,7	90,7	57,1	32,0	57,9	91,6	75,6
% CS offrant Accouch. compliqués	40,0	31,4	72,1	28,6	6,0	26,3	58,2	43,8
% CS offrant Paludisme	98,9	94,3	97,7	85,7	92,0	97,4	99,4	97,7
% CS offrant IRA	98,3	85,7	97,7	71,4	86,0	97,4	98,3	95,9
% CS offrant Diarrhée	98,9	94,3	97,7	85,7	92,0	97,4	99,4	97,7
% CS offrant VIH/Sida	1,7	31,4	2,3	42,9	28,0	7,9	0,6	6,7
% CS offrant Autres IST	84,5	80,0	90,7	85,7	68,0	86,8	89,3	85,0
Moy. Mensuelle Consultations Totales	464,6	543,2	702,5	396,1	573,0	929,9	424,3	510,8
Moy. Mens. Cons. Tot. par Employé	82,1	70,2	108,0	71,9	53,3	115,6	87,7	85,4
Moy. Mens. CTot. par Emp. Qualifié	291,0	212,1	379,2	121,3	131,4	354,0	329,4	297,6
<b>Structure du Financement des CS</b>								
<i>Contribution en % Total Hors Salaires</i>								
Communautés	88,36	96,64	90,30	78,47				89,73
Bailleurs	8,07	3,36	9,70	21,53				7,99
État	3,57	0,00	0,00	0,00				2,28
<i>Contribution en % Total Fonctionnement</i>								
Communautés	62,43	93,03	86,91	42,73				69,71
Bailleurs	5,70	3,24	9,33	11,73				6,21
État	31,86	3,73	3,76	45,54				24,08
% CS avec Appui direct Bailleurs	17,8	12,8	20,4	71,4	23,1	7,9	23,1	18,9
<b>Supervision des CS par les Autorités Administratives</b>								
% CS supervisés district	83	33	70	43	33	70	84	73
% CS supervisés délégation	45	20	36	28	19	51	43	39
% CS supervisés	85	38	73	57	38	74	86	76
Moyenne visites district	2,70	0,85	2,12	0,86	0,96	1,70	2,79	2,30
Moyenne visites délégation	0,80	0,20	0,74	0,29	0,31	1,03	0,74	0,70

## Déperdition des Ressources Publiques Matérielles et Financières en 2002 et 2003

	Ressources Allouées DRS		Ressources Reçues DRS		Ressources Reçues CS	
	Hors Salaires	Total	Hors Salaires	Total	Hors Salaires	Total
<b>Année 2002</b>						
Millions de FCFA	5.339	7.496	1.151	3.308	70,99	2.228
% MSP hors Salaires	<b>76,52</b>	107,44	<b>16,50</b>	47,41	<b>1,02</b>	31,93
% MSP Fonctionnement	50,39	<b>70,74</b>	10,86	<b>31,22</b>	0,67	<b>21,03</b>
% DRS hors Salaires	100,00	140,40	<b>21,56</b>	61,96	<b>1,33</b>	41,73
% DRS Fonctionnement	71,22	100,00	15,35	<b>44,13</b>	0,95	<b>29,72</b>
<b>Année 2003</b>						
Millions de FCFA	5.470	8.030	1.461	4.021	71,09	2.631
% MSP hors Salaires	<b>67,43</b>	98,99	<b>18,01</b>	49,57	<b>0,88</b>	32,43
% MSP Fonctionnement	40,80	<b>59,89</b>	10,90	<b>29,99</b>	0,53	<b>19,62</b>
% DRS hors Salaires	100,00	146,80	<b>26,71</b>	73,51	<b>1,30</b>	48,10
% DRS Fonctionnement	68,12	100,00	18,19	<b>50,07</b>	0,89	<b>32,76</b>

## Chapitre 1. INTRODUCTION

Ce rapport présente les résultats de l'enquête auprès des établissements sanitaires qui constitue le second volet du Système de Suivi des Dépenses publiques jusqu'à leur Destination (SSDD). Afin d'accroître l'impact des ressources publiques sur la réduction de la pauvreté, le Gouvernement du Tchad s'est engagé à améliorer la gestion et l'exécution du budget. La mise en place d'un système de suivi des dépenses publiques participe de cet objectif.

### *I. Contexte et Objectifs*

De nombreuses études théoriques et empiriques ont montré que la contribution des dépenses publiques dans l'atteinte des objectifs de réduction de la pauvreté est fonction de la combinaison de plusieurs facteurs. Outre le niveau des dépenses publiques, la qualité de la gestion des ressources publiques est une condition forte de l'efficacité des dépenses. Ceci signifie que le niveau des ressources doit respecter une série de principes de gestion budgétaire saine : compatibilité avec la contrainte financière globale, lien avec le niveau des besoins de réduction de la pauvreté, allocation des ressources en conformité avec les priorités nationales et une prestation des services de base de qualité.

La problématique de la qualité des prestations des services publics renvoie à une question centrale dans la réduction de la pauvreté : comment s'assurer que les destinataires désignés des services publics en bénéficient effectivement ? Les leçons internationales dans ce domaine, indiquent que la mise en place d'un système d'incitations qui privilégie l'allocation des crédits basée sur les performances, les récompenses basées sur les performances et le mérite et la conduite d'enquêtes orientées vers les clients (dont les perceptions devront permettre de réorienter les politiques des dépenses publiques et les mécanismes de prestation des services publics), devra aider à améliorer les résultats dans ce domaine et à respecter ces principes de bonne de gestion des dépenses publiques.

La présente enquête de suivi des dépenses publiques dans le secteur de la santé s'inscrit dans le cadre de l'appui que la Banque Mondiale entend apporter au Gouvernement du Tchad, sur la gestion des dépenses publiques. Pour le secteur de la santé (et les secteurs sociaux de manière générale), dont les allocations budgétaires ont sensiblement augmenté notamment à la suite de l'initiative PPTE et de l'avènement de l'ère pétrolière, le gouvernement et ses partenaires techniques et financiers tiennent à s'assurer que les fonds mis à sa disposition pourront atteindre leurs objectifs de réduction de la pauvreté, en parvenant au destinataire final. L'accroissement des allocations budgétaires ne se traduit pas toujours par une meilleure performance du secteur et des indicateurs en amélioration. En effet, les ressources allouées peuvent ne pas parvenir – ou arriver très en retard – au destinataire final à cause de l'existence de goulots d'étranglement dans le système d'acheminement des ressources. Même lorsque les ressources arrivent à temps et en totalité au destinataire, elles peuvent ne pas avoir d'impact sur les indicateurs si elles sont utilisées de manière inefficace. Seule une étude approfondie du système dans son ensemble, du niveau central à la périphérie, peut permettre d'identifier les sources d'inefficacité.

L'enquête devra permettre d'aboutir à une identification ainsi qu'une analyse des causes des dysfonctionnements éventuels constatés dans l'acheminement des ressources publiques aux destinataires désignés (écarts entre montants exécutés et montants arrivés, délais et retards dans l'arrivée des fonds d'un niveau hiérarchique à l'autre) et proposer un plan d'actions destiné à améliorer l'effectivité des dépenses publiques ainsi qu'une procédure qui devra permettre de rendre

systematique ce type d'évaluation. Afin de mener à bien cette étude, tous les intervenants dans le circuit de la dépense ont été identifiés à tous les niveaux (central, déconcentré) et des questionnaires permettant la quantification des problèmes potentiels en termes de retards et/ou de déperdition de la ressource leur ont été administrés.

Les objectifs de l'enquête consistent à collecter des données pertinentes au niveau des structures administratives et des établissements sanitaires pour:

- analyser l'impact des contraintes et anomalies dans l'arrivée des dépenses de l'État à leur destination sur l'efficacité et la performance des établissements sanitaires;
- fournir des données de base sur les caractéristiques importantes des établissements sanitaires, surtout celles déterminant la qualité du service public ;
- fournir des informations sur les éléments explicatifs des différences de performance éventuelles entre les établissements sanitaires et contribuer à la définition des actions à entreprendre pour corriger ces différences ;
- analyser l'impact de la qualité du service public sur le comportement de la demande de soins de santé des usagers des infrastructures sanitaires.

## ***II. Méthodologie de l'enquête***

L'amélioration des indicateurs de santé dépend fortement de la performance des centres de santé. Les centres de santé ne maîtrisent pas totalement leur performance car celle-ci est fonction de leurs ressources matérielles et financières et les chefs de CS n'ont souvent aucun contrôle sur ces ressources. Celles-ci proviennent des structures administratives, mais aussi de bailleurs externes. Le moral du personnel peut aussi avoir un impact non négligeable sur la performance, ainsi que la disponibilité continue de consommables médicaux qui peut dépendre du fournisseur comme la pharmacie régionale d'approvisionnement. Tous ces acteurs peuvent influencer sur la performance du CS et doivent par conséquent être intégrés dans l'enquête.

L'enquête a donc collecté des données à divers niveaux afin de capturer de manière aussi exhaustive que possible les informations pertinentes sur le système d'acheminement des ressources, les ressources humaines disponibles, la production des CS, et les perceptions des usagers. Les données ont été collectées à l'aide questionnaires adressés a) au délégué régional, b) au médecin-chef de district, c) au responsable de la PRA, et d) au responsable du CS. En plus de cela des données secondaires ont été directement collectées au niveau central du MSP au magasin central, à la division du système d'information sanitaire et à la division des ressources financières. La CPA a aussi été visitée et a fourni des informations sur les médicaments importants suivis par l'enquête. Enfin, pour avoir la perception des usagers des services de santé, dans chaque CS visité un certain nombre de patients ont été interviewés.

### **2.1. Plan d'échantillonnage**

La stratégie d'échantillonnage de l'enquête a été fortement influencée par le système d'allocation des ressources publiques. En effet, les CS ne disposent pas de budget propre et reçoivent des ressources des autorités administratives. Étant donnée la structure pyramidale du système de santé Tchadien, la majorité des ressources allant aux CS doit passer par le MCD. Il n'existe cependant pas de formule exacte pour l'allocation des ressources mises à la disposition d'une structure administrative ou productive. Par exemple, le MCD alloue en toute discrétion les ressources qui lui sont confiées pour

les CS sous son autorité. Il en est de même pour le délégué. L'inexistence de cette formule d'allocation nous oblige donc à visiter tous les CS dans un district donné afin de pouvoir capturer toutes les ressources publiques allouées à ce district. L'enquête ayant pour ambition de pouvoir comparer les différentes délégations, il était nécessaire que l'échantillon des CS dans une délégation donnée soit représentatif des CS de cette délégation. Puisqu'un des objectifs fixés dans l'enquête est de pouvoir comparer les régions il fallait aussi visiter toutes les délégations.<sup>1</sup> La stratégie d'échantillonnage a donc été faite en deux étapes. Dans chaque délégation un ou deux districts ont été choisis aléatoirement en fonction du nombre de district dans la délégation. Ensuite, dans chaque district sélectionné tous les centres de santé sans exception doivent être visités. Ndjaména a reçu un traitement particulier étant donnée son importance. En effet tous les centres de santé de la capitale ont été intégrés dans l'enquête. La liste originale des CS a été remise par la DSIS. De plus, les enquêteurs ont reçu instruction de visiter tout centre de santé qui serait identifié mais ne figurant pas sur la liste de la DSIS, ceci afin d'aider à compléter la liste de la DSIS surtout pour les CS privés

Pour capturer les caractéristiques des agents de santé, le personnel aussi a été interviewé. La stratégie d'échantillonnage du personnel est relativement simple. Dans chaque CS, les enquêteurs doivent administrer une dizaine de questionnaires. Lorsque la taille du personnel est inférieure à 10, tout le personnel répond au questionnaire. Pour les CS ayant plus de 10 employés, tous les médecins doivent être interviewés, ensuite les enquêteurs procèdent à un tirage aléatoire sur les autres employés pour compléter la dizaine.

Les usagers du CS aussi ont fait l'objet de l'enquête. Ainsi que pour les employés, l'objectif était d'interviewer une dizaine de patients par CS. L'échantillonnage des patients est rendu difficile par le caractère aléatoire du nombre de patients visitant un CS par jour. Certains CS peuvent ne recevoir aucun patient un jour et en recevoir plus qu'il ne peut gérer le lendemain. De plus, sans maîtrise de la population potentielle des patients il est difficile d'avoir une stratégie menant à un échantillon représentatif de la population cible. La stratégie retenue pour les patients a donc été d'interviewer les dix premiers patients après qu'ils aient été consultés. Lorsqu'à la fin de la journée le CS n'a pas reçu dix patients, on ne retient que les patients qui ont visité le CS ce jour là.

En définitive le tableau 1.1 présente les entités qui ont répondu à un questionnaire ainsi que le nombre effectif de questionnaire saisi pour chaque entité.

Tableau 1.1. : Structure de l'échantillon

Entité	Nombre
Délégation Régionale Sanitaire	15
Pharmacie Régionale d'Approvisionnement	13
District Sanitaire	21
Centre de Santé	281
Employé	1274
Patient	1801

<sup>1</sup> Il faut noter que le B.E.T. n'a pas été couvert principalement pour des raisons d'insécurité, mais aussi à cause du faible nombre de centres de santé et de la dispersion extrême de ces CS.

## 2.2. Instruments de Collecte

Chaque questionnaire a été rigoureusement confectionné pour collecter des informations permettant d'apporter des réponses quantitatives. Le questionnaire des DRS a collecté des informations sur :

- Le nombre de districts dépendant du DRS ;
- Le nombre de structures sanitaires sous la responsabilité du DRS ;
- La composition et la distribution spatiale des structures sanitaires ;
- Les perceptions du DRS sur les facteurs pouvant améliorer la qualité des soins ;
- Les équipements à la disposition de la DRS ;
- La structure du financement de la DRS ;
- Les critères d'allocation, aux DS et CS, des ressources reçues par le DRS ;
- Les ressources effectivement reçues et l'allocation effective aux DS ;
- La supervision des DS et CS par le DRS.

Le questionnaire adressé au MCD capture globalement les mêmes informations tandis que le questionnaire des CS est plus riche et permet d'obtenir des informations sur :

- Les caractéristiques du CS et de son environnement opérationnel ; date de construction du CS ; financeur de la construction ; population desservie ; équipements à la disposition du CS ; nombre de prestataires offrant les mêmes services dans un rayon de deux (2) kilomètres ; etc...
- Les services offerts par le CS avec un accent mis sur la santé de l'enfant et de la mère ainsi que les principales maladies contribuant fortement au taux de morbidité du pays comme le paludisme et les infections respiratoires aiguës ;
- La pratique du recouvrement des coûts, les prix que les usagers doivent payer par type de service ; les exonérations offertes aux groupes vulnérables ; etc...
- La structure des ressources humaines comme le nombre de médecins, IDE, filles de salle ; les salaires moyens par type de personnel ; la proportion d'agents absents au moment du passage de l'enquête ; etc...
- Les ressources financières et matérielles publiques parvenant au CS ; les dates de réception du matériel lorsque le CS en reçoit ;
- Les appuis des bailleurs externes ;
- La gestion et l'administration du fonctionnement du CS ; les relations avec les populations à travers les comités de gestion et santé ;
- Les relations avec les autorités administratives principalement pour les visites de supervision.

Les questionnaires employé et patient sont centrés sur :

- Leurs caractéristiques ainsi que celles de leurs ménages ;
- Leurs perceptions sur le système de santé.

## 2.3. Collecte et entrée des données

La collecte des données a été menée par un cabinet local de consultants : le Cerdo. Elle s'est étalée sur plus de deux mois dans toutes les régions du pays. Le premier questionnaire a été administré le 11 mai et le dernier le 16 juillet 2004. La région d'Abéché n'a pas été couverte comme prévu à cause de la situation au Darfur dans le Soudan voisin. Le B.E.T. aussi a été écarté de l'échantillon pour des raisons d'insécurité. Mis à part ses deux régions, la collecte s'est déroulée dans de bonnes conditions

et correspond de très près au plan d'échantillonnage initial. Les questionnaires ont tous été retournés à Ndjaména où le Cerdo avait une équipe prête pour la saisie des données qui a été effectuée à l'aide de CsPro un logiciel d'entrée de données parmi les plus performants sur le marché actuellement.

## Chapitre 2 : LE SECTEUR DE LA SANTE PRIMAIRE AU TCHAD

### Principaux Résultats:

- L'âge moyen des CS est de 16 années. Les CS localisés dans les centres urbains autres que N'djamena sont plus anciens avec une moyenne d'âge de 20 années contre 15 années dans la capitale. Près de 50% des CS ont été construits les 10 dernières années.
- Près de la moitié des CS (47%) a été rénovée et les travaux remontent en moyenne à 5 ans. La proportion de CS rénovés est plus élevée dans la capitale (69%) contre seulement 42% en milieu rural.
- Environ la moitié des CS disposent de lits, dont environ 1/6 est réservé pour la maternité. En milieu rural, 53% des 525 lits disponibles sont dans les CS confessionnels, et 28% dans les CS publics. Dans la capitale, ce sont surtout les centres de santé privés qui disposent de lits, soit 64% des 197 lits disponibles.
- Environ 2/3 des CS n'ont pas accès à l'électricité. Cette proportion atteint 81% en milieu rural contre 34% pour les CS urbains. L'électricité fait défaut surtout dans les CS publics dont 80% n'y ont pas accès contre seulement 28% pour les privés et ONG.
- Environ 1/3 des CS n'ont pas accès à l'eau potable. Cette contrainte touche 41% des CS publics. L'accès est quasi universel à N'Djaména où moins de 6% des CS sont privés d'eau potable, contre le quart dans les autres villes et un peu moins de la moitié en milieu rural.
- À peine 7% des CS offrent des tests de dépistage du VIH/SIDA au Tchad. A peu près 31% des CS privés proposent le test contre à peine 2% des CS publics. A N'Djaména, 28% des CS effectuent les tests de dépistage du VIH/SIDA contre moins de 1% en milieu rural.
- Le manque de médicaments est la contrainte la plus importante qui affecte la gestion des CS et est qualifié de problème très important par 76% des responsables de CS. Le manque de personnel qualifié arrive en seconde place pour 63% des répondants.

Ce chapitre présente les principales caractéristiques des centres de santé au Tchad. Ces caractéristiques proviennent des données recueillies à l'aide des questionnaires sur les centres de santé, de même que sur les Rapports mensuels d'activité (RMA) et sur les patients.

## I. Caractéristiques Générales

### 1.1. Appartenance et Répartition

Comme nous l'avons indiqué au chapitre 1, l'échantillon est composé de 281 centres de santé primaire. Un peu plus des 2/3 d'entre eux sont d'affiliation publique, 14 % sont privés, 16 % sont confessionnels, et 3 % relèvent des ONG (Figure 2.1). Les 2/3 des centres de santé visités sont établis en milieu rural, environ le quart dans la capitale, et 14 % dans les autres villes du pays.

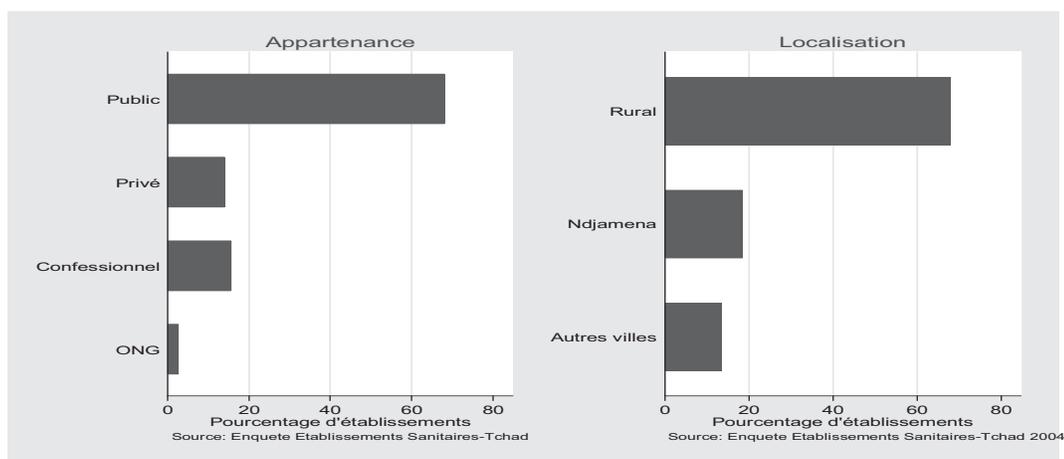


Figure 2.1 : Distribution des CS

Notons qu'un peu plus du tiers des centres de santé situés dans la capitale sont d'affiliation privée, contre environ le quart dans les autres villes, et seulement 6 % en milieu rural (Figure 2.2). En fait, le secteur public représente les  $\frac{3}{4}$  des effectifs en milieu rural, contre la moitié dans la capitale. De plus, le secteur privé est le second en importance en milieu urbain alors que les centres confessionnels occupent le second rang en milieu rural avec 1/5 des effectifs.

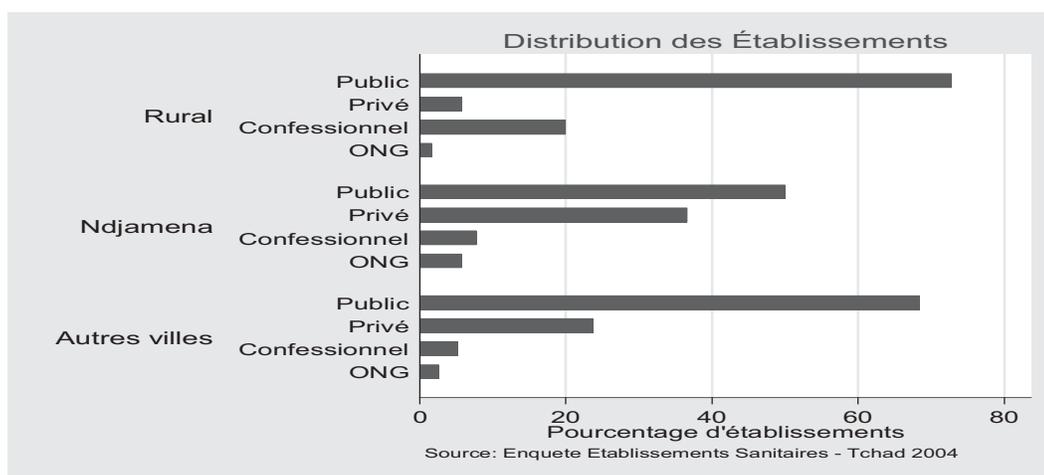


Figure 2.2 : Distribution conjointe des CS

En terme de répartition régionale, le secteur privé est absent de 7 des 15 délégations sanitaires visitées, soit trois régions du pays, le Centre-Est, le Nord-Ouest et le Nord-Est (Tableau 2.1). Près de 48% des centres de santé confessionnels sont localisés dans la région du centre, alors que l'on retrouve 16% d'entre eux dans le Sud Ouest et 14% à N'djamena. On note que les ONG sont absentes dans 4 des 7 régions du pays. Dans 2 régions, le Nord Ouest et le Nord Est, ni les ONG ni les confessionnels ne sont actifs, et on note uniquement des centres de santé publics.

Tableau 2.1 : Répartition Régionale des Centres de Santé

Type	RÉGIONS							Total
	Centre-Est	Nord-Ouest	Sud-Ouest	Sud-Est	Centre	Nord-Est	N'djamena	
Public	24	43	17	14	28	11	54	191
Privé	0	0	8	4	6	0	21	39
Confessionnel	2	0	7	8	21	0	6	44
ONG	1	0	0	2	0	0	4	7
Total	27	43	32	28	55	11	85	281

Source : Enquête Établissements sanitaires – Tchad 2004

### 1.2. Ancienneté

L'implantation des infrastructures sanitaires date en moyenne à 1988, et est plus ancienne en moyenne dans les centres urbains autres que la capitale. En moyenne, la construction des centres de santé remonte à 16 ans, les centres publics sont en moyenne un peu plus âgés, tandis que ceux opérés par les ONG sont, en moyenne, les plus récents (Tableau 2.2 et Figure 2.3).

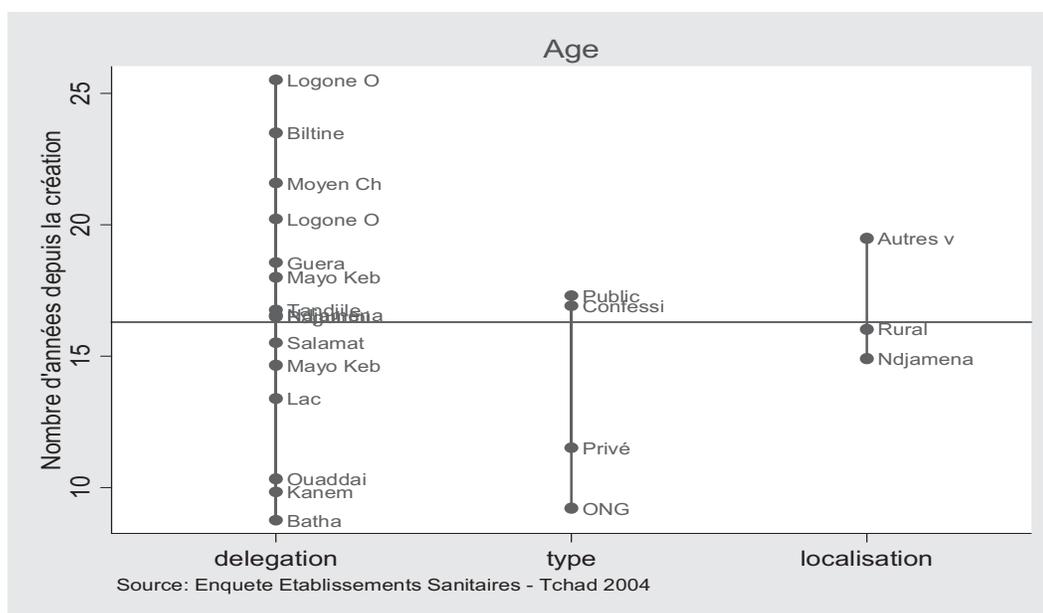


Figure 2.3 : Âge moyen des CS

Les centres de santé sont plus anciens dans les centres urbains autres que N'djamena, étant établis en moyenne depuis 20 ans (médiane 11 ans) contre 15 ans dans la capitale (médiane 8 ans). Près de 50 % des centres de santé ont été construits au cours des 10 dernières années. Les cliniques des ONG sont en moyenne les plus récentes, soit 9 ans. La construction des centres privés est également

relativement récente, ayant eu lieu en moyenne au cours des 12 dernières années (médiane 8 ans), contre 17 ans pour les centres publics et confessionnels (médianes 11 ans et 14 ans respectivement).

Tableau 2.2 : Caractéristiques générales des CS

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confes- sionnel	ONG	N'djamena	Urbain	Rural	Total
Année de construction								
Moyenne	1987	1993	1987	1995	1989	1985	1988	1988
Médiane	1993	1996	1990	1995	1996	1993	1993	1994
% rénovés	43,2	48,7	61,4	57,1	61,2	52,2	41,6	47,1
Année rénovation								
Moyenne	1998	2002	1998	1999	2001	1997	1998	1999
Médiane	1999	2003	2000	2003	2003	1997	1999	2000
Financement Construction								
MSP	35,9	5,1	2,3	0	17,0	41,7	24,2	25,3
Privé sans but lucratif	42,2	20,5	93,2	100,0	42,5	33,3	54,8	49,9
Privé	1,7	66,7	2,3	0	38,3	16,7	3,2	11,2
Communauté	18,2	7,7	2,3	0	2,1	8,3	17,7	13,8
Financement Rénovation								
MSP	28,8	5,3	0	25,0	19,4	11,8	20,8	19,2
Privé sans but lucratif	57,6	5,3	88,9	75,0	41,6	70,7	61,1	56,9
Privé	3,8	89,5	3,7	0	38,9	11,8	6,5	16,2
Communauté	10,0	0	7,4	0	0	5,9	11,7	7,7
Nombre d'établissements	191	39	44	7	52	38	191	281

Source : Enquête Établissements sanitaires – Tchad 2004

Au niveau des délégations sanitaires, on observe des différences très significatives quant à l'implantation du réseau de santé. Alors que dans le Logone Occidental et le Biltine les centres sont établis en moyenne depuis environ 25 ans, les centres situés dans le Batha, Kanem et Ouaddai datent de moins de 10 ans. Ainsi, dans la région du Nord Ouest, la moyenne est de 10,5 ans contre 21 ans dans les régions du Sud.

### 1.3. Financement pour la Construction des Centres de Santé

Près de la moitié des centres de santé ont été financés à l'aide de fonds en provenance d'organismes sans but lucratif, soit les ONG, les organismes confessionnels et les bailleurs de fonds. Si on distingue plus en détail les sources de financement, on note que le Ministère de la Santé publique arrive au premier rang des sources de financement pour la construction des infrastructures de santé. Il a financé le quart des centres de santé (Tableau 2.2 et Figure 2.4) tandis que les ONG et les bailleurs de fonds ont chacun financé environ 1/6 des centres de santé. Les organismes confessionnels et les communautés ont financé respectivement 14 % et 11 % des centres.

Les sources de financement varient grandement selon le milieu. En milieu rural, les fonds de la communauté sont particulièrement importants. Près de 90 % du financement communautaire se retrouve en milieu rural et cette forme de financement représente près de 18 % du financement total en milieu rural, contre seulement 3 % dans la capitale et 8 % dans les autres villes.

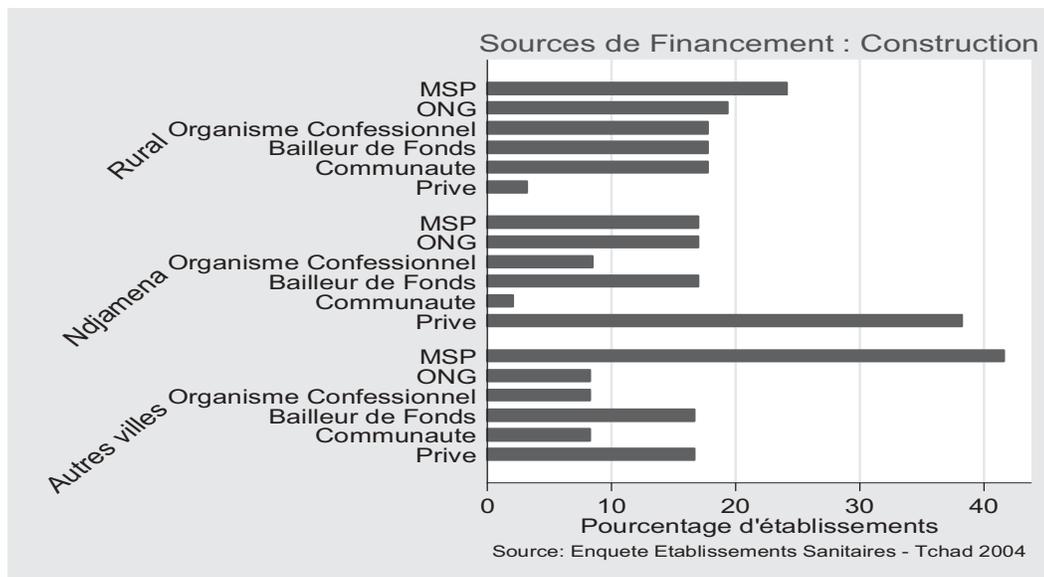


Figure 2.4 : Sources de financement pour la construction des CS

Les bailleurs de fonds, les organismes confessionnels et les ONG sont particulièrement actifs en milieu rural, alors que 70 %, 83 % et 77 % respectivement de leur financement se concentre dans ces régions. Le MSP est également en majorité actif en milieu rural où l'on retrouve 66 % de ses activités de financement. Le MSP est toutefois particulièrement important en milieu urbain autre que la capitale, représentant 42 % des sources de financement pour la construction des centres.

Le secteur privé est en majorité actif à N'djamena alors que 60 % de ses activités de construction y sont concentrées. Alors que le MSP est le principal financeur en milieu rural et urbain autre que dans la capitale, le secteur privé constitue la principale source de financement à N'djamena avec 38 % du total, alors qu'il ne représente que 3 % en milieu rural.

Au niveau régional, on observe une forte participation des ONG et des organismes confessionnels. Ils ont effectués près de 43 % de leurs activités de financement pour la construction de centres de santé dans la région du Centre. Les bailleurs de fonds sont principalement actifs dans la capitale (30 %) et dans le Nord Ouest (23 %). Le financement communautaire est surtout présent dans le Nord Ouest alors que cette région absorbe à elle seule 62 % de ce type de financement.

#### 1.4. Financement pour la Rénovation des Centres de Santé

Depuis leur construction, près de la moitié des centres (47 %) a été rénovée et les travaux remontent en moyenne à 5 ans (Tableau 2.2). La proportion d'établissements rénovés est plus élevée dans la capitale (69%) contre seulement 42% en milieu rural. Les organismes confessionnels viennent en tête de liste pour les établissements rénovés avec 61 %. Par contre, le secteur public se classe dernier avec 43 % des établissements.

Certaines régions sont moins choyées à cet égard. Par exemple, moins de 30 % des cliniques situées dans le Centre Est et dans le Nord Ouest ont été rénovés, tandis qu'aucun des 7 centres du district du Lac ne l'a été (Figure 2.5).

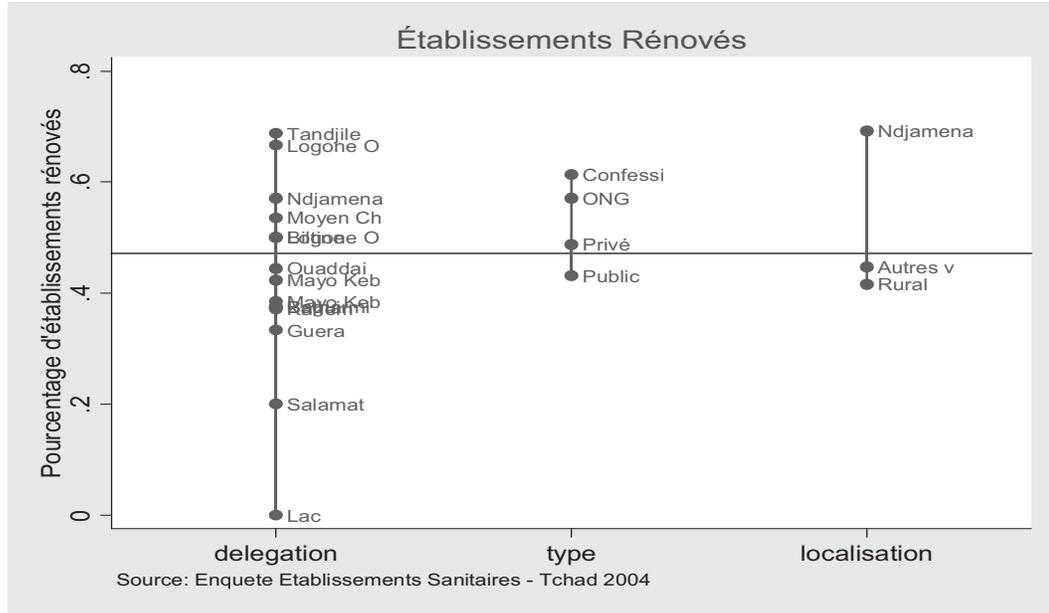


Figure 2.5 : Pourcentage de CS ayant eu au moins une rénovation

Tout comme pour la construction des centres, le financement en provenance des organismes privés sans but lucratif est la principale source de financement pour la rénovation des centres, soit 57 % (Tableau 2.2). Si on distingue plus en détail chacune des sources de financement (Figure 2.6), on note que ces rénovations ont été financées en particulier par les bailleurs de fonds (21 %), les ONG (22 %) et le MSP (19 %). Le secteur privé a financé 16 % des rénovations mais a concentré ses activités à N'djamena (67 %). Les ONG ont surtout opéré en milieu rural (68 %) et à N'djamena (32 %). Dans ces 2 milieux, les ONG arrivent au premier rang du financement des rénovations, soit près de 25 % et 22 % respectivement.

Dans ces centres urbains hors de la capitale, les bailleurs de fonds et les organismes confessionnels ont assumé respectivement 47 % et 18 % des rénovations. Quant au MSP, il n'a pris à sa charge que 12 % des rénovations. Le MSP a ainsi été nettement plus actif dans le milieu rural (21 % des rénovations) et dans la capitale (19 %).

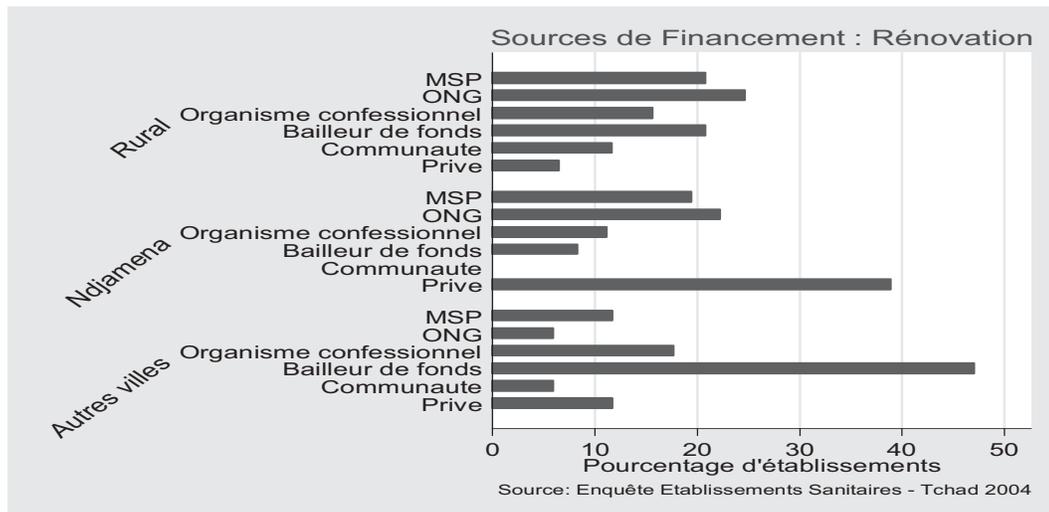
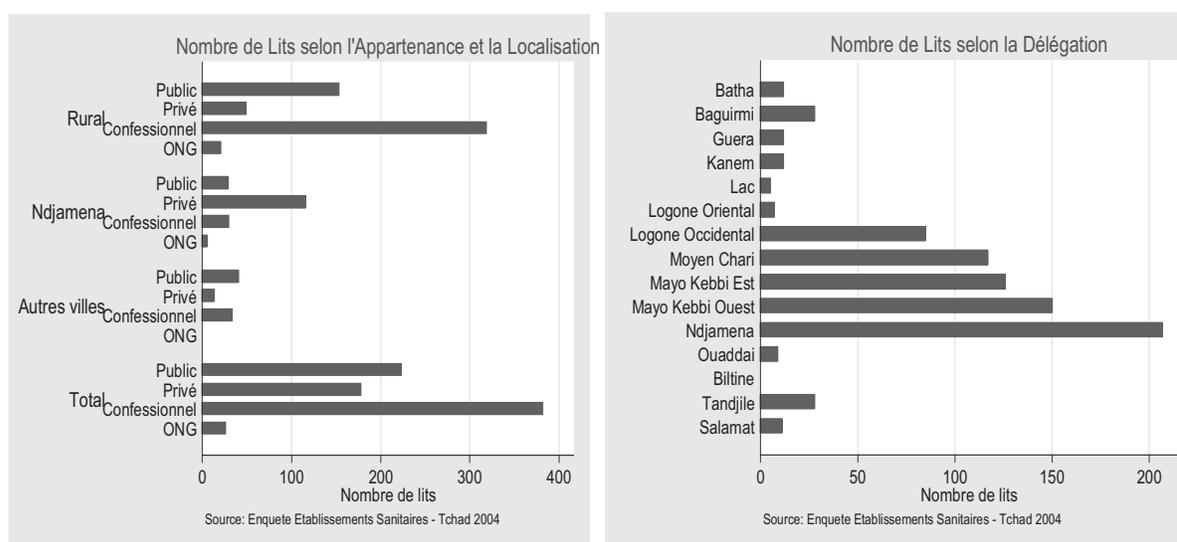


Figure 2.6 : Sources de financement pour la rénovation des CS

## II. Infrastructures et Équipements des Centres de Santé

### 2.1. Disponibilité des lits

Environ la moitié des centres de santé échantillonnés disposent de lits, dont environ 1/6 est réservé pour la maternité (Tableau 2.3). Au total, les cliniques disposent de 809 lits, dont 141 lits destinés à la maternité. 65 % d'entre eux sont localisés en milieu rural et 10 % dans les centres urbains autres que N'djamena. Du total, centres confessionnels disposent de 42 % des lits (341 lits). On note une proportion à peu près égale (28 %) dans les cliniques publiques et privées. En milieu rural, 53 % des 525 lits disponibles le sont dans les centres confessionnels, et 28 % dans les centres de santé publics. Dans la capitale, ce sont surtout les centres de santé privés qui disposent de lits, soit 64 % des 197 lits disponibles.



En terme de répartition régionale, 85 % des lits disponibles se trouvent dans les centres de santé situés dans 5 délégations incluant N'djamena.

Tableau 2.3 : Caractéristiques des établissements

	APPARTENANCE				LOCALISATION			Total
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	N'djamena	Urbain	Rural	
Lits (%)	37,7	82,1	65,9	71,4	59,6	60,5	44,0	49,1
Nombre	223	178	382	26	180	104	525	809
Moyenne	1,2	4,6	8,7	3,7	3,5	2,7	2,8	2,9
Médiane	0	3	2,5	1	1	1	0	0
Lits de maternité (%)	12,0	25,6	34,1	14,3	9,6	15,8	19,9	17,4
Nombre	36	33	66	6	21	16	104	141
Moyenne	0,2	0,9	1,5	0,9	0,4	0,4	0,5	0,5
Médiane	0	0	0	0	0	0	0	0
Logements personnel(%)	30,4	30,8	72,7	28,6	9,6	7,9	50,3	37,0
Nombre	66	27	96	4	9	6	178	193
Moyenne	0,4	0,7	2,2	0,6	0,2	0,2	0,9	0,7
Médiane	0	0	2	0	0	0	1	0

Source : Enquête Établissements sanitaires – Tchad 2004

En terme de disponibilité des lits par centre de santé, bien que la moyenne soit de près de 3 lits par centre de santé, la médiane est de zéro. Toutefois, des variations importantes sont observées selon les types de propriété et la localisation. Ainsi, on retrouve en moyenne près de 10 lits dans les centres confessionnels contre à peine 1,2 dans les centres publics. Dans la délégation du Mayo Kebbi Ouest, on compte en moyenne près de 12 lits contre aucun dans le Biltine, et 0,6 au Lac.

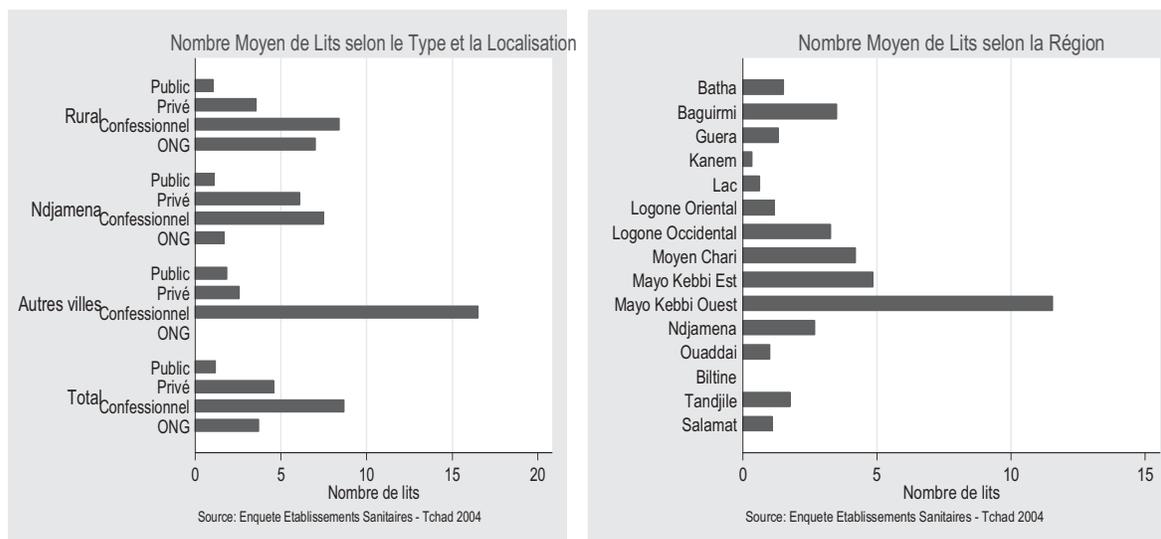


Figure 2.8 : Nombre moyen de lits dans les CS par région et selon l'appartenance

## 2.2. Logements pour le personnel

Toutes cliniques confondues, les centres de santé mettent à la disposition de leur personnel en moyenne 0,7 unité de logement. Ce sont principalement les cliniques confessionnelles qui offrent cet avantage alors qu'on y retrouve en moyenne 2,2 unités de logement, contre 0,4 logement pour les cliniques publiques. C'est principalement en milieu rural que cette pratique est observée alors que l'on y retrouve près de 1 logement par clinique contre seulement 0,2 logement par clinique en milieu urbain. Les cliniques de la région du Centre sont proportionnellement plus nombreuses à offrir cet avantage avec en moyenne 1,7 logement, alors que dans les délégations du Batha et du Lac aucun logement pour le personnel n'est disponible.

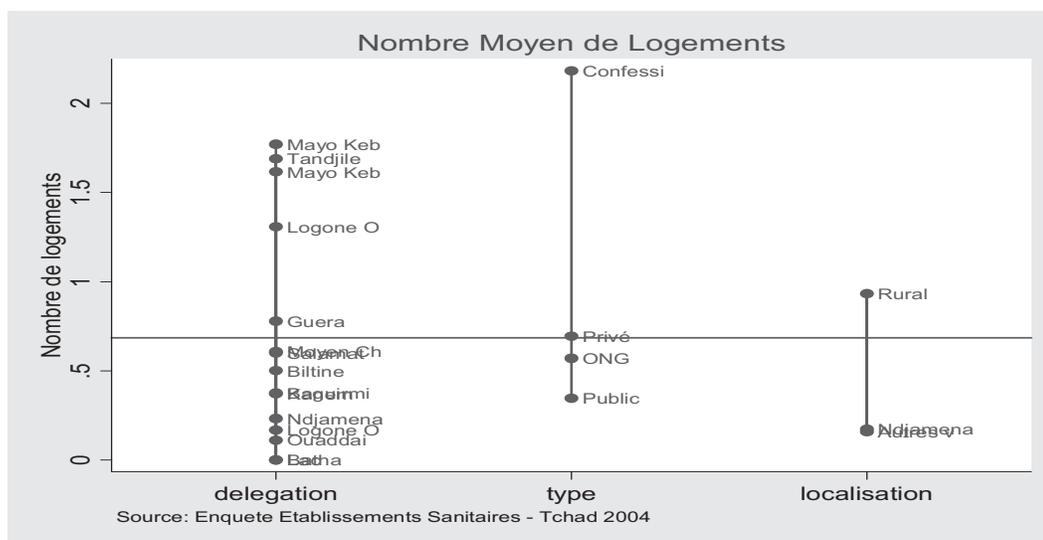


Figure 2.9 : Nombre moyen de logements pour personnel

### 2.3. Infrastructures de base

Le Tchad rencontre d'importantes contraintes au niveau de la production d'électricité. Cette forme d'énergie n'est disponible que sporadiquement et seulement dans les capitales préfectorales. Son prix est parmi les plus élevés d'Afrique, soit environ 230 FCFA le kilowatt heure en 2001 (PEV 2002, p. 10). La production autonome d'énergie est donc une nécessité pour un grand nombre d'utilisateurs dont les centres de santé. Les 2/3 des centres de santé n'ont pas accès à l'électricité et de ceux-ci seulement ... % ont accès à l'électricité de source publique (Tableau 2.4).

Tableau 2.4 : Infrastructures et équipements de base (pourcentage)

	APPARTENANCE				LOCALISATION			Total
	Public	Privé	Confes- sionnel	ONG	N'djamena	Urbain	Rural	
Électricité	19,9	71,8	54,6	71,4	71,2	57,9	18,9	33,8
Eau potable	59,2	84,6	68,2	100	94,2	73,7	55,5	65,1
Égouts ou fosse sceptique	53,9	71,8	75,0	71,4	76,9	71,1	53,4	60,1
Collecte des déchets	94,2	87,2	95,5	71,4	86,5	97,4	93,7	92,9
Téléphone	6,8	48,7	6,8	57,1	51,9	21,1	2,1	13,9
Radio	6,8	2,6	9,1	28,6	3,9	2,6	9,0	7,1
Moyen de transport	50,3	41,0	68,2	14,3	30,8	36,8	60,2	51,6
Voiture ou moto	30,4	38,5	50,0	14,3	28,9	15,8	39,3	34,2
Pharmacie	94,2	74,4	93,0	100	75,0	94,7	95,3	91,4
Toilettes des patients	48,7	94,9	86,4	85,7	80,8	68,4	55,5	61,9
Salle d'attente	67,0	87,2	77,3	71,4	73,1	68,4	71,7	71,5
Salle d'examen privée	67,5	94,9	81,8	57,1	88,5	81,6	67,5	73,3
Lavabo des employés	45,3	69,2	54,6	100	84,6	57,9	41,1	51,4

Source : Enquête Établissements sanitaires – Tchad 2004

Cette proportion atteint 81 % en milieu rural contre 34 % des cliniques localisées en milieu urbain. Ce sont principalement les cliniques publiques qui n'ont pas l'électricité, soit 80 % contre seulement 28 % des cliniques privées et des ONG.

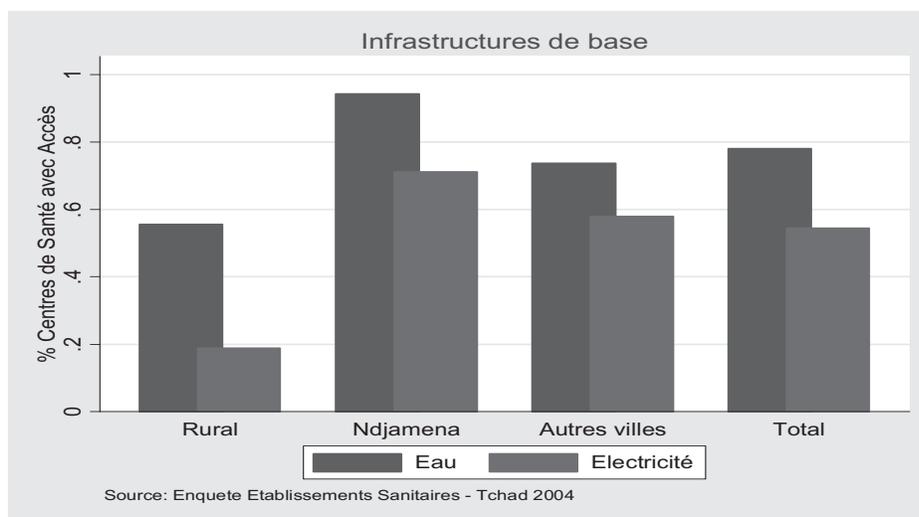


Figure 2.10 : Pourcentage des CS disposant de l'eau et de l'électricité par zone

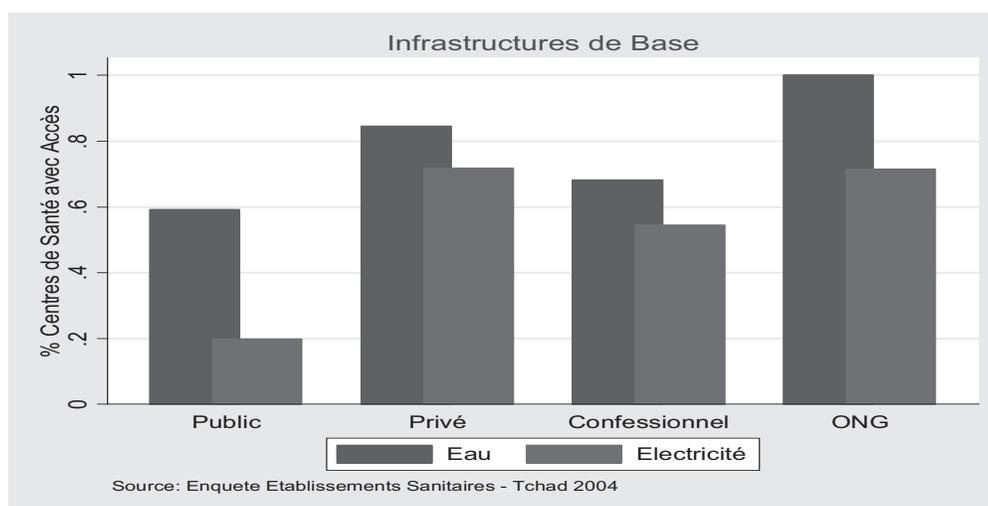


Figure 2.11 : Pourcentage des CS disposant de l'eau et de l'électricité par type

Au niveau de l'accès à l'électricité, il existe d'importantes différences entre les régions. En fait, dans 7 des 15 délégations, plus de 80 % des centres ne sont pas alimentés en électricité. Par exemple, au Lac et à Biltine, aucun des centres n'a l'électricité.

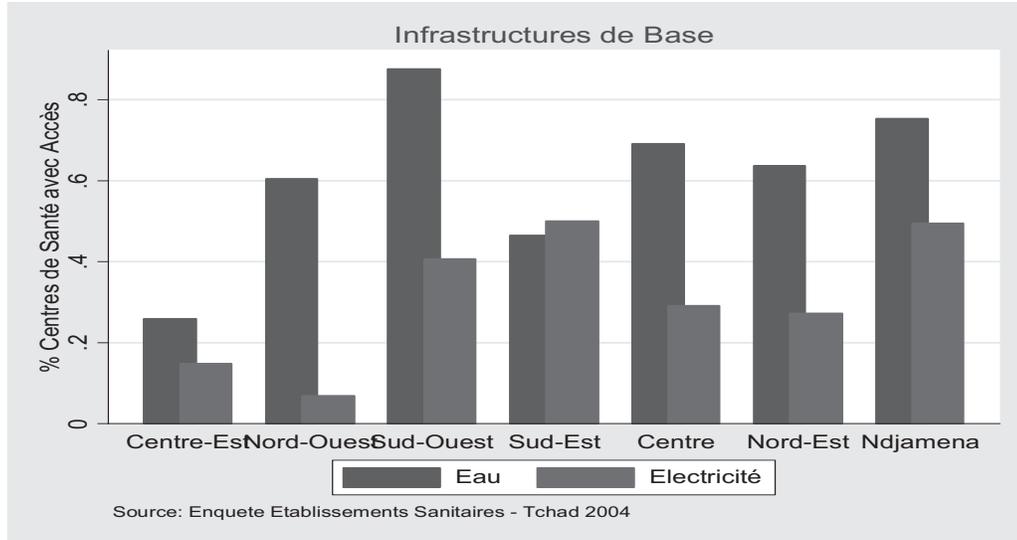


Figure 2.12 : Pourcentage des CS disposant de l'eau et de l'électricité par région

En moyenne, les centres disposent d'électricité pendant 3 heures. Les centres publics ne disposent en moyenne que de 1,3 heure par jour contre 8,5 pour les centres privés. En milieu rural, le nombre d'heures est de 1,8 contre 5,6 en milieu urbain.

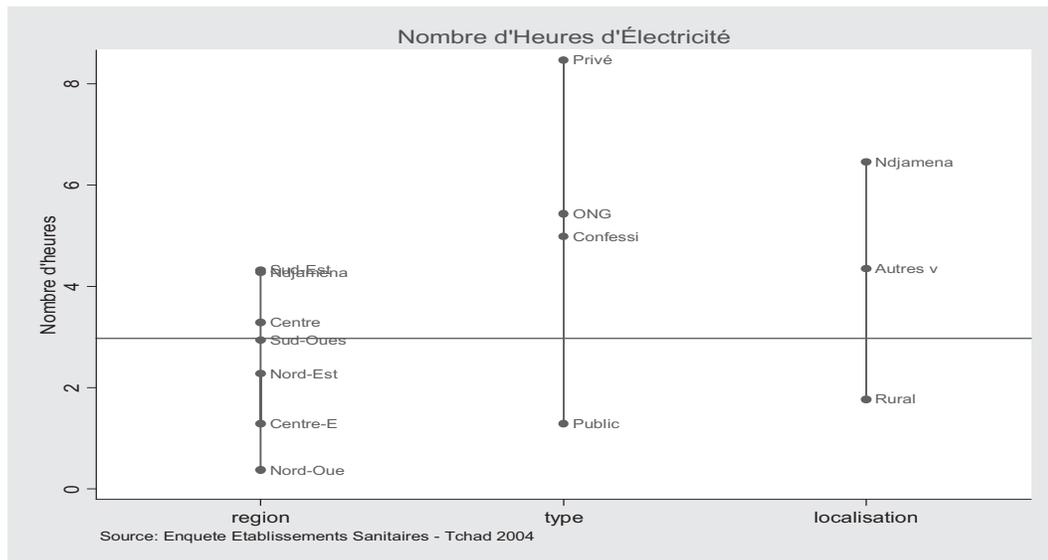


Figure 2.13 : Nombre moyen d'heures d'électricité disponible

Les cliniques publiques localisées dans les centres urbains ont accès à environ 3 heures d'électricité en moyenne par jour contre 0,6 heure en milieu rural. Les cliniques privées ont un accès plus prolongé quel que soit la localisation (10 heures à N'djamena et 6 en milieu rural). En terme de délégations, on note qu'aucune clinique localisée dans le Biltine et au Lac n'est alimentée en électricité.

L'eau non potable est un vecteur important de maladies comme le choléra et la fièvre typhoïde. L'accès à l'eau potable est également limité, mais légèrement meilleur que l'alimentation en électricité. Environ 1/3 des centres n'ont pas accès à l'eau potable. Cette contrainte touche 41 % des

cliniques publiques mais aucune ONG. L'accès est plus élevé dans la capitale alors que moins de 6 % des cliniques sont privées d'eau potable contre le quart dans les autres villes et un peu moins de la moitié des cliniques rurales. En termes de délégations sanitaires, le plus faible taux d'accès à l'eau se trouve dans le Salamat alors que 90 % des cliniques n'ont pas accès à l'eau. Par contre, toutes les cliniques situées dans le Logone Oriental ont accès à l'eau potable.

L'élimination inadéquate des eaux usées est une cause importante de maladies, comme la polio et les maladies diarrhéiques. Environ 40 % des centres ne disposent pas d'infrastructures d'élimination des eaux usées. Cette proportion atteint 46 % des cliniques localisées en milieu rural, la même proportion que les cliniques publiques du pays. Environ le quart des cliniques d'autres affiliations n'ont pas accès à ces infrastructures. Notons que dans la capitale, 30 % des centres ne disposent ni de connections à l'égout, ni de fosse sceptique. Au niveau des délégations, près de 88 % des cliniques ne disposent pas de ces infrastructures alors que dans le Ouaddai, Biltine et Tandjile, toutes les cliniques en possèdent.

La collecte des déchets est plus répandue. On observe que 93 % des centres disposent d'un moyen de collecte. Cette proportion atteint 97 % des cliniques confessionnelles mais seulement 71 % des ONG.

#### 2.4. Autres Infrastructures et Équipements

Seulement 14 % des centres disposent du téléphone. Cette proportion tombe à 2 % pour les centres situés en milieu rural. Par contre 52 % des centres dans la capitale possèdent ce moyen de communication et 21 % dans les autres centres urbains. Onze des 15 délégations (soit 5 des 7 régions) ne disposent d'aucun équipement téléphonique. Les centres privés sont plus fréquemment équipés du téléphone avec 49 %, contre 7 % pour les centres publics. 7 % des centres publics disposent de la radio. 9 des 15 délégations sont privées de radio (1 des 7 régions). Les ONG sont proportionnellement plus nombreux à avoir la radio, soit 29 %.

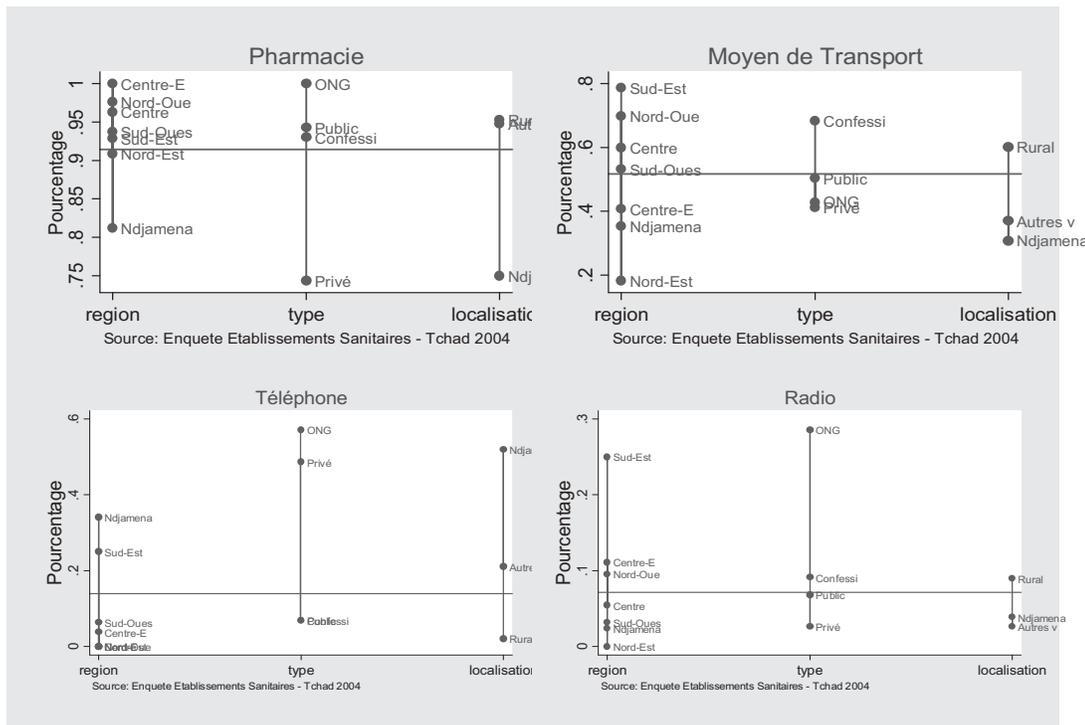


Figure 2.14 : Pourcentage de CS disposant des ressources

La plupart des centres disposent d'une pharmacie accessible aux patients, soit 91 %. Cette proportion est particulièrement élevée (95 %) en milieu rural où l'on retrouve moins de pharmacies privées, contre 75 % des centres situés à N'djamena. Près du quart des centres privés n'ont pas de pharmacie, alors que toutes les ONG en disposent.

Environ 52 % des centres disposent d'un moyen de transport. Cette proportion est plus importante en milieu rural, 60 %, contre 31 % à N'djamena et 37 % dans les autres villes. Toutefois, certaines délégations n'ont aucun équipement (0 %) comme dans le cas du Guera, du Lac et de Biltine. Plus précisément, 34 % des cliniques toutes régions confondues possèdent une voiture ou une motocyclette, cette proportion monte à 39 % dans les centres ruraux contre 29 % à N'djamena. Notons qu'il est difficile de trouver du carburant de bonne qualité à l'extérieur de la capitale.

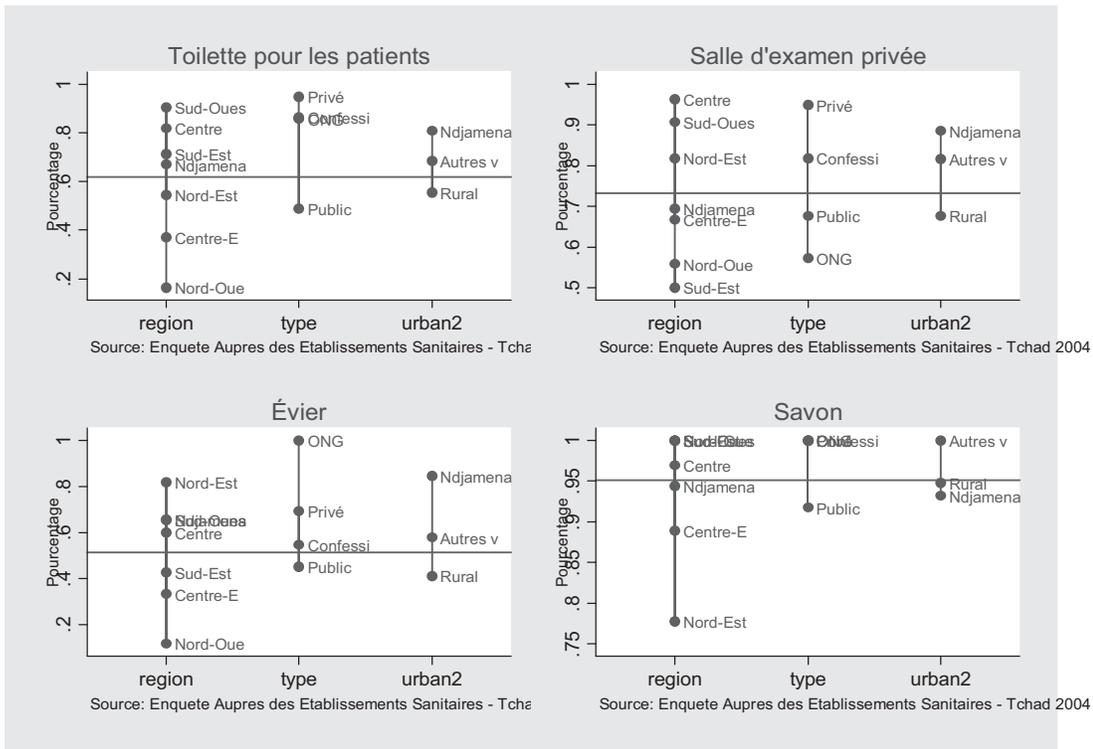


Figure 2.15 : Pourcentage de CS disposant d'infrastructures pour les patients

## 2.5. Disponibilité d'équipements médicaux

Le tableau 2.5 présente le pourcentage des centres qui disposent de divers équipements médicaux.

Tableau 2.5 : Équipements médicaux disponibles (% ayant au moins 1 item)

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	N'djamena	Urbain	Rural	Total
Générateur	12,0	69,2	50,0	71,4	51,9	23,7	21,5	27,4
Stérilisateur	23,0	51,3	68,2	71,4	40,4	31,6	34,6	35,2
Tensiomètre	74,9	92,3	97,7	71,4	78,9	81,6	81,2	80,8
Stéthoscope	84,3	97,4	100	100	90,4	94,7	87,4	89,0
Balance	79,6	87,2	95,5	85,7	76,9	86,8	84,3	83,3
Toise	53,4	30,8	56,8	71,4	40,4	55,3	53,4	51,3
Microscope	22,0	82,1	75,0	14,3	55,8	42,1	33,0	38,4
Table gynécologique	67,5	82,1	72,7	100	75,0	65,8	71,2	71,2
Réfrigérateur	80,1	61,5	79,6	85,7	73,1	63,2	81,7	77,6
Boîte d'accouchement	42,9	64,1	84,1	57,1	53,9	31,6	56,5	52,7
Fuel générateur	4,2	28,2	4,6	28,6	23,1	10,5	3,7	8,2
Kérosène pour réfrigérateur	36,1	15,4	47,7	28,6	15,4	31,6	40,8	34,9

Source : Enquête Établissements sanitaires – Tchad 2004

### Quantités disponibles

Les quantités disponibles de chacun des équipements varient substantiellement selon l'affiliation du centre et la localisation.

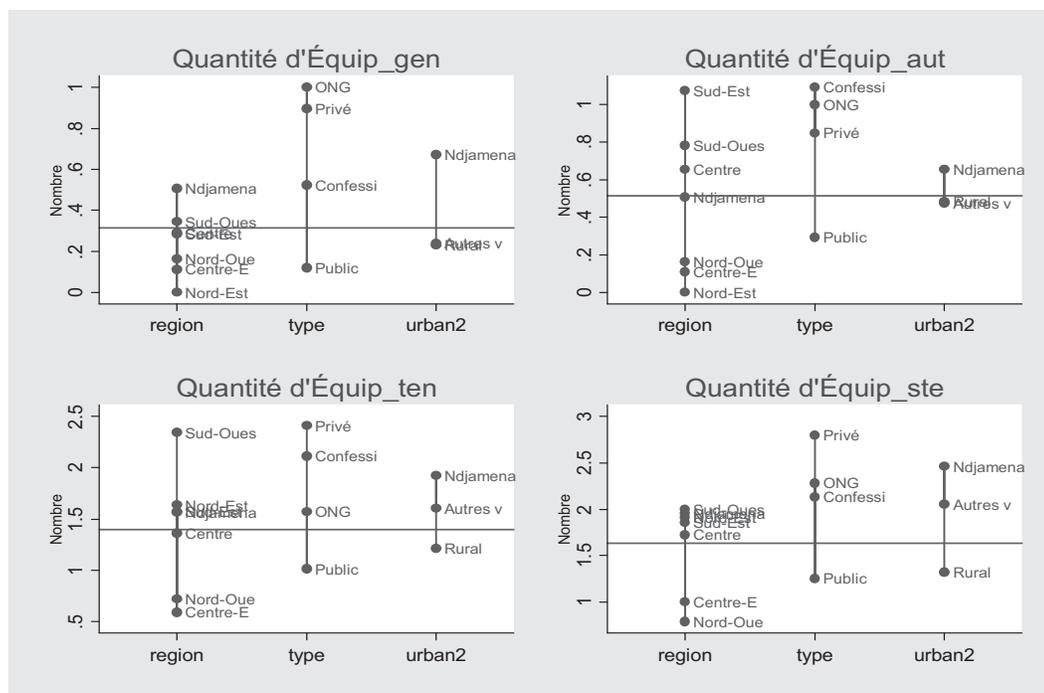


Figure 2.16 : Nombre moyen d'équipements disponibles

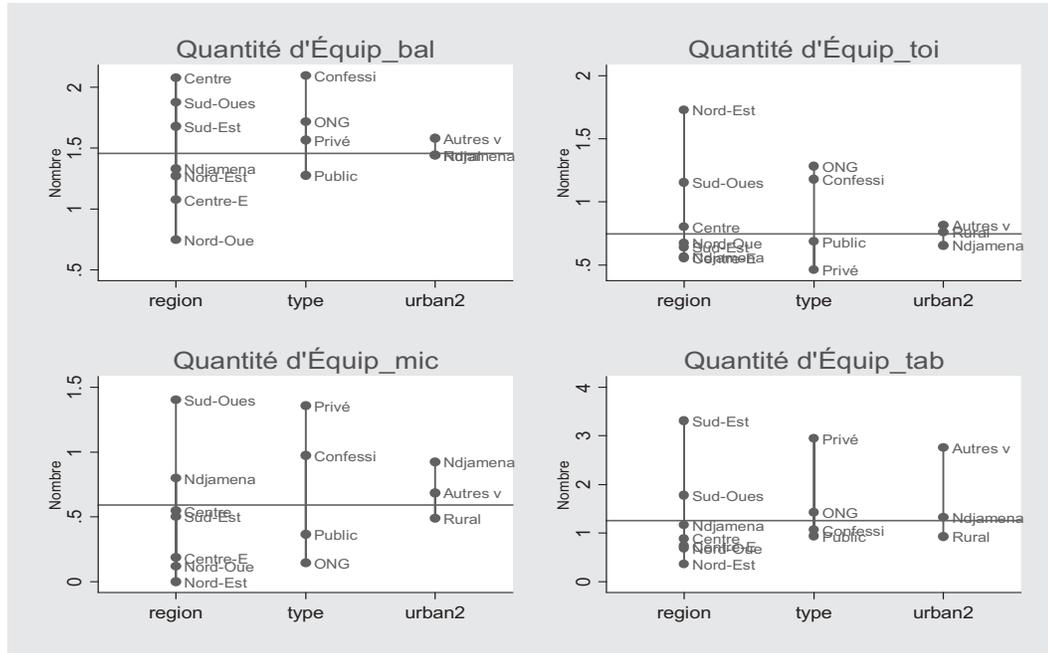


Figure 2.17 : Nombre moyen d'équipements disponibles (Suite)

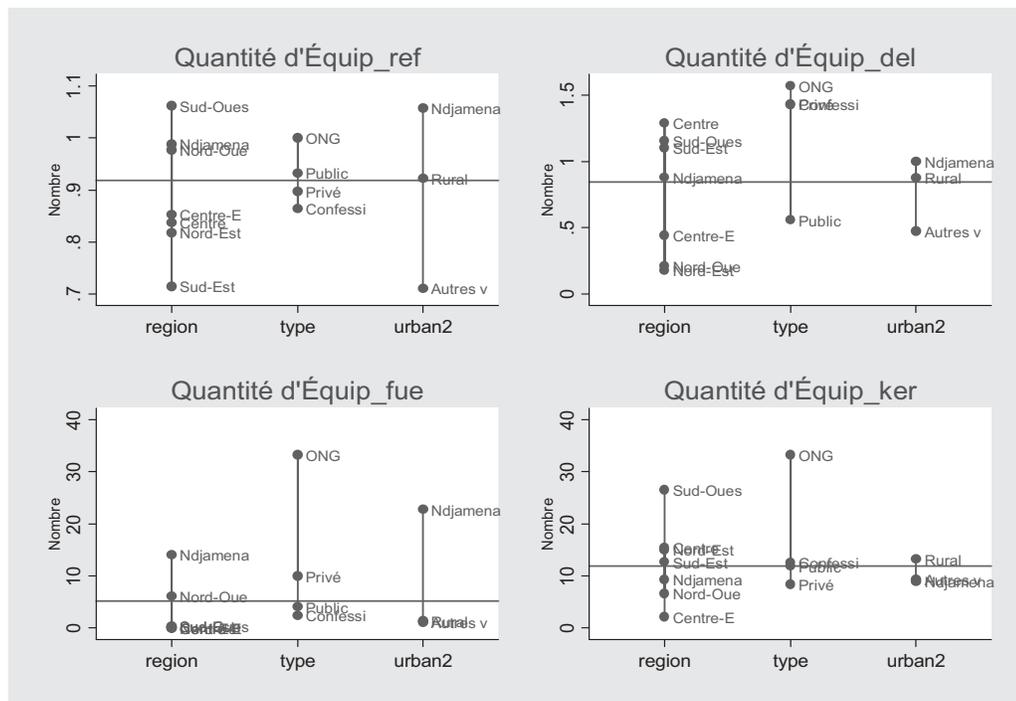


Figure 2.18 : Nombre moyen d'équipements disponibles (Fin)

### III. Environnement et Contexte Opérationnel des Centres de Santé

#### 3.1 Accessibilité

Le temps nécessaire pour rejoindre les capitales régionales est variable. La durée moyenne du trajet est de 2,9 heures, mais celle-ci n'est que de 0,2 heure pour les cliniques privées et 0,8 heure pour les ONG, contre 3,9 heures pour les centres publics plus éloignés des centres. Les trajets sont plus longs, particulièrement dans le Kanem et dans le Salamat où il faut 11,7 heures et 8,1 heures respectivement. Dans la région du Nord Ouest, le trajet exige 10 heures. Durant la saison des pluies, la durée moyenne du trajet augmente à 3,7 heures et atteint 12,1 heures dans le Baguirmi et Biltine, et 11,1 heures dans le Ouaddai. Dans les régions du Nord ouest et du Nord, il faut compter entre 9 et 11,2 heures respectivement.

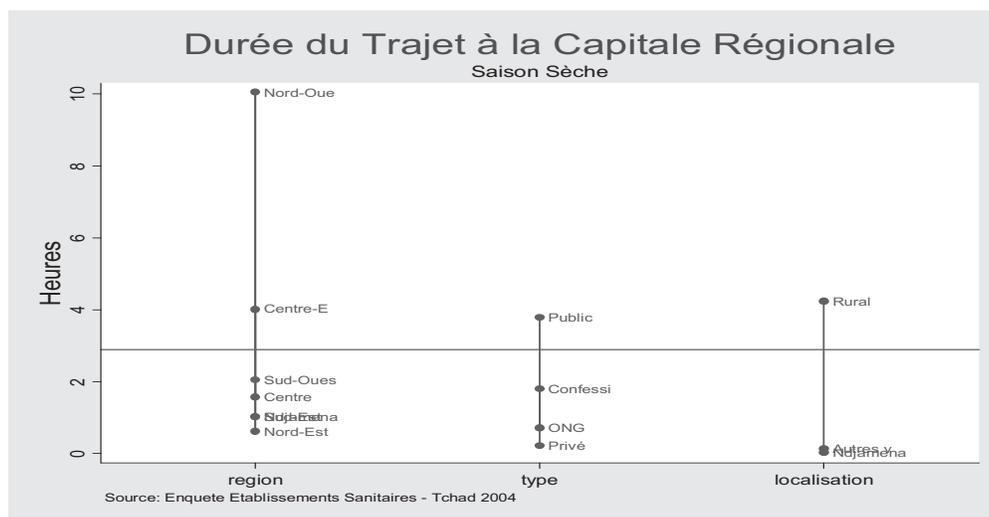


Figure 2.19 : Durée du trajet du CS à la capitale régionale

#### 3.2 Concurrence

La concurrence peut exercer des effets importants sur la qualité des services et sur les prix. On trouve en moyenne environ un autre centre de santé dans un rayon de 2 kms des centres de santé de notre échantillon. Toutefois, les centres de santé privés se localisent dans des endroits où la concurrence est plus forte. Ainsi, on retrouve 2.4 centres à proximité de ceux-ci, contre 0,7 centre pour les centres de santé publics (Tableau 2.6).

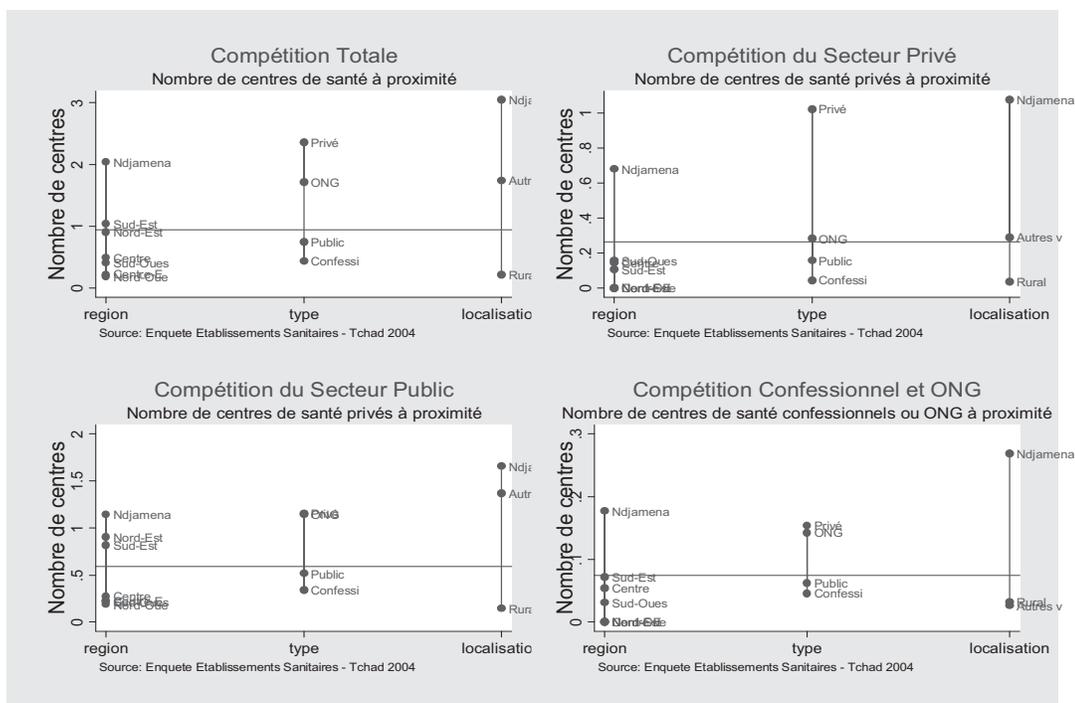


Figure 2.20 : Nombre de CS dans un rayon de 2 kilomètres

Les cliniques confessionnelles sont situées dans des zones moins occupées avec 0,6 centre seulement dans un rayon de 2 kms. En région rurale, il est évident que la concurrence est nettement moins vive alors que l'on retrouve en moyenne 0,3 centre dans un rayon de 2 kms contre 3,9 à N'djamena et 2,2 dans les autres villes. En terme de régions, la concurrence est plus notable à N'djamena (2), dans le Sud-Est (1) et le Nord Est (0,9).

La concurrence du secteur privé est nettement plus faible, soit de 0,3 centre dans un rayon de 2 kilomètres des centres visités. Les centres privés comptent à proximité en moyenne 0,9 autre centre de santé privé. Dans le cas des centres confessionnels, ils comptent seulement moins de 0,1 centre privé situé à proximité. Dans 3 des 7 régions (soit Centre-est, Nord Ouest et Nord est), on ne note aucun centre privé dans un rayon de 2 kilomètres.

La compétition des centres de santé publics est, quant à elle, de 0,6 centre en moyenne dans un rayon de 2 kms. En milieu rural, on retrouve 0,15 centre à proximité contre 1,6 à N'djamena et 1,3 dans les autres villes.

Tableau 2.6 : Concurrence

	APPARTENANCE				LOCALISATION			Total
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	N'djamena	Urbain	Rural	
Pourcentage (%)								
Monopole	63,4	25,6	77,3	14,3	1,9	13,2	83,8	59,1
Concurrence privée	11,0	41,0	0,5	28,6	51,9	21,1	3,1	14,6
Nombre (compétiteurs)								
Concurrence totale	0,7	2,4	0,4	1,7	3,0	1,7	0,2	0,9
Secteur privé	0,16	1,0	0,05	0,29	1,08	0,29	0,04	0,26

Source : Enquête Établissements sanitaires – Tchad 2004

#### IV. Services Offerts

La politique de santé du Tchad adoptée en 1993, et révisée en 1999 lors de la 4<sup>e</sup> table ronde sectorielle de Genève, est fondée sur les soins de santé primaires et fixe comme priorité l'accès à des soins de base de qualité pour toute la population (PEV, 2002, p. 14). La politique nationale définit une politique de soins de santé au niveau périphérique selon deux niveaux de soins. Au premier échelon, les centres de santé sont tenus d'offrir un « paquet minimum d'activités » (PMA) qui comprend un ensemble d'activités curatives et préventives, ainsi que des activités de promotion de santé. Le PMA compte en particulier les activités suivantes : les consultations curatives primaires des enfants et prénatales; les accouchements normaux; la prise en charge des maladies chroniques (par ex. tuberculose, lèpre) et l'information sanitaire auprès de la population (Annuaire sanitaire 1999, p. 169).

Au second échelon, les hôpitaux de districts doivent offrir un « paquet complémentaire d'activités » (PCA) qui comprend en particulier les activités suivantes : les consultations référées; les urgences; les accouchements compliqués; les hospitalisations; les diagnostics de laboratoire et de radiologie.

##### 4.1. Jours et Heures D'ouverture

La plupart des centres de santé sont ouverts un peu plus de 6 jours par semaine. Les cliniques sont davantage disponibles en milieu rural qu'en milieu urbain. Certaines variations régionales sont observées alors que dans le Chagri Baguirmi, les centres sont ouverts tous les jours tandis que ceux situés dans le Logone Occidental reçoivent les patients en moyenne 5,5 jours par semaine.

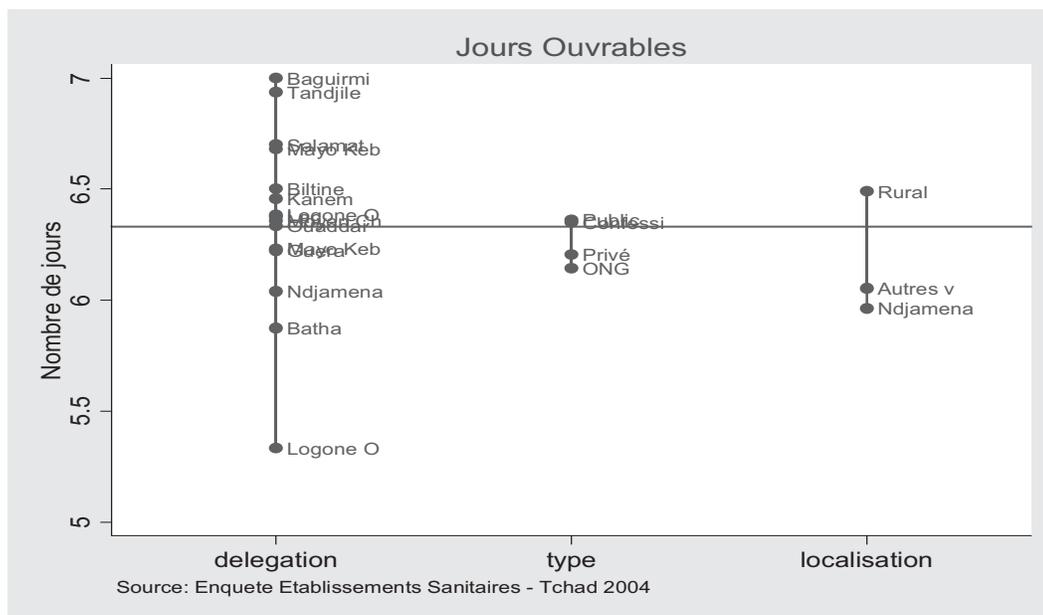


Figure 2.21 : Nombre de jours par semaine le CS fonctionne

##### 4.2. Services offerts

Les informations recueillies dans le questionnaire RMA permettent d'établir la disponibilité d'un certain nombre de soins curatifs. Le tableau 9 présente le pourcentage de centres qui offre une liste de services selon l'appartenance et la localisation. On note des écarts substantiels en fonction des services et des catégories d'établissements. Plus précisément, à l'exception des hospitalisations, des

tests de dépistages du Sida et de laboratoire, les établissements publics offrent souvent un éventail de services plus large que celui que les établissements privés offrent. Toutefois, dans le cas des trois services mentionnés, les établissements privés sont nettement plus actifs que les centres publics.

Les centres privés et, en particulier, confessionnels sont significativement plus actifs en terme de services d'hospitalisation. Ainsi, 16 % des centres privés et 20 % des confessionnels offrent l'hospitalisation, contre seulement 3 % des centres publics. Les établissements confessionnels sont également particulièrement actifs au niveau des accouchements, tant normaux que compliqués. Les services nécessaires lors d'un accouchement normal sont également nettement plus disponibles en milieu rural alors que 92 % des centres offrent ce genre de soins, contre 34 % des centres situés dans la capitale. L'Écart entre ces deux régions reflète l'éloignement des hôpitaux en milieu rural.

Les tests de laboratoire, en particulier pour le paludisme, sont plus accessibles dans les établissements privés, alors que 42 % des centres offrent ces services contre seulement 8 % des 191 centres publics de santé visités.

Tableau 2.7 : Services offerts dans les centres de santé (pourcentage)

	APPARTENANCE				LOCALISATION			Total
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	N'djamena	Urbain	Rural	
Hospitalisation	3,4	17,1	18,6	14,3	8,0	5,3	8,5	8,0
Accouchements normaux	78,5	45,7	90,7	57,1	32,0	57,9	91,6	75,6
Accouchements compliqués	40,0	31,4	72,1	28,6	6,0	26,3	58,2	43,8
Paludisme	98,9	94,3	97,7	85,7	92,0	97,4	99,4	97,7
IRA	98,3	85,7	97,7	71,4	86,0	97,4	98,3	95,9
Diarrhée	98,9	94,3	97,7	85,7	92,0	97,4	99,4	97,7
VIH/Sida	1,7	31,4	2,3	42,9	28,0	7,9	0,6	6,7
Autres MST	84,5	80,0	90,7	85,7	68,0	86,8	89,3	85,0
Tests Paludisme	8,3	48,6	16,3	28,6	40,0	18,4	7,9	15,4

Source : Enquête Établissements sanitaires – Tchad 2004

### *Dépistage du VIH/SIDA*

Selon les plus récentes estimations, la pandémie du VIH/Sida frapperait actuellement 200 000 personnes et aurait causé 96 000 orphelins à la fin de 2003 (UNAIDS, 2004, page??). Dans certaines délégations, les taux de prévalence dans la population sont très élevés, en particulier à Kelo (15%), à Lere (11,2 %) et au Lac (10,1 %).

Malgré cette forte prévalence, les tests de dépistage du VIH/SIDA sont très peu répandus. À peine 7 % des centres offrent ces tests. Ces derniers sont principalement offerts par les centres privés, soit dans 31 % des cliniques visitées, alors qu'à peine 2 % des centres publics proposent ces services. Les tests sont nettement plus disponibles dans la capitale alors que la proportion est de 28 % des centres, dont 59 % des centres de santé privés et seulement 3 centres publics urbains. En milieu rural, c'est moins de 1 % des centres qui effectuent les tests de dépistage du VIH/SIDA. Ces différences marquées d'accès selon la région se traduit par les tests effectués. Durant l'année 2003, les centres de santé visités ont effectué un total de 1899 tests de dépistages du Sida. Ces tests ont essentiellement été effectués dans la capitale (91 %). Bien que seulement 1 centre de santé public offre ce service à N'djamena, il effectue près du tiers de tous les tests. C'est également le cas d'un centre confessionnel dans la capitale. En terme régional, on note que 11 des 15 délégations sanitaires visitées n'offrent aucun test de dépistage et que, dans les faits, exception faite de la capitale, des tests n'ont été effectués que dans 3 délégations (Moyen Chari, Logone Occidentale et Ouaddai).

Tableau 2.8 : Test de dépistage du SIDA (% CS offrant test par type en 2003)

Type d'établissement	Type de villes			Total
	Rural	N'djamena	Autres villes	
Public				
pourcentage d'établissements	0	4	7	2
nombre de tests en 2003	0	775	84	859
Privé				
pourcentage d'établissements	0	59	0,13	3,1
nombre de tests en 2003	0	610	85	695
Confessionnel				
pourcentage d'établissements	0	25	0	2
nombre de tests en 2003	0	186	0	186
ONG				
pourcentage d'établissements	33	66	0	43
nombre de tests en 2003	0	159	0	159
Total				
pourcentage d'établissements	1	28	8	7
nombre de tests en 2003	8	1730	169	1899

Source : Enquête Établissements sanitaires – Tchad 2004

Tableau 2.9 : Test de dépistage du SIDA (% CS offrant test par région en 2003)

Délégation	% d'établissements	Total
Batha	0	0
Baguirmi	0	0
Guera	0	0
Kanem	0	0
Lac	0	0
Logone Oriental	0	0
Logone Occidental	4	85
Moyen Chari	7	20
Mayo Kebbi Est	0	0
Mayo Kebbi Ouest	0	0
N'djamena	19	1730
Ouaddai	11	64
Biltine	0	0
Tandjile	0	0
Salamat	0	0
Total	7	1899

Source : Enquête Établissements sanitaires – Tchad 2004

### *Consultations prénatales*

L'OMS recommande au moins quatre visites prénatales au cours de la grossesse. L'organisme considère que ces consultations peuvent contribuer à prévenir la mortalité de la mère et de l'enfant par la détection et la prise en charge des complications et des facteurs de risques, notamment l'anémie et les maladies transmises sexuellement. (p. 60). Les consultations permettent également la vaccination contre le tétanos et le traitement des maladies chroniques comme le paludisme.

### *Accouchements*

La mortalité maternelle au Tchad est parmi les plus élevée en Afrique, avec environ de 900 décès pour 100 000 naissances (p. 19, santé et pauvreté, 2004). À cet égard, l'assistance pendant

l'accouchement par du personnel médical qualifié permet de réduire la mortalité chez la mère et l'enfant, et de réduire les probabilités de complications. (p. 63). Les indicateurs varient sensiblement selon les régions. Des différentiels sont observés selon le lieu.

### *Vaccination*

Les services de vaccination constituent un élément fondamental dans une stratégie de prévention sanitaire. Selon les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF, un enfant devrait être vacciné contre le BCG afin de le protéger contre la tuberculose, 3 doses de la DTC pour le protéger contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos, 3 doses de vaccin contre la polio et 1 vaccin contre la rougeole (p. 35, Unicef). Malgré ces recommandations et la présence d'un programme de vaccination, les statistiques récentes de vaccination sont très inférieures aux normes internationales. Ainsi, selon l'Annuaire sanitaire (1999, p. 179), la proportion d'enfants totalement vaccinés n'est que de 24,7 %. Ce taux varie de 6,7 % dans le Kanem à 50,1 % dans le Mayo-Kebbi.

Le gouvernement tchadien a mis sur pied depuis 1985 un « Programme élargi de vaccination » (PEV) visant à accroître la vaccination à l'échelle du pays. La « Politique nationale de vaccination » du MSP du 13 novembre 1999 vise à réduire la morbidité et la mortalité liée à un certain nombre de maladies dont la polio, la rougeole, le tétanos néonatal, la coqueluche, la fièvre jaune et la tuberculose (PEV, 2002, p. 15). L'objectif général du PEV est la vaccination de 80 % des enfants des zones accessibles aux services de santé existants. Notons que l'achat des vaccins et des consommables sont à la charge de l'État et gratuits pour les usagers. Des journées nationales de vaccination sont organisées annuellement dans les différentes régions. Un accent particulier est placé sur la chaîne de froid.

Tableau 2.10 : Vaccins offerts dans les CS (pourcentage)

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confes.	ONG	N'djamena	Urbain	Rural	Total
Vaccins								
BCG	89,0	25,7	83,7	57,1	52,0	76,3	87,1	79,0
DTS								
Dose 1	89,0	25,7	83,7	71,4	54,0	76,3	87,1	79,3
Dose 2	88,4	25,7	83,7	71,4	54,0	76,3	86,5	79,0
Dose 3	89,0	25,7	83,7	71,4	54,0	76,3	87,1	79,3
Polio					54,0			
Dose 0	87,9	25,7	83,7	71,4	54,0	73,7	86,5	78,6
Dose 1	88,4	25,7	83,7	71,4	54,0	73,7	87,1	79,0
Dose 2	88,4	25,7	83,7	71,4	54,0	76,3	86,5	79,0
Dose 3	88,4	25,7	83,7	71,4	54,0	76,3	86,5	79,0
DTCP								
Dose 1	6,1	0	0	0	8,0	7,9	2,3	4,1
Dose 2	5,5	0	0	0	6,0	5,3	2,8	3,8
Anti-amarile	87,3	25,7	83,7	71,4	54,0	73,7	86,0	78,2
Rougeole	87,9	25,7	83,7	71,4	52,0	73,7	87,1	78,6

Source : Enquête Établissements sanitaires – Tchad 2004

L'accès à la vaccination selon les centres est présenté au tableau 12. Le tableau présente le pourcentage de centres selon la catégorie et la localisation qui offrent divers services de vaccination. On note que les centres de santé publics sont particulièrement actifs au niveau de la vaccination, comparativement au secteur privé qui n'offrent ce genre de service que dans le quart des centres, contre près de 90 % des centres publics. On note que le vaccin combiné DTS et polio est moins disponible, même dans les centres publics (environ 5-6 %). Les centres confessionnels sont également actifs dans les services de vaccination de même que les ONG, mais dans une moindre mesure. Les

services de vaccination auprès des centres de santé sont tout particulièrement développés en milieu rural et dans les centres urbains périphériques par rapport à la capitale.

### V. Principaux Obstacles à la Qualité des Soins

Les CS font face à divers problèmes d'absence ou d'insuffisance de certaines ressources. Les gestionnaires ont été questionnés sur ces différentes contraintes qui affectent la gestion des centres de santé. Ceux-ci avaient le loisir de classer un certain nombre de problèmes potentiels sur une échelle allant de « très important », à « sans importance ». La figure 2.22 présente le pourcentage de répondants ayant classifié un problème comme étant très important de même que la moyenne de ces problèmes sur un indice de 0 à 4.

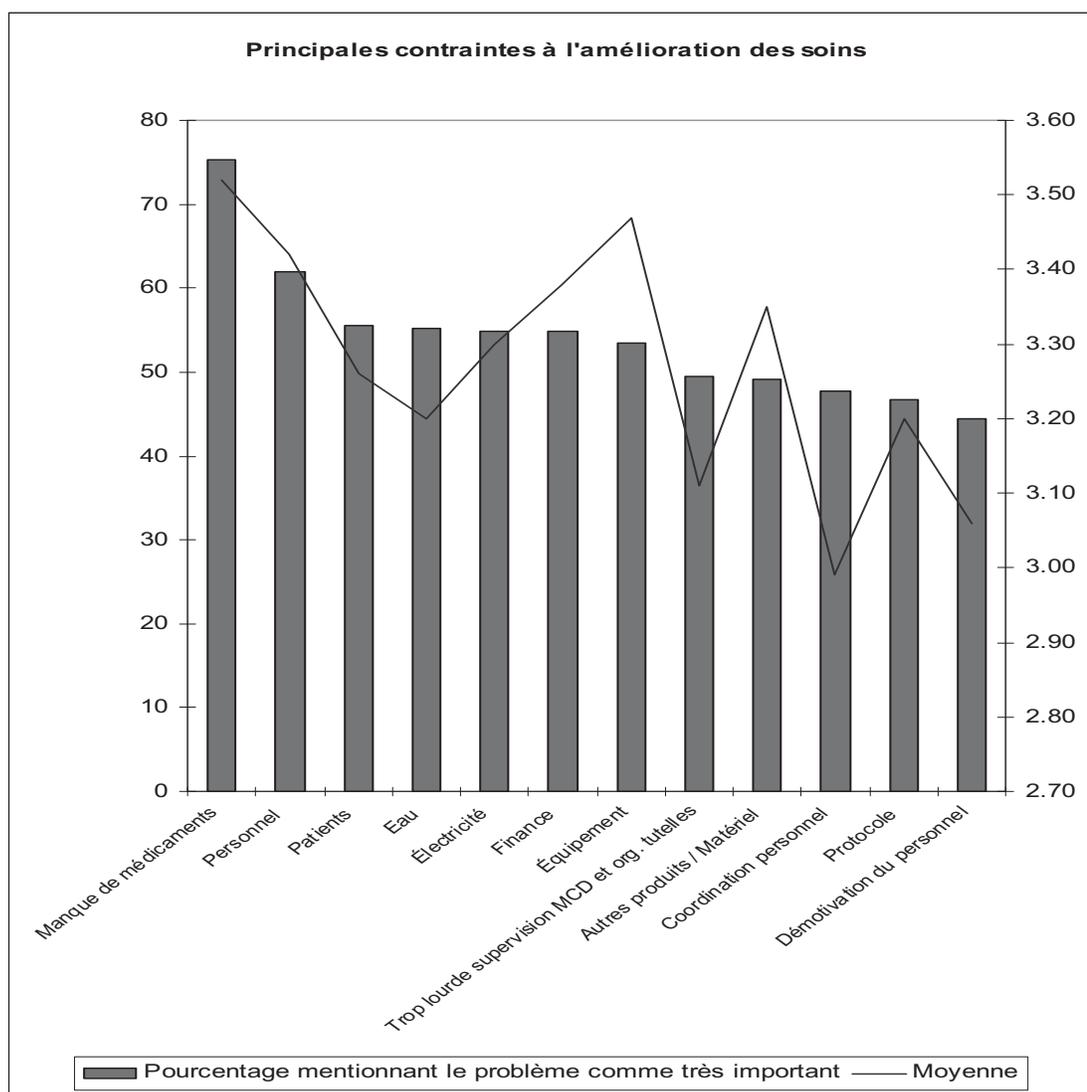


Figure 2.22 : Principaux problèmes empêchant l'amélioration des soins

Le problème numéro un est le manque de médicaments alors que 76 % des répondants qualifient ce problème de très important. Vient ensuite le manque de personnel qualifié avec 63 %. En moyenne, en plus du manque de médicament, les responsables des centres ont identifié le manque

d'équipements, de moyens financiers et matériel comme étant des obstacles à l'amélioration des soins.

En ce qui a trait aux problèmes spécifiques, dans l'ensemble des centres, le manque de médicaments est un problème qui varie de très important à important. L'absence de médicaments est particulièrement importante dans les centres ruraux, et en particulier au sein des centres publics et confessionnels.

En ce qui a trait au manque d'autres matériels, de personnel qualifié et d'équipement, les problèmes sont, encore une fois, particulièrement importants pour les centres publics et confessionnels. En termes géographiques, ces problèmes sont particulièrement soulevés dans les centres ruraux et dans les villes autres que N'djamena.

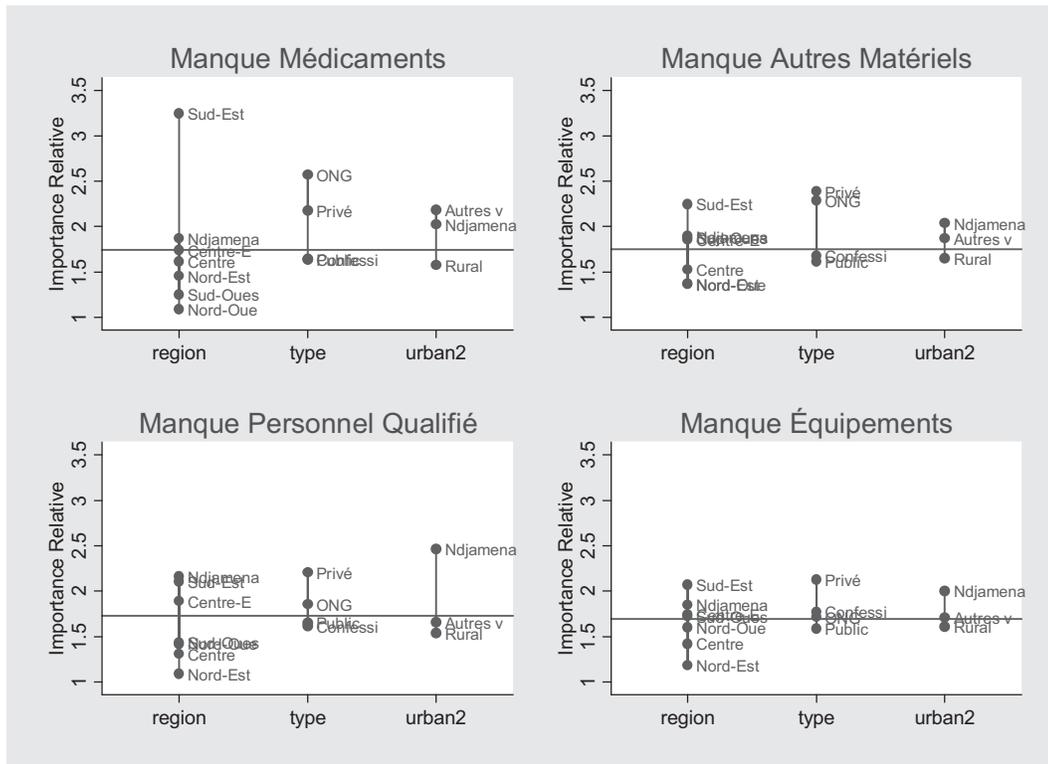


Figure 2.23 : Importance des contraintes à la qualité des soins

Le manque de supervision et de motivation du personnel sont deux points un peu moins criants. Toutefois, ils demeurent des problèmes plus importants dans les centres ruraux et confessionnels, et dans les régions.

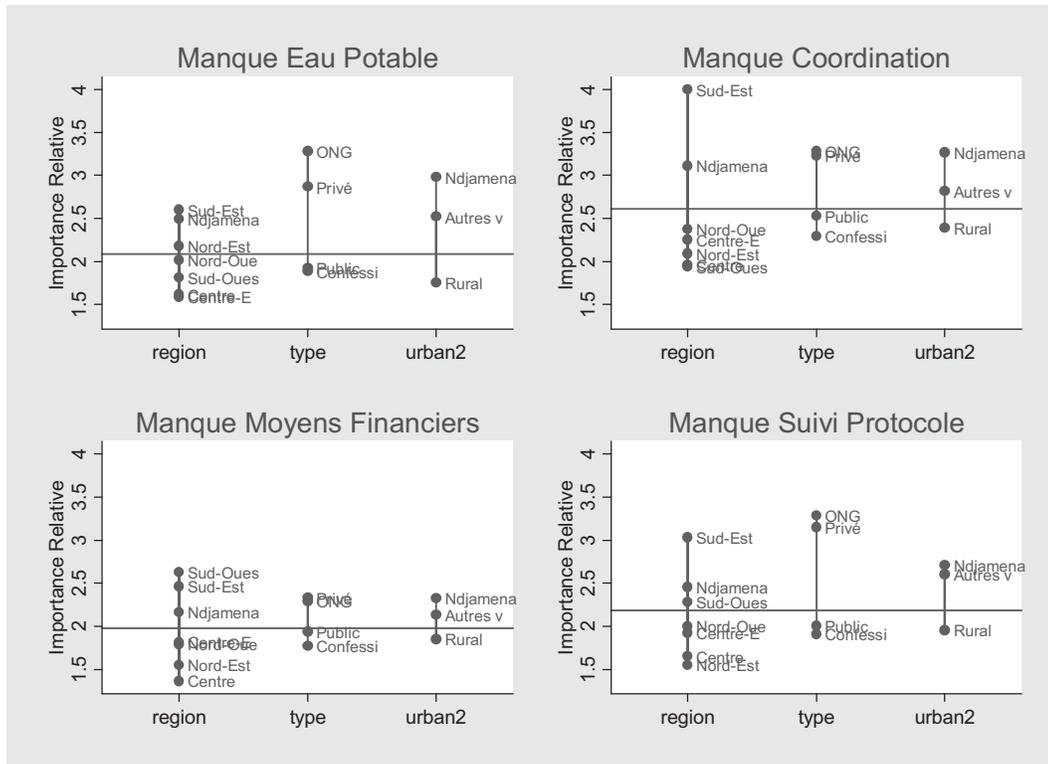


Figure 2.24 : Importance des contraintes (Suite)

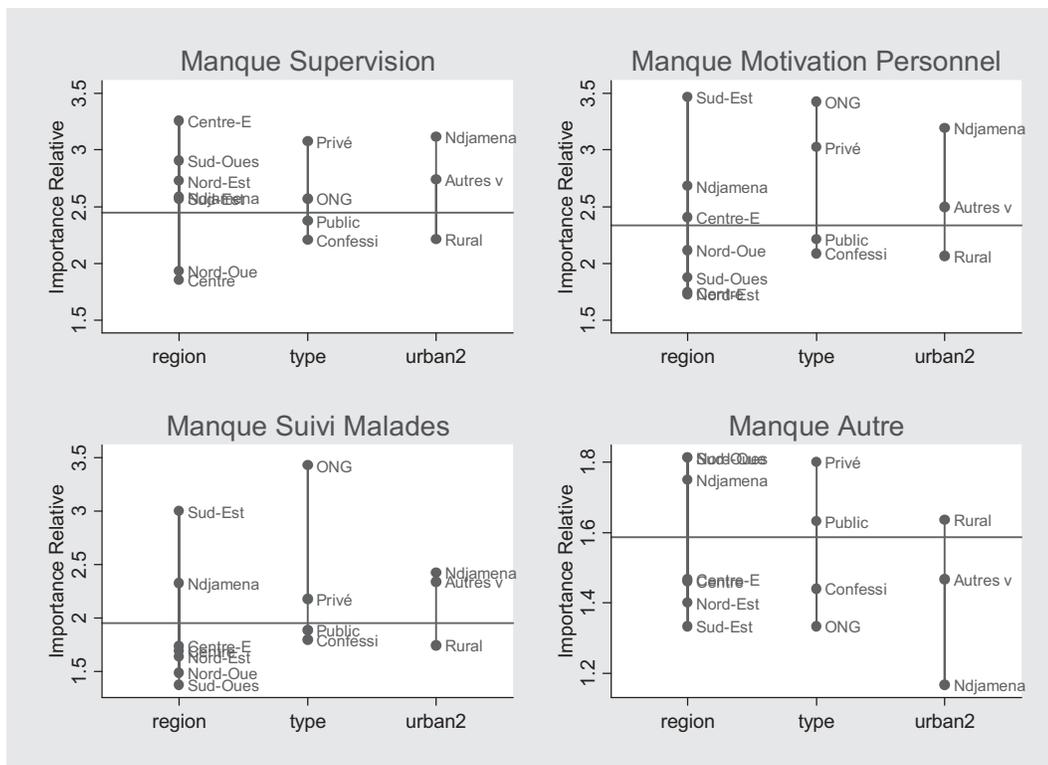


Figure 2.25 : Importance des contraintes (Fin)

## Chapitre 3 : LES RESSOURCES HUMAINES

### Principaux Résultats:

- Les CS sont de taille modeste avec une moyenne nationale de 6,5 agents de santé avec une grande dispersion selon la région et le type. Les CS de N'Djaména ont un personnel deux fois plus important que les CS localisés en zone rurale. Les CS publics comptent le personnel le plus faible.
- Les femmes constituent en moyenne le quart du personnel des CS. Elles représentent, cependant, plus de la moitié du personnel dans les CS publics de N'Djaména mais seulement 16% dans les CS publics ruraux.
- La carence en médecins est extrême dans les structures de santé primaire au Tchad. Ils constituent 0,07% et 0,4% du personnel des CS ruraux et publics respectivement. Dans l'ensemble des CS du pays ils font 2,3% du personnel.
- Sur la base des réponses du responsable du CS, le taux d'absentéisme du personnel est en moyenne de 10%. Toutefois, le taux d'absentéisme estimé en se basant sur le personnel non interrogé lors du passage de l'enquête atteint 21%.
- Un peu plus du quart du personnel n'a pas dépassé le niveau primaire. Les deux tiers ont interrompu leurs études au niveau secondaire, dont la moitié au premier cycle du secondaire. Parmi les différents types de centres, les CS privés disposent du personnel le plus qualifié.
- Le quart du personnel affirme avoir reçu une formation continue en 2003. Les CS privés offrent moins d'opportunités de formation continue avec seulement 13,8% du personnel ayant assisté en 2003 à une formation.
- Les agents de santé sont relativement satisfaits de leurs conditions de travail avec 69% du personnel déclarant être au moins satisfait. Paradoxalement, cependant, 48% des agents se disent prêts à quitter le CS si l'opportunité se présente. Les deux raisons principales évoquées étant la possibilité d'accroître les revenus et d'avoir plus de formations.

Le secteur de la santé est certainement avec l'éducation le secteur pour lequel les ressources humaines constituent la composante la plus importante. Pour fonctionner correctement, un centre de santé doit disposer d'un personnel en quantité et en qualité suffisantes. La composition du personnel aussi est très importante étant donné les complémentarités entre différentes catégories de personnel. Si les médecins sont indispensables il en est de même pour les sages-femmes et le personnel non qualifié. Ce chapitre s'intéresse à la structure des ressources humaines dans les centres de santé du Tchad. Les données utilisées proviennent de la section « personnel » du questionnaire CS, ainsi que du questionnaire adressé directement aux employés pour capturer leurs perceptions sur le secteur santé et leur travail, ainsi que leurs caractéristiques personnelles ou de leur ménage.

## I. Taille et Composition du Personnel

Tableau 3.1 : Composition par Genre et Taille des CS par Type et selon le Milieu

		LOCALISATION			
		Rural	Autre Urbain	Ndjaména	Tchad
<b>Public</b>	Taille Moyenne	4,48	8,38	11,73	6,00
	% de Femme	16,52	39,50	54,60	24,83
<b>Privé</b>	Taille Moyenne	6,63	5,55	10	7,78
	% de Femme	27,4	17,2	23,0	23,7
<b>Confessionnel</b>	Taille Moyenne	6,2	18	16,75	8,03
	% de Femme	25,9	39,6	42,4	28,5
<b>ONG</b>	Taille Moyenne	8	4	6,33	6,71
	% de Femme	27,8	75,0	43,5	41,2
<b>Tchad</b>	Taille Moyenne	5,02	8,11	11,17	6,58
	% de Femme	19,26	35,17	41,49	25,52

Source: Enquête Etablissements Sanitaires – Tchad 2004. Questionnaire Centre de Santé

Le tableau 3.1 donne une représentation du paysage du personnel de la santé primaire par type de centre de santé et selon le milieu. En moyenne 6,58 personnes travaillent dans un CS Tchadien. Sur l'ensemble du pays, les CS publics sont les moins importants en taille avec 6 personnes par centre, tandis que les confessionnels sont les plus grands avec un personnel fort de plus de huit individus. Ils sont spécialement larges en milieu urbain avec plus de 16 personnes en moyenne, donc plus de deux fois la moyenne nationale. Les femmes constituent en moyenne un quart du personnel. Les variations sont cependant grandes selon le type et la localisation du CS. Par exemple, plus de la moitié du personnel des CS publics de N'djamena sont des femmes, le deuxième taux le plus élevé dans le pays. Il est intéressant de noter que la proportion de femmes dans les CS publics à N'djamena est deux fois plus élevée que la proportion de femmes dans les CS publics du pays. Il y a en moyenne 6 femmes par CS public dans la capitale contre 0,5 femme par CS pour le pays. Les confessionnels recrutent plus de personnel dans les centres urbains autres que la capitale. Les ONG des autres centres urbains comptent en moyenne 4 personnes dont trois sont des femmes. Cependant un seul CS de ce type a été répertorié puisque les ONG sont concentrés dans la capitale, ce CS n'est donc pas représentatif. Le milieu rural est le parent pauvre du secteur santé Tchadien. Il compte un personnel de taille modeste et ne compte que peu de femmes. À titre d'exemple les prestataires de services publics ruraux ont en moyenne 16,4 % de femmes dans leur équipe, soit moins d'une femme par CS. Le taux de mortalité maternelle au Tchad est un des plus importants dans le monde. Ce phénomène est dû en grande partie aux aspects culturels – très présents en Afrique au Sud du Sahara – qui empêchent les femmes enceintes de chercher à se faire ausculter lorsqu'elles anticipent d'être consultées par des hommes. La

proportion des femmes dans le staff du secteur santé constitue une dimension importante pour l'amélioration de certains indicateurs. Il est donc impératif que le gouvernement Tchadien travaille à l'accroissement du personnel féminin qualifié. Un des axes de recherche possible se trouve être la législation sur le code du travail. Les femmes ont le droit de rester sur N'djamena dès lors que leur conjoint travaille aussi dans la capitale. Cette législation rend quasi impossible l'affectation des femmes dans les régions où un véritable besoin existe. D'autres voies d'affectation des femmes dans les régions existent très certainement, par exemple les incitations monétaires avec une prime d'éloignement. Cependant, ce type de mesures doit être appliqué de façon rigoureuse pour générer des résultats.

Le personnel du CS doit aussi être savamment dosé en termes de qualifications du personnel. Il faut certes des médecins, mais il faut aussi des techniciens, des infirmières, et des agents non qualifiés pour faire tout le travail nécessaire dans un CS. La répartition des tâches doit être optimale.

Tableau 3.2 : Composition du personnel des centres de Santé

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	N'djaména	TCHAD
% Médecins	0.4	10.2	0.7	8.2	0.07	2.4	10.5	2.3
% Autre Qualifiés	32.3	36.8	30.3	45.2	30.45	34.7	41.6	33.1
% Matrones	5.0	5.6	15.2	2.4	8.15	3.4	2.0	6.4
% Non Qualifié	62.3	47.4	53.8	44.2	61.33	59.5	45.9	58.2

Source: Enquête Établissements Sanitaires – Tchad 2004. Questionnaire Centre de Santé

Le tableau 3.2 donne la composition du personnel des centres de santé au Tchad. Le fait saillant est qu'il n'existe pratiquement pas de médecins au niveau opérationnel primaire. En effet, les médecins ne représentent que 2,3 % du personnel total dans les CS. Le milieu rural n'a virtuellement aucun médecin. Les médecins sont rares dans le secteur public et dans le milieu rural, hors N'djamena, où seules les ONG ont un médecin. Un seul médecin exerce en milieu rural pour les CS du MSP dans notre échantillon et en plus il est dans la partie rurale de N'djamena. La quasi totalité des médecins du secteur public sont dans les hôpitaux de district ou régionaux. Cela ne suffit cependant pas à pallier cette carence. En effet, en incluant ces médecins, la moyenne du nombre de médecins par prestataire de service public rural passe de 0,03 % à 0,25 %. Les médecins sont presque tous à N'djamena et sont surtout présents dans le secteur privé. On compte en tout 63 médecins dans les centres de santé, dont 46 soit 73 % exercent dans le privé. Le personnel qualifié, autre que les médecins, comme les infirmiers ou les agents techniques, constitue un tiers du personnel, ils sont plus nombreux dans les ONG. Les matrones qui sont très importantes pour les accouchements assistés sont surtout présentes dans les CS confessionnels (15,2 %) et dans le milieu rural (8,1 %), elles représentent en moyenne 6,4 % du personnel de santé. Il apparaît que les agents non qualifiés, dans lesquels on retrouve les sentinelles ou garçons et filles de salle, constituent la composante la plus importante du personnel des CS. Ils font en moyenne plus de 58,2 % du personnel des CS avec une surreprésentation dans le milieu rural (61,3 %) et le secteur public (62,3 %).

Étant donné la carence chronique de médecins dans le secteur primaire de la santé et surtout dans le milieu rural, il est intéressant de comparer les données de l'enquête avec le fichier des ressources humaines globales du MSP qui est présenté au tableau suivant.

Tableau 3.3 : Composition du Personnel de la Santé selon les données du MSP

	Administration Centrale	Régions	Chari-Baguirmi	HGRN et Liberté	Sous Position	Total
Administrateurs	73	53	13	7	19	165
Médecins	27	109	23	38	40	237
Sages Femmes	7	65	62	38	29	201
Infirmiers	50	1011	238	148	207	1654
Spécial. et Cadres Sup.	92	106	25	91	46	360
Agents non qualifiés	113	694	211	239	31	1288
Techniciens et Assistants	72	163	45	37	27	344
Total	434	2201	617	598	399	4249
% Total Général	10.21	51.80	14.52	14.07	9.39	100.00

Source: Base de Données de la Direction Ressources Humaines du MSP 2003

Le Chari-Baguirmi, dans lequel on retrouve l'administration centrale et les hôpitaux de Ndjama (HGRN et Liberté), compte à lui tout seul 38,8 % du personnel de santé du pays. La même proportion (37,1 %) des médecins se trouve dans le Chari-Baguirmi, dont plus de 11 % font de la gestion et de l'administration tandis que le pays manque de cruciallement de médecins « stéthoscope autour du cou ». Les régions dans leur totalité, à l'exclusion du Chari-Baguirmi, ne disposent que de la moitié du personnel (51,8 %) dont la majorité est composée d'agents non qualifiés et d'infirmiers. Le personnel n'est pas en quantité suffisante. Comme nous l'avons vu plus haut, la grande partie des agents non qualifiés se retrouve dans la partie basse de la pyramide sanitaire et dans le milieu rural.

Nombre Habitants par Personnel Sante en 2003

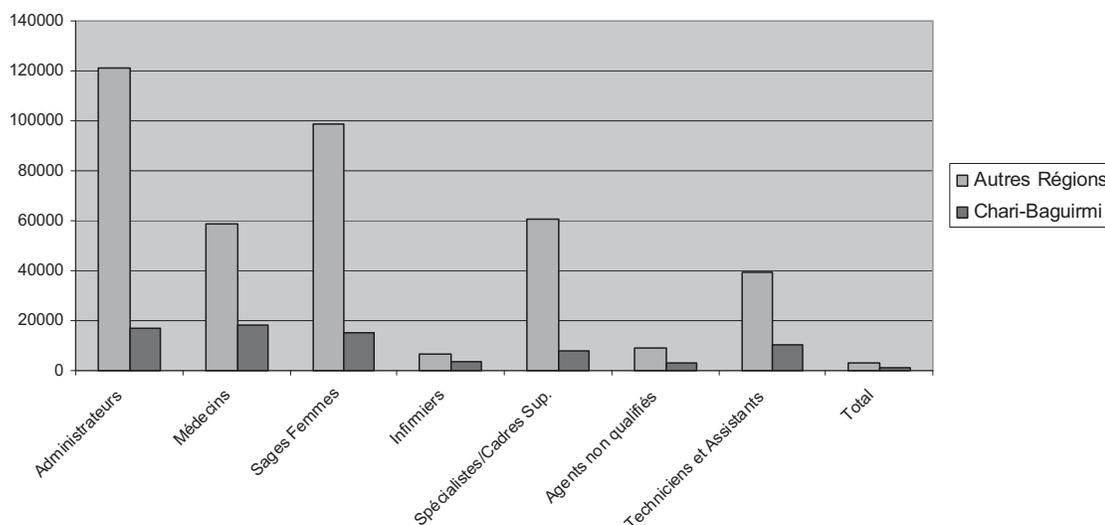


Figure 3.1: Nombre d'Habitants par Type de Personnel

La figure 3.1 montre le déséquilibre entre le Chari-Baguirmi (en particulier N'djamena) et les autres régions du pays en termes d'offre de personnel de santé. Un habitant de la capitale est en moyenne trois fois mieux servi qu'un habitant d'une autre région. Hormis les administrateurs et gestionnaires, les écarts entre le Chari-Baguirmi et le reste du pays sont plus marqués pour les sages-femmes, les médecins et les spécialistes pour lesquels toutes les parties du Tchad sont très en deçà des normes OMS. Les autres régions sont dépourvues de ce type de capacités surtout au niveau primaire.

## II. Rémunération et Présence dans le Centre de Santé

Deux déterminants importants pour la qualité du centre de santé sont la rémunération du personnel ainsi que leur présence effective sur le lieu de travail. Cette dernière peut être influencée par le niveau de rémunération ou les opportunités dans l'environnement immédiat des agents de la santé. Lors de l'enquête, les responsables des CS ont bien voulu donner une estimation du salaire moyen du personnel du CS selon les différentes catégories.

Tableau 3.4 : Rémunération Mensuelle du Personnel (en Milliers de FCFA)

	Médecins	Autres Qualifiés	Matrones	Non Qualifiés	Total Personnel
<b>Public (191)</b>					
Nombre de CS	6	173	47	186	191
Salaire Moyen	209,3	87,6	19,2	18,4	41,4
Salaire Médian	215	75,0	10,0	16,0	35,2
<b>Privé (39)</b>					
Nombre de CS	21	37	10	36	39
Salaire Moyen	183,4	121,9	42,9	35,0	106,6
Salaire Médian	140	60,0	26,0	25,5	47,1
<b>Confessionnel (44)</b>					
Nombre de CS	2	44	30	40	44
Salaire Moyen	240	63,3	27,5	24,0	37,7
Salaire Médian	240	52,7	25,0	23,0	33,0
<b>ONG (7)</b>					
Nombre de CS	1	6	1	6	6
Salaire Moyen	200	131,2	91,0	45,9	77,5
Salaire Médian	200	138,5	91,0	47,7	93,2
<b>Tous Centres Confondus (281)</b>					
Nombre de CS	30	260	88	268	280
Salaire Moyen	192,9	89,3	23,5	22,1	50,8
Salaire Médian	183	72,0	20,0	19,0	36,2

Source: Enquête Établissements Sanitaires – Tchad 2004. Questionnaire Centre de Santé

Le salaire mensuel moyen d'un personnel de santé au Tchad est de 50.800 FCFA, la moitié des CS ont un salaire moyen inférieur à 36.200 FCFA mensuellement. Les variations sont grandes en fonction du type de personnel et de la catégorie du CS dans lequel il exerce. En moyenne, les privés et les ONG semblent offrir un meilleur salaire à leur personnel avec un salaire moyen de 106.600 et 77.500 FCFA respectivement. Le faible nombre d'ONG dans l'échantillon ne nous permet cependant pas de conclure à une différence significative. Le salaire moyen pour un employé est élevé chez les privés principalement à cause du nombre relativement plus grand de médecins. Le salaire moyen dans le privé est deux fois plus élevé que dans le public, et presque de trois fois supérieur à celui des confessionnels.

Les différences ne sont pas aussi marquées à l'intérieur des catégories de personnel, elles sont parfois inversées. En effet, les salaires par catégorie sont relativement proches même si les confessionnels octroient une légère prime à leurs médecins tandis que tous les autres types de personnel sont mieux payés par les ONG. Le salaire moyen des médecins le plus faible s'observe dans le secteur privé.

Les salaires offerts par les confessionnels sont très proches de ceux du secteur privé mis à part les assistants techniques spécialisés beaucoup mieux rémunérés dans le privé.

Comme on peut s’y attendre, les mieux payés sont les médecins. Parmi eux, le meilleur traitement revient à ceux qui exercent dans les CS confessionnels, suivis des médecins du secteur public. Seuls 6 CS publics, soit 3,1 % des centres disposent d’un médecin.

En ce qui concerne l’absentéisme, le personnel peut être absent pour diverses raisons. L’absence peut être justifiée ou pas, toujours est-il que la qualité du service offert en souffre. Lors du passage des enquêteurs, le répondant au questionnaire a indiqué pour chaque catégorie de personnel, le nombre d’agents travaillant dans le centre ainsi que le nombre de ceux-ci qui étaient présents au même moment. Lorsque des agents sont absents, la raison de l’absence a aussi été évoquée. Les médecins ont été regroupés avec les techniciens supérieurs car ils ne sont pas suffisamment nombreux pour pouvoir tirer des conclusions statistiquement valides. En moyenne, le personnel du secteur privé est absent le plus souvent

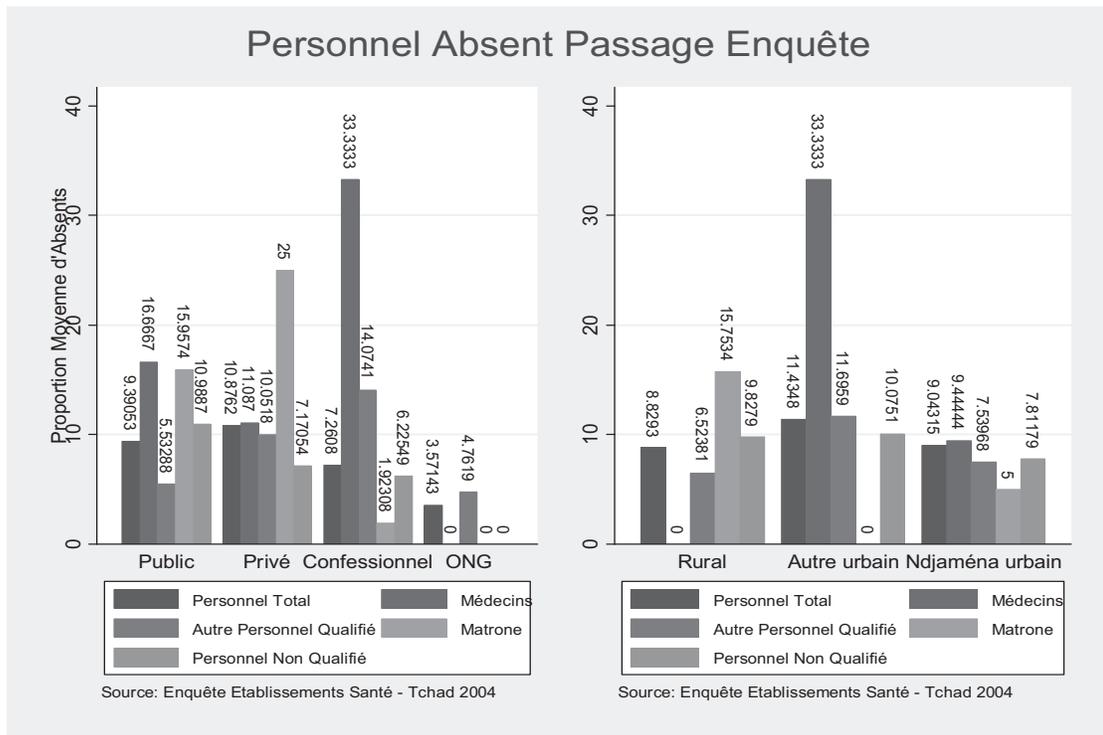


Figure 3.2: Pourcentage Absents par Catégorie de Personnel

Pratiquement le tiers des médecins et techniciens supérieurs des centres confessionnels était absent lors du passage de l’enquête ; c’est le taux d’absentéisme le plus élevé. Dans les CS publics, le personnel non qualifié a le taux d’absents le plus élevé. Les autres centres urbains enregistrent aussi les taux d’absentéisme moyens les plus élevés pour toutes les catégories de personnel.

Les taux d’absentéisme présentés dans ce rapport ne sont très certainement pas représentatifs, et peuvent être biaisés par plusieurs facteurs. Déjà cité, le problème de petit échantillon peut biaiser les résultats. L’heure de l’interview peut avoir un impact, dans la mesure où il est probable que le nombre d’employés présents sera moindre très tôt dans la journée ou tard dans la soirée. Il est très difficile de contrôler pour tous ces effets. Le tableau 3.5 présente les résultats de régressions qui tentent d’identifier les déterminants de l’absentéisme dans les CS par type de personnel. Il semblerait en effet que l’heure d’interview ait un impact sur le taux d’absents. Sinon il ne semble y avoir aucune différence significative sur la proportion moyenne d’absents par centre de santé ni suivant l’appartenance du CS ni sa localisation. La supervision des autorités administratives n’a aussi aucun

impact sur l'absentéisme. En revanche la taille du CS joue un rôle non négligeable sur le taux d'absents pour les médecins et les matrones. Plus le CS est large plus ces catégories de personnel sont absents. L'effet est inverse pour les SFDE qui ont tendance à s'absenter moins plus le CS est grand. Il est difficile d'expliquer ces résultats contradictoires. Le résultat générique qui semble se dégager du tableau 3.5 est que l'absentéisme est plus important en milieu urbain peut-être parce que le personnel a plus d'opportunités et peut donner des soins externes. En revanche, les CS confessionnels et les ONG ont des taux d'absence moindres. Pour les non qualifiés qui constituent la catégorie de personnel la plus importante dans tous les CS quel que soit le type ou le milieu, la seule variable qui explique leur absence est le type du CS ; ils ont tendance à s'absenter moins dans les ONG.

Tableau 3.5 : Régressions Pourcentage Personnel Absent

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	Personnel Total	Médecins	Autres Qualifiés	SFDE	Matrone	Non Qualifiés <sup>a/</sup>
Heure Début Visite	4,33 (3,24)**	27,62 (3,30)*	2,60 -1,26	1,69 -0,44	13,67 (3,06)**	4,44 -1,93
Heure Visite Carre	-0,15 (2,90)**	-0,93 (3,29)*	-0,10 -1,32	-0,12 -0,68	-0,55 (3,08)**	-0,15 -1,51
Taille CS	-0,06 -0,44	1,78 (2,91)*	0,22 -1,17	-0,99 (2,39)*	1,70 (2,40)*	-0,48 -2,01
Privé	1,92 -0,82	-10,64 -0,90	5,31 -1,20	19,95 -1,94	2,43 -0,17	-4,09 -1,29
Confessionnel	-1,16 -0,45	-38,78 (4,17)**	9,28 -1,90	-5,90 -1,50	-20,86 (4,00)**	-2,48 -0,65
ONG	-5,17 -1,31	-6,78 -0,45	0,41 -0,08	-10,35 -1,22	-38,41 (4,31)**	-11,40 (4,60)**
Autre Urbain	2,40 -0,76	62,27 (2,94)*	4,88 -1,34	33,63 (2,77)*	-29,55 (3,49)**	1,99 -0,58
Ndjaména	1,73 -0,70	39,18 (5,77)**	0,87 -0,25	11,24 -2,04	-30,66 (3,28)**	2,78 -1,15
Supervision Delegation	0,44 -0,23	-3,80 -0,70	-0,68 -0,19	2,90 -0,61	-2,99 -0,61	1,04 -0,55
Supervision District	2,03 -0,90	14,01 -1,07	4,06 -1,05	18,78 -2,15	-3,80 -0,39	-0,80 -0,30
Constant	-20,56 (2,38)*	-228,20 (3,91)**	-15,08 -1,19	-2,80 -0,14	-62,09 (2,56)*	-15,66 -1,13
Observations	277	35	260	55	90	266
R-squared	0,03	0,42	0,04	0,25	0,22	0,04

Robust t-statistics in parentheses

\* significant at 5%; \*\* significant at 1%, a/ comprend G/F de salle, sentinelles, et autres

En analysant les raisons d'absence du personnel, il n'y a que 10 % des absents pour lesquels le responsable affirme que l'absence est non approuvée. Tous les autres sont soit malades, soit partis chercher leur salaire et pas encore revenus, soit en mission officielle. Toujours est-il que les perceptions des populations se forment sur le fait que le personnel du centre n'est pas sur place lorsqu'ils viennent se faire soigner. Le taux d'absentéisme au Tchad tel que mesuré dans cette enquête est beaucoup plus faible que dans les autres pays dans lesquels une enquête similaire a été menée. En effet le tableau xxx montre les taux d'absentéisme dans 6 pays par Chaudhury et al. (2005). Il est encourageant de voir que le Tchad fait mieux que tous ces pays, ce qui est porteur d'espoir que le secteur santé peut améliorer ses performances globales.

Tableau 3.6 : Absentéisme dans divers pays

	Taux d'absence (%) dans les :	
	Écoles Primaires	Centres de Santé
Bangladesh	16	35
Inde	25	40
Indonésie	19	40
Pérou	11	25
Ouganda	27	37

Source: Chaudhury et al. (2005) Journal of Economic Perspectives

### III. Caractéristiques du Personnel de Santé

Cette section utilise l'enquête auprès des agents de la santé. Dans chaque CS visité, les enquêteurs ont tiré au hasard des agents de la santé à qui un questionnaire personnel a été administré. Ce questionnaire contient des informations sur l'employé, l'environnement de son travail et familial, ses perceptions sur le centre de santé ainsi que des informations sur les formations qu'il a suivies durant l'année 2003. La stratégie d'échantillonnage du personnel est relativement simple. Dans chaque CS, les enquêteurs doivent administrer une dizaine de questionnaires. Lorsque la taille du personnel est inférieure à 10, tout le personnel répond au questionnaire. Pour les CS de taille moyenne ou grande, c-à-d avec plus de 10 employés, tous les médecins doivent être interviewés, ensuite les enquêteurs procèdent à un tirage aléatoire sur les autres employés pour compléter la dizaine.

Cette procédure permet aussi de contrôler pour la taille du CS en staff et le nombre d'absents comme indiqué par le responsable du CS et donné par la figure xxx. En effet, pour les CS de moins de dix personnes, en faisant la différence entre le nombre d'absents tel que déclaré par le responsable et le nombre d'interviewés, on obtient le nombre d'absents « réel ». Il faut quand même garder à l'esprit qu'il est possible que les enquêteurs interrogent moins d'employés que prévus pour diverses raisons. Cela en tout cas biaiserait les comparaisons. Nous supposons que les enquêteurs ont scrupuleusement respecté la stratégie d'échantillonnage. Il faut aussi dire que le responsable peut affirmer que les agents sont sur place en toute bonne foi.

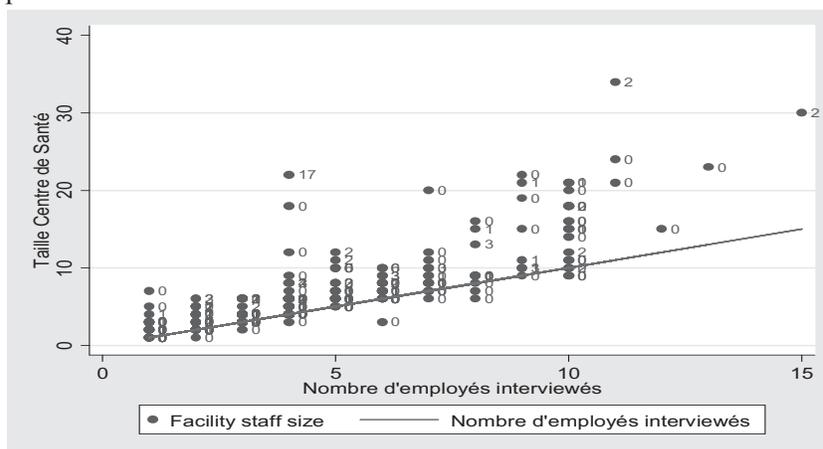


Figure 3.3 : Absents déclarés et « réels »

La figure 3.3 montre le nombre d'absent tel que déclaré par le responsable de CS (chiffre labellisant les points). Les points indiquent la taille du CS tandis que la ligne donne le nombre de personnes interviewées. Pour une taille de moins de 10, tous les points devraient se trouver sur la courbe indiquant que les enquêteurs ont interrogé tout le staff. Lorsque les points sont au-dessus de la ligne,

cela signifie qu'il y a des agents qui ne sont pas sur place ou que la taille du CS est incorrecte. Un point en dessous de la ligne montre que la taille du CS a été mal reportée. Plusieurs responsables affirment que personne n'est absent alors que les enquêteurs n'arrivent pas à interviewer 10 personnes.

Tableau 3.7 : Absence déclarée par responsable du CS

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndjaména	TCHAD
<b>Réponses Responsable CS</b>								
Nombre Absents	0,55	0,55	0,62	0,17	0,48	0,84	0,69	0,55
Proportion Absents	0,10	0,10	0,09	0,04	0,09	0,13	0,11	0,10
<b>Estimation enquête</b>								
Nombre Absents	1,00	1,81	1,16	1,17	0,99	1,55	1,59	1,13
Proportion Absents	0,20	0,30	0,20	0,26	0,20	0,23	0,26	0,21

Source : Questionnaires Employé et CS Enquête Établissements Sanitaires – Tchad 2004

En restreignant l'analyse aux CS de moins de 10 personnes, on s'aperçoit qu'il existe de grands écarts entre les réponses des responsables et le nombre de personnes interrogées. Le taux d'absentéisme passe en moyenne de 10 % à 21 %. Ce taux devient aussi plus important pour Ndjaména par rapport aux autres localités. Les privés et les ONG enregistrent maintenant les plus hauts taux d'absence du personnel.

Tableau 3.8: Composition Personnel Répondant au Questionnaire Employé

	APPARTENANCE				LOCALISATION			TCHAD
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndjaména	
Médecin	1,0	10,4	1,9	7,7	0,4	1,8	8,5	2,9
Autre Personnel Médical	48,4	48,6	44,4	46,1	42,4	52,0	56,2	47,7
Matrone	5,0	3,8	10,7	3,8	8,7	3,6	0,9	5,7
Personnel Non Qualifié	30,9	26,4	29,8	30,8	34,6	30,8	19,7	30,0
Autres	14,7	10,8	13,2	11,5	13,9	11,8	14,7	13,7
Effectif Total	831	212	205	26	713	221	340	1274

Source : Questionnaire Employé Enquête Établissements Sanitaires – Tchad 2004

Malgré le fait que les médecins sont sur-échantillonnés, ils constituent seulement 1 % du personnel dans le public et 0,4 % en milieu rural. Ils sont concentrés à N'djaména et dans le secteur privé comme l'a montré la section précédente. Le Tchad manque chroniquement de médecins. Le personnel non qualifié est très important et la catégorie « Autres » comprend principalement du personnel non qualifié qu'il a été difficile de reclasser clairement. Encore une fois, les matrones qui jouent un rôle important pour la santé maternelle sont recrutées par les confessionnels et dans le milieu rural.

Tableau 3.9 : Caractéristiques du Personnel de Santé

	APPARTENANCE				LOCALISATION			TCHAD
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndjaména	
<b>Sexe de l'employé</b>								
Homme	65,0	77,4	70,8	42,3	76,4	61,5	52,6	67,5
Femme	35,0	22,6	29,2	58,0	23,6	38,5	47,3	32,5
<b>Age de l'employé</b>								
18-30	25,7	19,1	24,4	23,1	26,8	21,6	21,0	24,4
31-45	50,1	47,7	48,3	53,8	47,6	51,8	51,9	49,5
46-60	23,1	31,8	26,8	23,1	24,7	25,7	25,7	25,1
>60	1,1	1,4	0,5	0,0	0,9	0,9	1,4	1,0
<b>Expérience Secteur Santé</b>								
Moyenne	12,0	12,7	11,2	12,9	11,0	14,3	12,5	12,0
1 <sup>o</sup> Quartile	3,0	3,0	4,0	3,0	3,0	3,0	4,0	3,0
Médiane	9,0	9,0	10,0	13,0	8,0	13,0	10,0	9,0
<b>Ancienneté dans le CS</b>								
Moyenne	5,6	5,4	6,6	5,1	6,3	5,0	5,0	5,7
1 <sup>o</sup> Quartile	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Médiane	3,0	3,0	4,0	3,0	4,0	3,0	3,0	3,0
Effectif Total	836	191	228	26	713	221	340	1274

Source : Questionnaire Employé Enquête Établissements Sanitaires – Tchad 2004

On observe que la composition de l'échantillon est relativement proche de la composition telle que décrite dans le tableau 3.9. Il semblerait cependant que la proportion de femmes interviewées soit légèrement plus importante que ne le laisse penser le tableau 3.1. La moitié du personnel de santé se trouve dans le groupe d'âge 31-45 ans. Les moins de trente ans constituent un peu moins du quart de cette population. Les jeunes sont en proportion plus nombreux dans le milieu rural. Les CS publics recrutent en moyenne plus de jeunes travailleurs. Le personnel des ONG est en moyenne beaucoup plus expérimenté, il a un an d'expérience de plus que la moyenne nationale. Les agents de la santé dans les centres urbains autres que Ndjaména ont en moyenne 3,3 années d'expérience de plus que leurs collègues du milieu rural. Les CS confessionnels fidélisent mieux leur personnel qui travaille dans le centre en moyenne depuis plus de 6 années et demie. On observe aussi moins de mouvement du personnel dans le milieu rural où l'agent de santé moyen a passé plus de 6 années dans le même centre et la moitié du personnel est en place depuis au moins 4 années.

La qualité du personnel se mesure surtout par son niveau d'éducation, sa formation initiale, et l'existence de formation continue. Le personnel doit se recycler en permanence pour apprendre les nouvelles techniques médicales ou de gestion. La formation dans le diagnostic, le traitement, et la prise en charge des patients victimes de maladies comme le Sida est aussi un signe de qualité du personnel.

Tableau 3.10 : Éducation et Formation du Personnel

	APPARTENANCE				LOCALISATION			TCHAD
	Public	Privé	Confes- sionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndja mena	
<b>Niveau d'Éducation</b>								
Aucun	7,6	3,3	6,8	11,6	7,5	6,8	4,6	6,6
Primaire	24,0	14,0	25,8	3,8	29,0	21,2	8,8	22,3
Secondaire	64,1	67,7	60,1	84,6	59,9	68,4	72,0	64,6
Enseignement Tech.	1,9	3,3	4,4	0,0	1,8	2,7	3,5	2,4
Enseignement Sup.	2,4	11,7	2,9	0,0	1,8	0,9	10,8	4,1
<b>Formation Médicale</b>								
Pas de Formation	32,1	22,1	31,7	30,8	35,7	28,8	20,2	30,3
Moins de 6 mois	15,4	12,7	10,9	0,0	15,9	12,6	10,8	14,0
Entre 6 mois et 1 an	7,9	8,0	12,4	7,7	8,4	11,3	7,3	8,6
Entre 1 et 2 ans	6,4	8,9	6,4	0,0	7,2	7,7	5,0	6,7
Entre 2 et 5 ans	35,9	34,7	28,2	50,0	29,3	35,6	45,6	34,8
Plus de 5 ans	2,3	13,6	10,4	11,5	3,5	4,0	11,1	5,6
<b>Total Effectif</b>	836	191	228	26	712	226	343	1281
<b>Formation en 2003</b>								
Oui	27,2	13,8	29,9	23,1	29,2	25,2	17,2	25,3
<b>Fournisseur Formation</b>								
DS/DRS/MSP	58,8	44,8	36,7	16,7	54,8	59,6	37,9	52,5
ONG	14,0	20,7	25,0	33,3	16,5	25,0	12,1	17,1
Bailleur	16,8	10,3	10,0	33,3	14,6	7,7	24,1	15,2
Autre	10,4	24,2	28,3	16,7	14,1	7,7	25,9	15,2
<b>Total Effectif</b>	221	29	60	6	206	52	58	316

Source : Questionnaire Employé Enquête Établissements Sanitaires – Tchad 2004

En moyenne pratiquement 29 % du personnel des CS n'a pas dépassé l'école primaire, dont 6,6 % n'ont pas d'éducation du tout. Le secteur public enregistre les plus forts taux dans les deux rubriques. Un peu moins des 2/3 du personnel interrogé a fréquenté l'école secondaire. Dans les ONG, presque 85 % des employés se sont arrêtés au secondaire, il faut quand même noter que la majorité (53,8 %) a atteint le second cycle du secondaire. Reflétant la proportion importante des non qualifiés, 30,8 % des employés n'ont reçu aucune formation médicale. Les privés utilisent dans une moindre mesure cette catégorie d'employés puisque seulement le cinquième (22,1 %) du personnel n'a eu aucune formation médicale, contrairement aux autres types de formations sanitaires qui emploient au moins 30 % de ces agents. Les ONG et les privés comptent le plus d'employés avec au moins 2 années de formation médicale, 61,5 et 48,3 % respectivement. Les privés ont cependant plus de personnel hautement qualifiés c'est-à-dire avec plus de 5 années de formation ce qui correspond très certainement à une présence plus marquée de médecins. Les centres de santé confessionnels enregistrent la plus forte proportion du personnel ayant entre 6 mois et deux années de formation médicale. Ceci reflète partiellement le fait qu'ils se concentrent sur les matrones à qui une formation médicale minimale est offerte.

On considère qu'un centre de santé offre de la formation continue à ses employés s'ils ont fait une formation durant l'année précédant l'enquête, c'est-à-dire en 2003. Les confessionnels offrent plus de formation continue à leur personnel. Durant l'année 2003, 30 % du personnel des CS confessionnels a reçu une formation ayant trait à la santé. La moyenne nationale est à 25,3 % avec de grandes disparités au niveau du type de CS que de la catégorie des employés. Seuls 22 % des médecins ont

reçu une formation durant l'année 2003. Le nombre de médecins dans les ONG et confessionnels est trop faible pour valider les 50 % obtenus.

Tableau 3.11 : Formation Continue par Catégorie de Personnel

	APPARTENANCE				LOCALISATION			TCHAD
	Public	Privé	Confes- sionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndjam ena	
<b>Formation en 2003</b>								
Médecin	12,5	18,2	50,0	50,0	66,7	0,0	20,7	22,2
Personnel Qualifié	32,8	14,6	38,5	25,0	38,7	29,2	17,9	30,4
Matrone	11,9	12,5	31,8	0,0	17,7	25,0	0,0	17,8
Personnel Non Qualifié	23,3	11,7	19,5	18,1	22,6	21,5	15,6	21,0
Total Personnel	27,2	13,8	29,9	23,1	29,2	25,2	17,2	25,3

Source : Questionnaire Employé Enquête Établissements Sanitaires – Tchad 2004

Sur l'ensemble du personnel, il est surprenant de prime abord de voir que les privés ont le taux de formation continue le plus faible. Il faut noter que le coût d'opportunité de la formation continue d'un employé pour un centre privé est élevé. Ce coût comprend le temps que l'employé ne passe pas dans le centre et le coût direct de la formation. Il est cependant important que les privés vers qui se tourne une partie non négligeable de la population pour des soins se recyclent de manière régulière. Il serait même souhaitable que l'État les appuie dans ce sens, pour des raisons de santé publique. Les confessionnels enregistrent le taux le plus élevé, près de 30 %, bien que ce soit coûteux pour eux aussi. Le personnel qualifié autre que les médecins est le groupe qui a bénéficié le plus des formations durant l'année 2003.

Sur quels thèmes le personnel est-il formé ? Le choix des thèmes de formation est important et doit refléter les besoins du centre de santé en fonction des problèmes spécifiques rencontrés dans sa zone de responsabilité. Par exemple le centre devrait mettre l'accent sur la prise en charge des infections respiratoires aiguës et recycler de façon périodique son personnel sur ce sujet si une bonne portion de ses patients souffre de cette maladie. Étant donné l'importance du sida, on s'attend à ce que le personnel soit formé sur ce fléau afin de pouvoir diagnostiquer et le cas échéant conseiller les patients sur cette terrible maladie.

Tableau 3.12 : Pourcentage Employés ayant Reçu Formation par Thème

	APPARTENANCE				LOCALISATION			TCHAD
	Public	Privé	Confes- sionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndjam ena	
Vaccination/Chaîne de Froid	50,0	37,9	40,3	16,7	51,7	50,0	24,1	46,4
Traitement IRA	27,3	24,1	19,3	16,7	28,4	19,2	19,3	25,2
Diarrhée	28,8	21,4	19,3	16,7	29,6	19,2	19,3	26,0
Paludisme	28,3	28,6	24,2	16,7	31,1	25,0	15,8	27,3
Nutrition	23,3	21,4	22,6	0,0	25,7	15,4	17,5	22,5
Santé Maternelle	37,0	25,9	30,6	0,0	41,5	25,0	15,8	34,1
Planning Familial	32,4	21,4	27,4	16,7	34,9	25,0	17,5	30,2
Gestion stock Médicaments	36,1	11,1	24,2	16,7	35,1	34,6	14,0	31,2
IST ou VIH/Sida	40,8	39,3	46,8	50,0	48,9	30,8	28,1	42,0
<b>% Total Personnel</b>	<b>27,2</b>	<b>13,8</b>	<b>29,9</b>	<b>23,1</b>	<b>29,2</b>	<b>25,2</b>	<b>17,2</b>	<b>25,3</b>

Source : Questionnaire Employé Enquête Établissements Sanitaires – Tchad 2004

La moitié des individus ayant fait une formation dans les ONG, et un peu moins pour les confessionnels ont été formés sur le sida. Cette moyenne chute à 35 % pour les privés et un peu plus de 40 % pour le public. Un effort reste à faire à tous les niveaux pour une meilleure prise en charge du sida. Les CS publics se concentrent beaucoup sur la vaccination. Ceci a très certainement à faire avec les journées nationales et locales de la vaccination qui sont très importantes pour l'amélioration des taux de vaccination. La santé maternelle reçoit plus d'attention en milieu rural et de la part du secteur public suivi de près des confessionnels. La santé nutritionnelle, qui est importante pour la prise en charge des enfants et la prévention de la malnutrition, n'est pas un sujet suffisamment abordé durant les formations des employés.

#### IV. *Perceptions des agents de Santé*

Cette section s'intéresse principalement aux conditions de travail et de vie des agents de santé. Les conditions dans lesquelles ils pratiquent, ainsi que les caractéristiques générales de leur ménage. Ces conditions peuvent avoir un impact non négligeable sur le moral et la performance des agents de la santé.

Un des premiers facteurs importants pour le bien être du personnel, qui souvent constitue une faiblesse dans beaucoup de pays en développement surtout au sud du Sahara, est le paiement des salaires à temps. À cause du manque criard d'infrastructures financières adéquates délocalisées, il est commun dans plusieurs pays que les salariés aient à quitter leur lieu travail et voyager sur de longues distances pour récupérer leur salaire. Il arrive aussi souvent que les salaires arrivent en retard ou ne soient pas du tout payés. Tous ces facteurs jouent sur le moral des troupes et sur la performance finale du secteur de la santé.

Tableau 3.13 : Pourcentage Employés ayant Reçu Salaire

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndjamena	TCHAD
% Reçu Intégralité Salaire	92,0	94,9	95,9	100	92,1	92,5	96,6	93,4
% Reçu Salaire à Temps	80	96	92,3	100	85,5	87,3	89,1	86,3

Source : Questionnaire Employé Enquête Établissements Sanitaires – Tchad 2004

Au Tchad, seuls 8 % des agents de la santé dans le secteur public déclarent ne pas recevoir leurs salaires en intégralité. Tous les employés sont intégralement payés pour les ONG. En revanche, les salaires peuvent arriver en retard, ceci est vrai pour 20% du personnel public, les employés du secteur privé confessionnel ou pas sont presque toujours payés à temps. Les salaires arrivent en retard pour 15% des travailleurs dans le milieu rural contre un peu plus de 10% dans Ndjaména urbain.

Tableau 3.14 : Salaire Mensuel Personnel en Milliers de FCFA

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndjaména	TCHAD
Médecin	188750	173227	156250	225000	281666	167500	166285	176314
Autre Qualifié	63875	62052	53546	141636	54721	57007	81415	63341
Matrone	17617	32708	25065	40350	19748	30144	35667	21567
Non Qualifié	20321	25904	26275	42160	19065	25548	32049	22508
Autres	38964	58109	25436	66417	31231	31600	61125	39802
TCHAD	45688	64857	40417	100770	37073	45338	75479	48600

Source : Questionnaire Employé Enquête Établissements Sanitaires – Tchad 2004

Tableau 3.15 : Autres Primes et Subventions Reçues dans le Centre

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndjaména	TCHAD
Médecin	19437	8523	62500	12503	35000	8625	16500	17167
Autre Qualifié	5488	3955	4167	15208	4742	5787	5681	5226
Matrone	2167	0	3060	0	2500	1562	0	2294
Non Qualifié	3199	3777	1368	5300	2789	2764	3894	2978
Autres	3819	3318	4882	13333	3847	4821	4150	4089
TCHAD	4502	4263	4297	11150	3865	4640	5976	4566

Source : Questionnaire Employé Enquête Établissements Sanitaires – Tchad 2004

Les tableaux 3.14 et 3.15 donnent le niveau de salaires et autres rémunérations perçues par les employés. Ce sont les revenus comme indiqués par les salariés interviewés lors de l'enquête. Le tableau 3.4 précédant donne les salaires moyens des employés par catégories comme indiqué par le responsable du CS. La somme des salaires et des subventions est très proche des chiffres avancés par le responsable du CS qui semble avoir une très bonne information sur la rémunération de son personnel. Les médecins et les autres employés qualifiés sont mieux payés que les autres avec une large avance pour les médecins. Les primes suivent la même hiérarchie que les salaires, la redistribution des primes semble donc exacerber l'inégalité des revenus dans les CS plutôt que de l'atténuer. En effet, les écarts de revenus sont plus importants lorsque les primes sont prises en compte. Ceci est confirmé par le tableau 3.16 pour toutes les mesures d'inégalité considérées. La comparaison des courbes de Lorenz des salaires et des salaires plus les primes conforme encore cette analyse.

Tableau 3.16 : Mesures d'inégalités des revenus

	Coefficient de		Kakwani	Mesure de	
	Variation	Gini		Theil (Entropie)	Atkinson
Salaire	9.43	5.29	0.27	0.45	0.46
Salaire et Primes	10.01	5.53	0.31	0.51	0.53

En plus de leurs salaires, certains employés ont des avantages en nature sous diverses formes comme la mise à disposition d'un logement de fonction, la gratuité des soins, etc. (voir tableau 3.17). Les CS confessionnels logent presque la moitié (42,6 %) de leurs employés contre 17,6 % pour la moyenne et 12,5 % pour les employés dans le secteur public. Les avantages les plus répandus pour le personnel de santé sont, sans surprise aucune, la gratuité des soins et des médicaments. Cependant, tous les CS n'offrent pas ces avantages à leurs employés. La gratuité des soins est plus pratiquée que celle des médicaments. Quel que ce soit le type de CS considéré, moins de la moitié de ces CS offrent gratuitement les médicaments aux employés. La gratuité de la nourriture et le paiement de l'école pour les enfants sont quasi-inexistants.

Tableau 3.17 : Avantages Offerts aux Employés par le Centre de Santé

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndjaména	TCHAD
% Habite Maison du CS	12,5	15,1	42,6	11,5	28,1	5,4	4,1	17,6
% Gratuité soins	48,8	54,2	64,2	57,7	54,6	44,8	52,5	52,4
% Gratuité Médicaments	37,9	40,8	62,7	46,1	47,6	36,2	36,1	42,6
% Gratuité Nourriture	2,5	6,2	1,5	3,8	2,2	2,3	5,0	3,0
% Paye École pour enfants	4,5	3,8	1,5	0,0	3,5	5,0	3,6	3,8

Source : Questionnaire Employé Enquête Établissements Sanitaires – Tchad 2004

Tableau 3.18 : Déterminants Salaire et Primes

	(1)		(2)		(3)	
	Salaire	Salaire et Primes	Salaire	Salaire et Primes	Salaire	Salaire et Primes
Expérience Employé	0,029 (4,86)**	0,032 (5,02)**	0,036 (5,38)**	0,037 (4,95)**	0,036 (5,17)**	0,038 (5,02)**
Expérience au carré	-0,0004 (2,48)*	-0,0004 (2,48)*	-0,0004 (2,22)*	-0,0004 -2,04	-0,0004 -2,05	-0,0004 -2,02
Autre Qualifié	-0,816 (8,07)**	-0,822 (7,66)**	-0,78 (5,20)**	-0,775 (4,82)**	-0,794 (5,20)**	-0,786 (4,84)**
Matrone	-1,722 (12,57)**	-1,711 (11,81)**	-1,766 (7,26)**	-1,786 (7,33)**	-1,768 (7,52)**	-1,787 (7,50)**
Non Qualifié	-1,577 (15,24)**	-1,607 (14,67)**	-1,536 (10,76)**	-1,566 (10,54)**	-1,522 (10,40)**	-1,55 (10,23)**
Privé	-0,031 -0,5	-0,035 -0,55	0,114 -1,15	0,123 -1,4	0,094 -0,92	0,101 -1,07
Confessionnel	-0,022 -0,34	0 0	0,104 -0,79	0,135 -1,08	-0,01 -0,09	0,027 -0,25
ONG	0,562 (3,30)**	0,611 (3,39)**	0,671 (2,15)*	0,732 (2,53)*	0,648 -2,02	0,711 (2,38)*
Autre Urbain	0,417 (7,72)**	0,49 (8,67)**	0,177 (2,69)*	0,255 (3,86)**	0,251 (3,08)**	0,325 (4,12)**
Ndjaména	0,593 (11,56)**	0,639 (11,84)**	0,542 (11,52)**	0,55 (10,69)**	0,616 (10,05)**	0,62 (9,29)**
Femme			0,117 -1,64	0,13 -1,71	0,153 (2,18)*	0,169 (2,32)*
Age			-0,002 -0,4	-0,001 -0,26	-0,002 -0,39	-0,001 -0,28
CS Fournit Maison					0,388 (4,54)**	0,371 (4,07)**
Soins Gratuits					0,156 (2,22)*	0,149 (2,18)*
Médicaments Gratuits					-0,069 -0,72	-0,051 -0,49
Nourriture Gratuite					-0,209 -1,27	-0,085 -0,44
CS Paye École Enfants					0,169 -1,41	0,246 (2,17)*
Constante	11,21 (101,69)**	11,196 (95,94)**	10,93 (50,18)**	10,886 (49,83)**	10,739 (43,94)**	10,684 (45,56)**
Observations	1460	1498	1140	1173	1133	1166
R-squared	0,38	0,37	0,38	0,36	0,4	0,39

Absolute value of t-statistics in parentheses

\* significant at 5%; \*\* significant at 1%

Étant donné les variations observées dans les salaires et primes payées au personnel suivant la catégorie, le type de CS dans lequel l'employé exerce, le milieu, etc. il est intéressant de connaître l'influence estimée de ces facteurs sur le salaire. Pour cela, on a procédé à une régression linéaire du

logarithme du salaire (ou salaire + primes) sur un certain nombre de facteurs exogènes qui tendraient à mieux expliquer la structure des salaires.

Les ONG rémunèrent mieux leur personnel que les autres types de CS. De plus pour chaque régression lorsque les primes sont prises en compte, l'écart entre le traitement du personnel des ONG et ceux des autres types de CS (Public étant la catégorie omise) se creuse. Non seulement les ONG payent mieux en termes de salaires, mais ils offrent aussi des primes plus généreuses. Les employés du milieu urbain sont aussi mieux payés (rural est la catégorie omise), ceux de Ndjaména encore plus que ceux des autres centres urbains. En tentant de déceler l'existence de discrimination par l'âge ou le sexe, il est surprenant de voir que les femmes obtiennent une marge par rapport à leurs collègues. Cette marge n'apparaît que lorsque les différents avantages existants sont pris en compte. L'écart entre le traitement est important car un coefficient de 0,153 (régression 3) correspond à une marge de plus de 16 % pour les femmes. La gratuité des médicaments et de la nourriture n'a aucun impact sur le niveau de rémunération. En revanche, le CS offre un logement de fonction aux agents qui sont déjà les mieux payés, ceci est aussi vrai pour les soins gratuits mais sans une moindre mesure. Le fait le plus intéressant dans le tableau est l'impact de l'expérience. L'expérience est rémunérée dans le secteur de la santé de manière substantielle.

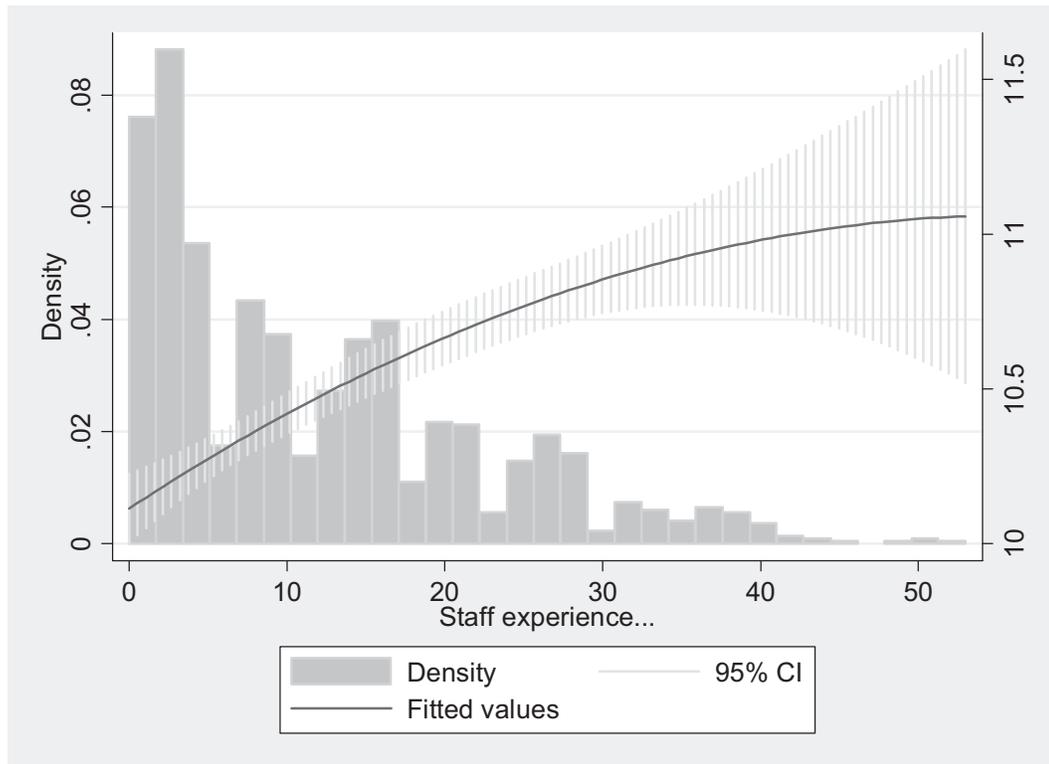


Figure 3.4 : Salaire et Expérience

La figure xxx montre l'évolution du salaire moyen des agents de santé toutes catégories confondues, avec l'expérience qu'ils acquièrent. La courbe est croissante et concave prouvant que le gain de l'expérience est décroissant. Le coefficient du carré de l'expérience est en fait négatif mais très proche de zéro, ce qui ferait penser à une évolution linéaire de la rémunération avec le nombre d'années passées dans le secteur. L'estimation est moins précise lorsque le nombre d'années d'expérience est élevé surtout à cause du nombre restreint d'individus à ce niveau d'expérience.

#### 4.1. Satisfaction des Agents de la Santé

Il a été demandé aux employés leur sentiment sur leur environnement de travail. Les réponses sont codées selon une échelle allant de 1 à 5 ou 1 signifie que l'agent est très satisfait, 3 il est indifférent, et 5 il est très insatisfait de sa situation. Les résultats sont donnés dans le tableau 3.19. Une question subsidiaire a aussi été introduite demandant aux agents s'ils quitteraient le CS dans lequel ils sont pour un autre si le choix leur est offert.

Tableau 3.19 : Satisfaction du Personnel

	APPARTENANCE				LOCALISATION			TCHAD
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndjaména	
<b>Sentiment</b>								
Très Satisfait	21,11	18,01	23,15	46,15	22,00	16,29	23,6	21,43
Satisfait	47,41	48,82	48,28	34,62	46,54	51,58	46,90	47,52
Indifférent	5,19	11,85	3,94	3,85	5,08	6,33	7,96	6,07
Insatisfait	22,74	17,06	22,66	11,54	22,57	20,36	18,58	21,12
Très Insatisfait	4,22	4,27	1,97	3,85	3,81	5,43	2,95	3,86
Veut Quitter Centre <sup>a/</sup>	50,65	44,93	44,44	46,15	49,39	43,00	50,45	48,58
<b>Effectif</b>	829	211	203	26	709	221	339	1.269

Source : Enquête Établissements Sanitaires - Tchad 2004 - Questionnaire Employé

a/ : Les effectifs pour les agents qui veulent quitter diffèrent de peu des effectifs globaux

Le personnel affiche clairement son sentiment vis-à-vis du centre de santé. Seuls 6 % disent être indifférents. Le plus fort taux de satisfaction se note chez les ONG avec plus de 80 % des agents se disant au moins satisfaits. La moyenne de satisfaction tourne autour de 69 %. Les publics et les privés ont les agents les moins contents. Ces derniers enregistrent aussi le taux d'indifférence le plus important. L'insatisfaction est présente surtout dans les CS publics avec pratiquement 27 % d'agents mécontents. En termes de milieu, les travailleurs Ndjaménois sont les plus heureux avec un taux d'insatisfaction légèrement inférieur à ceux des autres. Étant donné l'impact que le niveau de satisfaction du personnel de santé peut avoir sur leur performance, et par ricochet sur la performance du secteur dans son ensemble, il est important d'apporter un diagnostic à ce phénomène.

La proportion d'agents qui quitteraient le centre de santé s'ils avaient le choix contraste fortement avec le niveau de satisfaction affiché. En effet, pratiquement la moitié des agents sont prêts à quitter le CS, ce désir est plus fort dans le secteur public et à Ndjaména.

Tableau 3.20 : Pourcentage d'employés qui quitterait le centre de santé

	Fonction dans Centre de Santé								TCHAD
	Médecin		Autre Qualifié		Matrone		Non Qualifié		
<b>Employé Veut Quitter CS</b>	54.3		51.0		45.7		45.4		48.6
	Caractéristique								TCHAD
	Logement		Famille dans District		Époux dans District		Natif du district		
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
	56.5	47.1	46.7	52.5	48.0	50.0	48.8	48.5	48.6

En termes de type de personnel, les médecins exhibent le désir de partir le plus fort. Cela est certainement dû au fait qu'ils ont des opportunités beaucoup plus importantes aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du pays. C'est certainement le niveau de qualification qui détermine l'envie de partir car elle décroît avec ce dernier. La proportion d'employés voulant quitter est plus importante plus les

agents sont qualifiés. La probabilité pour qu'un médecin veuille partir est supérieure de pratiquement 10 % à celle d'un agent non qualifié. Le fait que l'agent n'ait pas sa famille dans le district accroît aussi les chances qu'il veuille partir. Que l'agent soit un natif du district dans lequel il exerce ou pas n'a aucune incidence sur son envie de partir. Cela a des implications importantes en termes d'affectation des agents. En effet, ils seraient prêts à travailler en dehors de leur milieu de naissance sans problème particulier. Il se pourrait que ce soit l'effet « Ndjaména » qui est fort ici, puisque plusieurs agents convergent vers la capitale et sont relativement satisfaits de leur situation.

Tableau 3.21 : Employés Exerçant Autre Activité

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confes- sionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndjamen a	TCHAD
% Exerce autre Activité	20,4	18,9	14,2	23,1	19,6	15,4	20,9	19,2
% Médecins	12,5	50,0	50,0	50,0	0,0	0,0	51,7	41,7
% Autres Qualifiés	13,5	20,0	10,5	8,3	14,8	10,2	14,5	13,8
% Matrones	28,6	0,0	18,2	0,0	21,0	25,0	33,3	21,9
% Non Qualifiés	24,3	13,5	6,9	33,3	22,4	14,8	16,7	19,8
% Autres	27,8	13,3	25,0	40,0	23,2	26,0	25,9	24,5
Salaire Moyen Exerce	39136	61962	47813	98333	32378	37729	74446	45365
Salaire Moyen N'exerce pas	54130	71456	40525	96856	40732	64016	81201	55547

Source : Questionnaire Employé Enquête Établissements Sanitaires – Tchad 2004

Les agents de la santé sont dans une situation particulière dans laquelle ils peuvent s'adonner à d'autres activités tout en travaillant dans le CS. Ils peuvent par exemple offrir des soins de santé de manière privée dans leur propre maison. Ils peuvent offrir ces soins aussi bien aux heures régulières de travail qu'en dehors de ces heures. Ceci peut avoir un impact sur la présence des agents sur le site, ou sur la demande des patients qui parfois préfèrent attendre que le soignant rentre chez lui pour une raison ou une autre. Parfois, le personnel soignant refuse de soigner le malade au CS et lui demande de passer à son domicile plus tard. Ces comportements ont été observés dans plusieurs pays et documentés.

Durant l'enquête, il a été demandé à l'employé s'il exerçait une autre activité quelconque en dehors du CS. Un peu moins du 1/5 (19,2 %) des agents ont répondu par l'affirmative. La probabilité pour qu'un médecin exerce en dehors du CS est deux fois supérieure à la moyenne. Les matrones aussi exercent beaucoup à l'extérieur du centre, elles font certainement des accouchements à domicile. Les agents des CS confessionnels sont ceux qui ont une tendance moins prononcée à exercer une activité autre et sont donc plus concentrés sur leur travail régulier. On note une très forte différence entre les émoluments des agents qui exercent à l'extérieur du CS et qui ne s'adonnent à aucune autre activité rémunératrice. Ces derniers ont un salaire significativement plus élevé sauf dans le cas des ONG où le petit nombre ne nous permet pas de conclure, et chez les confessionnels pour lesquels ce sont les médecins qui exercent en dehors du centre de santé.

## Chapitre 4 : LE FINANCEMENT DE LA SANTE PRIMAIRE

### Principaux Résultats

- Entre 2002 et 2003, la part du budget du MSP dans le budget national est passé de 6,7% à 8,4%. Durant cette période, le budget total du MSP a cru de 23%. Le budget de fonctionnement a augmenté légèrement plus que le budget d'investissement avec un taux de croissance de 26%.
- Près de 60% du budget de fonctionnement du MSP est affecté aux DRS. Toutefois, près de 85% de ce budget est centralisé au niveau du MSP qui en assure l'exécution.
- Les DRS reçoivent et exécutent à 100% les crédits délégués qui constituent le budget effectivement décentralisé. Cependant, seulement un peu plus de 6,5% du budget des achats centralisés leur parviennent réellement.
- Les DRS reçoivent en moyenne une part estimée à 26,1% du budget hors salaires qui leur est alloué et 10,6% du budget de fonctionnement du MSP. Il existe de grandes disparités selon les régions avec un intervalle variant entre 15% et 43%.
- Les CS reçoivent la portion congrue du budget de fonctionnement du MSP. Ils reçoivent 17,7% de la part des achats centralisés parvenant aux DRS et seulement 3% du budget médicament qui leur est complètement dû. Il est estimé au total que 0,88% des ressources financières et matérielles du MSP parviennent aux CS. Lorsque le personnel est inclus cette part arrive à 19,6%. Les CS ne reçoivent donc pratiquement que de la ressource humaine de la part du MSP.
- En termes de budget par habitant, lorsque le MSP inscrit dans le budget 680 FCFA par habitant en moyenne, le Tchadien moyen trouve au CS de son quartier un peu moins de 10 FCFA en ressources publiques non salariales.
- Le *financement effectif* de la santé primaire au Tchad diffère beaucoup du *financement théorique* projeté par le budget. En effet, les ménages ou communautés, bailleurs extérieurs et le MSP financent le budget de fonctionnement hors salaires des CS à hauteur de 88,3%, 8,1% et 3,6% respectivement. Lorsque la masse salariale est incluse ces chiffres s'élèvent à 62,4%, 5,7% et 31,9% respectivement.

Le secteur de la santé est financé selon trois sources principales :

- les dépenses publiques ;
- le financement extérieur issu des bailleurs ; et
- le financement privé et/ou recouvrement des coûts.

Ce chapitre offre une analyse du financement du secteur primaire de la Santé au Tchad. Sur la base du budget du MSP pour les années 2002 et 2003, des documents officiels des services du MSP et des données recueillies à travers l'enquête auprès des établissements sanitaires, ce chapitre tachera de mesurer de la manière la plus précise possible les ressources effectivement disponibles au niveau de la région, du district et du centre de santé. Les centres de santé constituant le premier point de contact avec les populations, et le niveau accueillant le plus de patients dans la pyramide sanitaire, leurs ressources disponibles seront analysées en détail.

## I. Les Dépenses Publiques

Selon les Lois de Finances Rectificatives du Tchad, le MSP a été doté d'un budget global évalué à un peu plus de 27 milliards et 33 milliards de FCFA pour les années budgétaires 2002 et 2003 respectivement.

Tableau 4.1 : Budget du Gouvernement en Millions de FCFA – Tchad 2002 et 2003

	Année Budgétaire 2002				Année Budgétaire 2003			
	Budget État	Budget Santé	Santé / Total	Santé	Budget État	Budget Santé	Santé / Total	Santé
	Milliards FCFA		%	%	Milliards FCFA		%	%
<b>Total</b>	<b>398,919</b>	<b>27,026</b>	<b>6,77</b>	<b>100</b>	<b>395,724</b>	<b>33,408</b>	<b>8,44</b>	<b>100</b>
<i>Service de la dette</i>	<i>12,385</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>12,205</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Fonctionnement</i>	<i>101,554</i>	<i>10,596</i>	<i>10,43</i>	<i>39,21</i>	<i>116,609</i>	<i>13,407</i>	<i>11,5</i>	<i>40,13</i>
<i>Dépenses de Personnel</i>	63,852	3,619	5,67	13,39	71,242	5,295	7,43	15,85
<i>Dépenses Biens et Matériel</i>	226,558	5,724	2,53	21,18	23,164	7,092	30,62	21,23
<i>Dépenses de Services</i>	15,144	1,253	8,27	4,64	15,717	1,020	6,49	3,05
<i>Interventions Etat</i>	<i>26,195</i>	<i>0,900</i>	<i>3,44</i>	<i>3,33</i>	<i>18,346</i>	<i>0,900</i>	<i>4,91</i>	<i>2,69</i>
<i>Amortissement de la dette</i>	<i>32,477</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>31,782</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Equipement &amp; Investissements</i>	<i>226,308</i>	<i>15,530</i>	<i>6,86</i>	<i>57,46</i>	<i>216,783</i>	<i>19,102</i>	<i>8,81</i>	<i>57,18</i>
<i>Etat</i>	28,544	0,713	2,50	2,64	27,018	1,967	7,28	5,89
<i>Bailleurs</i>	197,764	14,817	7,49	54,82	189,765	17,135	9,03	51,29
Prêts	122,497	9,990	8,16	36,96	87,642	7,912	9,03	23,68
Dons	75,267	4,827	6,41	17,86	102,123	9,223	9,03	27,61

Source : Lois de Finances Rectificatives 2002 et 2003.

Il est dramatique de constater que le budget affecté au service de la dette est équivalent au budget de fonctionnement de la santé. La dotation aux amortissements de la dette, c'est-à-dire le montant affecté au paiement du capital de la dette, est deux fois supérieur et plus de une fois et demie supérieur aux investissements dans le secteur de la santé en 2002 et 2003 respectivement. Même si le Tchad est peu endetté, par rapport au standard Africain, le poids de la dette y est quand même considérable eu égard à cet état des faits.

La part de la santé dans le budget global du Tchad a légèrement augmenté entre 2002 et 2003 en passant de 6,77 % à 8,44 %. Ceci démontre que les autorités Tchadiennes ont à cœur de s'attaquer

aux problèmes de santé des populations. Lorsque les dépenses consacrées à la dette sont exclues, la santé représente 7,63 % et 9,50 % des dépenses publiques productives en 2002 et 2003 respectivement. Le Tchad est encore loin des normes fixées par l'OMS de 4% du PNB, soit xxx % du budget, mais des efforts importants sont consentis pour y parvenir. En effet, le budget de la santé a augmenté de 24 % entre 2002 et 2003.

La composition du budget de la santé est restée stable au cours des deux années considérées. En effet, la répartition entre fonctionnement et investissement est de 43 % et 57 %. La répartition est aussi restée relativement stable à l'intérieur de ces grands agrégats. Seule la part des dépenses salariales a augmenté de manière sensible passant de 13,4 % en 2002 à un peu moins de 16 % en 2003. Ceci reflète l'effort des autorités administratives qui entendent doter les secteurs sociaux en ressources humaines en quantité suffisante et en qualité supérieure. Les investissements qui représentent plus de la moitié du budget sont financés presque entièrement sur ressources extérieures, soit 90 % en 2002 et 95 % en 2003. La part des dons dans les financements extérieurs est passée d'un peu moins du tiers en 2002 à un peu plus de la moitié en 2003 marquant l'engagement ferme des bailleurs à appuyer et accompagner le secteur dans son effort d'amélioration des performances.

L'objectif de cette section est d'offrir une estimation de la part du budget du gouvernement alloué au secteur santé qui parvient au destinataire final, c'est-à-dire à l'usager des centres de santé. Cet exercice est rendu difficile et périlleux par la ténuité de l'information disponible et le fait que les ressources sont de diverses natures et peuvent transiter par des circuits différents, difficiles à identifier. En effet, les centres de santé ne disposent pas de ligne de crédit inscrite dans le budget général et ne reçoivent que du matériel envoyé par le district, la délégation ou le niveau central. Il s'agira de valoriser l'ensemble du matériel reçu par les CS provenant des autorités administratives. Les données d'enquête seront utilisées pour évaluer la valeur des réceptions de matériel des CS.

Au Tchad, les prestataires de services de santé, soit les centres de santé et les hôpitaux, bénéficient des ressources publiques, à travers le MSP, selon deux canaux principaux (i) les crédits délégués, et (ii) les achats centralisés. Il existe une troisième possibilité, plus ou moins informelle, d'accès aux ressources matérielles par le biais d'une demande expresse adressée aux services du MSP par un responsable de structure.

- **Les Crédits Délégués :** Ce sont des ressources financières sous forme de ligne de crédit ouverts au niveau du trésor sur laquelle l'administrateur de crédit peut engager des dépenses. Au Tchad, la délégation de crédit s'arrête au niveau du MCD. Le délégué régional ou le MCD, gère les ressources financières allouées pour toutes les structures sous leur responsabilité qui doivent en bénéficier.

- **Les Achats Centralisés :** Ce sont les achats de matériel faits au niveau central à N'djamena pour expédition dans les régions, districts, et centres de santé. Le MSP centralise les achats de matériel afin de pouvoir bénéficier d'économies d'échelles en lançant par exemple des appels d'offre à l'échelle nationale ou internationale. De plus, étant donné (i) la carence en fournisseurs locaux, (ii) la complexité des procédures de passation de marchés et (iii) le manque de capacité dans les régions, il n'est certes pas souhaitable que les centres de santé soient dépositaires de fonds publics. Ils doivent cependant recevoir du matériel à la mesure de leurs besoins et des disponibilités de leur ministère de tutelle. Une fois les achats effectués, le MSP décide de l'allocation des ressources matérielles aux différentes régions selon par exemple les besoins exprimés ou les préférences du MSP. Le matériel est acheminé vers les régions destinataires par un agent assermenté du MSP. Le point d'origine commun de tout le matériel est le magasin central du MSP à Ndjamená, le point de destination étant le magasin central régional du délégué allocataire. Le chargé de mission du MSP dispose d'une liste pour le matériel convoyé. Lors du dépôt du matériel, le délégué régional vérifie la liste et certifie

avoir reçu le matériel prévu. Il note aussi les problèmes survenus, comme par exemple du matériel manquant ou un problème de qualité. Les sorties de matériel sont consignées dans les bons de sortie que tient le responsable du magasin central.

**Les Enlèvements ad hoc :** les délégués ou MCD profitent souvent de leur présence à Ndjaména pour adresser une requête aux services compétents du MSP exprimant les besoins en matériel de sa zone. Les autorités évaluent la demande et l'acceptent en totalité ou en partie. Selon les procès verbaux des enlèvements, les demandes sont le plus souvent partiellement satisfaites. Une fois l'autorisation octroyée, le responsable se rend au magasin central avec sa lettre et retire le matériel qu'il achemine à ses propres frais vers sa délégation ou son district.

### **1.1. Exclusion du Budget d'investissement**

Malgré son importance, le budget d'investissement qui représente à peu près 57 % du budget global du gouvernement sera exclu de notre analyse. La raison principale étant l'absence totale d'information quant à son exécution. L'investissement est financé presque exclusivement par les bailleurs de fonds et chaque bailleur a ses procédures propres pour l'exécution de leur contribution à l'investissement. Les bailleurs n'utilisent pas les procédures du gouvernement et les informations sont difficiles à collecter car disparates. Il serait souhaitable que lors de la programmation budgétaire et en fin d'exercice les bailleurs mettent à la disposition du gouvernement l'état d'exécution de leur appui à l'investissement.

Nous pouvons tout de même faire quelques remarques à l'égard des budgets d'investissements à l'aide des informations recueillies par la Direction des Ressources Financières (DRF). En effet, les seules informations disponibles sur l'investissement sont tenues par la DRF à travers le suivi des marchés publics. Pour l'année 2003, 32 Appels d'Offres ont été lancés pour une valeur globale de 3.658.313.430 FCFA. Cependant, seuls 6 appels d'offres d'une valeur de 829.273.305 FCFA sont imputés sur le budget investissement de l'État, et 5 appels d'offre d'une valeur de 607.852.204 FCFA sur le budget additionnel. Donc un total de 1.437.125.509 FCFA, soit 28 % de l'investissement assuré par l'État ou sur budget additionnel et 7 % du budget d'investissement global. De plus, il est à souligner qu'aucun de ces marchés n'a été exécuté à la fin de l'année budgétaire, ce qui est très surprenant.

### **1.2. Ressources Publiques dans les Délégations Régionales Sanitaires**

Avant de passer à l'estimation des ressources parvenant aux CS, il est aussi important d'évaluer les ressources aux niveaux des délégations régionales sanitaires. La valeur totale des ressources des délégations est la somme de (1) les crédits délégués, (2) les achats centralisés, (3) les enlèvements ad hoc, et (4) les livraisons de médicaments et vaccins. Les trois dernières rubriques contiennent du matériel valorisé en utilisant les prix du MSP. Pour les besoins de l'analyse, les crédits délégués, ainsi que tous les ordres de mission de convoyage du matériel, et les bons de sortie du magasin central pour 2002 et 2003 ont été collectés. Les médicaments sont compris dans les achats centralisés mais suivent un circuit différent. Les informations sur les envois de médicaments de la DES vers les délégations ne sont pas disponibles. Les informations disponibles sont celles provenant de l'Enquête auprès des établissements dans laquelle il est demandé aux CS ce qu'ils ont reçu des autorités administratives.

Pour l'année 2003, l'enveloppe budgétaire attribuée aux délégations régionales pour leur fonctionnement est de 8 milliards de francs CFA soit 60 % du budget de fonctionnement, et 24 % du budget total de la santé. Les ressources affectées hors charges salariales se montent à 5,47 milliards,

soit 2/3 du budget de fonctionnement hors salaires. La part affectée aux DRS a diminué entre 2002 et 2003 passant de 70 % à 60 %, même si en valeur elle a augmenté. En effet, le budget de fonctionnement du MSP a augmenté de 26 % tandis que l'affectation aux DRS n'a cru que de 7 %. Un autre fait remarquable, est la réduction de la part de la masse salariale des DRS qui passe de 60 % en 2002 à 48 % en 2003, l'accroissement en ressources humaines s'est donc fait en faveur de l'administration au détriment des services opérationnels.

Tableau 4.2 : Structure du Budget du MSP

	<i>Année Budgétaire 2002</i>				<i>Année Budgétaire 2003</i>			
	<i>Budget Santé</i>	<i>Budget DRS</i>	<i>Part DRS</i>	<i>Décentralisé</i>	<i>Budget Santé</i>	<i>Budget DRS</i>	<i>Part DRS</i>	<i>Décentralisé</i>
	<i>Milliards FCFA</i>		<i>%</i>	<i>%</i>	<i>Milliards FCFA</i>		<i>%</i>	<i>%</i>
<b>Total</b>	<b>23,680</b>				<b>33,408</b>			
<b>Fonctionnement</b>	<b>10,596</b>	<b>7,496</b>	<b>70,74</b>	<b>11,53</b>	<b>13,407</b>	<b>8,030</b>	<b>59,89</b>	<b>14,26</b>
<i>Personnel</i>	3,619	2,157	59,60	100	5,295	2,560	48,35	100
<i>Biens et Matériel</i>	5,724	4,701	82,13		7,092	4,938	69,63	
<i>Services</i>	1,253	0,638	50,92		1,020	0,532	52,16	
<b>Interventions Etat</b>	<b>0,900</b>	<b>0</b>			<b>0,900</b>	<b>0</b>		
<b>Equipement &amp; Investissements</b>	<b>15,530</b>				<b>19,102</b>			
<i>Etat</i>	0,713				1,967			
<i>Bailleurs</i>	14,817				17,135			
Prêts	9,990				7,912			
Dons	4,827				9,223			

Si la part des DRS est importante, la grande partie des ressources qui leur sont allouées est centralisée. Le MSP ne décentralise que les crédits délégués qui sont de 864 millions en 2002 et 1,14 milliard en 2003 soit 11,5 % et 14,2 % respectivement. Le MSP a fait un léger effort de décentralisation entre 2002 et 2003, cependant le taux de centralisation des ressources allouées aux délégations régionales est encore excessif. Les DRS n'ont aucune maîtrise sur plus de 85 % de leurs ressources qui sont déjà faibles.

Afin que les délégations régionales, les districts sanitaires, et les centres de santé puissent être opérationnels et jouer pleinement leur rôle d'administrateurs et de prestataires de services de santé pour la population, ils doivent disposer de ressources, financières et matérielles, en qualité et en quantité suffisantes. De plus les ressources devraient être mis à disposition rapidement afin que les populations puissent en bénéficier à travers ces structures. Le tableau 4.2 donne le détail des ressources atteignant les délégations régionales à l'exclusion des médicaments. Pour obtenir les dépenses publiques globales dans les régions, il suffit d'additionner les crédits délégués, les achats centralisés et les enlèvements ad hoc. Les enlèvements ad hoc pour 2002 ne sont pas disponibles, mais comme on peut le constater ils représentent une portion infime des matériels reçus par les DRS. En effet, en 2003 ces enlèvements totalisent une valeur de 79,6 millions de FCFA soit 1,3 % des ressources allouées aux DRS hors salaires.

Le tableau 4.3 ne donne pas la date de notification des délégations de crédits aux différents délégués. Cependant, la date d'autorisation de ces crédits par le Ministère des Finances est disponible. Les crédits délégués pour la santé ont été autorisés entre le 14 et le 15 mai 2003. Il faut compter au minimum un mois en étant optimiste pour que tous les administrateurs de crédits, du délégué du Chari-Baguirmi au MCD du district de Faya dans le B.E.T ou Goré dans le Logone Oriental, prennent connaissance de leurs disponibilités financières. La santé du niveau opérationnel a déjà perdu un semestre pour engager ces dépenses et ne dispose plus que de six mois pour consommer son budget

annuel. Les centres de santé et structures administratives fonctionnent donc sur leurs propres fonds durant le premier semestre. L'administration a été plus efficace dans la notification des crédits délégués en 2002 puisque ces derniers ont été autorisés le 4 avril 2002, ce qui correspond encore à un retard important mais prouve que l'administration centrale, aussi bien le MEF que le MSP, peut faire des efforts et notifier les crédits durant le premier trimestre de l'année. Ceci permettrait aux niveaux opérationnels de disposer de leurs ressources plus rapidement et d'améliorer la qualité du service offert aux populations.

Tableau 4.3 : Financements Publics en Millions de FCFA

Délégation Régionale	Ressources Financières		Ressources Matérielles (en valeur)				Total	
	Crédits Délégués		Livraisons Directes	Enlèvement Magasin	Livraisons Directes	Enlèvement Magasin		
	2002	2003	2002		2003		2002	2003
Batha	46,26	51,08	16,75	ND	16,08	0,10	63,01	67,26
B.E.T.	33,35	39,79	9,33	ND	12,42	2,45	42,68	54,66
Biltine	36,46	45,72	15,45	ND	18,64	1,32	51,90	65,69
Chari-Baguirmi	111,14	151,77	29,72	ND	22,06	7,06	140,86	180,89
Guéra	55,71	59,78	15,45	ND	0,00	1,47	71,15	61,25
Kanem	48,09	77,82	15,45	ND	17,70	0,00	63,54	95,52
Lac	38,40	60,48	15,45	ND	14,08	0,00	53,84	74,56
Logone Occidentale	87,22	141,76	25,25	ND	17,05	0,24	112,47	159,05
Logone Orientale	51,04	86,46	15,45	ND	17,05	0,38	66,49	103,89
Mayo Kebbi	99,29	137,29	29,72	ND	20,19	57,52	129,01	215,00
Moyen Chari	99,26	105,42	18,77	ND	23,34	0,00	118,03	128,76
Ouaddaï	74,32	85,33	20,09	ND	24,76	0,49	94,41	110,58
Salamat	35,63	39,19	18,05	ND	0,00	8,56	53,68	47,75
Tandjilé	48,34	63,26	15,45	ND	0,00	0,00	63,79	63,26
<b>TOTAL</b>	<b>864,50</b>	<b>1.145,15</b>	<b>260,36</b>	<b>ND</b>	<b>203,38</b>	<b>79,60</b>	<b>1124,86</b>	<b>1.428,13</b>
% Fonction. DRS	11.53	14.26	3.47	ND	2.53	0.99	15.01	17.78
% DRS (Hors Sal.)	16.19	20.94	4.88	ND	3.72	1.46	21.07	26.11
% Fonction. MSP	8.16	8.54	2.46	ND	1.52	0.59	10.62	10.65

Sources : Bons de Sortie Magasin Central et Budget État 2002 & 2003.

ND : Non Disponible.

Les matériels envoyés sont très diversifiés et comptent aussi bien des bureaux de type « ministre » que des lots d'eau de javel ou du papier et des stylos à bille. Durant l'année 2003 chaque région a reçu au plus une livraison de matériels. Les dates de réception varient entre le 3 septembre 2003 pour le Mayo Kebbi au 29 décembre 2003 pour le B.E.T. ou le 2 février 2004 pour la délégation du Chari-Baguirmi. Le Guéra, le Salamat et la Tandjilé n'ont reçu aucune livraison selon les données qui ont été compilées par le magasin central. Le matériel est mis à disposition des prestataires durant le dernier trimestre de l'année budgétaire. De plus, la valeur des livraisons reçues n'est pas importante. En effet, la plus importante dotation revient au Ouaddaï avec un lot de matériel dont la valeur

s'établie à environ 25 millions de FCFA. Le Lac reçoit la dotation la plus faible qui se monte à 14 millions de FCFA. Au total, les livraisons de matériel sont estimées à 203 millions de FCFA, soit moins de 4 % du fonctionnement hors salaires. On note une régression en 2003 par rapport à 2002 aussi bien pour la date d'arrivée des ressources sur achats centralisés que la proportion des ressources reçues. Pour l'année 2002, le matériel a été envoyé durant les mois de février et mars, soit six mois plus tôt que pour 2003. Le matériel envoyé constitue un peu moins de 5 % du budget des DRS hors salaires. Le nombre d'enlèvements ad hoc varie par région mais il n'est jamais très élevé. Le Chari-Baguirmi qui a procédé au plus grand nombre d'enlèvements en a fait 7 pour une valeur totale de 7 millions de FCFA. Ce nombre peut s'expliquer par la présence du délégué et de plusieurs MCD à Ndjaména. Le Batha n'a fait qu'un seul enlèvement pour une valeur de 100.000 FCFA. Le Kanem, le Lac, le Moyen Chari et la Tandjilé n'ont fait aucun enlèvement. Soit les délégués ou MCD de ces régions se déplacent rarement vers la capitale et ne font pas de demandes. Soit leurs demandes durant cette année budgétaire n'ont pas été honorées. Globalement, les enlèvements ad hoc ont coûté un peu moins de 80 millions de FCFA, soit moins de 1,5 % du fonctionnement hors salaires. Les enlèvements ad hoc ne sont pas disponibles pour 2002. En ce qui concerne les disparités régionales pour 2003, le Mayo Kebbi passe en tête de peloton grâce aux enlèvements ad hoc. On note qu'une ambulance a été affectée à une structure sanitaire dont le responsable, lors de l'enquête, n'affirme cependant ne disposer que d'une motocyclette comme moyen de transport dans sa délégation.

En comparant les deux années, le MSP décentralise un peu plus le budget des DRS en 2003 par rapport à 2002, mais envoie moins de matériel sur les achats centralisés. Au total, on estime que les DRS reçoivent 21 % de leurs ressources hors salaires en 2002, avec une légère amélioration en 2003 où cette proportion atteint 26 %. Ces chiffres restent, cependant, encore alarmants et posent de manière aigüe la problématique du bien-fondé de la centralisation du budget des DRS.

Afin d'obtenir les allocations budgétaires effectives totales dans les DRS, il suffit de rajouter la valeur des livraisons en médicaments qui leur parviennent à ces précédents chiffres. Les documents comptables et financiers sur les livraisons de médicaments dans les DRS n'ont toutefois pas pu être collectés. Cependant, les CS ont fourni lors de l'enquête des informations quant aux dotations de vaccins et médicaments reçues du district ou de la délégation. Ces informations seront utilisées ici pour formuler des hypothèses sur les livraisons de médicaments aux DRS.

Malgré la présence d'une politique de recouvrement de coûts concernant le médicament au niveau des usagers, le MSP a un budget médicaments qui est de l'ordre de 900 millions de FCFA en 2002 et 695 millions en 2003, soit 16,8 % et 12,7 % respectivement du budget de fonctionnement des DRS hors salaires. Dans la section sur les ressources publiques arrivant dans les centres de santé, les CS reçoivent à peu près 3 % du budget médicaments. La répartition du budget médicaments entre les DRS n'étant pas disponible, on supposera que la part de chaque DRS est égale à son poids dans le budget global des DRS. Par exemple, le Chari-Baguirmi qui représente 17,5 % dans le budget des DRS est supposé recevoir 17,5 % multiplié par 3 % du budget médicament. Dans ce cas de figure, c'est le niveau central du MSP qui est responsable de la non arrivée des médicaments aux CS. Dans un autre scénario non reporté ici, il pourrait être envisagé que le MSP envoie la totalité du budget médicament aux DRS qui ensuite ne redistribuent pas l'ensemble de celui-ci aux CS. Cependant, vu ce que les DRS reçoivent des achats centralisés, cette hypothèse paraît moins réaliste et n'a pas été retenue. La réalité se trouve sans doute à quelque part entre ces deux scénarios et la disponibilité des documents comptables et financiers sur les livraisons de médicaments permettrait d'obtenir les vrais chiffres.

Tableau 4.4 : Ressources Parvenant aux Délégations Sanitaires en 2003

	Allocations	Allocations	Reçu/Prévu	Allocations	Allocations	Reçu/Prévu
	Prévues	Reçues		Prévues	Reçues	
	Hors Salaires			Masse Salariale Incluse		
	Millions de FCFA	%		Millions de FCFA	%	
Batha	385,92	69,63	18,04	472,85	156,56	33,11
B.E.T.	186,40	55,81	29,94	248,67	118,09	47,49
Biltine	201,45	66,92	33,22	261,46	126,94	48,55
Chari-Baguirmi	955,02	186,77	19,56	1512,88	744,63	49,22
Guéra	266,31	62,89	23,62	362,37	158,94	43,86
Kanem	257,11	96,40	37,49	570,44	409,73	71,83
Lac	210,50	75,86	36,04	261,88	127,23	48,58
Logone Occidental	519,43	162,25	31,24	797,75	440,57	55,23
Logone Oriental	303,67	105,76	34,83	400,72	202,80	50,61
Mayo Kebbi	503,48	218,10	43,32	779,60	494,22	63,39
Moyen Chari	551,06	132,15	23,98	841,89	422,99	50,24
Ouaiddaï	540,87	113,91	21,06	663,22	236,25	35,62
Salamat	315,86	49,70	15,73	366,16	99,99	27,31
Tandjilé	272,76	64,93	23,81	489,93	282,10	57,58
<b>TCHAD</b>	<b>5.469,86</b>	<b>1.461,07</b>	<b>26,71</b>	<b>8.029,82</b>	<b>4.021,03</b>	<b>50,08</b>

Source : Bons de Sortie Magasin Central et Budget État 2003.

Tableau 4.5 : Ressources Parvenant aux Délégations Sanitaires en 2002

	Allocations	Allocations	Reçu/Prévu	Allocations	Allocations	Reçu/Prévu
	Prévues	Reçues		Prévues	Reçues	
	Hors Salaires			Masse Salariale Incluse		
	Millions de FCFA	%		Millions de FCFA	%	
Batha	376,65	64,88	17,23	449,92	138,14	30,70
B.E.T.	181,92	43,90	24,13	234,41	96,39	41,12
Biltine	196,61	53,01	26,96	247,19	103,59	41,91
Chari-Baguirmi	932,08	147,52	15,83	1402,24	617,68	44,05
Guéra	259,92	72,78	28,01	340,87	153,75	45,11
Kanem	250,94	64,96	25,89	515,01	329,03	63,89
Lac	205,45	55,17	26,86	248,74	98,47	39,59
Logone Occidental	506,96	110,45	21,79	741,52	345,03	46,53
Logone Oriental	296,37	68,61	23,15	378,16	150,41	39,77
Mayo Kebbi	491,39	127,77	26,00	724,10	360,48	49,78
Moyen Chari	537,82	122,07	22,70	782,93	367,18	46,90
Ouaiddaï	527,88	98,16	18,60	630,99	201,27	31,90
Salamat	308,28	55,60	18,04	350,67	97,99	27,94
Tandjilé	266,21	65,71	24,68	449,24	248,73	55,37
<b>TCHAD</b>	<b>5338,5</b>	<b>1150,65</b>	<b>21,55</b>	<b>7495,98</b>	<b>3308,14</b>	<b>44,13</b>

Source : Bons de Sortie Magasin Central et Budget État 2002.

Les tableaux 4.4 et 4.5 récapitulent la proportion des ressources parvenant aux DRS en prenant en compte les médicaments. En moyenne, en 2003 les DRS ont reçu 26,71 % des ressources hors salaires qui leur étaient normalement destinés et qu'ils devaient ensuite répartir entre les districts et les centres de santé sous leur responsabilité. La prise en compte de la ressource humaine permet d'avoir un meilleur chiffre puisque les DRS disposent de 50 % de leurs ressources totales lorsque les salaires

sont pris en compte. Les DRS ont reçu une part plus importante de leurs ressources en 2003 comparativement à 2002 même si l'amélioration est légère, 21,55 % contre 26,71 % pour les ressources hors salaires et 44,13 % contre 50,08 % pour les ressources totales.

En termes de répartition régionale, le Chari-Baguirmi a une allocation initiale toujours supérieure mais le taux d'arrivée des ressources le plus faible (19,56 %) après le Salamat qui ne retrouve qu'avec 15,73 % de ses ressources allouées qui sont les plus faibles. Le Mayo-Kebbi enregistre le taux de déperdition des ressources le plus faible avec pratiquement 45 % des ressources initialement allouées qui parviennent à la délégation.

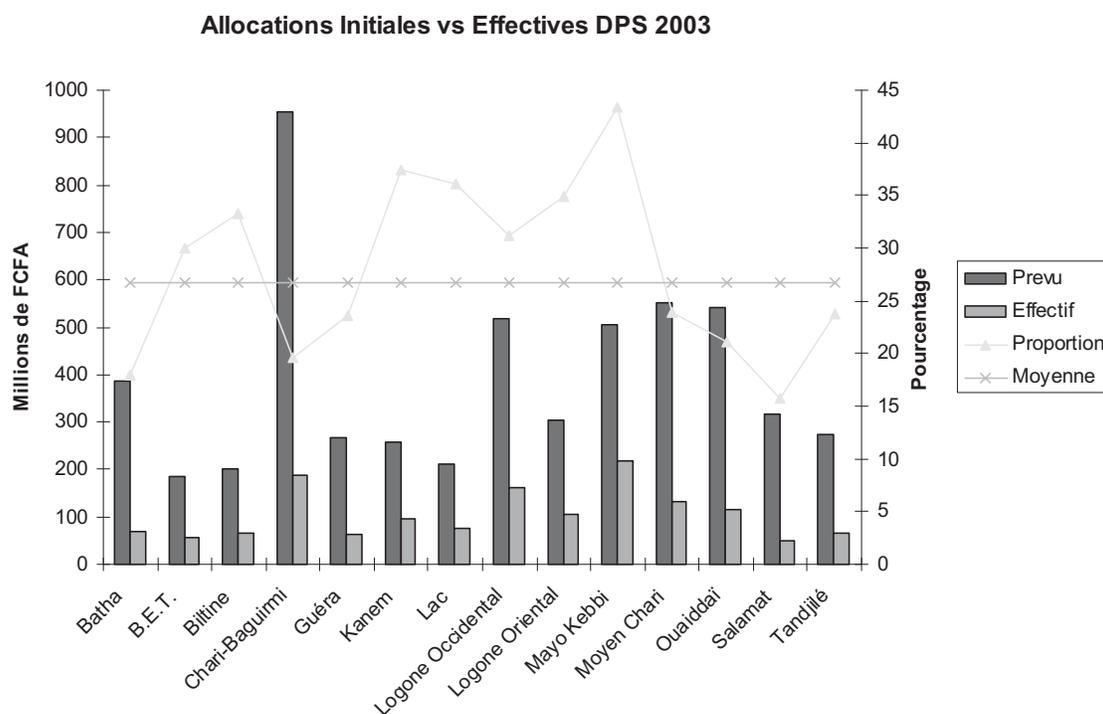


Figure 4.1 : Budget Prévu vs Budget Effectif des DRS en 2003

### 1.3. Ressources Publiques atteignant les Centres de Santé

Tel qu'indiqué plus haut, les centres de santé n'ont pas de ligne de crédit inscrite dans le budget national. Ils reçoivent donc toutes leurs ressources publiques directement des structures administratives. Il n'existe aucun document gouvernemental permettant de connaître de façon exacte les ressources qui ont été acheminées aux centres de santé par les autorités. Pour cette raison, les données utilisées ici sont celles de l'Enquête auprès des établissements sanitaires. L'enquête ne portant que sur 2003, on supposera que la proportion des ressources parvenant aux CS issue des données d'enquête sera la même pour l'année 2002. Seulement quatre (4) CS affirment avoir reçu des ressources financières publiques. Ainsi, moins de 1 centre de santé sur 70, soit 2 % des CS, reçoit des ressources financières de la part de l'administration. L'enquête a aussi suivi 8 matériels médicaux

conventionnels,<sup>2</sup> que les CS ont obtenus de l'administration. Selon les données recueillies lors de l'enquête, cinquante-sept (57) CS, soit 30 % des CS, ont reçu au moins un de ces matériels du district ou de la délégation sanitaire. Cependant, les quantités sont infimes. Au total, les CS ont reçu 5 matelas, 6 draps, 17 lits, 105 blouses infirmier, 13 blouses sage-femme, 21 boîtes de savon et 13 boîtes de vim pour une valeur globale estimée à guère plus de 1,750,000 FCFA. Ces huit matériels constituent 7,4 % de la valeur des livraisons sur achats centralisés. On peut donc estimer que les CS reçoivent en valeur un peu plus de 23 millions sur les achats centralisés. L'enquête couvrant la moitié des CS du Tchad donc une estimation optimiste donnerait pour l'ensemble des CS du pays une réception de 50 millions sur les achats centralisés. Les CS reçoivent donc effectivement qu'environ 17,8 % des 282 millions en matériels envoyés aux délégations ou enlevés par les responsables. Il semblerait que les CS ne reçoivent pas de matériels issus des crédits délégués. En définitive, la formule retenue pour calculer la valeur des ressources parvenant aux CS pour une délégation donnée est de (ressources sur achats centralisés parvenant à la délégation)\*17.8 % plus les ressources en médicaments.

#### 1.4. Les Médicaments

Pour le secteur de la santé, les médicaments constituent l'un des principaux intrants pour une offre de santé de qualité aux populations. Le secteur de la santé se doit de s'assurer de la disponibilité des médicaments en quantité et en qualité suffisante, avec une couverture géographique presque totale. De plus les médicaments doivent être régulés de sorte à pouvoir offrir des prix non prohibitifs même pour les plus démunis. L'accessibilité géographique et financière totale du médicament doit être assurée par une politique du médicament adéquate.

Rythme de Consommation Budget Medicaments

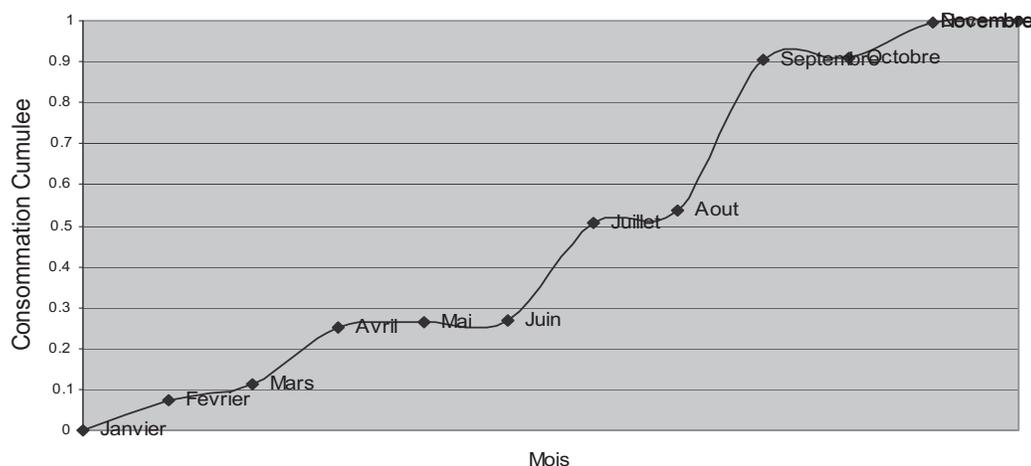


Figure 4.2 : Consommation du Budget Médicaments dans le Temps

<sup>2</sup> Les CS ont été questionnés à propos de la réception de matelas, draps, couvertures, lits, blouse pour infirmiers et sages-femmes, savon, et boîtes de vim. Cette liste a été choisie sur la base des bons de sortie. Le choix de ces matériels a été guidé par leur fréquence dans les envois. Le risque couru en choisissant des matériels rares, mais de grande valeur, était de ne pas en trouver dans les CS visités tout simplement parce que tous les CS ne peuvent en bénéficier. Ce matériel rare aurait biaisé le résultat vers le bas. En revanche, en prenant des matériels de petite valeur mais fréquents, il est très probable d'avoir le maximum de CS qui répondent par l'affirmative avoir reçu du matériel. Ceci nous donne donc une proportion biaisée vers le haut du pourcentage de CS dotés en matériel par les autorités.

Au Tchad, la Centrale Pharmaceutique d'Achats (CPA) est un acteur important de la politique du médicament. La CPA s'approvisionne sur le marché international et fournit les Pharmacie Régionale d'Achats (PRA) qui à leur tour fournissent les prestataires de service. Le MSP dispose d'une ligne de crédit pour l'approvisionnement en médicaments génériques et essentiels des centres de santé. Le MSP, en principe, dote les formations sanitaires nouvellement construites afin de faciliter leur démarrage par la constitution du fonds de roulement de départ. La viabilité financière des CS est alors assurée grâce au recouvrement de coûts. Pour l'année 2003, le MSP a mis à la disposition des régions une ligne de crédits de 695 millions de FCFA pour les dotations en médicaments. Cette ligne de crédit est gérée par la Direction des Établissements Sanitaires (DES) à Ndjaména. La DES achète les médicaments à la CPA qui livre aux régions et districts bénéficiaires. Ensuite, la délégation régionale et le district se chargent de l'allocation aux centres de santé.

L'analyse présentée dans cette section s'appuie sur le budget de la CPA pour l'année 2003. Le MSP, par l'intermédiaire de la DES, est l'un des plus importants clients de la CPA. Pour l'année 2003, la DES a procédé à 1947 commandes auprès de la CPA tous produits confondus. Ces commandes ont une valeur totale de plus de 610 millions de francs. On peut donc considérer que le MSP consomme la totalité de son budget médicament. La figure 4.2 montre le rythme de consommation de la ligne de crédit par la DES. A la fin du premier trimestre, seulement 10 % de la ligne a été engagée. Les commandes sont concentrées sur les mois de juillet et septembre, durant lesquels la DES engage pratiquement de 60 % du budget médicament.

En ce qui concerne les médicaments, l'enquête révèle que le MSP ne dote pas beaucoup de centres de santé. En effet, 28 CS, soit 10 % seulement, disent avoir obtenu des médicaments de la délégation ou du district. Les dotations en médicaments sont en principe faites pour les CS récemment érigés, par la communauté ou l'État, afin de leur apporter un appui au démarrage. Le soutien est censé permettre à ces nouvelles structures de devenir éventuellement financièrement viables, grâce au recouvrement des coûts. Sur 15 centres créés en 2003 dans notre échantillon, seulement 6 ont été dotés en médicaments en 2003 dont la moitié dans le district de Haraze-Manguéigne. Sur les 54 CS créés entre 2000 et 2003 neuf, soit 16 %, ont reçu une dotation.

En termes de répartition géographique, les CS du Logone Oriental, de la Tandjilé, et du Mayo Kebbi sont délaissés. Pour les neuf médicaments et deux consommables médicaux suivis par l'enquête, les hôpitaux reçoivent en moyenne beaucoup plus que les centres de santé, ce qui se comprend vu la différence de taille. Les centres de santé ont cependant en moyenne une dotation plus importante en cotrimoxazole, métronidazole, et en seringues autobloquantes.

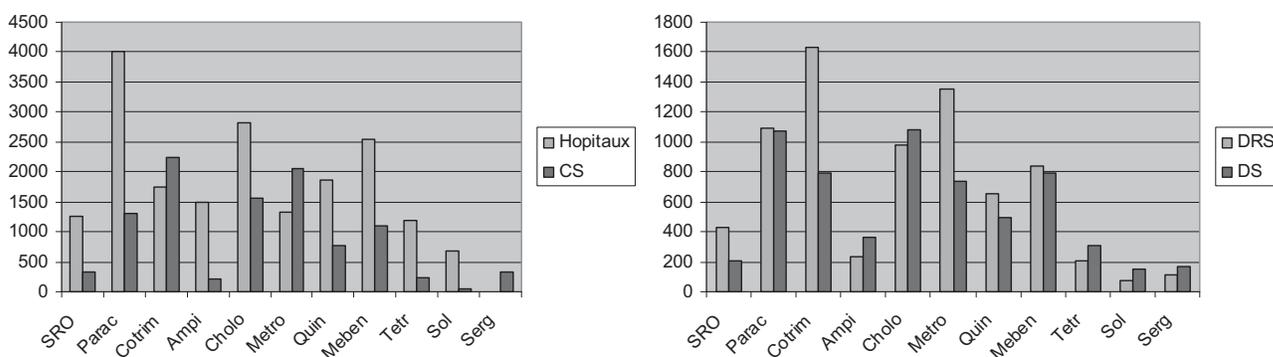


Figure 4.3 : Dotation Médicaments des DRS et DS aux Hôpitaux et CS

Les districts sanitaires offrent aux centres de santé des dotations aussi importantes que celles de la délégation, à l'exception du cotrimoxazole et du métronidazole. Il semblerait qu'il existe dans les faits un effort de concertation et de coordination entre les différentes administrations quant aux dotations de médicaments. En effet, les CS reçoivent la totalité de leur dotation soit du district soit de la délégation. Aucun CS ne reçoit des deux en même temps. La leçon à retenir, cependant, reste que les dotations en médicaments sont dérisoires relativement aux ressources officielles. La valeur des dotations des CS est obtenue ici en utilisant les prix de vente de la CPA à la DES. La valeur globale des dotations est estimée à un peu moins de 5 millions de FCFA pour les 11 consommables suivis lors de l'enquête. Selon les chiffres fournis par la CPA, ces 11 consommables représentent 55 % des achats de la DES à la CPA. On peut donc estimer la valeur des dotations de médicaments à 9 millions de FCFA et donc la dotation à tous les centres de santé du pays à 20 millions de FCFA en étant large. Ceci représente moins de 3 % du budget médicament du MSP que la DES a pourtant officiellement consommé pratiquement dans sa totalité.

En dernière analyse, la valeur globale estimée des ressources publiques reçues par les centres de santé est obtenue en additionnant sur la base de ce que les centres de santé déclarent comme ressources financières, matérielles, et médicaments, provenant des autorités administratives. La formule définitive utilisée est donc :

$$\text{Ressources Totales Parvenant aux CS} = (\text{Ressources Achats Centralisés et Enlèvements Parvenant à la DRS}) * 17,7\% + (\text{Budget Total Médicaments}) * 3\% + \text{Ressources Salariales}$$

Cette formule dissimule très certainement les disparités qui existent entre les taux d'arrivée dans les différentes régions, qui sont difficiles à capturer du fait que seules les données d'enquêtes sont disponibles et utilisées ici. Pour l'année 2003, la somme totale est estimée à 70 millions de FCFA, soit 4,98 % des ressources reçues au niveau régional et 1,3 % du budget de fonctionnement des DRS hors salaires. En utilisant la même formule pour 2002, les ressources parvenant aux CS sont estimées à 6,38 % des ressources parvenant aux DRS et 1,33 % des ressources initialement prévues.

Tableau 4.6 : Arrivée des Ressources Publiques

	Ressources Allouées DRS		Ressources Reçues DRS		Ressources Reçues CS	
	Hors Salaires	Total	Hors Salaires	Total	Hors Salaires	Total
<b>Année 2002</b>						
Millions de FCFA	5.339	7.496	1.151	3.308	70,99	2.228
% MSP hors Salaires	76,52	107,44	16,50	47,41	1,02	31,93
% MSP Fonctionnement	50,39	70,74	10,86	31,22	0,67	21,03
% DRS hors Salaires	100,00	140,40	21,56	61,96	1,33	41,73
% DRS Fonctionnement	71,22	100,00	15,35	44,13	0,95	29,72
<b>Année 2003</b>						
Millions de FCFA	5.470	8.030	1.461	4.021	71,09	2.631
% MSP hors Salaires	67,43	98,99	18,01	49,57	0,88	32,43
% MSP Fonctionnement	40,80	59,89	10,90	29,99	0,53	19,62
% DRS hors Salaires	100,00	146,80	26,71	73,51	1,30	48,10
% DRS Fonctionnement	68,12	100,00	18,19	50,07	0,89	32,76

Source : Lois de Finances rectificatives 2002, 2003 et calculs des auteurs.

Les ressources les plus importantes reçues par les CS sont en fait les ressources humaines. En effet, lorsque ces dernières sont prises en compte, les centres de santé peuvent se prétendre recevoir 29,73 % et 32,76 % des ressources alloués aux DRS en 2002 et 2003 respectivement.<sup>3</sup>

Le tableau 4.6 récapitule le taux de déperdition des ressources publiques dans le circuit d'acheminement des ressources depuis le niveau central jusqu'à la périphérie en terme de ressources excluant les salaires et totales. Le niveau des districts sanitaires n'est pas inclus. La première colonne représente les ressources allouées aux délégations sanitaires telles qu'inscrites dans la loi des finances. La seconde colonne donne une estimation des ressources effectivement reçues au niveau des régions. Enfin, la troisième colonne offre une estimation des ressources publiques atteignant le niveau opérationnel primaire. On note en particulier que l'administration centrale du MSP consomme plus des 4/5 des ressources financières et matérielles du secteur de la santé, ne laissant aux régions que 16,5 % de ces ressources (hors salaires). La déperdition est aussi forte entre le niveau administratif régional et le niveau opérationnel primaire. En effet, les CS finissent avec à peu près 1 % des ressources financières et matérielles publiques totales du secteur de la santé.

#### Allocations Ressources Sante

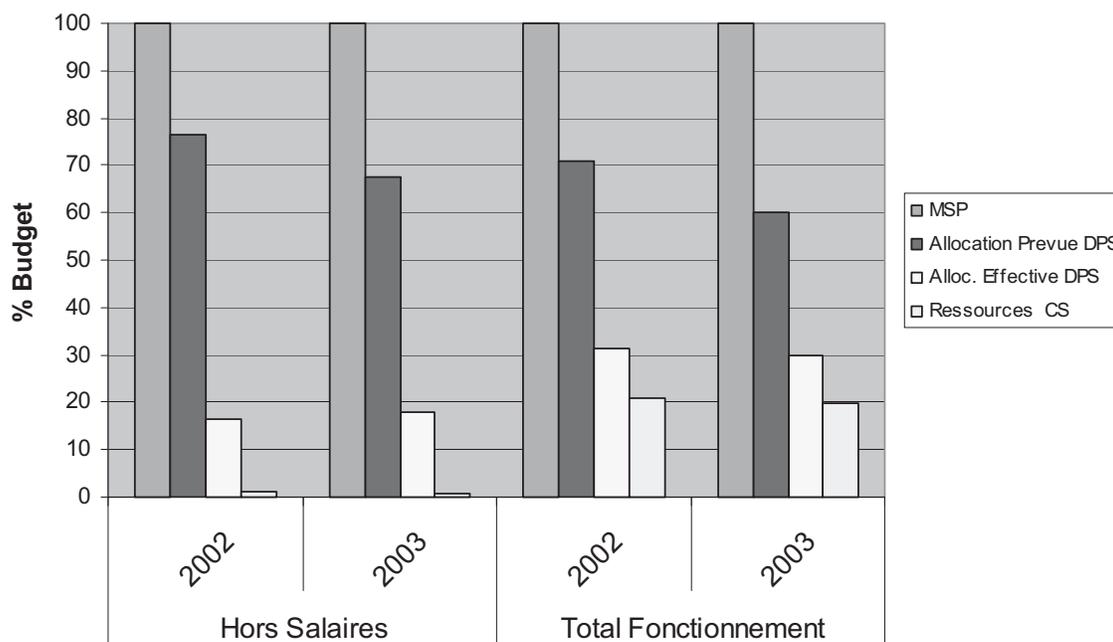


Figure 4.4 : Ressources Publiques Santé

La figure 4.4 montre clairement que l'État met principalement du personnel à la disposition des centres de santé. Il serait intéressant de voir combien les différents niveaux du MSP obtiennent en termes de ressources par habitant qui est un indicateur important du secteur de la santé.

<sup>3</sup> Ce chiffre est biaisé vers le haut car toute la masse salariale des délégations est allouée ici aux centres de santé. Il faudrait en fait soustraire les salaires du personnel administratif dans les régions et celui des hôpitaux.

Tableau 4.7 : Ressources Par Habitant aux niveaux Région et CS en 2003

	Allocation	Allocation	Allocation	Allocation	Allocation	Allocation
	Prévue DRS	Reçue DRS	Reçue CS	Prévue DRS	Reçue DRS	Reçue CS
	Hors Salaires (en FCFA par Habitant)			Masse Salariale Incluse (en FCFA par Habitant)		
Batha	1.046,78	188,87	12,95	1.282,57	424,66	248,74
B.E.T.	1.989,69	595,73	38,02	2.654,38	1.260,53	702,82
Biltine	851,55	282,88	19,20	1105,22	536,59	272,91
Chari-Baguirmi	595,94	116,55	6,16	944,05	464,65	354,27
Guéra	679,31	160,42	4,00	924,34	405,43	249,01
Kanem	717,52	269,03	11,96	1591,94	1.143,44	886,38
Lac	650,15	234,30	10,93	808,84	392,96	169,59
Logone Occidentale	890,86	278,27	9,65	1368,20	755,61	486,99
Logone Orientale	537,85	187,32	8,13	709,74	359,19	180,01
Mayo Kebbi	476,66	206,48	15,43	738,07	467,89	276,85
Moyen Chari	582,85	139,77	7,25	890,45	447,39	314,87
Ouaiddaï	776,85	163,61	10,27	952,58	339,32	185,98
Salamat	1.338,09	210,55	13,03	1.551,18	423,59	226,07
Tandjilé	469,49	111,76	2,30	843,29	485,57	376,11
<b>TCHAD</b>	680,48	181,76	9,59	998,95	500,24	328,06

Source : Bons de Sortie Magasin Central et Budget État 2003 et Calcul des auteurs.

Le tableau 4.7 présente les estimations de dépenses de santé par habitant selon les délégations sanitaires. Les prévisions de dépenses de santé par habitant du gouvernement, pour le fonctionnement hors salaires, sont de l'ordre de 680 FCFA par personne en moyenne en 2002 et 2003. De cette somme, on estime que seuls 146 FCFA parviennent au niveau des régions, tandis que les centres de santé ne sont dotés que d'un peu moins de 10 FCFA par habitant. Le Tchadien moyen perd donc 670 FCFA entre la dépense de santé qui est officiellement programmée à son endroit dans sa région et la ressource effective qu'il retrouve au centre de santé où il se fait soigner. Ceci est une perte importante qui aurait permis de réduire le coût de la consultation pour les Tchadiens. La perte la plus importante est observée dans le BET où chaque individu perd en moyenne 1960 FCFA en dépense publique de santé.

Tableau 4.8 : Ressources Par Habitant aux niveaux Région et CS en 2002

	Allocation	Allocation	Allocation	Allocation	Allocation	Allocation
	Prévue DRS	Reçue DRS	Reçue CS	Prévue DRS	Reçue DRS	Reçue CS
	Hors Salaires (en FCFA par Habitant)			Masse Salariale Incluse (en FCFA par Habitant)		
Batha	1.047,18	180,38	14,51	1.250,88	384,06	218,19
B.E.T.	1.990,43	480,34	30,62	2.564,72	1.054,62	604,89
Biltine	851,87	229,69	17,08	1071,02	448,83	236,22
Chari-Baguirmi	596,17	94,36	7,16	896,88	395,07	307,87
Guéra	679,58	190,34	11,39	891,24	401,99	223,05
Kanem	717,81	185,83	12,22	1473,18	941,19	767,58
Lac	650,41	174,67	12,74	787,46	311,74	149,81
Logone Occidentale	891,21	194,20	11,78	1.303,56	606,55	424,13
Logone Orientale	538,05	124,57	8,40	686,53	273,06	156,90
Mayo Kebbi	476,84	123,99	7,33	702,66	349,81	233,15
Moyen Chari	583,07	132,34	7,35	848,79	398,07	273,08
Ouaiddaï	777,15	144,51	10,18	928,94	296,31	161,97
Salamat	1.338,63	241,44	22,21	1.522,70	425,50	206,26
Tandjilé	469,68	115,93	7,83	792,59	438,83	330,73
<b>TCHAD</b>	680,74	146,73	9,94	955,85	421,84	281,61

Source : Bons de Sortie Magasin Central et Budget État 2002 et Calculs des auteurs

Il existe de grandes disparités régionales quant au niveau des ressources par habitant parvenant au centre de santé. Malgré qu'il enregistre le niveau de déperdition des ressources le plus élevé, le BET enregistre les dépenses effectives par habitant (hors salaires) les plus importantes soit 38 FCFA. Ceci est la conséquence directe du faible niveau de population dans le BET. En 2003, la région la plus démunie est la Tandjilé où la dépense publique effective par habitant (hors salaires) dépasse tout juste 2 FCFA. Ceci est dû à la conjonction d'un faible niveau programmé et d'un très fort niveau de rétention, aussi bien au niveau central que régional, des ressources de la Tandjilé. En moyenne, entre la dépense programmée et celle qui arrive, un habitant de la Tandjilé perd presque 460 FCFA. Le Chari-Baguirmi avec une dépense effective par habitant autour de 6 FCFA enregistre la troisième dépense la plus faible derrière la Tandjilé et le Guéra. Ce chiffre apparaît de prime abord surprenant puisque Ndjaména, la capitale, se trouve dans cette région. Il faut noter que les dépenses administratives ne sont pas prises en compte, alors que presque toute l'administration se trouve à Ndjaména. De plus, les dépenses dans les grands hôpitaux comme le HGRN ou l'hôpital de la Liberté qui reçoivent des ressources publiques importantes ne sont pas pris en compte. Ceci biaise l'estimation pour Ndjaména vers le bas.

Lorsque les ressources humaines sont prises en compte, les dépenses publiques parvenant au bénéficiaire final deviennent plus importantes. Le Tchadien moyen a accès au médecin, à l'infirmier ou au laborantin que le MSP lui a alloué. C'est la ressource la plus importante que le MSP met à la disposition de la population dans toutes les régions. Les dépenses publiques par habitant passe de 9 FCFA à 328 FCFA lorsque le personnel est pris en compte en 2003. Le BET bénéficie toujours de la dépense la plus importante avec plus de 702 FCFA par habitant.

En comparant 2002 et 2003, on note une légère amélioration du niveau des ressources parvenant au bénéficiaire final. La source d'amélioration sensible dans le temps est l'investissement dans la ressource humaine entre 2002 et 2003. Les ressources publiques totales dans les centres de santé par habitant est passée de 281 FCFA en 2002 à 328 FCFA en 2003, soit une augmentation 16 % qui correspond pratiquement à l'accroissement de l'enveloppe budgétaire personnel pour les délégations. L'arrivée des ressources financières et matérielles s'est quant à elle détériorée. En effet, la dépense par habitant dans les DRS est pratiquement la même entre les 2 années soit 680,74 FCFA en 2002 contre 680,48 FCFA en 2003, mais en 2003 un habitant trouve en moyenne 9,59 FCFA pour lui dans le centre de santé tandis qu'il avait 9,94 FCFA dans le centre de santé en ressources publiques financières et matérielles en 2002. Cette détérioration s'explique par une proportion des ressources parvenant aux DRS sur les achats centralisés qui s'est affaïssée entre les deux années, malgré l'effort de décentralisation des ressources vers les DRS en 2003.

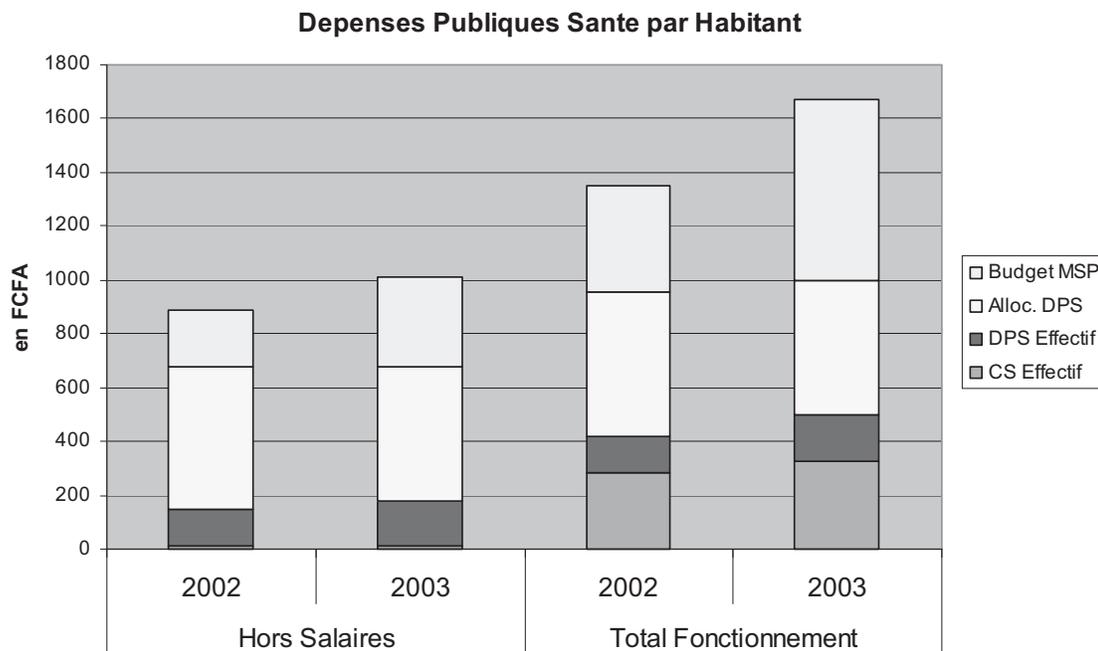


Figure 4.5 : Ressources Publiques par Habitant Santé

Les seules ressources publiques effectives dans la production d'une meilleure santé pour la population sont celles qui atteignent les services opérationnels. Le MSP présente officiellement une dépense par habitant, hors investissement et salaires, de 889 et 1010 FCFA en 2002 et 2003 respectivement. La dépense effective comme le montre cette analyse est en réalité seulement de 9,94 et 9,59 FCFA pour chaque Tchadien dans un centre de santé. La prise en compte des salaires permet d'accroître de manière significative les ressources publiques effectives au centre de santé en les faisant passer de 9,94 à 281 FCFA en 2002, et de 9,59 à 328 FCFA en 2003. Incluant les salaires, les budgets officiels sont de 1351 et 1667 FCFA par habitant pour les deux années respectivement. Le niveau de déperdition des ressources par habitant incluant les salaires demeure tout de même à 79,2 % et 80,3 % pour les deux années. Avec ce niveau de déperdition des ressources, il n'est pas étonnant que les dépenses publiques globales aient une faible corrélation avec les indicateurs de santé au Tchad. Depuis l'accès à l'IPPTE les dépenses publiques de santé, et dans les secteurs sociaux en général, ont augmenté sans impact sensible positif sur les indicateurs. La faible réception des ressources publiques au niveau opérationnel très certainement explique en grande partie ce phénomène. Il est impérieux que le MSP et le gouvernement trouvent une solution à ce problème. De plus, étant donné la part des ressources publiques qui atteint les bénéficiaires, la question du passage à l'appui budgétaire au Tchad doit être posée de façon sérieuse. Ce fait remet aussi en cause la politique de santé dans son ensemble. En effet, cette politique est basée sur le district avec comme pierre d'assise le centre de santé. Dès lors que cette pierre d'assise n'est pas dotée pour fonctionner normalement, il se pose la question de la pertinence de ce modèle de développement sectoriel.

Il reste maintenant à expliquer le faible taux de réception des ressources au niveau opérationnel primaire. Deux facteurs explicatifs sont certainement le taux de centralisation trop élevé des ressources compte tenu du manque d'encadrement des responsables régionaux, et le manque de planification dans l'allocation de ces ressources. Une caractéristique que partagent toutes les ressources publiques dans le domaine de la santé au Tchad quelque que soit leur nature est le caractère arbitraire de leur allocation. Une fois les crédits délégués alloués aux régions, il est de la discrétion unique de l'administrateur de crédit, le délégué régional ou le MCD, d'allouer ses

ressources aux différentes structures. Le MSP ne donne aucune instruction quant à la répartition de ces ressources. Il en est de même des ressources matérielles. Un centre de santé ne bénéficie alors des ressources publiques seulement lorsque les autorités administratives en décident arbitrairement.

### 1.5. *Un Effet d'Éviction Important*

Tableau 4.9 : Régressions Déterminants Réception Ressources Publiques (Probit)

	Finances		Dotation Médicament		Réception Matériel		Ressource Publique	
CS Public			1.06 (2.84)***	1.055 (2.84)***	1.031 (3.36)***	1.019 (3.26)***	1.191 (4.49)***	1.202 (4.47)***
CS Urbain	0.106 -0.22	0.099 -0.19	0.266 -0.86	0.233 -0.76	-0.044 -0.17	-0.111 -0.41	0.133 -0.57	0.075 -0.31
Taille CS	0.045 (1.87)*	0.041 -1.64	-0.043 -1.24	-0.041 -1.17	-0.077 (2.52)**	-0.076 (2.53)**	-0.051 (2.10)**	-0.049 (1.92)*
Supervision Déléгат.	-0.398 -0.82	-0.394 -0.8	0.301 -1.35	0.311 -1.4	0.545 (2.68)***	0.615 (3.01)***	0.317 (1.72)*	0.372 (1.99)**
Supervision District	0.066 -0.13	-0.003 -0.01	0.248 -0.78	0.227 -0.72	0.52 (1.68)*	0.496 -1.57	0.426 -1.6	0.391 -1.47
CS Soutenu Bailleur				-0.342 -1.1		<b>-1.029</b> <b>(3.32)***</b>		<b>-0.913</b> <b>(3.39)***</b>
Constante	-2.304 (5.87)***	-2.138 (5.48)***	-2.313 (4.11)***	-2.246 (3.97)***	-1.913 (5.40)***	-1.77 (5.05)***	-1.767 (5.30)***	-1.629 (4.89)***
Observations	189	155	277	277	277	277	277	277
Pseudo R-squared	0.07	0.06	0.11	0.12	0.18	0.22	0.16	0.2
Log Likelihood	-18.08	-17.4	-80.74	-80.13	-112.87	-107.04	-134.67	-128.5

Absolute value of z-statistics in parentheses.

\* significant at 10%; \*\* significant at 5%; \*\*\* significant at 1%.

Le tableau 4.9 présente les résultats de régressions par la méthode Probit sur les déterminants de la réception de ressources publiques. La première colonne concerne les ressources financières, la seconde la dotation de médicaments, et la troisième si le CS a reçu du matériel sur les huit qui ont été suivis par l'enquête. Enfin la dernière colonne est une régression montrant les probabilités que le CS reçoive un soutien public quelconque. Les résultats montrent clairement que la discrétion des administrateurs aussi bien au niveau du district que de la délégation joue un rôle important sur la probabilité de recevoir des ressources publiques. En effet, la probabilité d'obtenir des ressources matérielles du MSP s'accroît de manière très significative pour les CS qui ont reçu une visite du délégué. Ceci est vrai aussi pour le MCD mais dans une moindre mesure. Les ressources financières échappent à cette règle car pratiquement aucun CS n'en reçoit, aucune variable n'est significative pour la réception de ressources financières. Le résultat le plus important dans le tableau est l'impact négatif du soutien d'un bailleur. En effet, la présence d'un bailleur dans un CS réduit les chances de ce CS d'obtenir des ressources publiques. Les effets marginaux ne sont reportés ici mais l'intervention d'un bailleur réduit la probabilité d'obtenir des ressources de 13,6 % et d'obtenir un soutien quelconque du gouvernement de 19,6 %. Il existe donc un effet d'éviction des ressources publiques par les ressources des bailleurs.

## II. *Le Financement Externe : l'Appui des Bailleurs*

Plusieurs bailleurs de fonds interviennent dans le secteur de la santé au Tchad. On dénombre dans les informations recueillies lors de l'enquête pas moins de 25 organisations autres que l'État qui appuient les centres de santé. Les bailleurs soutiennent et accompagnent l'action du gouvernement en apportant des moyens financiers, matériels, ou une assistance technique.

Tableau 4.10 : Soutien de Bailleurs

	APPARTENANCE				LOCALISATION			TCHAD
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	Ndjaména	Urbain	Rural	
<b>% Appuyés Bailleurs</b>	17,8	12,8	20,4	71,4	23,1	7,9	23,1	18,9
<b>Nombre Moyen Bailleurs</b>	0,2	0,12	0,2	0,85	0,25	0,08	0,22	0,2
Valeur Soutien Finances	231	172	332	0	140	0	264	221
Valeur Soutien en Nature	1.601	876	2,583	500	3,797	2,148	857	1,595
<b>Valeur Totale Soutien</b>	1.832	1,048	2,915	500	3,917	2,148	1,121	1,816

Source : Enquête Etablissements Sanitaires – Tchad 2004.

Le tableau 4.10 présente certains indicateurs de la présence des bailleurs au Tchad. On note que seuls 18,9 % des CS bénéficient d'un appui direct d'au moins un bailleur. Ce pourcentage tombe à 12,8 % pour les privés et 17,8 % pour les publics. Les ONG sont très fortement soutenus, en effet 71 % de ces centres ont un appui externe. Les bailleurs se concentrent sur le milieu rural et Ndjaména où 23,1 % des centres bénéficient d'un appui. Le nombre de bailleurs par centre de santé est relativement bas, il est de 0,2 en moyenne. Les bailleurs appuient les CS avec en particulier des ressources matérielles ou des services plutôt que du financement. En restreignant l'analyse aux CS qui bénéficient d'un appui, la valeur totale moyenne de cet appui est quelque peu inférieure à 2 millions de FCFA. Les CS confessionnels ont un appui plus important en volume avec 2,9 millions de FCFA. Les CS de Ndjaména sont ceux qui bénéficient de l'appui le plus important. Lorsque tous les CS sont pris en compte, la valeur moyenne de l'appui des bailleurs dont bénéficie la santé primaire au Tchad est de 342,000 FCFA par an, soit 28,000 FCFA par CS par mois. Il faut aussi noter que les bailleurs appuient généralement plus les équipes cadre de district, ou les délégations que les centres de santé directement. De plus ils financent l'investissement dans le secteur de la santé, qui n'est pas analysé ici ; l'appui des bailleurs est donc plus important que ne le suggère cette section.

## III. *Le Financement Privé : Paiements des Usagers*

Les CS n'ayant pas de budget propre ou de ligne budgétaire inscrite dans le budget de l'État, leurs liquidités proviennent donc presque exclusivement des patients ou des communautés. La section précédente a également montré que les CS reçoivent très peu de ressources des autorités administratives et peu des bailleurs de fonds. Ils sont donc livrés à eux mêmes. Depuis l'Initiative de Bamako (IB) en 1994, les CS pratiquent tous le recouvrement de coûts.

Deux sources de données sont utilisées dans cette section. La première provient des rapports mensuels d'activité des centres de santé (RMA) saisis au niveau de la DSIS et la seconde de l'enquête auprès des établissements. L'échantillon initial est de 214 centres que l'on retrouve conjointement dans la base de données de la DSIS et celle de l'enquête auprès des établissements. De plus, tous les centres qui reportent une recette nulle durant l'année 2003 dans la base de données DSIS ont été éliminés.

Soit 39 centres dont 23 publics, 7 privés et 9 confessionnels. L'échantillon final comprend donc 175 CS.<sup>4</sup>

Tableau 4.11 : Finances des CS – Moyennes Mensuelles<sup>5</sup> en Milliers de FCFA

	APPARTENANCE				LOCALISATION			Total
	Public	Privé	Confes- sionnel	ONG	Ndjaména	Urbain	Rural	
<b>Nombre Obs.</b>	142	4	27	2	10	25	140	175
<b>Recettes</b>								
<i>Moyenne</i>	297.4	321.1	461.5	108.4	280.2	682.9	259.4	321.1
<i>Médiane</i>	148.6	294.5	357.0	108.4	174.5	529.6	147.6	178.9
<b>Dépenses</b>								
<i>Moyenne</i>	241.2	224.3	443.6	110.5	245.8	566.4	219.5	270.6
<i>Médiane</i>	135.8	135.8	348.2	110.5	150.6	510.0	143.4	156.7
<b>Profit</b>								
<i>Moyenne</i>	56.2	96.8	17.9	-2.1	34.4	116.5	39.9	50.5
<i>Médiane</i>	20.2	35.8	10.6	-2.1	35.6	86.2	13.7	17.6

Source: Ministère Santé Publique – Division Système d'Information Sanitaire – Tchad 2003

Le tableau 4.11 montre les recettes, dépenses, et profits mensuels moyens des prestataires de services sanitaires selon leur appartenance. Les confessionnels et privés sont ceux qui affichent les chiffres d'affaires mensuels moyens les plus élevés. Les CS publics et ONG suivent loin derrière, les ONG étant les moins lucratifs. En termes de profit en revanche, les privés font les plus gros profits suivis, de façon surprenante, par les publics. Les confessionnels sont pratiquement à l'équilibre budgétaire tandis que les ONG sont déficitaires de peu. La répartition géographique des recettes montre que les CS situés dans les autres centres urbains sont de loin les plus lucratifs, avec un chiffre d'affaires mensuel moyen 2,5 fois plus élevé que celui des CS ruraux. La moitié des CS dans ces centres urbains font plus de 529.000 FCFA par mois alors que la médiane du Tchad se trouve à 178.900 FCFA. Les CS ruraux font les chiffres d'affaires et les profits les plus bas. Deux effets peuvent être à l'origine de ces faibles recettes (i) l'effet quantité, c-à-d que les CS ruraux reçoivent peu de patients, et/ou (ii) l'effet prix, c-à-d que les CS ruraux sont ceux qui pratiquent les prix les plus bas.

De quels produits les CS tirent-ils principalement leurs revenus ? Les CS vendent des médicaments et font payer selon le cas la consultation et les analyses de laboratoire. Les revenus issus de la vente des tickets sont inclus dans la consultation. Une autre source de recettes considérée est constituée par les subventions du gouvernement ou d'autres bailleurs.

<sup>4</sup> La faiblesse majeure de la base de données de la DSIS est la quasi absence de réponse des centres privés. Le MSP devrait mettre en place un mécanisme fiable de collecte des données financières et sanitaires du secteur public de la santé qui jouit d'une demande importante et joue un rôle important au Tchad.

<sup>5</sup> Nous utilisons ici une moyenne sur le nombre de mois disponibles. Les centres de santé ne déclarent pas tous le même nombre de mois et les mois diffèrent entre les CS. Il faudra garder l'esprit que les effets saisonniers de la demande ne sont pas capturés par cette procédure qui est quand même meilleure qu'une simple somme des états financiers rapportés.

Tableau 4.12 : Sources et Ventilation des Dépenses des CS - Pourcentages

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confessionne 1	ONG	Ndjaména	Urbain	Rural	Total
<b>Source des Recettes</b>								
<i>Médicaments</i>	76.1	69.2	40.7	32.7	76.3	74.4	68.7	70.0
<i>Consultations</i>	18.4	14.7	40.6	65.6	13.9	17.9	23.7	22.3
<i>Subventions</i>	0.17	0.0	2.2	0.0	0.07	0.09	0.57	0.47
<i>Autres</i>	5.33	16.1	16.5	1.7	9.73			
<b>Ventilation des Dépenses</b>								
<i>Médicaments</i>	57.1	50.0	33.1	59.3	55.6	52.0	53.3	53.3
<i>Salaires</i>	9.3	24.0	40.7	15.6	9.2	13.8	15.1	14.6
<i>Primes</i>	10.1	2.3	1.7	4.5	11.9	14.4	7.3	8.6
<i>Entretien</i>	2.3	2.1	1.0	1.7	2.7	1.6	2.1	2.09
<i>Comité de Santé</i>	2.4	0.44	1.08	4.8	3.75	2.17	2.10	2.20
<b>Nombre Obs.</b>	142	4	27	2	10	25	140	175

Source : Ministère Santé Publique – Division Système d'Information Sanitaire – Tchad 2003

À l'exception des CS confessionnels, le recouvrement des coûts et les frais de consultation constituent plus de 95 % des recettes des prestataires de services de santé. Ce chiffre baisse à 80 % pour les confessionnels dont le reliquat (20 %) des liquidités provient de sources autres dont les subventions. Alors que les privés et publics obtiennent 70 % ou plus de leurs revenus de la vente de médicaments, les frais de consultation constituent le principal générateur de revenu pour les ONG. Autant il semble normal que les publics génèrent la majorité de leurs revenus de la vente des médicaments, conformément à l'esprit de l'IB, autant il est surprenant que cela soit le cas pour les cliniques privées. On comprend alors pourquoi beaucoup de centres privés (74,4 %) disposent d'une pharmacie comme l'indique le tableau xxx (infrastructures et équipements). Ce fait est un signal significatif sur la forte rentabilité du médicament et appelle à un regard plus attentif de la part des autorités pour réglementer le secteur du médicament et protéger les patients. Etant donné l'importance du médicament pour le secteur santé, nous examinerons plus en détails dans ce rapport les marges bénéficiaires et les prix pratiqués par les prestataires de service au chapitre 8.

L'utilisation des ressources donne une indication précise des priorités des centres de santé. Les CS publics réinvestissent dans le médicament et consacrent 57 % de leurs dépenses au renouvellement de leur stock. Seuls les ONG consacrent une plus grande part de leurs dépenses à l'achat de médicaments qu'ils ne tirent de profit de la vente de médicaments. Cela suggérerait que le médicament soit la source du déficit des ONG qui vraisemblablement subventionnent le médicament pour les patients. Tandis que les publics et les privés tirent le maximum de profit du médicament. Les CS publics se payent des primes généreuses en allouant 10 % de leurs dépenses totales à des bonus pour le personnel (notons que ceci confirme le résultat du RASP qui montre une évolution de 160 % entre 1998 et 2000 sur la prime du personnel). Les primes constituent le deuxième poste de dépenses pour les CS publics après le médicament. La rémunération salariale occupe une place très importante pour les CS non publics. En effet, les CS payent leur personnel sur leur chiffre d'affaires, ce qui n'est pas le cas pour les CS publics. Ces derniers ne rémunèrent directement que les agents employés par la communauté. Les CS publics allouent une plus grande part de leurs dépenses à l'entretien du centre. Le fonctionnement du comité de santé en revanche semble plus important pour les ONGs qui leur allouent presque 5 % des dépenses.

#### ***IV. Récapitulatif: Financement Effectif du Fonctionnement de la Santé Primaire<sup>6</sup>***

L'analyse du budget du MSP pour les années 2002 et 2003 montre que le niveau central inscrit une importante part (59,89 %) de son budget de fonctionnement sous la rubrique des délégations régionales. Cette part régionale du budget de la santé dépasse 67 % lorsqu'on considère le budget de fonctionnement hors masse salariale. Cependant, seulement 26,71 % de cette manne financière parvient effectivement au niveau des délégations régionales. De plus, il existe un fort taux de rétention de la part des délégations régionales et des districts sanitaires envers les centres de santé. Ceci s'explique par le fait que les structures administratives déconcentrées ne reçoivent pas de ressources suffisantes pour leur propre fonctionnement et s'arrogent alors la part du lion dans les maigres ressources qui leur parviennent. En définitive, les centres de santé se voient amputés des ressources publiques qui leur sont dues. Les ressources publiques, hors salaires, reçues au niveau des centres de santé sont estimées à 1,3 % des ressources destinées au fonctionnement des délégations régionales et 0,88 % des ressources du MSP. Lorsque les salaires sont inclus, la part des centres de santé est de 32,7 % et 19,6 % des ressources totales allouées au fonctionnement des DRS et du MSP respectivement. En utilisant l'estimation des ressources aux CS de 71 millions de FCFA (voir tableau 4.8, p. xxx) et un nombre global de CS publics de 500 pour l'ensemble du pays, le transfert de ressources financières et matérielles du MSP vers les centres de santé est estimé à 12.000 FCFA par centre par mois.<sup>7</sup> Pour prendre en compte les ressources humaines, nous utilisons les données d'enquête pour estimer combien l'État met en ressources dans un CS typique. La préférence accordée aux données d'enquête s'explique par le fait que les données sur le salaire du MSP incluent le salaire des administratifs et aussi ceux des personnes travaillant dans les hôpitaux qui ne sont pas considérés ici. La méthode d'estimation est simple. On considère que la part des ressources salariales publiques est la masse salariale du centre de santé multiplié par la proportion du personnel payé par l'État. Cette méthode est certes grossière mais elle permet d'estimer la part du gouvernement dans tous les types de structures puisque parfois l'État alloue du personnel aux centres de santé confessionnels par exemple. On estime ainsi que les CS publics, privés, confessionnels et d'ONG reçoivent respectivement en moyenne 140, 13, 20 et 115 mille FCFA par mois par CS de l'État en ressources salariales.

Les centres de santé bénéficient aussi de l'appui, direct et indirect, de bailleurs de fonds sous la forme de ressources financières et matérielles. La forme privilégiée d'appui des bailleurs est le transfert de biens et services matériels. L'appui des bailleurs est estimé à 28.000 FCFA par centre de santé public par mois.

Les CS pratiquent le recouvrement de coûts et font payer la consultation et les médicaments aux patients, ces deux sources constituent 95 % de leurs revenus issus des usagers. Les revenus moyens mensuels des CS publics issus du recouvrement des coûts sont estimés à 281.000 FCFA. Les communautés payent aussi le salaire de travailleurs de la santé, ce salaire est comptabilisé dans le revenu issu des usagers puisque les travailleurs communautaires sont payés sur le chiffre d'affaire ou le profit des CS.

Le tableau 4.13 montre la contribution de chaque source de revenus dans le fonctionnement des CS. Le fonctionnement hors salaires des CS est presque entièrement pris en charge par les communautés qui les financent en moyenne à hauteur de 89,7 %. Les patients contribuent pour leur part pour plus

<sup>6</sup> Le récapitulatif est restreint à l'année 2003 étant donné la forte similitude entre les deux années, on considère que cette analyse s'applique plus ou moins à 2002 aussi.

<sup>7</sup> En 2003, la DSIS a répertorié 646 CS, cette estimation est donc biaisée vers le haut.

de 78 % dans le fonctionnement hors salaires des centres de santé quelle que soit leur appartenance. La contribution gouvernementale est marginale et se porte sur les CS publics et les ONG.

Tableau 4.13 : Contribution Effective Fonctionnement Santé Primaire

	Public	Privé	Confessionnel	ONG	TCHAD
<i>Contribution en FCFA</i>					
Communautés	297400	321100	461500	108400	321100
Bailleurs	27175	11179	49555	29750	28602
État	151767	12864	19968	115520	110947
<i>Dont Fonctionnement</i>	12000	0	0	0	8156
<i>Dont Salaires</i>	139767	12864	19968	115520	102791
Total Hors Salaires	336574	332278	511055	138150	357858
Total Général	476342	345143	531023	253670	460649
<i>Contribution en % Total Hors Salaires</i>					
Communautés	88.36	96.64	90.30	78.47	89.73
Bailleurs	8.07	3.36	9.70	21.53	7.99
État	3.57	0.00	0.00	0.00	2.28
<i>Contribution en % Total</i>					
Communautés	62.43	93.03	86.91	42.73	69.71
Bailleurs	5.70	3.24	9.33	11.73	6.21
État	31.86	3.73	3.76	45.54	24.08

Source : Calcul des auteurs

On observe de façon surprenante et contrairement aux résultats d'analyses précédentes (RDP 2001, RASP 2004) que le financement le plus effectif du secteur santé provient des populations. Les ressources publiques allouées dans le budget sont en large partie consommée par l'administration centrale et régionale et ne travaillent donc pas directement pour la santé des populations. Une fois le personnel de santé affecté, les centres de santé sont en réalité pratiquement livrés à eux mêmes. L'Etat ne leur donne que rarement la dotation initiale nécessaire pour le fonds de roulement des structures nouvellement créées, et certains CS ne reçoivent parfois rien durant toute l'année ni de l'Etat ni des bailleurs de fonds. La source principale de financements des prestataires de services santé est alors la population. L'impact en terme d'accessibilité financière doit être non négligeable car les CS font payer les médicaments certainement plus chers qu'ils ne devraient pour pouvoir combler le déficit de ressources publiques et fonctionner plus ou moins correctement. Le chapitre 8 offre une analyse plus approfondie de cet aspect.

## Chapitre 5 : LA PRATIQUE DU RECOUVREMENT DE COÛTS PAR LES CENTRES DE SANTE

### Principaux Résultats:

- Le carnet médical coûte en moyenne 100 FCFA dans les CS publics et confessionnels. Les ONG et CS privés exigent environ 3 fois ce prix. À N'Djaména, le prix moyen des carnets est 2,8 fois plus élevé qu'en milieu rural.
- Les tarifs moyens pour les consultations varient de manière substantielle selon l'affiliation et la localisation des CS. Les prix sont en moyenne de 340 FCFA, variant de 1470 FCFA dans les CS privés à 113 FCFA dans le secteur public. Dans les régions, les prix les plus élevés sont pratiqués à N'djamena (662 FCFA) contre (50 FCFA) dans le Batha, le Lac et la Salamat où on observe les prix les plus bas.
- Dans l'ensemble du pays, environ 25% des CS offrent des tickets de consultation dont la durée est illimitée pour un épisode de maladie. En moyenne, les cliniques privées sont deux fois plus nombreuses que les cliniques publiques à offrir cette option pour les adultes et les enfants.
- En moyenne, 7,2 % des CS incluent les médicaments dans le prix d'une consultation pour adultes ou enfants. Dans la capitale, aucune clinique confessionnelle ou publique ne fournit les médicaments gratuitement avec la consultation.
- Tous CS confondus, les groupes qui bénéficient le plus souvent des exemptions pour les frais de consultation sont le personnel du CS (60 %), les indigents (54 %) et la famille du personnel (53 %).
- Sur l'ensemble du pays, le coût total moyen d'une visite au CS s'élève à 2516 FCFA. Ce tarif inclut les frais de consultation, les tests de laboratoires et les médicaments. À N'Djaména, le patient moyen débourse 4320 FCFA contre 1276 FCFA en milieu rural et 1191 FCFA dans les autres centres urbains.
- Les dépenses associées aux médicaments représentent près du  $\frac{3}{4}$  des coûts totaux des patients. Les tests ne sont offerts que rarement et représentent en moyenne 4% des coûts, le reliquat va dans le tarif pour les consultations. Cette clé de répartition des frais des usagers varie elle aussi suivant l'affiliation et la localisation du CS.

## I. Structure de Tarification des Soins

Depuis l'entrée en vigueur d'une politique de « recouvrement de coûts » en 2002 (référence), les centres de santé et les hôpitaux du pays ont mis en place un système de tarification aux usagers pour les différents services. Les centres de santé facturent les consultations et les hospitalisations, les tests de laboratoire et la vente de médicaments.

L'implantation de la politique de recouvrement de coûts varie considérablement selon les milieux et le type de centre. Plus particulièrement, les tarifs varient fortement entre les régions et en fonction de l'affiliation des centres de santé. De manière générale, on note que les consultations, les tests et les médicaments sont significativement moins coûteux en régions rurales qu'en milieu urbain.

### 1.1. Prix des Carnets

Les patients ont généralement à leur charge l'achat d'un carnet médical qui est facturé par le centre de santé. Le prix moyen des carnets est de 141 FCFA, mais varie grandement selon l'affiliation des centres. Tandis qu'un carnet coûte en moyenne 100 FCFA dans les centres publics et confessionnels, les ONG et les centres privés exigent environ 3 fois ce prix (Figure 5.1). Dans la capitale, le prix moyen des carnets est 2,8 fois plus élevé qu'en milieu rural (290 FCFA contre 105 FCFA).

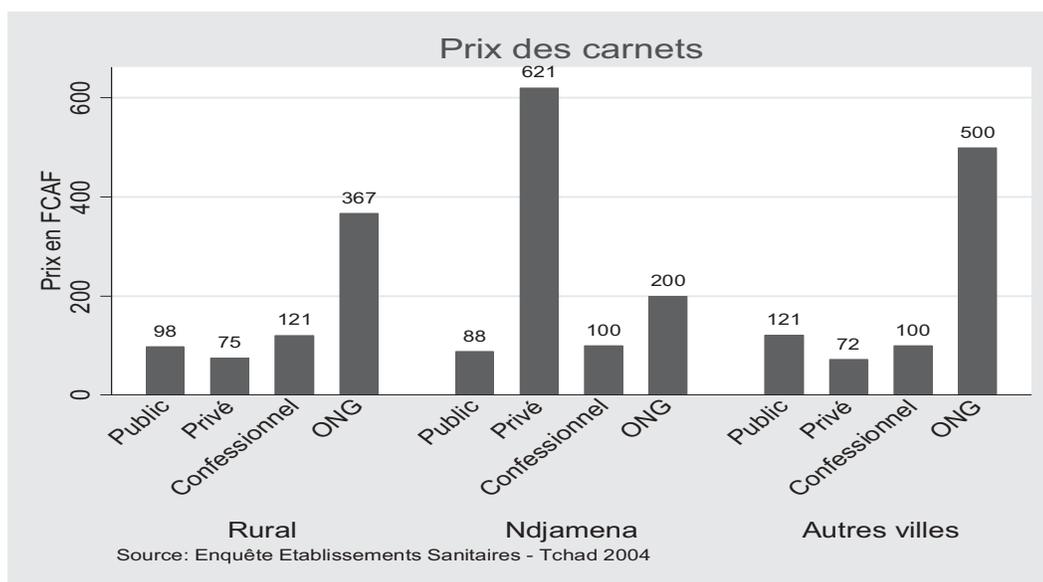


Figure 5.1 : Prix des carnets selon la localisation et l'appartenance

Dans l'ensemble du pays, ce sont auprès des ONG que les carnets coûtent le plus cher, suivi des cliniques du secteur privé. Dans la capitale, ce sont les fournisseurs privés qui exigent le prix le plus élevé pour les carnets. Dans toutes les autres villes et dans les régions rurales, les carnets les plus chers sont obtenus auprès des ONG. Le secteur public pratique les prix les plus bas pour les carnets et offre donc une accessibilité plus importante aux populations. De plus, le prix du carnet dans le secteur public varie peu en fonction des régions. La variation la plus notable est observée dans le secteur privé où les carnets coûtent environ 8 fois plus cher dans la capitale que dans les autres villes ou en région rurale.

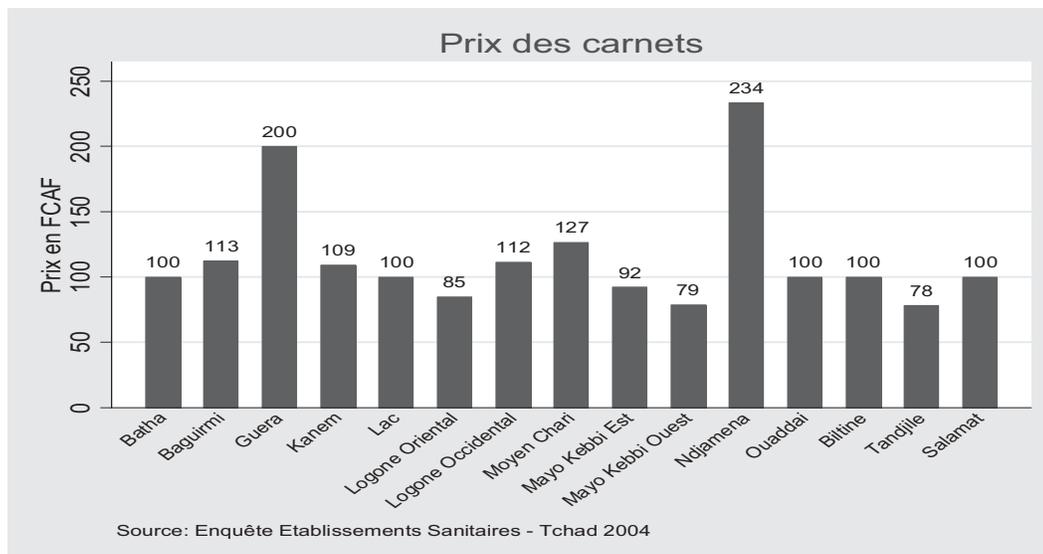


Figure 5.2 : Prix des carnets selon la délégation sanitaire

En ce qui a trait aux variations selon les délégations sanitaires, celles où les carnets sont les plus coûteux sont N'djamena (234 FCFA) et le Guéra (200 FCFA). Un carnet dans les délégations les moins chères (le Logone Oriental, le Mayo Kebbi Ouest et le Tandjile) représente environ le tiers du coût d'un carnet à N'djamena.

## 1.2. Prix de la Consultation

Les tarifs moyens pour les consultations pour adultes varient significativement selon l'affiliation des centres de santé et la localisation. Le prix des tickets pour les consultations pour adultes est en moyenne de 340 FCFA, variant de 1470 FCFA dans les centres privés à 113 FCFA dans les centres publics, soit 13 pour 1. À N'djamena en particulier, le prix des consultations pour les adultes dans les cliniques privées est de 2397 FCFA contre 128 FCFA dans les cliniques publiques, un ratio de 19 pour 1, contre 9 pour 1 dans les autres villes et 3,6 pour 1 en milieu rural. Ces écarts dans les tarifs entre les secteurs privé et public pour les consultations enfants et prénatales sont très semblables.

Toutes localisations confondues, le secteur privé offre les consultations les plus chères. En milieu rural, les professionnels appliquent les prix les plus élevés pour les consultations prénatales. Dans le cas des adultes et des enfants, le secteur privé est le fournisseur le plus coûteux en région rurale. Dans la capitale, le secteur privé est de loin le fournisseur le plus cher; les prix les plus faibles sont observés dans les ONG (enfant et prénatal) et le secteur public (adulte). Dans le cas des autres villes, le prix d'une consultation dans le secteur privé y est systématiquement plus élevé qu'auprès des autres fournisseurs. Les consultations les moins chères sont offertes par le secteur public, sauf dans le cas des consultations pour enfants qui sont gratuites dans les ONG.

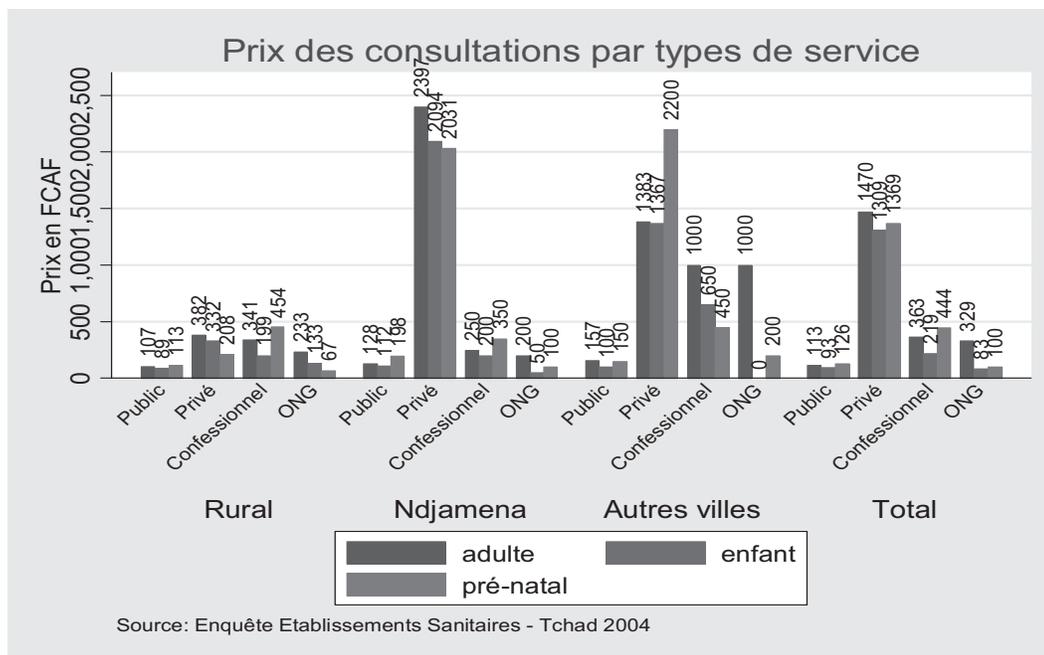


Figure 5.3 : Prix des consultations par catégories de patients

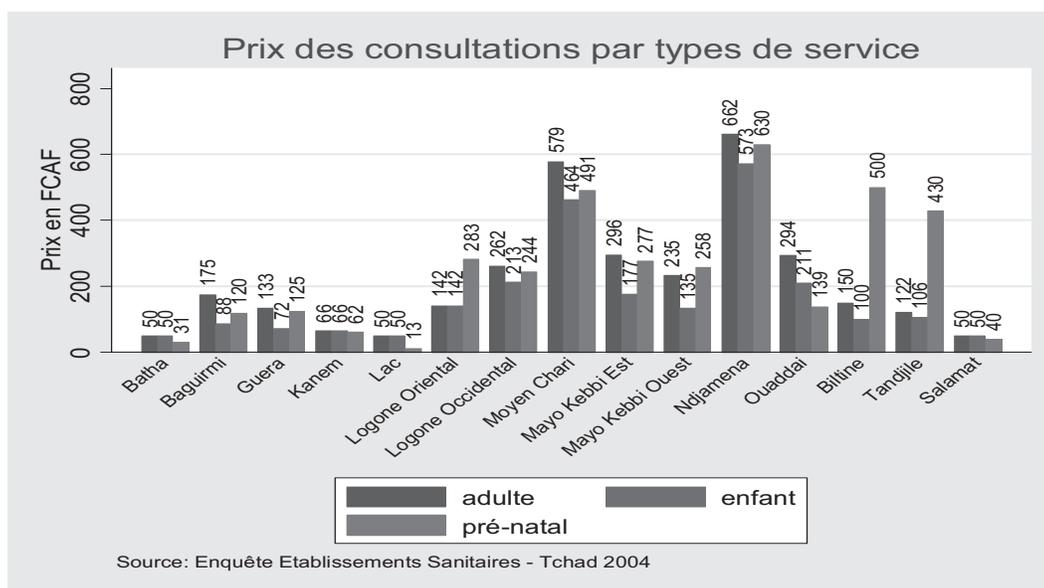


Figure 5.4 : Prix des consultations par catégories de patients selon la délégation sanitaire

Les délégations sanitaires où les consultations sont les plus coûteuses sont N'djama (662 FCFA) et Moyen Chari (578 FCFA). Les consultations les moins chers (50 FCFA) sont offertes dans 3 délégations : Batha, Lac et Salamat. Une consultation dans ces délégations représente 7,5 % et 8,6 % du coût de la consultation à Ndjama ou dans le Moyen Chari respectivement. Le coût de la consultation dans le Moyen Chari est 79 % plus élevé que celui observé dans la 3<sup>e</sup> délégation la plus coûteuse, Mayo Kebbi Est.

### 1.3. Inclusion des médicaments dans le prix de la consultation

Les écarts de prix observés entre les types de cliniques peuvent être expliqués en partie par le fait que plusieurs éléments peuvent ou non être inclus dans les prix exigés. Par exemple, 7,2 % des centres incluent les médicaments dans le prix d'une consultation pour adultes ou enfants. Cette proportion grimpe à 9 % lorsqu'il s'agit de soins prénataux (Tableau 1).

Tableau 5.1 : Médicaments inclus (pourcentage)

	APPARTENANCE				LOCALISATION			Total
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	N'djamena	Urbain	Rural	
Tickets Adultes	2,1	8,1	25,0	28,6	6,1	5,3	7,9	7,2
Tickets enfants	1,6	8,1	27,3	33,3	6,1	2,6	8,4	7,2
Tickets Prénatal	2,3	12,5	27,9	33,3	4,6	6,1	9,9	8,5

Source : Enquête auprès des Établissements Sanitaires - Tchad 2004

Davantage de centres confessionnels et d'ONG incluent les médicaments dans le prix d'une consultation. Dans l'ensemble du pays, 33,3 % des ONG et des confessionnels fournissent les médicaments pour enfants et prénatal. De plus, 28,6 % des ONG et le quart des confessionnelles incluent le prix des médicaments dans une consultation pour adulte. Ces deux types de fournisseurs sont ceux qui offrent la plus importante couverture. À l'autre extrême, 6 à 10 % des cliniques du secteur privé couvrent les médicaments.

Dans la capitale, aucun confessionnel et aucune clinique publique ne fournit les médicaments. Par contre, 50 % des ONG offrent cette couverture. En région rurale, les confessionnels et les ONG sont les plus nombreux à fournir les médicaments pour adultes, enfants et prénatal. Dans les autres villes, il n'y a pratiquement que les confessionnels (50 %) qui couvrent les médicaments. Un très faible pourcentage des cliniques publiques fournissent les médicaments pour adultes (8 %) et prénatal (8 %). Par contre, aucune clinique publique n'offre les médicaments pour enfants. Aucune ONG et aucune clinique privée ne couvre les médicaments.

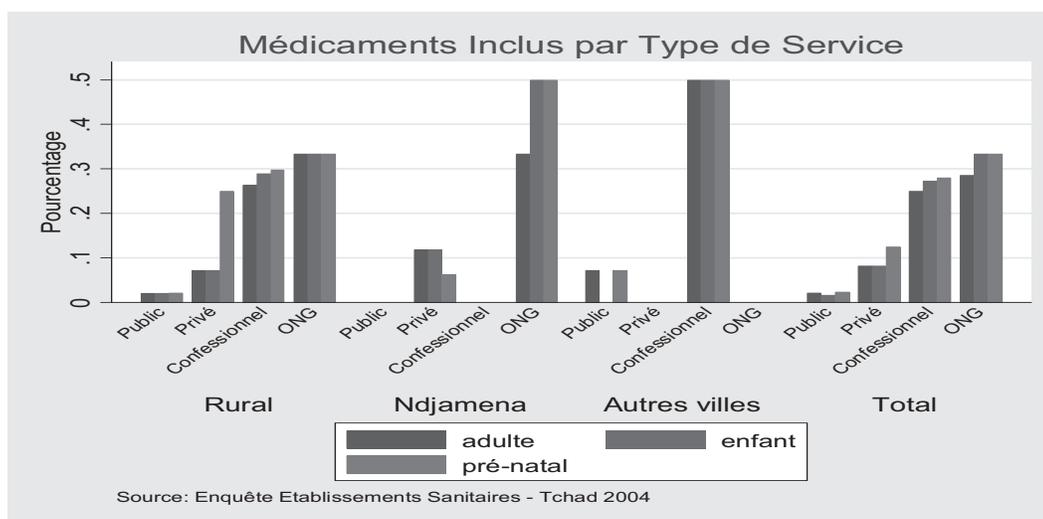


Figure 5.5 : Médicaments inclus par catégories de patients

#### 1.4. Période de validité des tickets

Le tableau 2 présente les périodes de validité des différents tickets selon l'affiliation des cliniques et la localisation.

Tableau 5.2 : Période de validité des tickets

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confes- sionnel	ONG	N'djamena	Urbain	Rural	Total
<b>Durée illimitée (%)</b>								
Adultes	19,0	32,4	34,1	28,6	14,3	34,2	23,7	23,5
Enfants	19,5	34,2	34,1	28,6	17,6	31,6	24,2	24,0
Prénatal	41,6	53,1	51,1	50,0	29,5	54,5	46,7	44,8
<b>Période de validité (Nombre de jours)</b>								
Adultes	16,8	21,4	21,5	15,8	19,4	15,9	18,0	18,0
Enfants	17,3	21,1	21,4	12,3	19,1	15,9	18,5	18,3
Prénatal	18,3	20,9	18,1	11,3	20,4	20,5	17,4	18,3
<b>Période de validité (Nombre de Visites)</b>								
Adultes	4,4	10,8	1,9	1,5	8,6	4,0	3,6	4,6
Enfants	4,5	9,3	1,8	1,5	7,9	4,0	3,6	4,5
Prénatal	6,1	7,0	4,7	1	6,8	21,3	4,4	5,8

Source : Enquête auprès des Établissements Sanitaires – Tchad 2004

Dans l'ensemble du pays, environ  $\frac{1}{4}$  des centres offrent des tickets dont la durée est illimitée pour un même problème (épisode de maladie) dans le cas des adultes et des enfants. Par contre, 45 % des cliniques offrent un nombre illimité de visites dans les cas d'une grossesse. En moyenne, les cliniques privées sont deux fois plus nombreuses que les cliniques publiques à offrir une durée illimitée pour les adultes et les enfants. Dans le cas du prénatal, le secteur privé affiche une légère avance (53 %) sur le secteur public (42 %). Dans l'ensemble du pays, les confessionnels sont aussi nombreux que les ONG à offrir une durée illimitée.

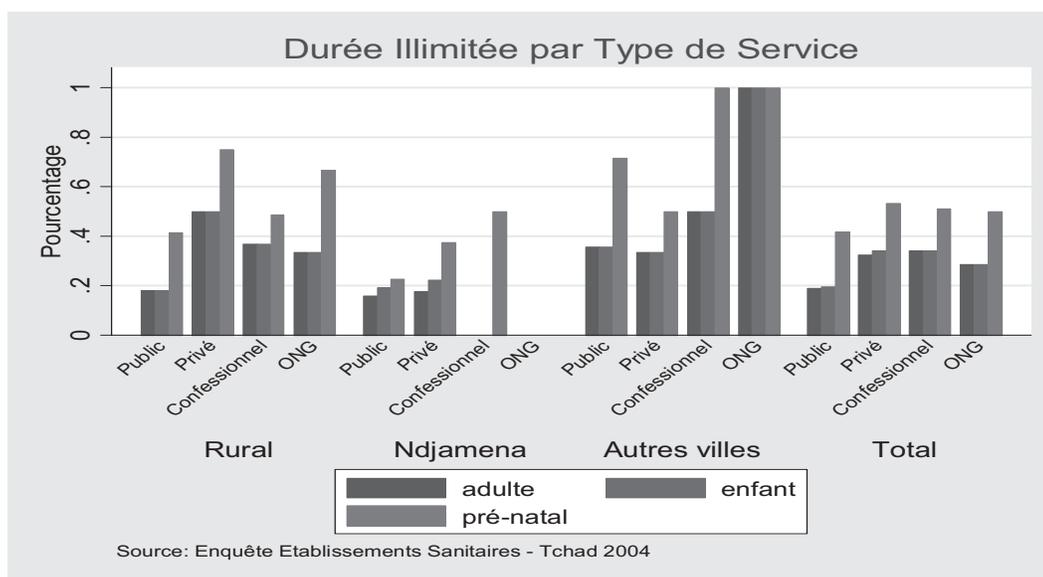


Figure 5.6 : Proportion de CS pratiquant la durée illimitée du ticket

Dans la capitale, les ONG n'offrent la durée illimitée dans aucun cas. Les confessionnels n'offrent pas la durée illimitée pour les adultes et les enfants, mais la moitié d'entre eux l'offrent pour le prénatal. Les cliniques publiques et privées offrent sensiblement la même couverture pour les adultes et les enfants. Toutefois, 38 % des cliniques privées fournissent une durée illimitée pour le prénatal, contre environ 22 % des cliniques publiques. Dans les régions rurales, les cliniques privées offrent la durée illimitée plus fréquemment que les autres cliniques. Les cliniques publiques sont les moins nombreuses à offrir la durée illimitée, tous cas confondus. C'est dans les autres villes que l'on retrouve la plus importante proportion de cliniques à offrir la durée illimitée. Plus précisément, la clinique opérée par une ONG a des tickets à durée illimitée pour les enfants, les adultes et dans le cas prénatal.

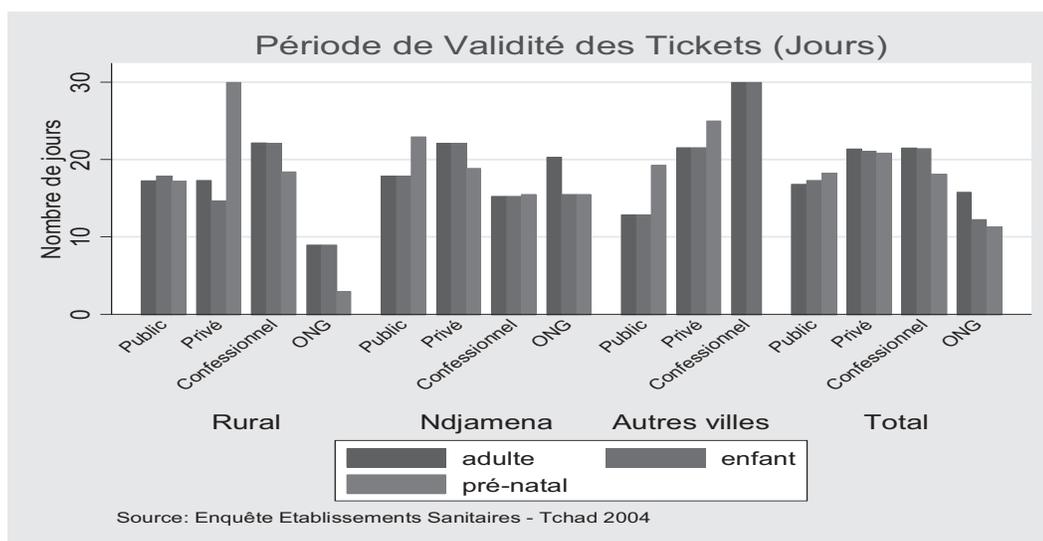


Figure 5.7 : Nombre de jours de validité du ticket

Dans environ 2/3 des centres (206), la période de validité des tickets est exprimée en terme de jours. Les tickets sont valides en moyenne pendant 18 jours. Les centres privés et confessionnels offrent la période de validité la plus longue avec 22 jours. Dans l'ensemble du pays, le nombre de jours de validité varie peu entre les cliniques privées et publiques. Dans la capitale, les cliniques privées offrent le nombre de jours de validité le plus élevé pour les consultations adultes et enfants (22 jours). Viennent ensuite les cliniques publiques (18 jours) et confessionnels (15 jours) avec la même couverture pour les adultes et les enfants. Par contre, la durée de validité dans le cas prénatal est supérieure dans le secteur public que dans un confessionnel. Finalement, la couverture pour un adulte est plus généreuse dans les ONG que dans le secteur public ou dans un centre confessionnel.

En milieu rural, les centres confessionnels proposent la meilleure couverture. Par exemple, dans le cas d'un adulte ou d'un enfant, le confessionnel offre une validité équivalente à 3 fois celle qu'un patient peut obtenir dans un ONG. Dans les autres villes, ce sont les confessionnels qui offrent la meilleure couverture dans le cas des enfants et des adultes (30 jours). Cette couverture est deux fois supérieure à celle offerte par le secteur public.

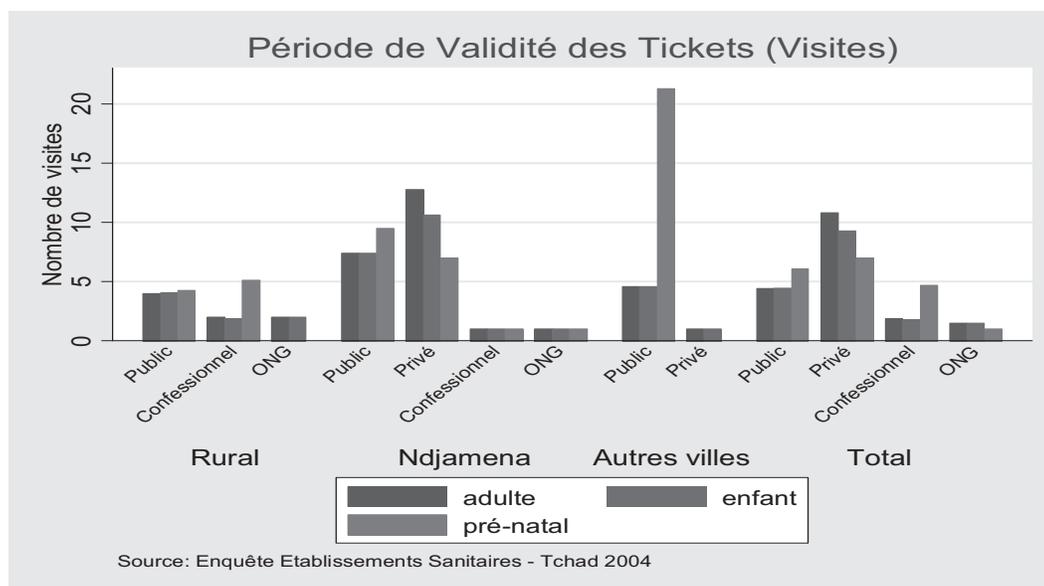


Figure 5.7 : Nombre de visites permises avec un ticket

Dans environ  $\frac{1}{4}$  des centres (65), la période de validité des tickets est établie en terme du nombre de visites. Dans l'ensemble du pays, le nombre de visites de validité s'établit en moyenne 4,6 visites pour la consultation adulte et enfant, et à 5,8 pour la consultation prénatale. En zone urbaine autre que la capitale, seules quelques cliniques publiques expriment la période de validité des tickets en fonction du nombre de visites plutôt qu'en termes du nombre de jours. Les consultations adultes et enfants incluent alors 4,5 visites. Pour les consultations adultes et enfants, le nombre de visites permises est supérieur dans la capitale qu'ailleurs au pays, soit près du double (environ 7,5 visites en moyenne).

Dans la capitale, les cliniques privées sont celles qui offrent le plus grand nombre de visites, soit 12,5 et 10,5 pour les consultations adultes et enfants respectivement, contre 7 visites dans les cliniques publiques pour ces deux services et seulement 1 dans les cliniques confessionnelles et les ONG. En milieu rural, la situation est inversée. Les cliniques publiques offrent une période de validité de 4 visites pour les consultations adultes et enfants alors que les cliniques privées sont les moins généreuses limitant la validité d'un ticket à une seule visite. Les cliniques confessionnelles et ONG quant à elles offrent un peu plus de 2 visites pour ces consultations. Pour les consultations prénatales, les cliniques publiques sont nettement plus généreuses en milieu urbain hors de la capitale offrant 22 visites contre seulement 4,3 en milieu rural. Dans l'ensemble du pays, les cliniques publiques offrent une couverture plus généreuse pour les soins prénataux que les autres cliniques, sauf en milieu rural où les cliniques confessionnelles offrent une couverture légèrement plus généreuse (5 visites contre 4 pour les cliniques publiques).

### 1.5. Prix des Soins Curatifs

L'enquête a permis de recueillir de l'information sur les tarifs imposés pour divers soins curatifs. Les figures suivantes présentent les prix moyens pour plusieurs gammes de services.

Pour les 30 cliniques offrant des services d'hospitalisation, elles exigent en moyenne 3550 FCFA, toutes appartenances confondues. Le prix se situe près de 9278 FCFA dans les centres privés et diminue à 371 FCFA dans les centres publics, soit un ratio de 25 pour 1.

Un écart important est également noté entre les cliniques privées et publiques pour les autres services. Par exemple, le prix d'une consultation pour un cas de malaria est, en moyenne, de 795 FCFA pour l'ensemble des cliniques. Par contre, cette consultation coûte 3244 FCFA dans une clinique privée, alors qu'une clinique publique exige 351 FCFA, soit un écart de 9 pour 1. L'écart le plus faible entre les tarifs du secteur privé et de secteur public est observé dans le traitement de la diarrhée, soit de 6 pour 1.

Des écarts systématiques sont observés entre les prix pratiqués en milieu urbain, tout particulièrement dans la capitale, et en milieu rural. En effet, les écarts de prix entre les régions sont extrêmement importants dans certains cas. Par exemple, les tarifs moyens en vigueur dans la délégation sanitaire de N'djamena pour les accouchements compliqués sont 55 fois plus élevés que ceux payés en moyenne dans la délégation du Lac ou du Salamat (8185 FCFA contre 150 FCFA). Dans le cas des accouchements normaux, cet écart est de 23 pour 1, et de 18 pour 1 pour le traitement de la méningite.

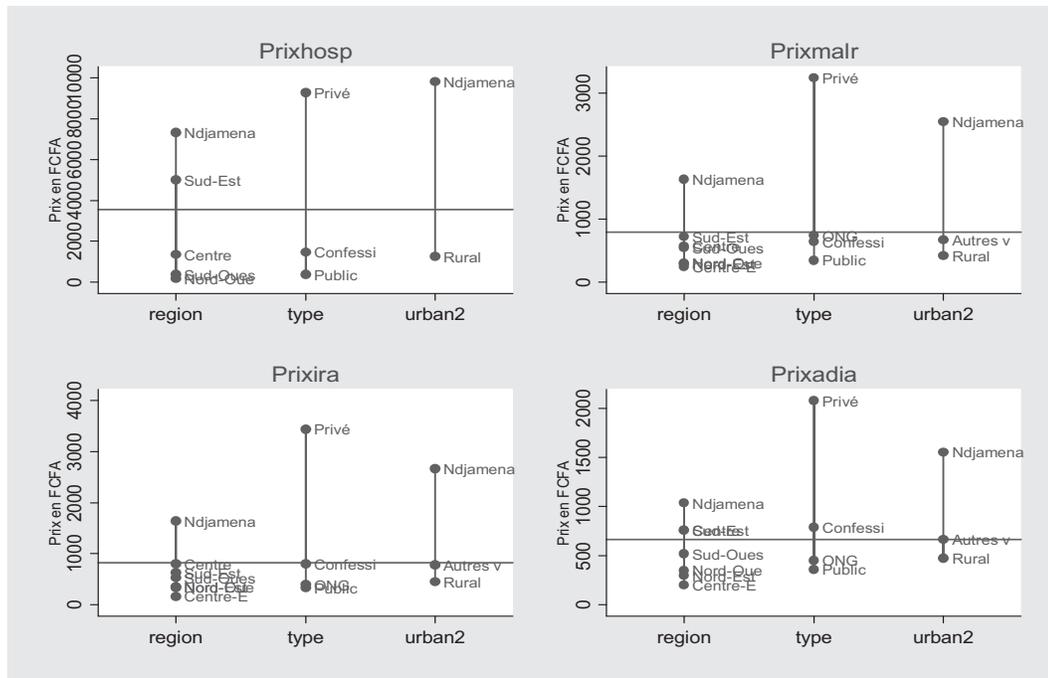


Figure 5.8 : Prix moyen des services par type de service

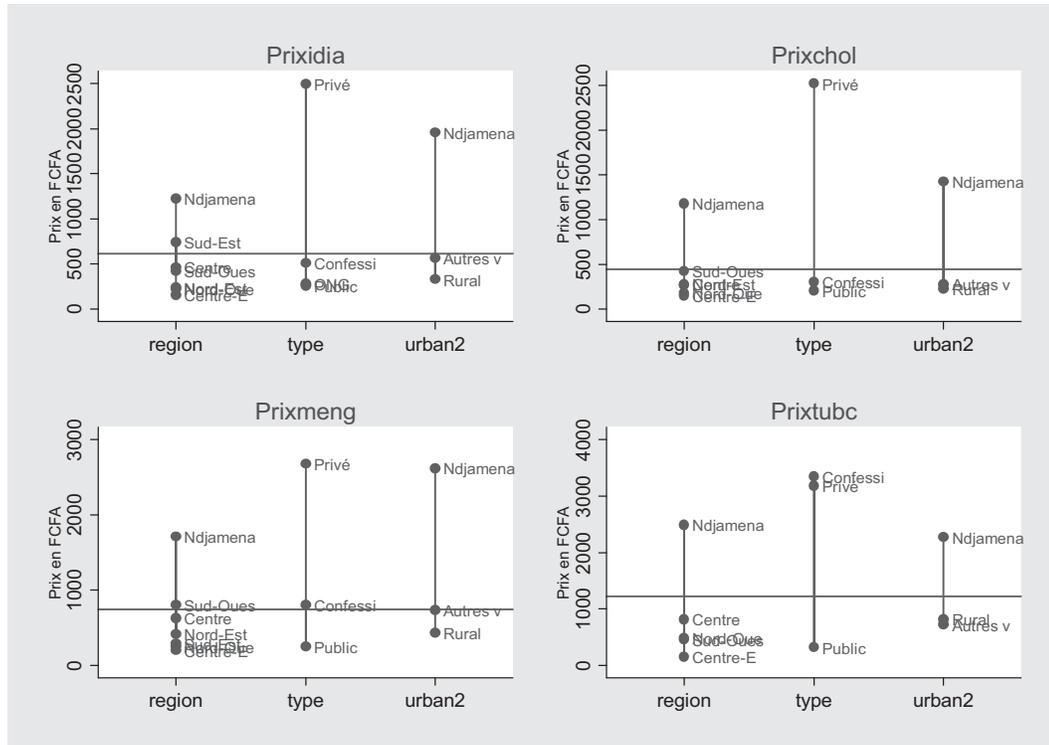


Figure 5.9 : Prix moyen des services par type de service (Suite)

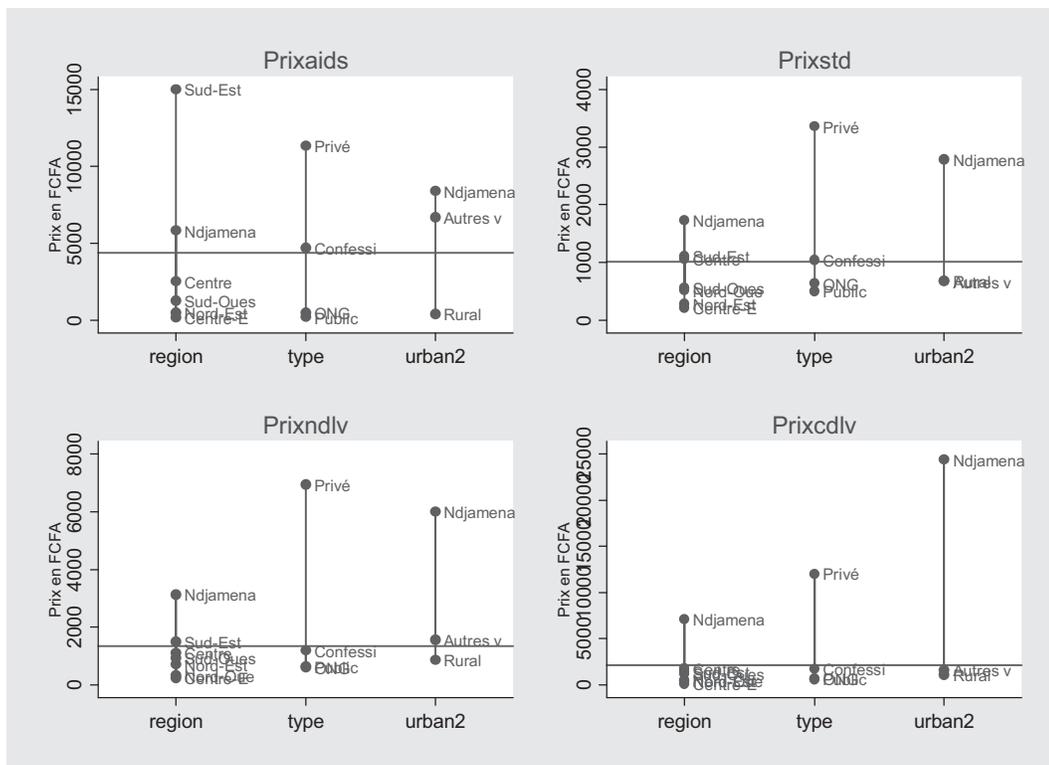


Figure 5.10 : Prix moyen des services par type de service (Fin)

## 1.6. Prix moyen des services

La figure suivante présente un indice agrégé des prix des consultations pour 13 types de soins curatifs, allant de l'hospitalisation aux soins prénataux, selon les catégories de centres. Une consultation coûte en moyenne 600 FCFA, mais on observe d'importantes variations selon les catégories. En effet, le prix moyen d'une consultation est de 2450 FCFA dans les centres privés, et de 250 FCFA dans les centres publics et les ONG, soit un écart de 10 pour 1.

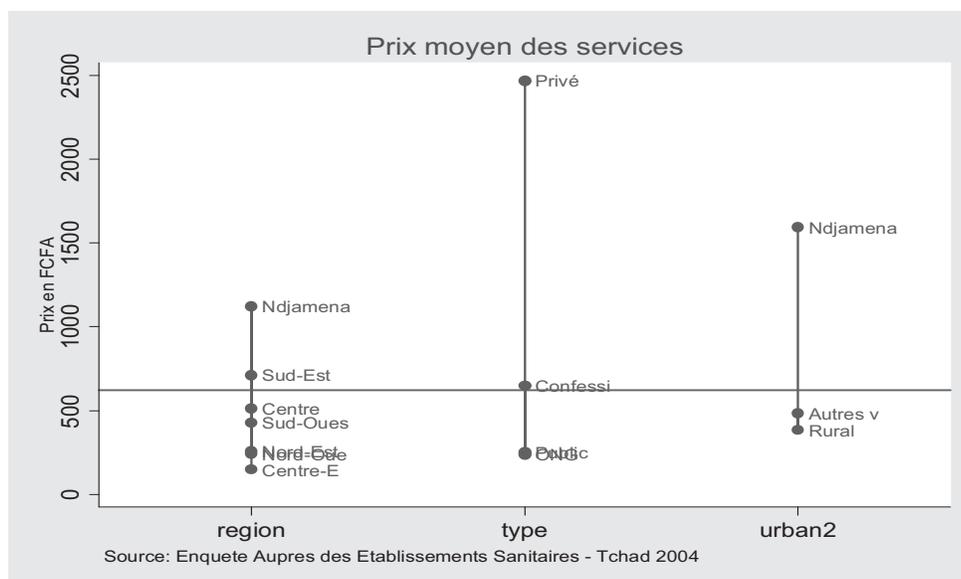


Figure 5.11 : Prix moyen des services selon la région, l'appartenance et la localisation

## 1.7. Tarifs Inclusifs

### *Médicaments inclus dans les tarifs*

Outre les ONG et les centres confessionnels, les médicaments sont rarement inclus dans les tarifs des services. Tous centres confondus, 6 % des centres incluent les médicaments dans les tarifs. Cette pratique est nettement plus répandue dans les cliniques confessionnelles et les ONG (21 %). Alors que 23 % des cliniques situées dans le dans le Mayo Kebi ont adopté cette pratique, aucune de celles situées dans le Salamat et le Biltine n'incluent les médicaments dans leurs tarifs.

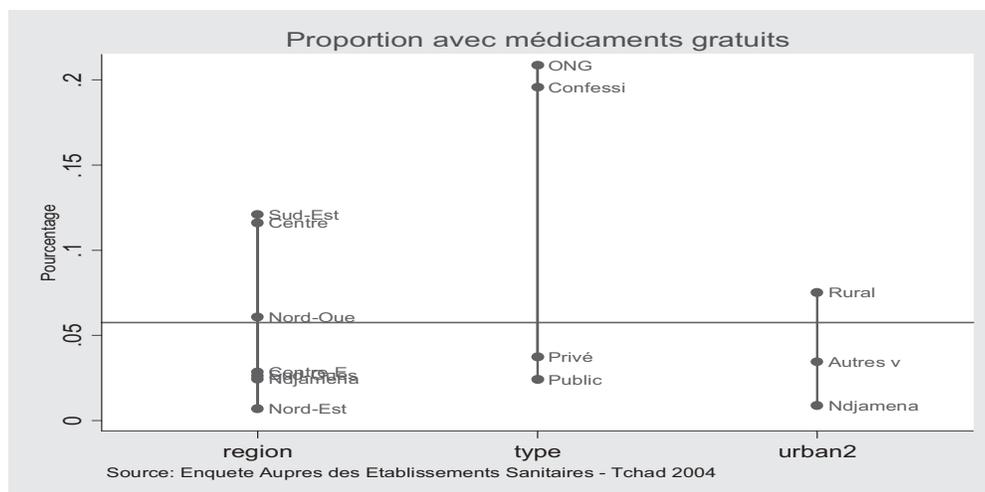


Figure 5.12 : Proportion de CS incluant les médicaments dans consultation

### *Prochaine visite gratuite*

Tous centres confondus, la prochaine visite est comprise dans le prix du traitement dans un peu plus du quart des centres. Sauf dans la capitale, 40 % des cliniques confessionnelles et plus du tiers des cliniques privées situées dans les centres urbains ont adopté cette pratique. C'est également le cas de près de 60 % des cliniques situées dans la région du Sud-Est contre à peine 12 % de celles localisées dans le Nord Ouest.

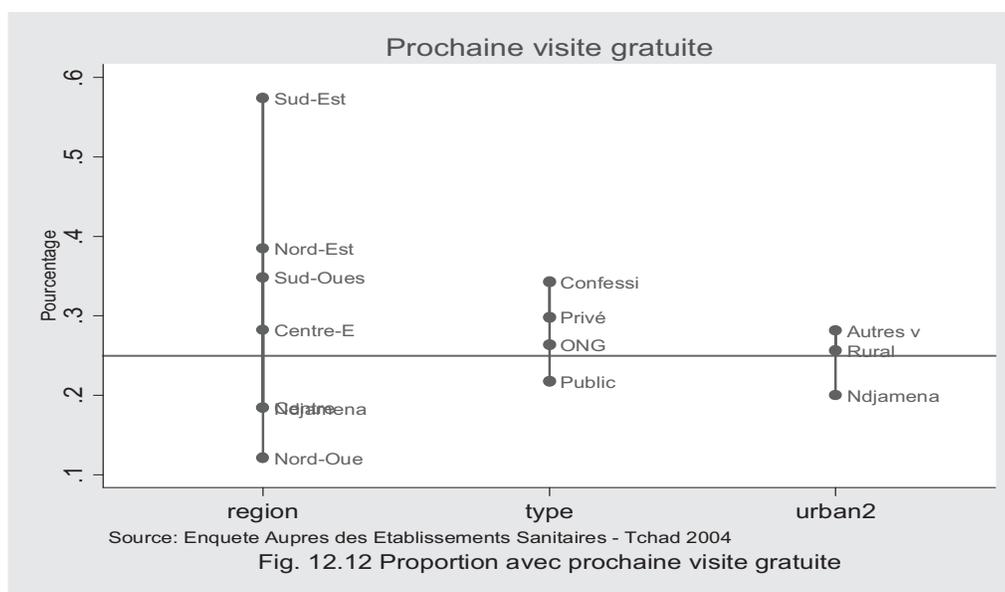


Fig. 12.12 Proportion avec prochaine visite gratuite

Figure 5.13 : Proportion de CS pratiquant la gratuité de la prochaine visite

## 1.8. Pratique d'exemption des frais

Les cliniques de santé accordent des exemptions de frais à plusieurs catégories de patients. Ainsi, les responsables des centres de santé ont fourni des informations sur les exemptions accordées pour les frais de consultation et de médicaments à différents groupes d'individus.

**Exemptions des frais de consultation**

Toutes cliniques confondues, les groupes qui bénéficient le plus souvent des exemptions pour les frais de consultation sont les suivants : le personnel (60 % des centres), les indigents (54 %) et la famille du personnel (53 %). Trente huit pourcent des centres visités offrent des consultations médicales gratuites aux membres du comité de gestion. Finalement, les personnes âgées, les malades graves, les officiels et les relations des officiels bénéficient de cet avantages dans environ le tiers des centres.

Les cliniques confessionnelles et des ONG sont plus nombreuses à offrir ces exemptions aux membres de leur personnel et à leur famille. En ce qui a trait aux centres publics, ils offrent ces avantages plus fréquemment que les autres aux membres du comité de gestion et aux officiels gouvernementaux. Au niveau régional, les cliniques du Sud-Est et du Centre Est allouent ces bénéfices plus fréquemment que les autres.

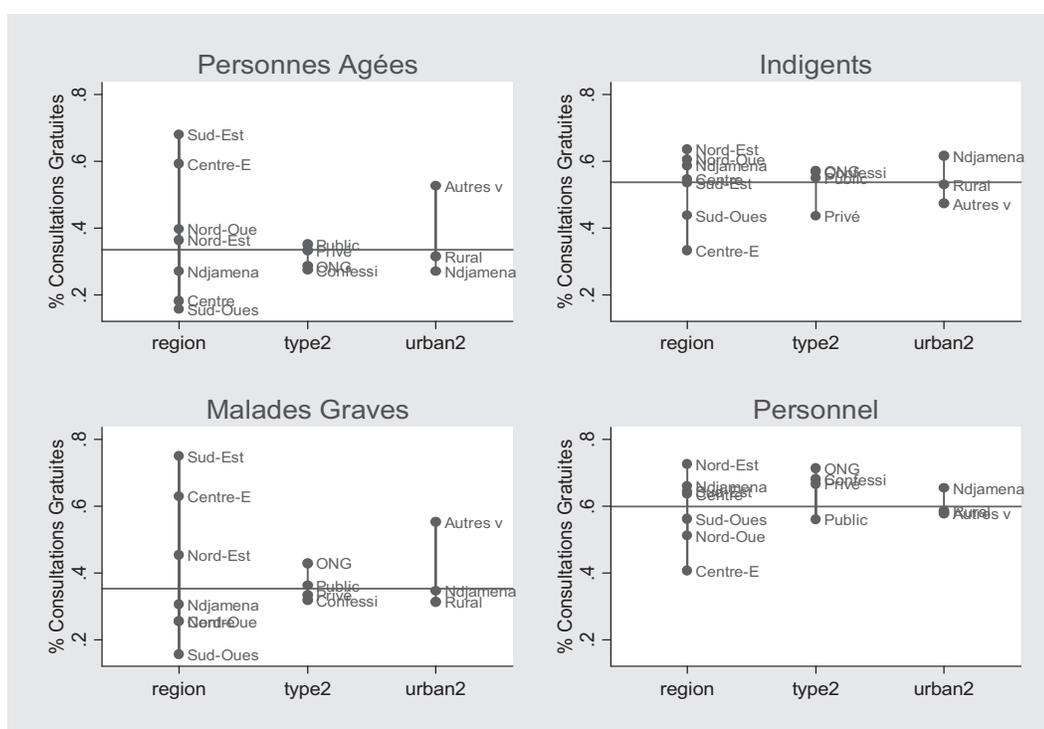


Figure 5.14 : Proportion d’individus bénéficiant de la consultation

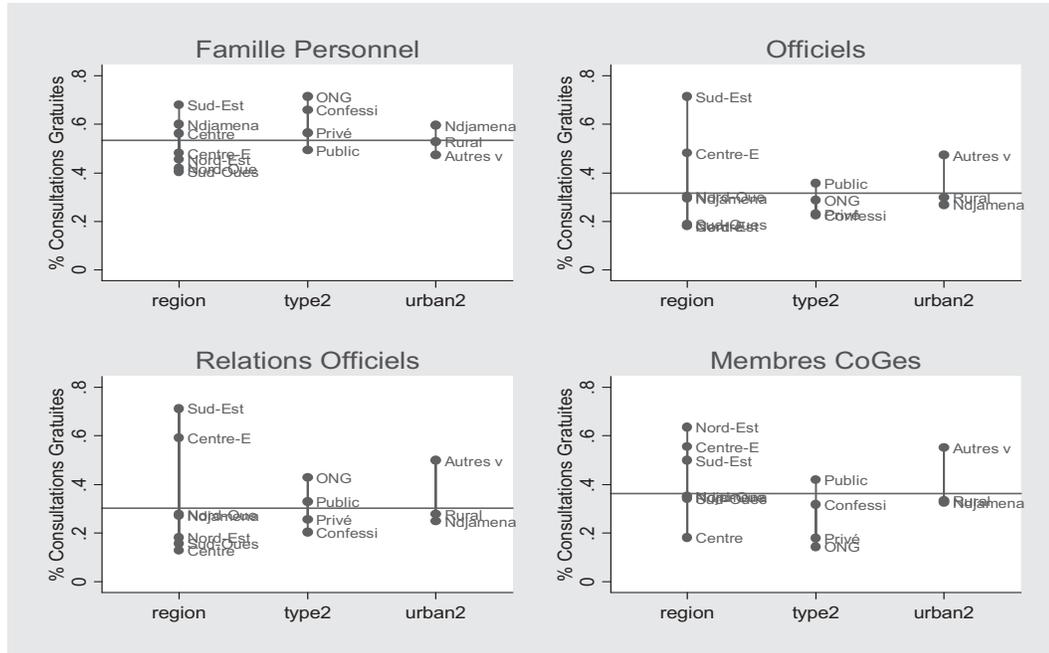


Figure 5.15 : Proportion d'individus bénéficiant de la consultation gratuite (Suite)

### Exemptions des frais de médicaments

Les frais de médicaments font également l'objet de traitements différents selon les centres. Les indigents constituent le groupe le plus fréquemment exempté de payer pour les médicaments, mais cette observation est loin d'être vérifiée dans tous les cas. En effet, 45 % des centres accordent une exemption aux indigents. Il est également fréquent que les membres de la famille du personnel ne payent pas les frais de médicaments (39 %).

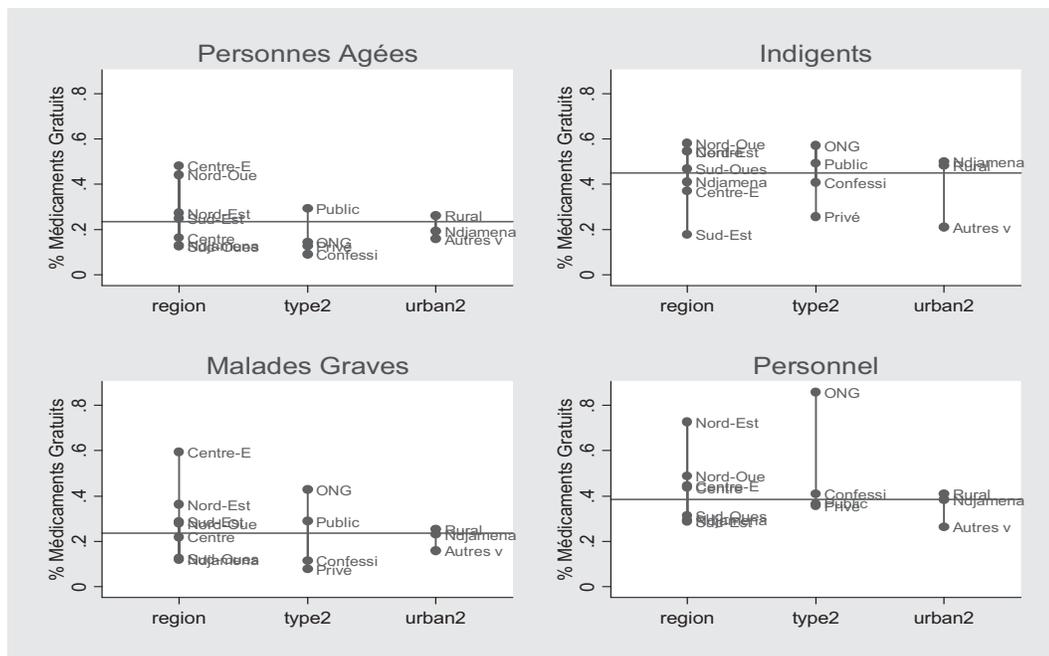


Figure 5.16 : Proportion d'individus bénéficiant des médicaments gratuits

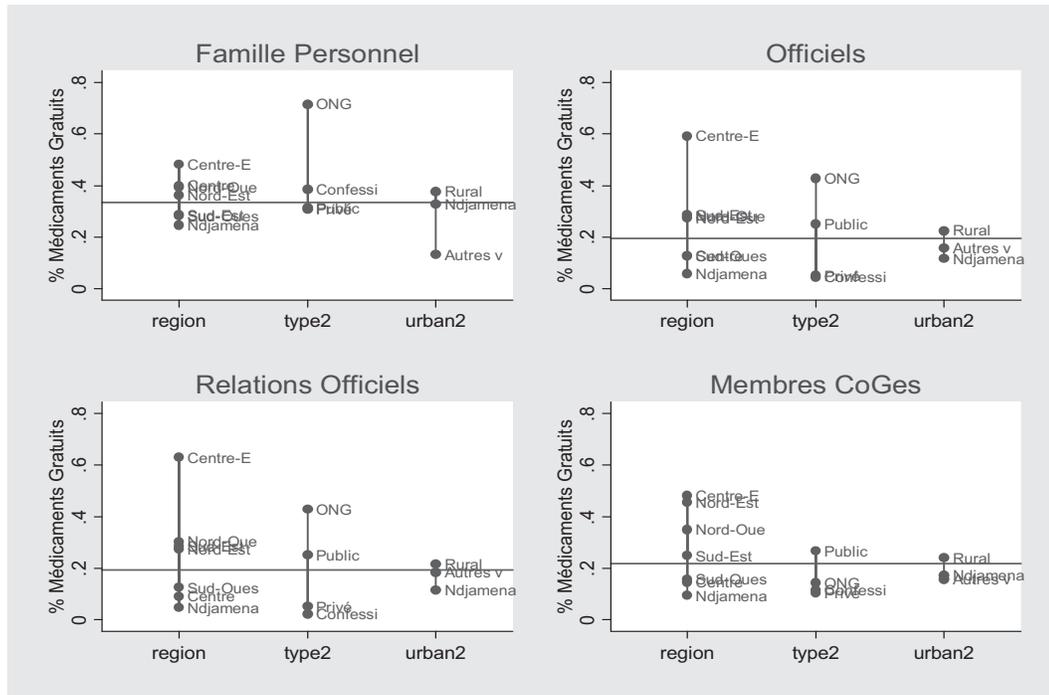


Figure 5.17 : Proportion d'individus bénéficiant des médicaments gratuits

**Taux d'exemptions**

Dans l'ensemble, les centres de santé, toutes appartenances confondues, rapportent qu'ils offrent gratuitement 14 % des consultations. Les ONG affirment que le tiers de leurs consultations sont gratuites, alors que seulement 10 % le sont dans les confessionnels et privés. Les cliniques de la capitale n'exigent aucun frais dans 23 % des consultations, cette proportion diminue de moitié (11 %) en milieu rural.

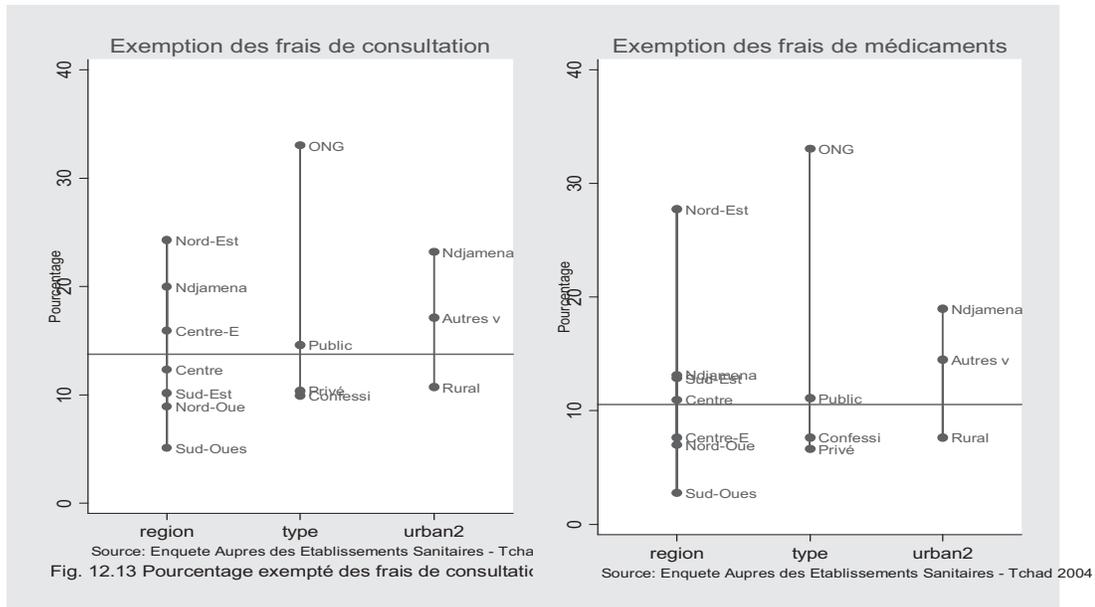


Fig. 12.13 Pourcentage exempté des frais de consultati

Figure 5.18 : Proportion des patients exemptés des frais

En ce qui a trait aux médicaments, 11 % des patients les obtiennent gratuitement. Encore une fois, les ONG déclarent fournir sans frais les médicaments au tiers de leurs patients, tandis que seulement 6 % des patients des cliniques privées bénéficient du même privilège. Dans la capitale, c'est 18 % des malades qui ne paient pas leurs médicaments, contre seulement 8 % en milieu rural.

Le tableau 5.3 présente des résultats de régression tentant d'établir les déterminants du prix de la consultation par type de service. En effet, les corrélations partielles offertes dans l'analyse descriptive peuvent parfois se révéler trompeuses. Le prix de chaque prestation est utilisé comme variable à expliquer avec un vecteur de variables explicatives contenant le type du CS, le prix du carnet, la proportion de patients que le CS considère ausculté gratuitement, etc. D'autres caractéristiques sont introduites dans la régression mais n'apparaissent pas dans le tableau 5.3. Ces caractéristiques sont l'accès à l'eau et à l'électricité, si le CS procure un logement à son personnel, la proportion du personnel qualifié autre que les médecins, la proportion de matrones. Aucune de ces caractéristiques n'est systématiquement significative dans les régressions. La constante n'apparaît pas dans le tableau mais est incluse dans la régression.

Tableau 5.3 : Déterminants du Prix des Services

	Palu	ARI	Diarrhée Adulte	Diarrhée Enfant	HIV	Aut. ISTs	Acc. Normal	Acc. Comp.	CPN
Prix du Carnet	-0.3	-0.1	0.4	-0.2	9.2	-0.7	-3.1	-1.6	-1.1
	-0.6	-0.08	(2.21)**	-0.67	-1.24	(1.73)*	-0.75	-0.13	(2.10)**
CS Privé	2081.0	2060.8	1207.6	1465.7	12504.6	1880.7	4765.0	6010.5	1532.0
	(4.81)***	(3.53)***	(7.71)***	(5.22)***	-1.33	(4.73)***	(4.14)***	(2.04)**	(2.80)***
CS Confessionnal	346.8	701.5	261.4	257.2	-2427.2	301.1	-688.7	-2605.0	-320.7
	-0.81	-1.23	(1.68)*	-0.94	-0.19	-0.77	-0.76	-1.1	-0.69
CS ONG	1132.9	713.5	-150.3	215.8	-6053.7	735.5	2265.7	1138.5	209.7
	-1.22	-0.55	-0.41	-0.29	-0.26	-0.91	-0.65	-0.16	-0.22
Médicaments gratuits	-261.6	-251.5	-514.5	-250.4	-8382.0	-550.6	-485.9	-1522.3	-301.5
	-0.56	-0.43	(2.93)***	-0.84	-0.54	-1.22	-0.52	-0.69	-0.52
Prochaine visite gratuite	437.5	698.3	93.6	106.6	-5328.6	510.6	-490.6	-610.5	-428.7
	(1.75)*	(2.10)**	-1.02	-0.65	-0.73	(2.17)**	-0.82	-0.42	-1.5
Nbre CS privés conc.	1388.0	1993.7	173.7	1248.8	-810.2	1158.6	-130.2	-5377.4	-79.6
	(6.91)***	(7.47)***	(2.37)**	(8.94)***	-0.3	(6.38)***	-0.15	(1.98)*	-0.31
Nbre CS publics conc	13.8	72.7	31.4	43.0	6918.7	-166.7	-1336.1	939.7	-229.9
	-0.09	-0.31	-0.53	-0.41	(2.10)*	-1.15	(2.93)***	-0.46	-1.22
CS a soutien bailleur	-139.7	-133.7	-172.0	-142.7	-3610.1	-489.5	-932.8	-2048.7	-589.7
	-0.51	-0.36	(1.71)*	-0.79	-0.4	(1.87)*	-1.47	-1.45	(1.97)*
Taille Personnel du CS	145.8	144.9	5.7	72.8	-24.2	110.8	286.2	824.2	-20.8
	(3.14)***	(2.36)**	-0.34	(2.38)**	-0.02	(2.57)**	(2.48)**	(2.35)**	-0.41
% Exempt consultation	-5.2	-19.4	1.7	-5.6	-62.5	-9.3	-1.0	6.8	-1.0
	-0.54	-1.5	-0.5	-0.9	-0.29	-0.96	-0.04	-0.14	-0.09
% Exempt médic.	0.1	14.2	-0.3	2.9	357.2	0.6	-17.1	-37.2	-0.3
	-0.01	-0.92	-0.08	-0.41	-0.94	-0.05	-0.66	-0.65	-0.02
Autres centres urbains	-889.9	-883.9	-303.5	-720.9	-15361.3	-1074.5	-503.6	-1775.3	-865.0
	(2.00)**	-1.48	(1.87)*	(2.48)**	-1.37	(2.63)***	-0.38	-0.42	(1.68)*
N°Djaména urbain	-545.3	-1150.3	201.2	-462.5	-3573.6	-515.0	5329.0	19834.7	-699.1
	-0.98	-1.52	-0.98	-1.25	-0.3	-0.94	(3.23)***	(3.95)***	-1.02
Autres Caract. incluses	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Observations	256	246	253	246	29	211	185	88	192
R-squared	0.43	0.39	0.55	0.52	0.76	0.53	0.37	0.57	0.32

Absolute value of t-statistics in parentheses

\* significant at 10%; \*\* significant at 5%; \*\*\* significant at 1%

Le taux d'exemption des médicaments et des consultations ne semble pas influencer sur le prix du service. Cela signifie que le CS n'oblige pas les patients jugés capables de payer leur consultation à subventionner les indigents que le CS exempt de paiement. Le CS supporte le coût d'exemption. Les CS privés sont effectivement systématiquement plus chers et ils sont d'autant plus chers que le service est offert par un nombre restreint de CS comme les accouchements compliqués. En général, les CS répercutent sur le prix des services le fait que la prochaine visite est gratuite. Les CS usant de cette pratique ne sont donc pas nécessairement plus accessibles aux populations. Il est intéressant de noter que les CS ruraux sont plus coûteux que les CS dans les autres centres urbains une fois que l'on contrôle pour toutes les caractéristiques.

La concurrence des CS publics ne fait baisser le prix moyen du service offert que pour les accouchements normaux. L'existence de CS privés dans un rayon de 2 kilomètres fait en revanche augmenter le prix. Cette observation va à l'encontre de l'intuition économique qui voudrait que la concurrence pousse les prix vers le bas. Ce résultat peut donc s'expliquer par un biais d'endogénéité de la localisation par exemple. Les CS privés peuvent aussi se regrouper et s'entendre sur les prix à pratiquer. Les CS bénéficiant de l'appui d'un bailleur externe ont aussi tendance à pratiquer des prix plus bas pour la diarrhée, les IST autres que le sida, et la consultation post-natale.

### 1.9. Affichage des Prix

Environ le tiers des cliniques disposent d'un tableau affichant les tarifs des consultations. La proportion des centres qui affichent clairement ce tableau est plus élevée (38 %) dans les centres urbains (autres que la capitale) que dans le reste du pays. Les cliniques publiques présentent le plus bas taux d'affichage des prix des consultations (29 %) contre 43 % pour les ONG. Des différences significatives sont observées entre les délégations. Par exemple, près des 2/3 des centres situés au Logone Oriental et au Lac disposent de tableaux d'affichage des prix, alors qu'aucun centre ne dispose de tels tableaux dans le Biltine, et seulement une clinique sur 10 dans le Salamat affiche ses tarifs.

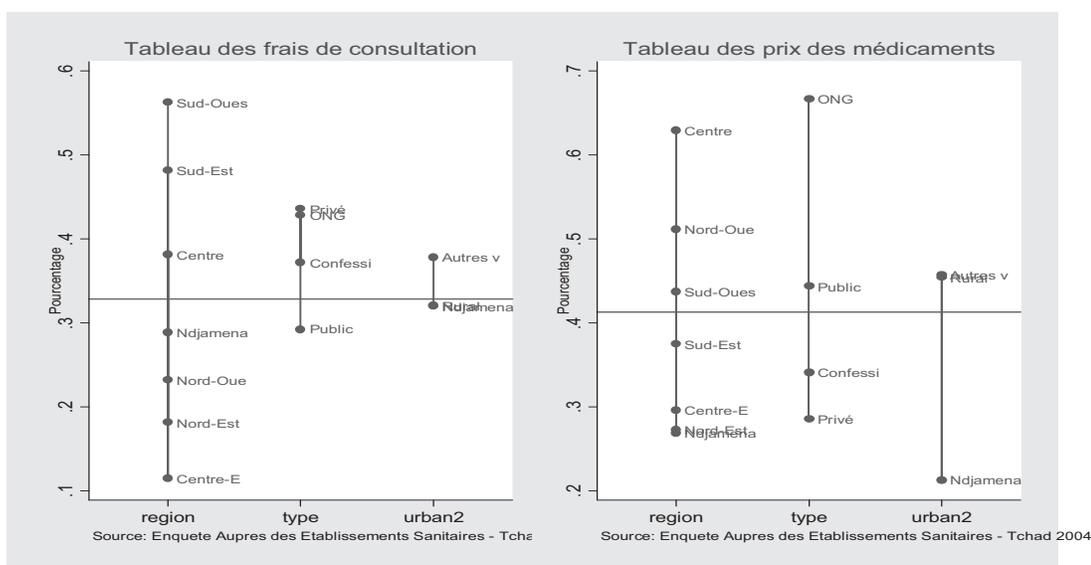


Figure 5.23 : Affichage des tableaux des frais dans les CS

En ce qui a trait à l’affichage des prix des médicaments, la proportion est légèrement plus élevée que pour les frais de consultation. En effet, environ 2 cliniques sur 5 disposent de tableaux d’affichage. En particulier, les 2/3 des ONG affichent leurs prix, alors que le tiers des cliniques privées en font autant. Tandis que près de la moitié des cliniques situées à l’extérieur de la capitale affichent leurs prix, la proportion est à peine supérieure à 20 % dans la capitale. Les cliniques localisées dans les délégations du Mayo Kebbi Ouest et du Lac sont celles qui fournissent cette information le plus fréquemment (75 %), alors qu’aucune clinique dans le Biltine n’affiche le prix de ses médicaments.

## ***II. Les Dépenses Effectuées par les Patients***

En plus des prix demandés pour les différents services rapportés par les responsables des centres de santé, un questionnaire était administré auprès des patients qui quittaient les centres de santé concernant les paiements effectués le jour de la visite ou lors d’une visite antérieure.

La figure suivante présente les paiements totaux effectués par les patients, incluant les frais de consultation, les tests de laboratoires et les médicaments prescrits selon l’affiliation des centres de santé et la localisation. Tous centres confondus, le coût total des visites s’élève en moyenne à 2516 FCFA. Les paiements moyens sont nettement plus élevés dans la capitale, mais relativement similaires dans le milieu rural et les autres centres urbains. Dans la capitale, le coût total d’une visite médicale s’élève en moyenne à 4320 FCFA contre 1276 FCFA en milieu rural et 1191 FCFA en milieu urbain, soit un ratio de 3,4 et 3,6 pour 1 respectivement. Phénomène assez surprenant, le coût moyen d’une visite est 7 % plus bas en milieu urbain hors capitale qu’en milieu rural.

Les visites médicales les moins coûteuses sont observées dans les cliniques des ONG et confessionnelles avec un coût moyen de 1500 FCFA. À l’opposé, les visites dans les cliniques privées sont de loin les plus dispendieuses. Le coût moyen d’une visite dans une clinique privée est de 4178 FCF contre 1294 FCFA dans une clinique publique, soit un ratio de 2 pour 1. Cet écart de prix est nettement plus marqué dans la capitale alors qu’une visite dans une clinique privée coûte en moyenne 5,8 fois plus cher que dans une clinique publique. Dans les centres urbains hors de la capitale, l’écart de prix entre le secteur privé et public est beaucoup moins prononcé, étant de 1,9 pour 1. En milieu rural, les coûts d’une visite dans une clinique privée ne sont que de 35 % supérieur à une visite dans une clinique publique.

A l’extérieur de la capitale, ce sont les ONG qui offrent les visites médicales les moins chères. Le coût moyen s’établissant à 743 FCFA contre 1218 CFA pour les cliniques publiques en milieu rural et 1055 CFA en milieu urbain, soit des économies de 39 % et de 29 % respectivement.

En ce qui a trait aux cliniques publiques, le plus faible coût pour une visite est observé dans les centres urbains hors de la capitale. En effet, le coût moyen y est de 33 % moins élevé que dans les cliniques publiques de la capitale et de 14 % moins élevé que dans le milieu rural.

Des écarts de prix beaucoup plus marqués sont observés dans le secteur privé selon la localisation. Ainsi, le coût d’une visite est de 460 % plus élevé dans une clinique privé de la capitale que celles d’autres centres urbains, et de 590 % plus élevé qu’une clinique privée en milieu rural.

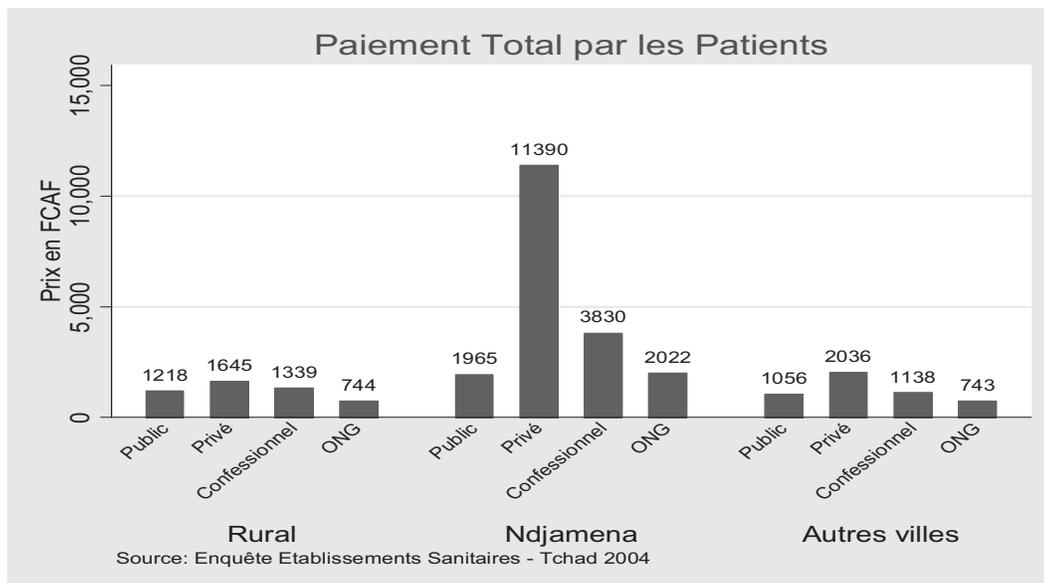


Figure 5.19 : Frais des usagers total selon l'appartenance et la localisation

Tel qu'illustré à la Figure suivante, d'importantes variations de prix sont également observées entre les délégations sanitaires. En particulier, le coût moyen d'une visite s'élève à 4738 FCFA dans la délégation de N'djamena contre environ 1000 FCFA dans 4 délégations (Batha, Guera, Moyen Chari et Kanem). La seconde délégation présentant les coûts moyens les plus élevés est le Tandjilé, soit 3074 FCFA.

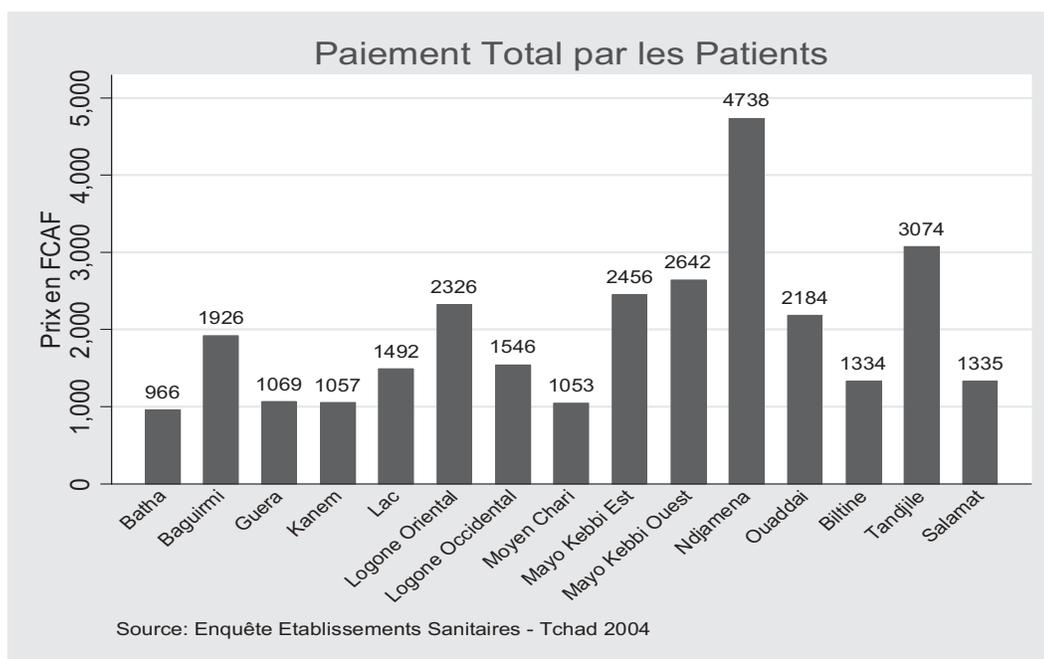


Figure 5.20 : Frais des usagers total selon les délégations sanitaires

La prochaine figure illustre la part représentée par les frais de consultation, les tests de laboratoires et les médicaments dans les paiements totaux des patients lors des visites médicales, selon l'affiliation et la localisation de la clinique.

Toutes cliniques confondues, les dépenses associées aux médicaments représentent près du  $\frac{3}{4}$  des coûts totaux des patients. Dans les régions rurales, cette part atteint 85 % du coût total contre 71 % en milieu urbain et 68 % dans la capitale.

En milieu rural, la part prépondérante des dépenses de médicaments est identique dans les cliniques privées et publiques, soit 87 % des coûts totaux. En milieu urbain, les frais de médicaments représentent 79 % des dépenses des patients dans les cliniques publiques et 59 % dans les cliniques privées.

Notons que ces dépenses de médicaments atteignent 96 % des dépenses totales des patients dans les cliniques d'ONG en milieu urbain en dehors de la capitale, contre environ 85 % ailleurs au pays.

Les dépenses liées aux consultations médicales représentent pour leur part moins de 14 % des dépenses totales en milieu rural, contre 26 % dans les centres urbains en dehors de la capitale.

Ce n'est que dans la capitale que les tests médicaux représentent une part significative des dépenses des patients, soit 19 %. Cette part atteint même 26 % des frais dans les cliniques privées à N'djamena. À l'extérieur de la capitale, les tests médicaux nettement moins disponibles ne représentent que 3 % des frais totaux en milieu urbain, et moins de 2 % en milieu rural.

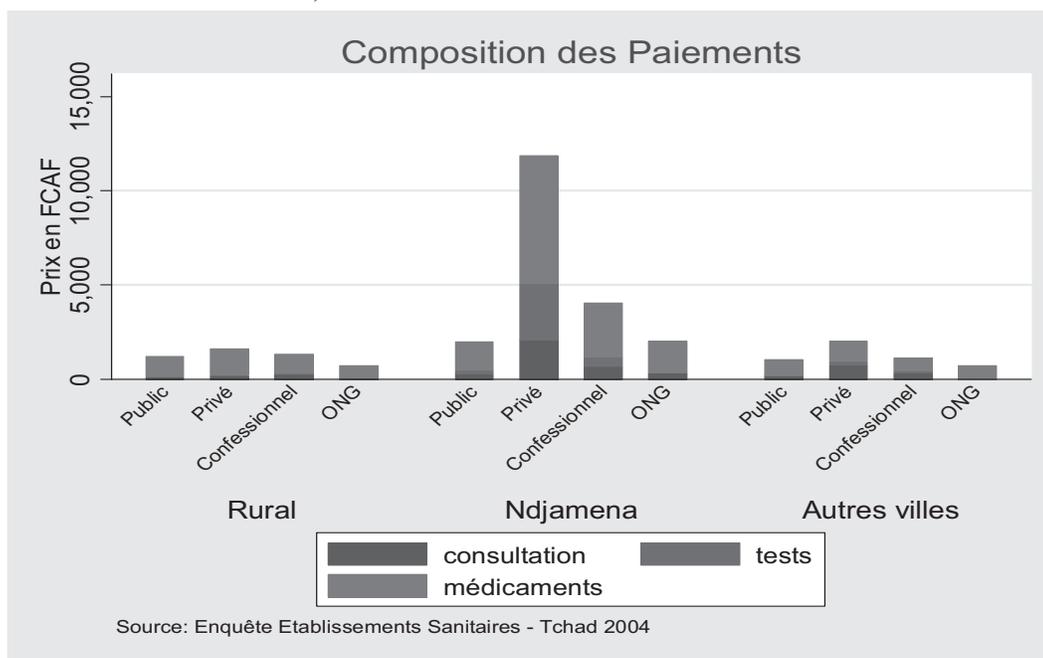


Figure 5.21 : Composition des frais des usagers selon la localisation et l'appartenance

La figure suivante présente la composition des dépenses des patients lors des visites médicales selon les délégations sanitaires. On note d'importantes variations dans la composition des dépenses des patients selon les délégations sanitaires. Ainsi en particulier, dans le Guéra, 96 % des dépenses des patients lors des visites sont attribuables à l'achat de médicaments, alors que ces mêmes frais ne représentent que 50 % des dépenses dans le Biltine et 62 % dans le Salamat. Le coût moyen des

consultations médicales est nettement moins élevé dans le Chari Baguirmi (159 FCFA), ne représentant que 8 % des dépenses des patients dans cette délégation, contre 40 % dans le Biltine.

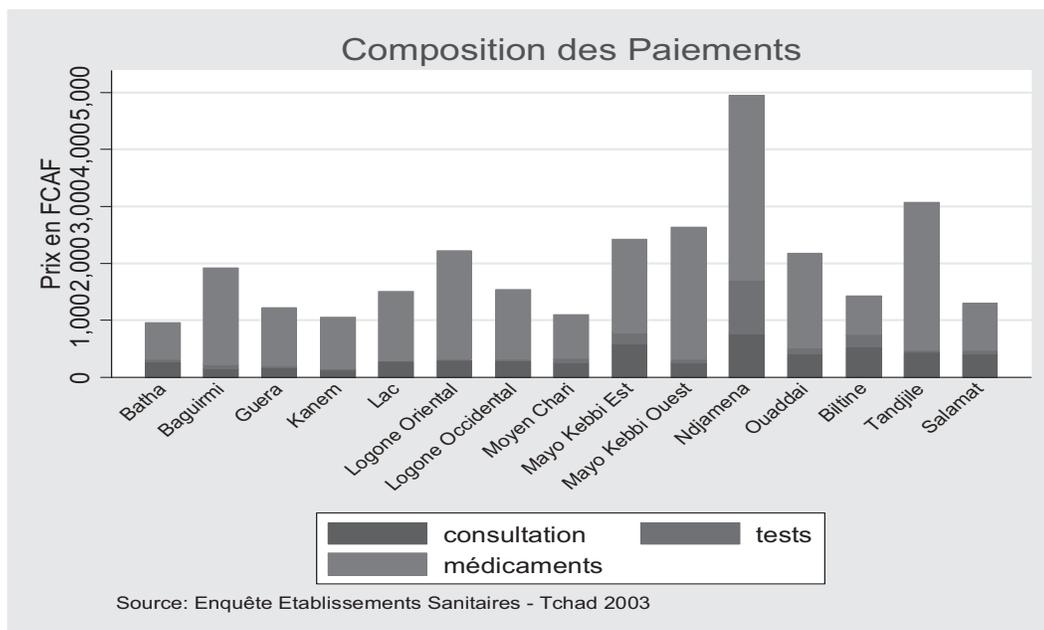


Figure 5.22 : Composition des frais des usagers selon la délégation

## Chapitre 6: LE POINT DE VUE DES PATIENTS

### Principaux Résultats:

- Moins de la moitié (45 %) des patients qui fréquentent les CS sont alphabétisés. En milieu rural, cette proportion est de 38%, contre 64% pour les patients de la capitale. Les patients plus scolarisés ont tendance à fréquenter les CS privés. Plus des 2/3 de leurs patients sont scolarisés tandis que cette proportion tombe à environ 50% pour les CS publics
- Dans la capitale, le revenu moyen des patients est 3 fois plus élevé qu'en milieu rural, et 1,7 fois plus élevé que dans les autres centres urbains. Les patients les plus pauvres tendent à fréquenter les centres publics et confessionnels.
- Les 3 principales raisons invoquées par les patients pour expliquer le choix du centre de santé sont la proximité de la maison, l'amabilité du personnel soignant, et la bonne qualité des soins.
- Le motif principal des visites au CS est le paludisme qui touche la moitié des patients. Les problèmes diarrhéiques viennent en second et touchent presque 1 patient sur 5. Trois autres problèmes de santé fréquemment cités sont la toux, la perte de poids et les vers.
- Plus de 75% des patients ont été traités par du personnel médical masculin. Alors que 88% des consultations dans les cliniques publiques en milieu rural sont effectuées par des hommes, cette proportion tombe à 32% dans les cliniques localisées dans la capitale.
- Près du quart des patients estiment que les coûts des consultations sont trop élevés. À N'Djaména, 30% des patients des cliniques privées considèrent les coûts trop élevés contre 18% dans le cas des malades qui fréquentent les cliniques publiques.
- Une minorité (3,8%) des patients affirment avoir fait des versements informels. Cette proportion est plus élevée dans le secteur public (4,7%). Ces paiements visent à réduire le temps d'attente ou sont une forme de cadeau spécial à l'agent de santé.
- Les patients choisissent le CS dans lequel ils se rendent. En effet, un peu moins de 17% des patients vont se faire soigner dans un CS qui n'est pas celui qui leur est le plus proche. Les CS qui font l'objet de ce "contournement" sont surtout publics.
- Afin d'obtenir des services plus adaptées à leurs besoins, les patients qui contournent le CS à proximité de leur résidence sont prêts à voyager deux fois plus longtemps (2 heure vs 1 heure), et à payer des frais de consultation en moyenne 2,5 fois plus élevés.

L'enquête a permis de recueillir des informations auprès des patients fréquentant les centres de santé. Les entrevues se déroulaient à une certaine distance des centres de santé, immédiatement après que les patients aient reçu des soins.

L'échantillon est composé de 1801 patients. Près de 61 % d'entre eux proviennent du milieu rural, 20 % vivaient dans la capitale et 19 % dans d'autres centres urbains (Tableau 6.1).

## I. *Caractéristiques générales des patients*

Environ les 2/3 des patients interviewés sont des femmes. En milieu rural, la proportion d'hommes dans l'échantillon est légèrement supérieure. La proportion d'hommes dans les centres de santé privés est plus élevée (47 %). Les cliniques confessionnelles en milieu urbain soignent autant d'hommes que de femmes.

Tableau 6.1 : Caractéristiques générales des patients

	APPARTENANCE				LOCALISATION			Total
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	N'djamena	Urbain	Rural	
Effectifs (%)	67,6	12,7	16,9	2,7	20,2	19,0	60,8	100,0
Nombre de patients	1218	229	305	49	364	342	1095	1801
Hommes (%)	32,7	46,9	41,3	33,3	32,5	32,8	38,1	36,0
Age								
Moyen	19,5	24,1	21,0	23,6	20,1	19,6	20,9	20,5
Médian	20	26	21	24	20	19	21	20
Scolarisation (%)	37,5	67,0	53,8	61,7	63,9	45,9	38,0	44,5
Secondaire +	18,6	47,1	23,7	34,1	44,6	25,7	16,0	23,5
Revenu du ménage								
Moyen (000CFA)	36,1	100,2	31,1	99,3	86,1	49,7	29,9	44,8
Médian (000CFA)	15,0	30,5	15,0	23,3	30,0	30,0	12,0	15,0

Source: Enquête Auprès des Établissements Sanitaires - Tchad 2004

En retirant de l'échantillon les personnes accompagnant un malade, les services de vaccination, les soins prénatals, les accouchements et le planning familial, la proportion de femmes dans l'échantillon est alors de 56 %.

L'âge moyen des patients est de 21 ans (l'âge médian est de 20 ans) et est presque identique dans les régions urbaines et rurales. Dans les cliniques privées et les ONG, l'âge moyen des patients est un peu plus élevé, soit 24 ans. En terme régional, c'est dans la délégation sanitaire du Ouaddai où l'on note les plus jeunes patients, car l'âge moyen y est de 16 ans et l'âge médian de 4 ans. Par contre, on retrouve les patients les plus âgés dans la délégation du Mayo Kebbi Est où l'âge moyen et médian est de 25 ans.

### 1.1. *Scolarisation des Usagers du Secteur de la Santé*

Moins de la moitié des patients de l'échantillon sont alphabétisés alors qu'environ 45 % des patients déclarent avoir fréquenté l'école. En milieu rural, cette proportion est de 38 % seulement, contre 64 % pour les patients de la capitale. Les patients plus scolarisés sont plus nombreux à fréquenter les cliniques privées. En effet, plus des 2/3 des patients de ces cliniques sont scolarisés tandis que cette

proportion tombe à environ 50 % dans le cas des cliniques publiques. Dans la capitale, les patients fréquentant les cliniques privées et des ONG sont les plus scolarisés. Ils représentent presque 80 % contre environ 60 % pour les patients des cliniques publiques et confessionnelles.

D'importantes différences régionales existent au niveau de la scolarisation alors que dans les délégations régionales du Batha, du Kanem et du Salamat, moins de 1/8 des patients ont fréquenté l'école, contre près des 3/4 dans le Tandjile et le Mayo Kebbi Ouest.

On note également qu'à peine 16 % de la population rurale possède une éducation secondaire ou technique, alors que cette proportion est de 24 % en moyenne dans l'ensemble du pays. Cette proportion atteint 45 % dans la capitale. Dans la délégation du Guera, à peine 2 % de la population a reçu une éducation secondaire ou technique contre 40 % dans le Tandjile.

## **1.2. Revenus des Patients**

Le revenu mensuel moyen des ménages des patients est de 44 824 FCFA. Le revenu médian est toutefois beaucoup plus faible, soit 15 000 FCFA, illustrant d'importants écarts dans la distribution des revenus. Dans la capitale, le revenu moyen est 3 fois plus élevé qu'en milieu rural, et 1,7 fois plus élevé que dans les autres centres urbains, malgré que les revenus médians soient les mêmes dans la capitale et les autres villes. Les patients les plus pauvres tendent à fréquenter les centres confessionnels et publics. En effet, le revenu moyen des patients dans ces centres est de 31 100 FCFA et 36 000 FCFA respectivement, contre environ 100 000 FCFA dans les cliniques privées et les ONG. De plus, dans la capitale, les revenus moyens des patients dans les cliniques privées sont 3,5 fois plus élevés que ceux fréquentant les cliniques publiques et confessionnelles. La tendance est sensiblement la même à l'extérieur de la capitale, sauf que l'écart entre les revenus de la clientèle fréquentant les cliniques privées est moins marqué (1,8 pour 1 en moyenne). Finalement, la clientèle des ONG en milieu rural présente les revenus moyens les plus faibles.

En terme régional, les patients dont les revenus moyens sont les plus faibles vivent dans le Logone Oriental et Occidental avec 10 011 FCFA et 18 746 FCFA respectivement. Les patients les mieux nantis habitent la délégation de N'djamena avec 67 407 FCFA.

## **II. Accès aux soins de santé**

### **2.1. Distance et temps de parcours**

Les patients parcourent en moyenne 9 kilomètres pour se rendre dans les centres de santé, toutes régions confondues. En moyenne, les patients des cliniques des ONG parcourent 13 kms pour se faire soigner. Par contre, les patients des cliniques privées localisées plus majoritairement en milieu urbain ont à accomplir un trajet de 6 kms (Tableau 6.2). Les distances médianes parcourues sont beaucoup plus faibles, soit environ 2 kms.

Les distances moyennes parcourues varient fortement selon le lieu de résidence du patient (voir figure suivante). En milieu rural, ce sont les patients des cliniques tenues par les ONG qui présentent le plus long parcours moyen et médian, soit près de 31 kilomètres. Cette distance est 3 fois supérieure à celle qu'il faut franchir pour atteindre une clinique publique, et 5 fois plus importante que le trajet nécessaire pour trouver une clinique privée et confessionnelle. En moyenne, la distance entre le lieu de résidence des patients et les cliniques publiques est deux fois plus importante que celle que doivent

parcourir les patients des cliniques privées. Toutefois, on peut noter que le parcours médian est identique pour une clinique privée ou publique. Certains patients des cliniques publiques rurales parcourent jusqu'à 850 kms pour obtenir certains soins de santé.

Tableau 6.2 : Accès et choix du centre de santé

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	N'djamena	Urbain	Rural	Total
<b>Distance de la maison (Kms)</b>								
Moyenne	9,1	6,4	7,7	13,1	8,2	6,7	9,7	8,7
Médiane	1	2	3	2	2	1	2	2
<b>Temps de parcours (saison sèche)</b>								
Moyen (minutes)	69,8	60,4	69,2	45,9	38,7	82,4	73,9	68,0
Médian (minutes)	20	20	30	22,5	20	15	30	20
<b>Temps de parcours (saison pluie)</b>								
Moyen (minutes)	87,5	81,5	89,3	49,5	60,4	92,6	93,5	86,2
Médiane (minutes)	30	30	45	30	30	20	40	30
<b>Coût du transport (FCFA)</b>								
Moyen	715	617	1563	400	621	529	1274	769
Médian	300	300	550	175	300	300	750	300
<b>Mode de transport (%)</b>								
Marche	64,9	39,0	50,8	54,2	50,1	70,1	58,4	58,9
Charrette/	15,9	2,6	7,5	4,2	0,3	10,0	17,3	12,5
Bicyclette	8,1	11,0	30,2	6,3	6,3	7,3	15,6	12,2
Transport public	5,4	25,9	4,9	16,7	26,7	5,0	3,1	8,2
Voiture/moto	4,8	21,1	6,2	16,7	16,3	7,3	4,5	7,4
<b>Raison du choix du centre (%)</b>								
Proximité	80,8	40,8	78,3	41,7	53,6	69,6	82,4	74,2
Personnel amical	70,3	71,1	80,0	60,4	56,0	77,0	75,4	71,8
Bonne qualité	67,9	69,3	74,0	61,7	63,7	73,1	69,4	68,9
Disponibilité médicaments	61,6	50,0	71,2	47,9	35,8	67,6	67,9	61,4

Source: Enquête Auprès des Établissements Sanitaires - Tchad 2004

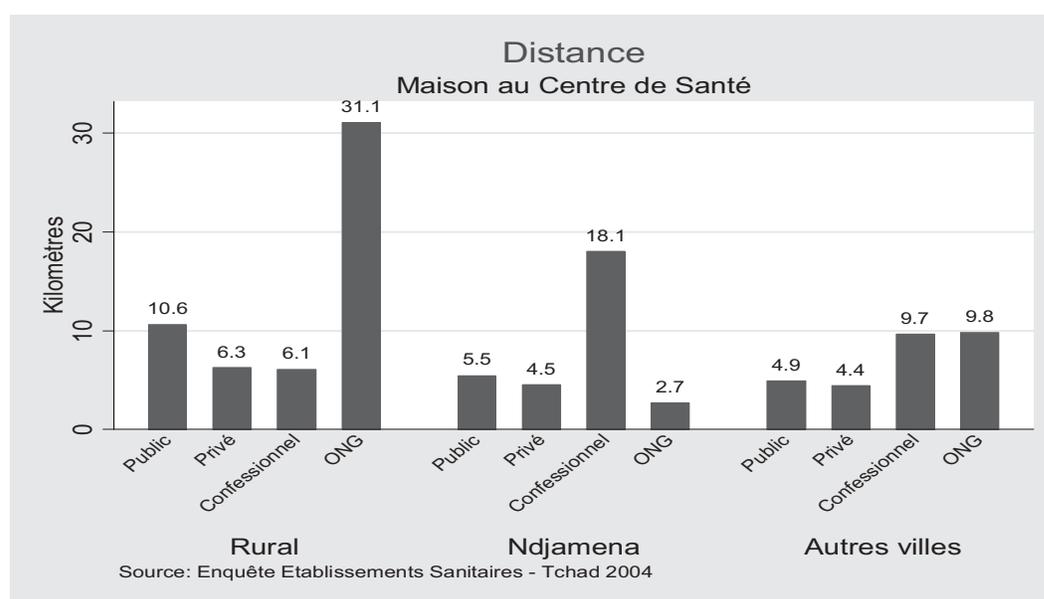


Figure 6.1 : Distance entre la maison et le CS

Dans la capitale, ce sont les patients des centres confessionnels qui parcourent en moyenne la plus grande distance, soit 18 kilomètres. Certains de ces patients se déplacent sur une distance de plus de 400 kilomètres pour se faire soigner dans ces cliniques. Bien que les patients des cliniques publiques parcourent en moyenne 1 kilomètre de plus que les patients des cliniques privées (5,5 kilomètres vs 4,5 kilomètres respectivement), le patient médian des cliniques privées de la capitale parcourt trois fois plus de kilomètres que les patients des cliniques publiques.

La répartition géographique des centres de santé relativement aux bassins de clientèles se traduit par un temps de parcours moyen entre la maison et le centre de santé d'environ 1 heure et 10 minutes par temps sec, toutes appartenances et régions confondues. Le temps de parcours médian n'est toutefois que de 20 minutes. Le temps de parcours pour les patients des cliniques en milieu urbain est significativement plus faible qu'en milieu rural (médiane : 17,5 minutes vs 30 minutes), sauf en moyenne pour les patients des cliniques confessionnelles à N'djamena qui présentent un temps de parcours 3 fois plus élevé que les autres cliniques, et certains patients des cliniques publiques dans les autres centres urbains, certains ayant voyagé 4 jours pour obtenir les services. En milieu rural, le malade qui souhaite se rendre dans une clinique privée est celui qui doit allouer le plus de temps au transport. En effet, pour atteindre une clinique privée, il faut compter un temps de transport 30 % plus long que celui nécessaire pour rejoindre une clinique privée.

## **2.2. Modes de transport**

La majorité des patients (59 %) arrivent à pieds aux cliniques de santé. La charrette et la bicyclette sont également des modes de transport relativement fréquents, avec environ 12 % chacun. Un peu plus de 20 % des patients fréquentant les cliniques privées s'y rendent en voiture ou en motocyclette, contre 4 fois moins pour les patients des cliniques publiques. Cette forte proportion de déplacements motorisés pour les patients des cliniques privées atteint même 35 % dans la capitale. On note également que plus du quart des patients fréquentant les cliniques des ONG dans la capitale et les centres confessionnels dans les autres centres urbains utilisent la voiture ou la motocyclette, contre moins de 8 % des patients des cliniques publiques en milieu urbain. La marche constitue le moyen de transport de 65 % des malades qui choisissent les cliniques publiques. Vient ensuite la charrette dans 16 % des cas, voir même dans 21 % des cas en milieu rural. Dans la capitale, la marche arrive également en première position, tandis que le transport public constitue le second principal moyen de transport des patients des cliniques publiques (19 %).

## **2.3. Coûts de transport**

En moyenne, les patients défraient 769 FCFA pour se rendre au centre dans un centre de santé. Le coût de transport médian est toutefois inférieur de moitié (300 FCFA). Les coûts (moyens et médians) que doivent assumer les patients qui vivent en milieu rural sont plus de deux fois supérieurs à ceux que supportent les patients en milieu urbain. Les patients des centres de santé confessionnels défraient les coûts de transport les plus élevés (moyens et médians). Ces patients assument un coût moyen (1562 FCFA) plus de deux fois supérieur à celui des patients des centres privés et publics, et près de 4 fois plus élevés que ceux des centres des ONG.

En terme régional, les coûts de transport les plus élevés sont enregistrés dans la délégation du Salamat (3 000 FCFA moyenne et médiane) suivis du Mayo Kebbi Est, du Chari Baguirmi et du Lac avec des coûts médians de transport de 2 000 FCFA environ, soit près de 7 fois la médiane du pays.

#### **2.4. Raisons du choix du centre**

Les patients étaient invités à énoncer les principales raisons qui les incitaient à fréquenter un centre de santé en particulier. Les 3 principales raisons invoquées par les patients pour expliquer le choix du centre de santé sont la proximité de la maison, l'amabilité du personnel soignant, et la bonne qualité des soins. Plus de 70 % des patients invoquent ces 3 facteurs. La disponibilité des médicaments et les bas prix sont également des raisons invoquées par près des 2/3 des patients. Le temps d'attente faible et la proximité du marché sont également fréquemment cités (Figure 1). En milieu rural, les patients interrogés invoquent les mêmes motivations que celles qui sont en moyenne citées dans l'ensemble du pays. La proximité y est le principal facteur déterminant le choix de 82 % des patients. Vient ensuite l'amabilité du personnel citée par 75 % des patients. En milieu urbain, compte tenu de la variété des services offerts, on note par contre que le choix est principalement déterminé par la qualité des soins de santé. L'amabilité du personnel est également citée comme second facteur alors que la proximité n'arrive qu'au 3<sup>e</sup> rang. Dans la capitale, le 4<sup>e</sup> principal facteur est le coût, alors que dans les autres villes c'est la disponibilité des médicaments, cité par le 2/3 des patients.

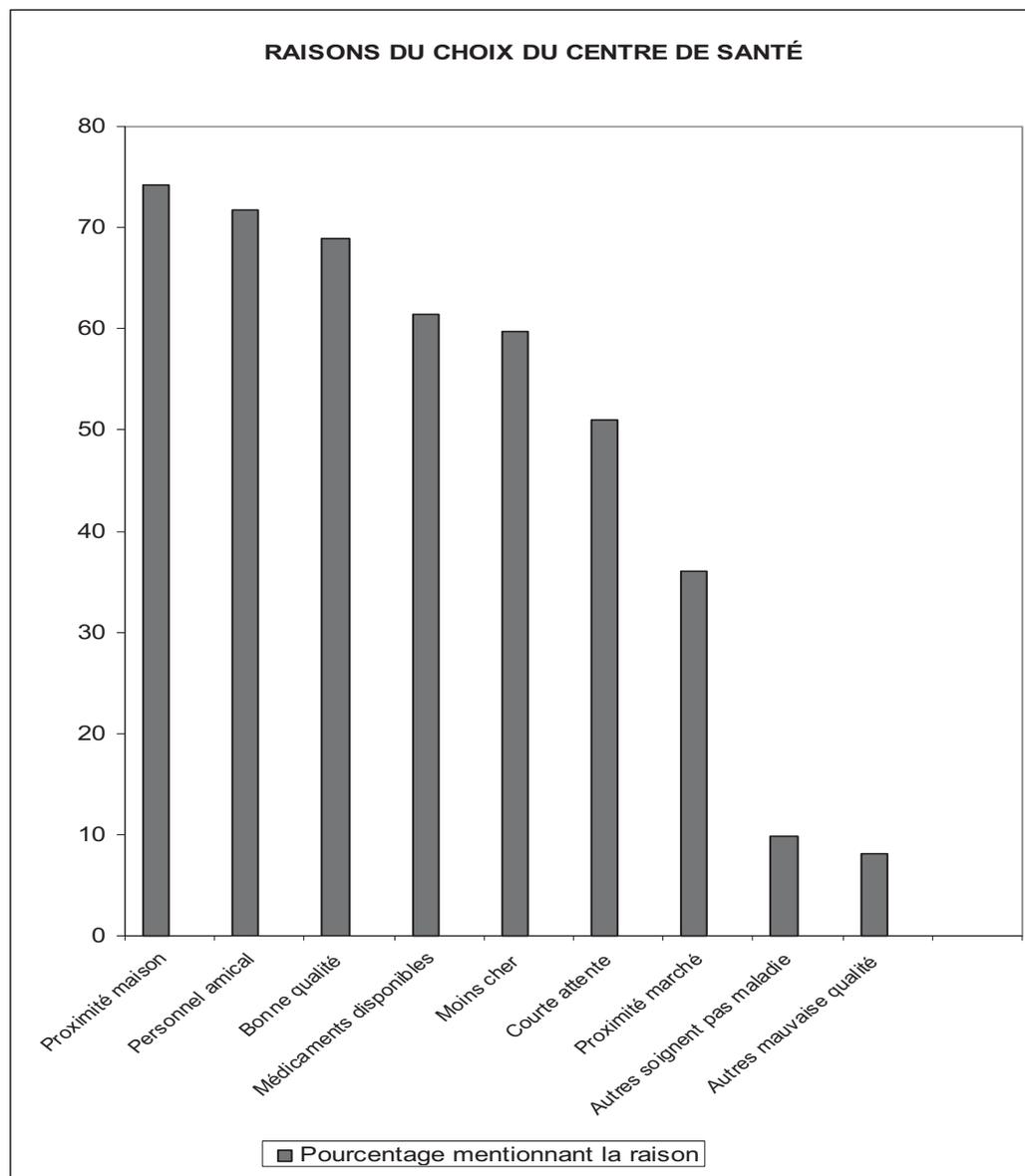


Figure 6.2 : Motifs pour le choix du centre de santé

### *III. Motifs de la visite et services reçus*

Les principaux motifs invoqués pour les visites à la clinique médicale sont présentés à la Figure 2. De loin, la raison principale justifiant les visites aux centres de santé est la malaria qui touche la moitié des patients. Les problèmes diarrhéiques viennent au second rang des symptômes motivant la visite au centre et touchent presque 1 patient sur 5. Les trois autres problèmes de santé les plus fréquemment cités sont la toux, la perte de poids et les vers.

En terme régional, on note que les symptômes de malaria motivent 81 % des visites dans les centres de santé de la délégation du Batha, et près des  $\frac{3}{4}$  des visites dans le Chari Bagirmi et le Salamat. C'est dans le Moyen Chari que ce type de symptôme est le moins courant parmi les patients avec moins de 22 %. Quant aux problèmes diarrhéiques, ils affectent plus particulièrement les patients des

délégations du Mayo Kebbi Ouest, du Guera, du Tandjile et du Salamat où moins du tiers des patients qui visitent les cliniques se plaignent de ces symptômes.

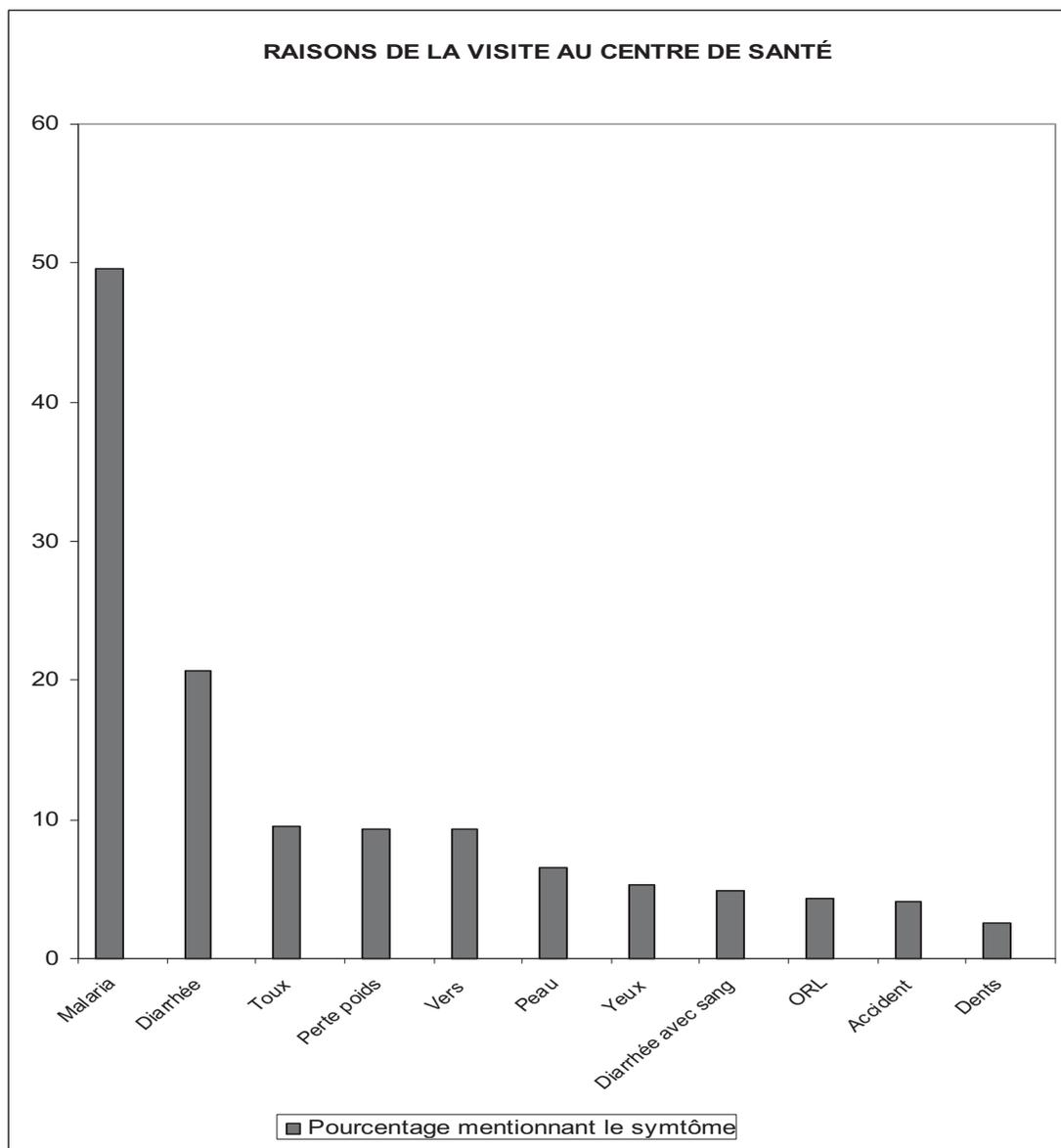


Figure 6.3 : Motifs de la visite au centre de santé

Près du quart des patients invoquent des symptômes multiples pour expliquer leurs visites dans les cliniques médicales. Ces patients représentent une proportion plus importante dans les centres de santé publics (27 %) que dans les cliniques privées (15 %) ou les ONG (12 %). Peu de différences sont enregistrées à cet égard sur une base urbaine ou rurale, mais des différences notables sont observées selon les délégations. Dans le Salamat, près de la moitié des patients invoquent des problèmes multiples (en moyenne 1,8 problème) et plus de 43 % dans le Guera et le Ouaddai. À l’opposé, moins de 7 % des patients dans le Logone Occidental invoquent des symptômes multiples pour justifier leurs visites aux centres de santé.

### 3.1 *Durée des symptômes*

Le nombre de jours pendant lesquels le patient a noté des symptômes avant de se rendre au centre présente relativement peu de variation selon l'appartenance des centres de santé. En moyenne la durée des symptômes est de 10 jours (médiane 5 jours). Dans la capitale, le nombre de jours moyen est un peu plus élevé, 13 jours, contre 9 jours en milieu rural, bien que le patient médian a essentiellement le même comportement selon l'appartenance urbaine ou rurale. Certaines variations régionales observées peuvent être directement liées à l'accessibilité aux centres de santé alors que la durée moyenne des symptômes est 3 fois plus longue dans le Salamat que dans le Tandjile (14 jours vs 4,6 jours).

Tableau 6.3 : Raisons de la visite et services reçus

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confes- sionnel	ONG	N'djamena	Urbain	Rural	Total
<b>Raisons de la visite (%)</b>								
Malaria	51,6	43,6	50,2	24,2	52,1	48,5	49,4	49,7
Diarrhée	21,4	17,8	22,5	9,1	16,8	20,8	22,0	20,8
Toux	11,6	4,0	4,1	15,2	10,1	11,3	8,8	9,5
Perte de poids	19,6	4,5	7,4	15,2	8,4	7,9	10,1	9,4
Vers	8,2	7,9	15,9	3,0	9,4	6,5	10,1	9,3
Symptômes multiples (%)	28,8	14,9	22,0	12,2	24,2	25,7	25,8	24,4
<b>Durée des symptômes</b>								
Nb de jours Moyen	10,0	11,2	10,7	10,8	12,9	11,2	9,2	10,3
Nb de jours Médian	5	5	6	7	5	6	5	5
<b>Soins préventifs (%)</b>	11,5	5,2	10,5	22,5	17,0	11,1	8,7	10,8
Personnel masculin (%)	73,4	89,0	79,3	31,3	50,6	68,1	85,6	75,2
Préférence H-F non respectée (%)	3,4	5,1	2,0	0	1,5	8,0	2,4	3,3

Source: Enquête Auprès des Établissements Sanitaires - Tchad 2004

### 3.2 *Soins préventifs vs curatifs*

L'enquête permettait de recueillir de l'information sur les types de soins reçus par les patients lors de leur visite dans les cliniques. On observe que les patients reçoivent nettement plus de services de types curatifs que préventifs. En effet, à peine 11 % des patients interviewés reçoivent des services préventifs, tels que la vaccination, les soins pré ou post natals et le planning familial (Tableau 6.3). La proportion de soins préventifs est deux fois plus élevée dans la capitale (17 %) qu'en milieu rural (9 %). Les cliniques publiques de la capitale sont nettement plus actives dans le domaine des soins préventifs. Elles effectuent 22 % de leurs consultations à titre préventif, soit une proportion trois fois supérieure à celle des cliniques situées en milieu rural (8 %). Dans l'ensemble, les cliniques des ONG sont nettement plus actives en matière de soins préventifs. En effet, toutes régions confondues, 23 % des services reçus par les patients dans les ONG sont de nature préventive. Cette proportion atteint même 43 % des services dans les ONG localisées dans les centres urbains hors de la capitale. Les cliniques privées sont de loin les plus axées vers les soins curatifs alors que seulement 5 % des services dispensés sont de nature préventive.

Au niveau régional, on note que certaines délégations sanitaires sont beaucoup moins actives en matière de prévention que d'autres. Ainsi, selon l'information recueillie, aucun patient interviewé

dans le Biltine et le Chari Bagirmi n'avait reçu de soins préventifs. Moins de 3 % des patients interviewés dans le Salamat avaient consulté à des fins préventives. Par contre, la délégation de N'djamena vient en tête avec légèrement plus de 17 % de soins préventifs parmi les services prodigués.

### **3.3. Personnel soignant**

Plus de 75 % des patients ont été traités par du personnel médical masculin. En milieu rural, plus de 80 % des patients sont traités par des hommes. Par contre, la situation est plus équilibrée dans la capitale alors que le ratio homme femme est égal. D'importantes différences sont observées selon l'appartenance. En effet, la quasi totalité des patients dans les cliniques privées (90 %) est soignée par du personnel masculin alors que cette proportion est à peine supérieure à 30 % pour les patients des cliniques des ONG.

Fait à souligner, alors que 88 % des consultations dans les cliniques publiques situées en milieu rural sont effectuées par des hommes, cette proportion tombe à 32 % si la clinique est localisée dans la capitale.

Certains extrêmes sont constatés au niveau des délégations sanitaires. Tous les patients interviewés dans le Batha, le Salamat et, à quelques exceptions près, au Lac furent traités par du personnel masculin. À l'autre extrême, dans les délégations du Ouaddai et de N'djamena, la proportion hommes femmes parmi le personnel soignant est presque égale.

### **3.4. Préférence quant au genre du personnel soignant**

Environ la moitié des patients rencontrés ont exprimé une préférence quant au genre du personnel soignant. Dans l'ensemble, le tiers des patients préfère être soigné par un homme alors que environ 1/6 préfère être traité par une femme. Parmi ceux qui expriment une préférence, le ratio est de près de 2 pour 1 dans l'ensemble du pays pour être soigné par un homme, et 3 pour 1 en milieu rural. Dans la capitale, ceux qui expriment une préférence (40 %) sont partagés également entre les 2 sexes.

Dans 3 % des cas seulement, les préférences pour le genre de l'agent de santé ne sont pas respectées. Il s'agit le plus souvent de patients qui ont été traités par une femme alors qu'ils auraient préféré être soignés par un homme. Cette proportion est légèrement plus élevée dans les milieux urbains autres que la capitale.

## **IV. Frais des usagers**

Près du quart des patients estiment que les coûts des consultations sont trop élevés tant dans le secteur public que privé. Dans la capitale, une différence marquée apparaît alors que 30 % des patients des cliniques privées considèrent les coûts trop élevés contre 18 % dans le cas des malades qui fréquentent les cliniques publiques. C'est dans les cliniques confessionnelles où la proportion de patients qui jugent les frais des usagers trop élevés est la plus forte, soit 31 %.

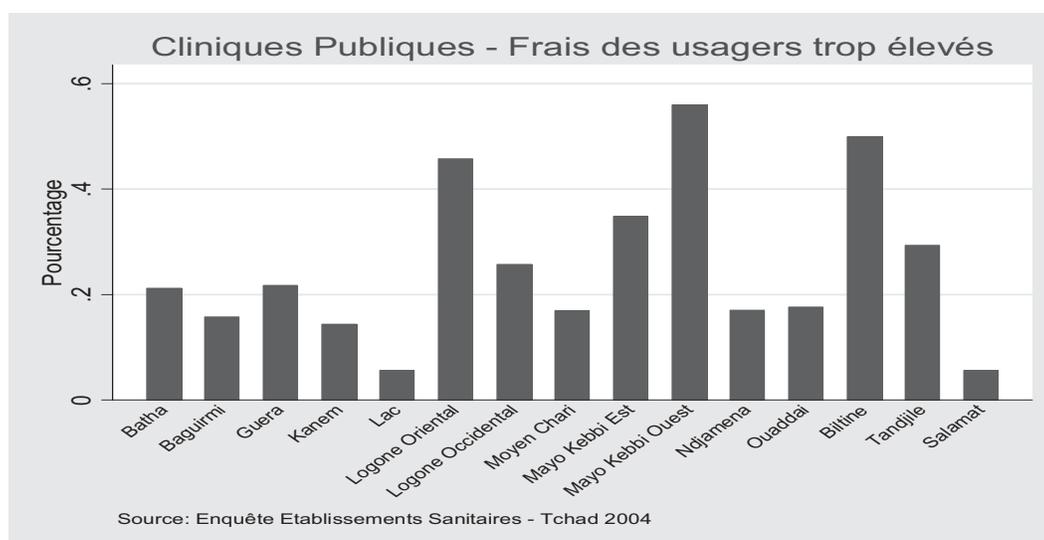


Figure 6.4 : Proportion Usagers des CS Publics jugeant les Frais Trop Élevés

En terme régional, d'importantes différences existent quant à la perception de l'adéquation du niveau des frais des usagers. Au Lac et dans le Salamat, moins de 6 % des patients considèrent ces frais trop élevés. Par contre cette proportion grimpe à près de 50 % dans le Biltine et le Tandjilé.

Tableau 6.4 : Frais des Usagers

	APPARTENANCE				LOCALISATION			Total
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	N'djamena	Urbain	Rural	
Coûts trop élevés (%)	19,9	25,7	31,3	10,6	20,9	20,4	23,4	22,3
Versements informels (%)	4,7	0,9	3,3	0	4,1	5,0	3,4	3,8

Source: Enquête Auprès des Établissements Sanitaires - Tchad 2004

Les résultats de régressions présentés au Tableau 6.5 indiquent une relation positive et significative entre la perception des patients quant aux coûts trop élevés des consultations médicales et des frais totaux aux usagers et les coûts effectivement payés.

Tableau 6.5: Régressions Frais des usagers (OLS robuste)

	(1) <i>Frais de consultation</i>	(2) <i>Frais totaux</i>
CS privés	426.834 (1.48)	2,073.112 (1.12)
CS confessionnels	96.461 (1.55)	-59.203 (0.47)
CS ONG	-262.016 (4.67)***	-2,258.762 (4.52)***
Capitale	259.030 (8.46)***	1,954.167 (7.92)***
Frais trop élevés	206.658 (1.86)	2,217.556 (2.28)**
Docteurs	297.875 (3.89)***	2,361.113 (15.00)***
Revenu du ménage	0.001 (2.70)**	0.006 (5.68)***
Homme	58.214 (2.60)**	488.367 (2.29)**
Constante	17.646 (0.26)	294.602 (0.76)
Observations	1582	1506
R <sup>2</sup>	0.27	0.24

t-statistiques robustes entre parenthèses. \* significatif à 10% ; \*\* significatif à 5% ; \*\*\* significatif à 1%.

#### 4.1. Versements informels

La présence de versements informels lors de la visite au centre de santé est invoquée par 4 % des patients. Ces paiements visent à réduire le temps d'attente ou sont une forme de cadeau spécial à l'agent de santé. Notons que la présence de versements informels est certainement sous estimée pour différentes raisons.

Néanmoins, il est intéressant de noter que, dans l'ensemble, cette pratique est plus fréquemment citée par les patients des cliniques publiques (5 %) et confessionnelle (3 %), que par ceux des cliniques privées (1 %). En milieu urbain, 5 % des patients des cliniques publiques et 8 % des patients des cliniques confessionnelles mentionnent l'existence de versements informels.

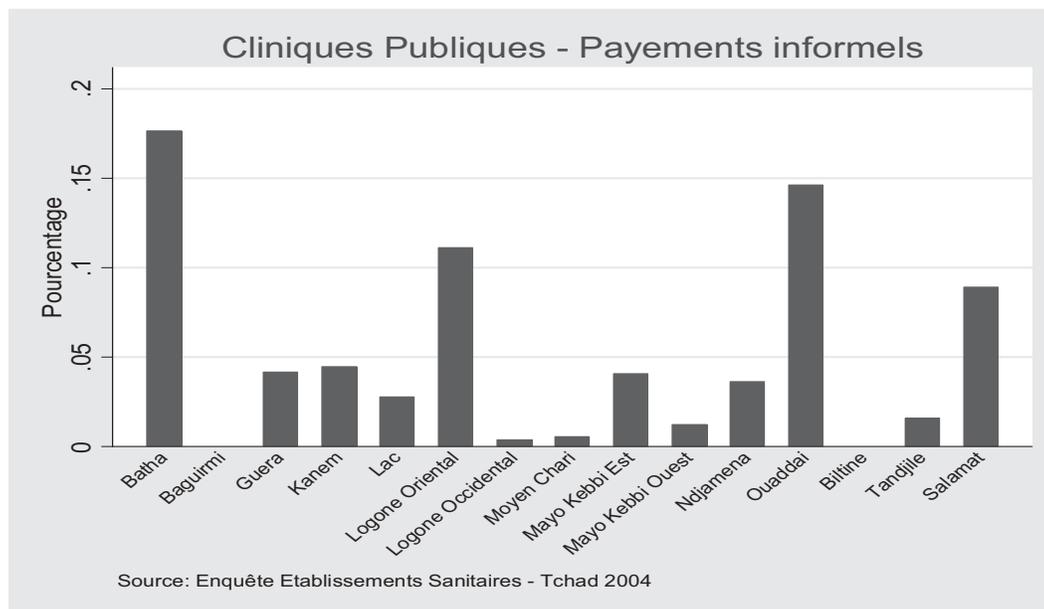


Figure 6.5 : Versements informels dans les cliniques publiques

En terme régional, des différences notables sont présentes au sein des centres de santé publics, tel qu'illustré à la figure suivante. Ainsi, près de 18 % des patients dans le Batha, 15 % de ceux qui vivent dans le Ouaddai et 11 % des patients dans le Logone Occidental citent la présence de versements informels.

La régression suivante (Tableau 6.6) indique que les patients des cliniques publiques et confessionnelles sont significativement plus enclins à reconnaître le versement de paiements informels que les patients des autres types de cliniques. Ces paiements sont également significativement plus fréquents en milieu urbain et lorsque le revenu du ménage croît, mais sont significativement moins fréquents lorsque les patients sont scolarisés.

Tableau 6.6 : Régressions : Paiements informels par les patients (Probit robuste)

	<i>Paiements informels</i>
CS publics	0.529 (1.88)*
CS confessionnels	0.458 (1.47)
Capitale	0.282 (2.32)**
Autres villes	0.305 (2.05)**
Revenu du ménage	0.000 (2.93)***
Concurrence totale	-0.184 (1.00)
Homme	-0.035 (0.24)
Âge	0.004 (0.54)
Scolarisé	-1.066 (4.52)***
Constante	-2.443 (5.70)***
Observations	1546

z-statistiques robustes entre parenthèses. \* significatif à 10%\*\* ; significatif à 5% ; \*\*\* significatif à 1%.

## V. Disponibilité des soins alternatifs

Un facteur potentiellement important dans le choix d'un centre de santé est la disponibilité de soins alternatifs. Environ 39 % des patients rapportent que d'autres prestataires de services de santé, évoluant soit dans le secteur formel ou informel, sont situés à proximité de leur lieu de résidence (Tableau 6.7). En ce qui a trait au secteur formel, le quart des patients déclarent disposer d'alternatives de services de santé (cliniques ou hôpitaux). Cette proportion atteint 28 % si on inclut les pharmacies. Ainsi, on constate que près de 70 % des patients ne disposent d'aucune alternative de soins de santé de type moderne à proximité de leur résidence. Du côté du secteur informel, environ 19 % des patients rapportent l'existence de prestataires de services de santé informels, soit des guérisseurs traditionnels (11 %) ou Docteurs Choukou (12 %).

L'existence de soins alternatifs est principalement observée dans la capitale. En effet, 65 % des patients déclarent disposer d'alternatives dans la capitale contre près de la moitié en régions rurales et dans les autres villes. À cet égard, on note que la concurrence est beaucoup moins vive dans les autres centres urbains que dans la capitale. Les patients rapportant l'existence de soins de santé alternatifs à proximité sont presque deux fois moins nombreux dans les autres centres que dans la capitale (33 % vs 60 % respectivement). Toutefois, cette proportion est deux fois plus importante que celle enregistrée en régions rurales. Il est intéressant de noter que la capitale offre non seulement davantage de prestataires de soins de santé modernes, mais également le plus de soins de santé de type informel.

En effet, 28 % des patients disent disposer de soins informels dans leur voisinage contre 19 % en milieu rural. La présence plus importante de docteurs Choukou y est pour beaucoup, alors que plus de 20 % des patients déclarent disposer de tels services dans leur voisinage contre la moitié de cette proportion en milieu rural. Même en ce qui a trait aux guérisseurs traditionnels, c'est à N'djamena que l'on en rapporte le plus (13 % vs 11 %). Les villes autres que la capitale sont nettement moins pourvues en médecine informelle alors que la disponibilité y est deux fois inférieure à celle observée en milieu rural.

En terme régional, d'importantes différences existent en terme de concurrence. Plus précisément, on note la concurrence la plus vive dans les délégations sanitaires de N'djamena et du Mayo Kebbi Ouest avec environ 40 % et 50 % respectivement des patients qui disposent d'alternatives de soins de santé dans le secteur formel à proximité. La plus faible disponibilité de soins formels est quant à elle observée dans le Guera et le Batha avec environ 11 %.

Tableau 6.7 : Disponibilité de soins alternatifs (pourcentages)

	APPARTENANCE				LOCALISATION			Total
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	N'djamena	Urbain	Rural	
<b>Concurrence totale</b>	33,7	63,8	35,1	77,6	64,8	38,6	30,4	38,9
<b>Secteur formel</b>	23,3	53,3	21,6	69,4	59,9	32,5	16,2	28,1
Cliniques publiques	12,2	29,8	14,4	52,1	38,3	18,2	7,7	15,9
Cliniques privées	4,9	21,5	3,9	20,8	22,6	5,9	2,7	7,3
Confessionnelle/ONG	1,2	6,1	1,0	8,3	7,4	0,9	0,6	2,0
<b>Secteur informel</b>	15,9	30,1	20,0	26,5	27,8	9,1	18,6	18,7
Docteur Choukou	9,7	26,3	9,2	10,4	21,7	4,7	10,6	11,7
Guérisseur traditionnel	9,2	11,4	14,1	16,7	13,0	5,3	11,3	10,5
<b>Visites précédentes</b>								
Secteur formel	10,6	21,0	13,8	8,2	19,0	16,4	9,0	12,4
Secteur informel	6,9	9,6	8,2	6,1	4,4	4,7	9,3	7,4
<b>Habitué du centre</b>	86,3	76,8	88,2	85,4	75,1	85,5	88,8	85,4

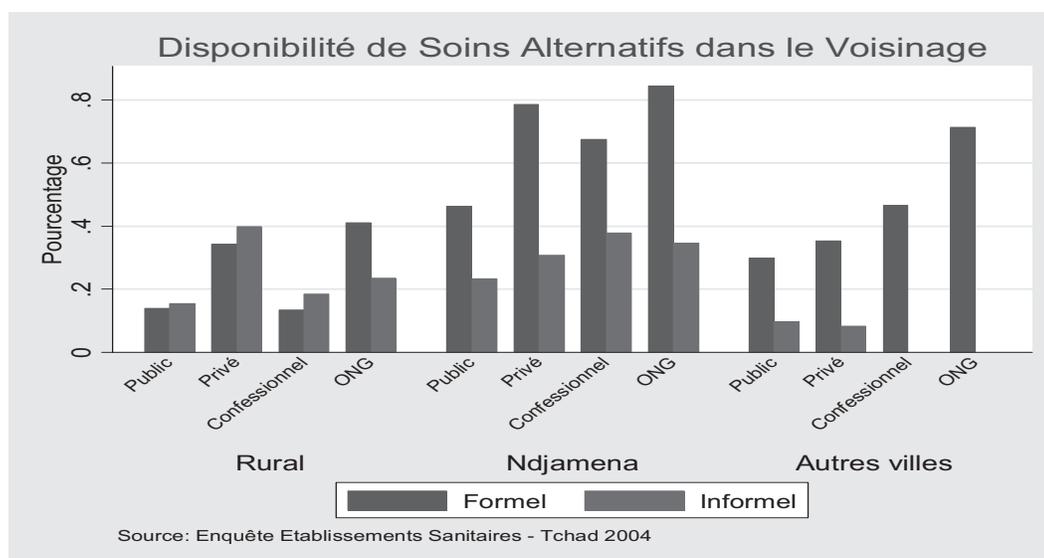


Figure 6.6 : Disponibilité de soins alternatifs dans un rayon de 2 kms

Le secteur informel est particulièrement présent dans la délégation du Tandjilé qui rapporte 2½ fois plus de guérisseurs traditionnels et de Docteurs Choukou que la moyenne nationale (50 % contre 19 % respectivement). On observe une grande disponibilité de soins informels dans le Mayo Kebbi Ouest, tandis que deux délégations ne rapportent presque aucun service de ce genre, soit le Lac et le Biltine.

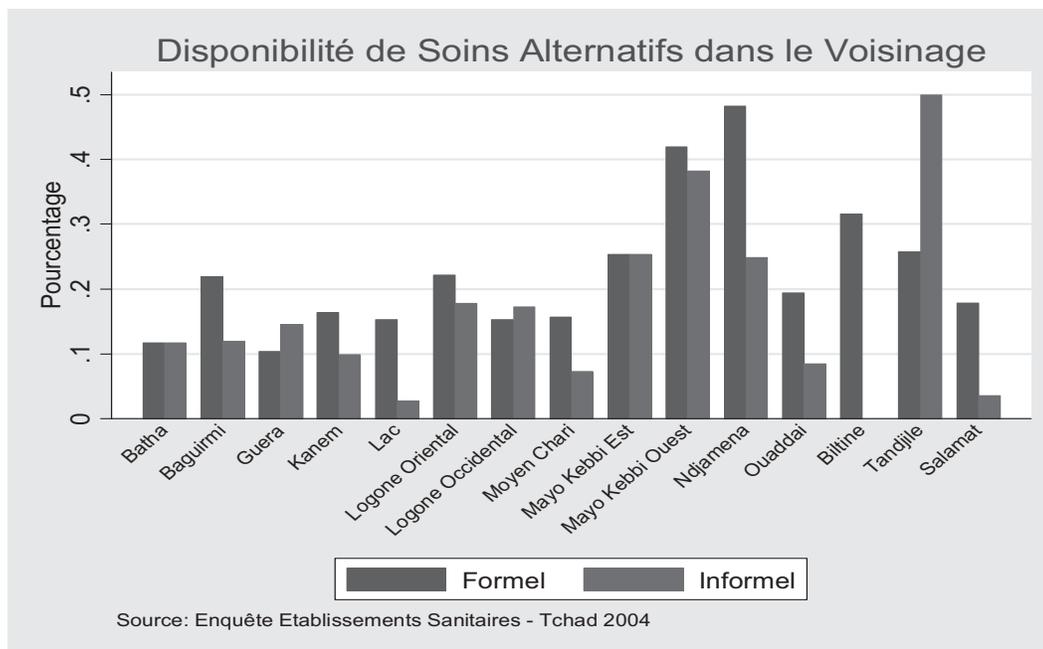


Figure 6.7 : Disponibilité de soins alternatifs dans un rayon de 2 kms / par région

### 5.1. Visites précédentes à d'autres cliniques

Globalement, 12 % des patients interviewés rapportent avoir déjà consulté un centre de santé moderne pour le même épisode de maladie. Cette proportion atteint 21 % parmi les patients des cliniques privées et la moitié de cette proportion dans les cliniques publiques. Dans la capitale, on note que plus du quart des patients dans les cliniques privées et confessionnelles avaient déjà consulté une autre clinique pour le même symptôme. Cette proportion tombe à 11 % dans le secteur rural pour ces deux mêmes types de cliniques, et atteint à peine 8 % pour les cliniques publiques. À l'opposé, 47 % des patients des cliniques confessionnelles des centres urbains autres que N'djamena ont déjà consulté un autre centre de santé pour la même maladie.

En terme de répartition régionale, 1/6 des patients qui habitent les délégations de N'djamena et du Biltine rapportent avoir préalablement consulté une autre clinique formelle pour la même maladie. Cette proportion est de moins de 6 % dans les délégations du Batha et du Lac.

Il est intéressant de noter que 7 % des patients indiquent avoir préalablement consulté dans le secteur informel, soit un guérisseur traditionnel ou un Docteur Choukou. Cette tendance est plus accentuée dans le milieu rural alors que 9 % des patients rapportent cette pratique contre 4 % dans la capitale. On note en particulier que 20 % des patients des cliniques privées situées en milieu rural avaient préalablement eu recours au secteur informel.

Les consultations dans le secteur informel sont tout particulièrement rapportées dans les délégations du Logone Oriental et Occidental où environ 1/6 de la clientèle visitent des guérisseurs ou Docteurs Choukou. Par contre, aucun malade n'indique avoir eu recours au secteur informel dans le Biltine et au Lac.

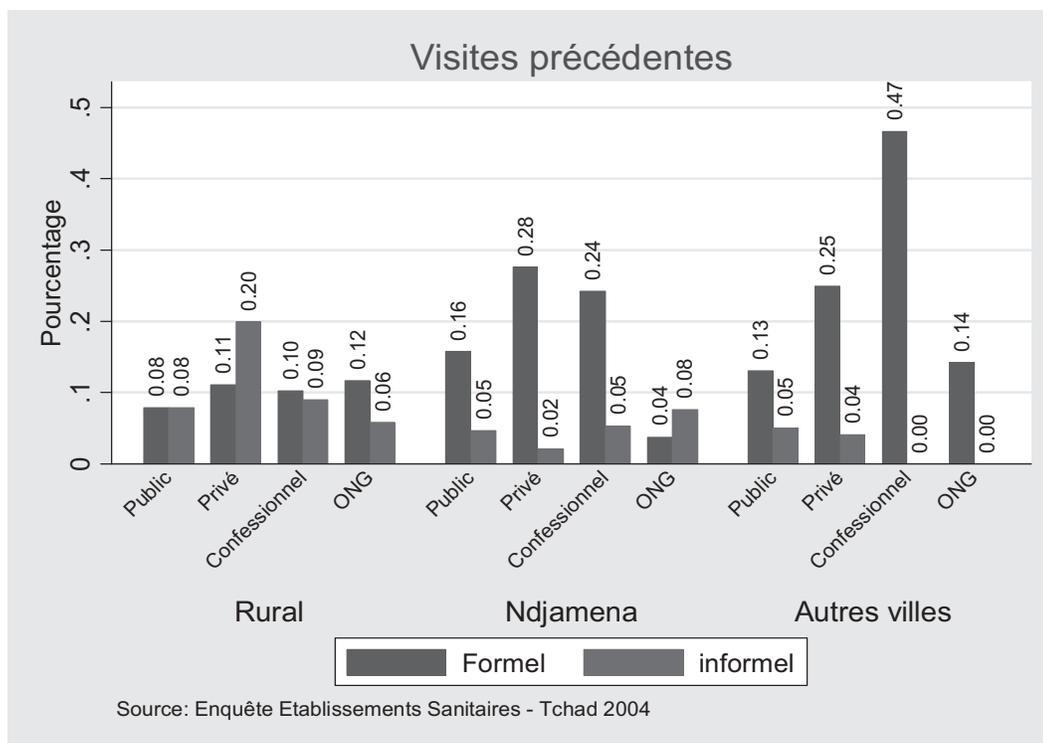


Figure 6.8 : Visites précédentes selon la localisation et l'appartenance

## 5.2. *Habitués*

On note une forte rétention des patients dans les différents centres alors que près de 85 % des malades déclarent avoir déjà visité le même centre de santé. La faible concurrence dans plusieurs régions est un facteur qui favorise cette fidélité. En effet, la rétention des patients est plus élevée en milieu rural (89 %), et plus faible dans la capitale (70 %). À N'djamena, ce sont les ONG qui enregistrent le plus haut taux d'habitues, soit 81 % contre 65 % dans les cliniques privées. Dans les ONG localisées dans les villes hors de la capitale, cette proportion atteint même 100 %. Une relation négative et significative est observée entre la concurrence totale et la fidélisation des patients (Tableau 6.8). On note également que les patients sont significativement moins fidèles dans la capitale relativement au reste du pays.

Tableau 6.8 : Régressions : Fidélisation des Patients (Probit)

	<i>Habitués</i>
Revenu du ménage	-0.000 (1.81)*
CS publics	0.166 (0.78)
CS confessionnels	0.272 (1.24)
CS ONG	0.213 (1.13)
Capitale	-0.392 (3.99)***
Concurrence totale	-0.230 (2.33)**
Scolarisé	0.160 (1.46)
Homme	-0.046 (0.82)
Constante	1.080 (4.35)***
Observations	1619
z-statistiques robustes entre parenthèses * significatif à 10%** significatif à 5%; *** significatif à 1%	

## VI. *Les effets du contournement des services de santé primaire*

Comme on l'a vu à la section précédente, la faible concurrence au sein du secteur de la santé primaire au Tchad fait en sorte que la population fait souvent face à des monopoles de faits dans leur voisinage. Toutefois, malgré cette faible concurrence, certains individus sont prêts à se faire soigner dans des centres de santé plus éloignés de leur domicile -- et ainsi parcourir des distances plus grandes et encourir des coûts de transport plus élevés -- afin d'obtenir des services qu'ils jugent plus adaptés à leurs besoins.

### 6.1. *L'importance du phénomène de contournement*

En examinant l'échantillon de 1821 patients interviewés dans les centres de santé lors de l'enquête, on observe que près du quart des patients a choisi de se faire soigner non pas par un fournisseur de soins (du secteur formel ou informel) plus rapproché de leur domicile, mais de se rendre à un centre plus éloigné afin de recevoir des services de santé plus adaptés. Ce phénomène de contournement est présenté au Tableau 6.9. On note en particulier que 13 % des patients passent outre le secteur de santé moderne (centres de santé publics, privés et sans but lucratif) pour se rendre dans un autre établissement de santé plus éloigné de leur résidence. Cette proportion de patients atteint 17 % si on tient compte des hôpitaux et des pharmacies du voisinage auxquels auraient pu se rendre les patients. On remarque aussi qu'environ 14 % des patients choisissent de passer outre les services de santé

informel (i.e. traditionnel) dans leur voisinage, soit les guérisseurs et les docteurs Choukous, pour se rendre à un centre de santé primaire moderne plus éloigné de leur résidence.

Tableau 6.9 : Contournement des CS (Pourcentage)

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confes- sionnel	ONG	N'djamena	Urbain	Rural	Total
Cliniques publiques	6,5	23,7	11,1	32,0	25,4	8,7	5,6	10,2
Cliniques privées	3,0	16,4	3,3	12,0	15,3	2,6	2,3	5,0
Cliniques sans but lucratif (confessionnelles + ONG)	1,3	4,7	1,0	4,0	5,2	0,0	1,2	1,8
Secteur formel (public + privé + sans but lucratif)	8,0	30,6	13,4	34,0	31,4	10,8	6,8	12,5
Secteur formel + hôpitaux + pharmacies	10,9	36,2	17,3	40,0	38,5	14,2	9,9	16,5
Secteur informel	11,0	21,6	17,7	20,0	20,2	4,9	14,3	13,7
Total (formel + informel)	18,2	47,8	29,2	48,0	43,2	17,7	20,7	24,7
Nombre de patients	1234	232	305	50	366	344	1111	1821

C'est bien sûr dans les milieux où la concurrence est plus vive que le phénomène du contournement est plus répandu. Ainsi, dans la capitale, 39 % des patients choisissent de se rendre dans un centre de santé primaire qui n'est pas le fournisseur de soins modernes le plus près de leur domicile. En particulier, 25 % des patients choisissent ainsi de ne pas se rendre dans une clinique publique plus rapprochée de leur domicile et 15 % dans une clinique privée. Dans les autres centres urbains, c'est environ 15 % des patients qui visitent un centre qui n'est pas le fournisseur de soins modernes le plus rapproché de leur domicile, dont 9 % en évitant une clinique publique. En milieu rural, la pratique est moins fréquente alors qu'environ 10 % des patients choisissent ainsi un centre de santé plus éloigné de leur domicile, dont 6 % pour éviter une clinique publique.

Si on tient compte non seulement du contournement des cliniques de santé de médecine moderne, mais également des soins de santé de type traditionnel (guérisseurs et docteurs Choukous), les patients en milieu rural passent outre à d'autres fournisseurs de soin de santé plus près de leur domicile dans une proportion plus grande que les centres urbains autres que la capitale. En effet, c'est près de 21 % des patients en milieu rural qui se rendent à des cliniques de santé qui ne sont pas les plus proches de leur domicile, contre 18 % dans les autres centres urbains. Dans la capitale, cette proportion atteint 43 %.

De plus, les patients qui se rendent ainsi chez des fournisseurs de services de santé plus éloignés choisissent en plus grande proportion les cliniques privées et sans but lucratifs. En effet, 40 % des patients des cliniques des ONG et 36 % des patients des cliniques privées choisissent de ne pas se rendre dans la clinique de santé moderne la plus proche de leur domicile. Dans la capitale, c'est plus de 2/3 des patients des cliniques privées qui passent outre des cliniques modernes plus rapprochés de chez eux, la moitié des patients des ONG et environ 40 % des cliniques confessionnelles. Dans les centres urbains hors de la capitale, ce phénomène de « contournement » conditionne en premier lieu les patients des ONG (71 %) et des cliniques confessionnelles (46 %) et dans une moindre mesure les patients des cliniques privées (20 %) et 10 % des cliniques publiques.

## 6.2. Les coûts encourus lors du contournement

En choisissant de se rendre à un centre de santé qui n'est pas le plus rapproché de leur domicile, les patients acceptent de parcourir une distance en moyenne du double de celle que parcourent les autres patients (Tableau 6.10). Le temps de parcours moyen entre la maison et la clinique est également multiplié par deux, passant d'environ 1 heure à près de 2 heures. En milieu rural, ce temps de parcours passe de 64 minutes à 160 minutes en moyenne, et dans la capitale, de 29 minutes à 49 minutes.

En plus de ces distances et temps de transport plus longs, ces patients qui choisissent de se rendre volontairement dans une clinique plus éloignée de leur domicile afin d'obtenir des services plus adaptés à leurs besoins acceptent également souvent d'encourir des frais des usagers plus élevés pour les services de santé. En effet, relativement aux patients qui se rendent au centres les plus proches de leur domicile, les patients qui font du contournement déboursent en moyenne des frais de consultation 2,5 fois plus élevés que ceux qui choisissent les cliniques plus rapprochées de leur domicile et des coûts totaux des visites, incluant les tests et les médicaments, 2,3 fois plus élevés.

Ainsi, si les évidences semblent indiquer que le contournement est effectué principalement pour des raisons de qualité des soins plus élevés dans des centres plus éloignés, il existe également des indications qu'une partie du contournement est fait en vue de réduire les prix des soins de santé. En effet, bien qu'en général les patients qui choisissent de passer outre un fournisseur de soins dans leur voisinage consentent à payer plus cher pour les services de santé dans une clinique plus éloignée, cette pratique permet toutefois à certains patients de réduire leurs coûts de services de santé. Ainsi, les patients qui passent outre un autre fournisseur moderne et choisissent de fréquenter une ONG en milieu rural ou dans la capitale ont déboursé respectivement 71 % et 32 % de moins que ceux qui se sont rendus à une clinique la plus rapprochée de leur domicile. De même, les patients fréquentant les cliniques de santé privées à N'djamena et qui ont passé outre d'autres fournisseurs de santé modernes ont déboursé en moyenne 28 % de moins que les patients des cliniques privées ayant choisi le fournisseur le plus près de leur domicile (12 279 FCFA vs 17 053 FCFA respectivement) (non illustré).

Tableau 6.10 : Coûts encourus lors du Contournement du Secteur Formel

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confes- sionnel	ONG	N'djamena	Urbain	Rural	Total
<b>Distance de la maison (Kms)</b>								
Sans « Contournement »	7,7	3,2	5,6	3,1	3,2	3,4	8,6	6,8
Avec « Contournement »	14,5	8,7	21,3	27,1	11,2	15,8	18,0	14,3
<b>Temps de parcours (Min)</b>								
Sans « Contournement »	57,2	64,8	54,9	42,1	29,4	58,0	63,7	57,5
Avec « Contournement »	186,7	43,2	159,3	51,1	48,6	258,2	161,0	123,8
<b>Frais de consultation (FCFA)</b>								
Sans « Contournement »	173	614	300	285	569	265	167	245
Avec « Contournement »	211	1348	512	105	1041	292	243	608
<b>Frais totaux des visites (FCFA)</b>								
Sans « Contournement »	1491	3794	1697	1472	4603	1285	1378	1795
Avec « Contournement »	1835	8551	3163	1333	6642	2011	2374	4031

### 6.3. Facteurs expliquant le contournement

Différents facteurs peuvent expliquer le phénomène de contournement, en particulier la disponibilité de centres de santé alternatifs dans le voisinage, l'éventail de soins offerts d'un centre de santé à l'autre, la différence de qualité, les prix, de même que les caractéristiques socio-économiques des patients.

#### *Contournement dans le secteur formel*

L'estimation économétrique (1) au Tableau 6.11 à l'aide d'un Probit vise à expliquer le « contournement » du secteur de la santé moderne (incluant les hôpitaux et les pharmacies), en termes du niveau de concurrence, des caractéristiques des centres de santé et des patients.

Tableau 6.11 : Régressions Contournement des CS (Probit robuste)

	(1) <i>Contournement moderne</i>	(2) <i>Contournement total</i>
Concurrence totale	0.502 (5.64)***	0.502 (7.76)***
CS publics	-0.069 (0.43)	-0.240 (1.91)*
CS privés	0.433 (1.67)*	0.172 (0.61)
Docteurs	0.091 (1.98)**	0.124 (2.57)**
Lits	0.009 (1.51)	0.008 (1.76)*
Ventes totales	0.000 (0.08)	-0.000 (0.46)
Eau	0.123 (0.99)	0.134 (1.52)
Électricité	0.395 (2.03)**	0.188 (1.04)
Support extérieur	0.123 (1.18)	0.151 (1.08)
Support gouvernemental	0.471 (4.46)***	-0.424 (1.23)
Homme	-0.079 (1.06)	0.035 (0.49)
Revenu du ménage	0.000 (1.58)	0.000 (1.64)*
Scolarisé	-0.050 (0.44)	-0.017 (0.29)
Capitale	0.565 (5.40)***	0.274 (3.03)***
Constant	-2.710 (12.35)***	-0.270 (0.34)
Observations	1611	1611

z-statistiques robustes entre parenthèses. \* significatif à 10%; \*\* significatif à 5%; \*\*\* significatif à 1%.

Les résultats indiquent que la concurrence de d'autres fournisseurs de soins de santé (*concurrence totale*), a un effet positif et significatif sur le comportement de « contournement » des patients faisant appel au secteur de santé moderne. On note aussi que le « contournement » est significativement plus pratiqué par les ménages à N'djamena (*capitale*) que dans les régions rurales. On observe

significativement plus de « contournement » parmi les patients des centres de santé privés (*CS privés*) relativement aux centres de santé sans but lucratif (variable omise). La qualité des soins de santé offerts tels que reflétés par la présence de médecins dans un établissement (*docteurs*) et la disponibilité d'électricité (*électricité*) ont un effet positif et significatif sur les choix de « contournement » des patients. On note également que les centres de santé qui reçoivent le soutien du gouvernement (*support gouvernemental*) tendent à connaître un phénomène significativement plus grand de « contournement » en raison possiblement de la réputation de qualité des soins dans ces centres ou des services disponibles.

#### ***Contournement dans les secteurs formels et informels***

Il est également possible d'expliquer le phénomène du « contournement » incluant le secteur informel (soit les guérisseurs traditionnels et les docteurs Choukous) en plus des fournisseurs de santé moderne, tel que présenté à l'estimation (2) du Tableau 6.11.

On note que les facteurs qui influencent le « contournement » formel et informel sont relativement similaires à ceux du secteur formel uniquement. La concurrence influence positivement le « contournement », de même que la présence de médecins dans un établissement et la disponibilité de lits. On note toutefois moins de « contournement » parmi les patients des centres de santé publics relativement aux centres à buts non lucratifs. On note également moins de « contournement » dans les centres urbains hors de la capitale relativement au milieu rural, lié au secteur informel de la santé.

#### ***6.4. Effets du « contournement » sur les coûts des frais des services aux usagers***

Le phénomène de « contournement » peut avoir un effet sur les frais encourus par les usagers pour les services de santé. Les estimations présentées au Tableau 6.12 tentent d'expliquer le niveau des frais des usagers en fonction des comportements de « contournement » des patients et de différentes caractéristiques des patients et des centres de santé. Les estimations sont effectuées avec la méthode du 3SLS à l'aide d'équations simultanées. La colonne (1) présente les résultats d'estimations des frais de consultation en tenant compte de la nature endogène du phénomène de « contournement » du secteur moderne formel (colonne 2). Les mêmes estimations sont effectuées pour les coûts totaux des visites (*frais totaux*) (qui incluent les frais de consultations, des tests et des médicaments) et le contournement (colonnes 3 et 4 respectivement).

On observe dans les estimations suivantes, tant pour le coût des consultations que les coûts totaux des visites, que le « contournement » tend à avoir un effet positif et significatif sur les coûts des usagers. Les patients en se déplaçant sur une plus grande distance sont ainsi prêts à payer plus cher pour des services qu'ils considèrent certainement de meilleure qualité. Les estimations tenant compte du « contournement » total (secteurs formel et informel) donnent des résultats similaires (non illustré).

On note également que la concurrence du secteur privé (*concurrence privée*) tend à accroître les coûts tandis que la concurrence du secteur public (*concurrence publique*) tend à faire baisser les frais des consultations. On note aussi que les frais de consultation sont significativement plus bas dans les cliniques publiques (*CS public*), confessionnelles (*CS confessionnel*) et des ONG (*CS ONG*) relativement aux cliniques privées (variable omise). De plus, les paiements des usagers augmentent si les patients sont des hommes (*homme*), lorsque le revenu du ménage (*revenu du ménage*) croît, lorsque les cliniques disposent de médecins (*docteurs*) et sont localisées dans la capitale. Les frais diminuent avec la taille de la clinique (*ventes totales*) et reçoivent du support de donateurs extérieurs (*support extérieur*).

Tableau 6.12 : Régressions Frais des Usagers et Contournement Secteur Formel (3SLS)

	(1) <i>Frais de consultation</i>	(2) <i>Contournement moderne</i>	(3) <i>Frais totaux</i>	(4) <i>Contournement moderne</i>
CS public	-310.442 (3.85)***	-0.014 (0.61)	-1,100.364 (1.73)*	-0.018 (0.79)
CS ONG	-508.670 (3.95)***		-3,303.425 (3.38)***	
CS confessionnel	-231.973 (2.91)***		-1,208.081 (1.95)*	
CS privé		0.115 (3.55)***		0.110 (3.33)***
Concurrence privée	126.805 (1.74)		1,256.762 (2.13)**	
Concurrence publique	-145.313 (2.18)**		-352.885 (0.65)	
Concurrence totale		0.100 (5.83)***		0.102 (5.86)***
Capitale	240.936 (3.41)***	0.162 (6.37)***	1,814.021 (3.34)***	0.148 (5.39)***
Docteurs	324.101 (8.44)***	0.055 (3.42)***	2,462.480 (8.52)***	0.043 (2.56)**
Revenu du ménage	0.001 (4.18)***	0.000 (0.94)	0.004 (2.34)**	0.000 (1.40)
Ventes totales	-0.309 (6.51)***	-0.000 (0.33)	-2.351 (5.27)***	0.000 (0.17)
Contournement	731.553 (2.23)**		5,159.574 (1.94)*	
Homme	75.042 (2.00)**	-0.018 (1.05)	634.834 (2.18)**	-0.025 (1.41)
Support gouvernemental	224.554 (1.30)	0.083 (1.03)	967.977 (0.75)	0.086 (1.06)
Support extérieur	-77.172 (1.92)*	0.024 (1.33)	-236.504 (0.76)	0.013 (0.71)
Lit		0.003 (4.26)***		0.003 (3.79)***
Eau		-0.009 (0.50)		0.009 (0.51)
Électricité		0.082 (4.38)***		0.071 (3.75)***
Scolarisé		-0.006 (0.28)		-0.025 (1.12)
Constante	-15.146 (0.04)	-0.128 (0.77)	231.248 (0.09)	-0.135 (0.82)
Observations	1593	1593	1510	1510

z-statistiques robustes entre parenthèses. \* significatif à 10%; \*\* significatif à 5%; \*\*\* significatif à 1%.

## Chapitre 7 : INSTITUTIONS ET GOUVERNANCE DANS LE SECTEUR SANTE

### Principaux Résultats:

- Un MCD couvre en moyenne vingt CS dont douze sont fonctionnels. Le délégué quant à lui est responsable d'une moyenne de 56 CS dont seulement 32 sont fonctionnels.
- Le MCD supervise en moyenne 73% de ces CS, cette proportion tombe à 39% pour le délégué 39%. Le MCD et le délégué ne coordonnent cependant pas leurs visites de supervision puisque au total seulement 76% des CS font l'objet d'une supervision.
- Dans 90 % des CS publics, les superviseurs discutent de questions administratives. Ils ne regardent la feuille des températures pour la conservation des vaccins que dans trois quarts des CS. Ils tiennent rarement une réunion formelle avec le personnel et se préoccupent très peu de l'utilisation des frais des usagers.
- Le personnel est évalué dans 71,9 % des CS du pays. Les ONG évaluent de façon systématique leur personnel. En moyenne, 58,3% des CS confessionnels effectuent ces évaluations. Elles viennent en dernier rang derrière les CS publics.
- Les systèmes d'incitation sont quasi inexistantes dans les CS du Tchad. Seuls 21 % des CS disent avoir promu au moins un employé. L'utilisation de la sanction est plus rare avec 8,5 % des CS qui y ont recours. Les incitations à la performance sont inexistantes dans les CS publics parmi lesquels seuls 19,4 % disent avoir promu ou sanctionné un agent.
- Les communautés participent activement dans la gestion du CS à travers le comité de santé ou le comité de gestion. La communauté est toujours très fortement présente dans la structure qui s'occupe de la gestion des finances du CS.
- La taille moyenne de comités de gestion ou de santé est de 5,27 personnes. Peu de femmes y siègent avec une moyenne de 11,58% à l'échelle nationale. La présence des femmes est plus importante dans les CS confessionnels avec 17%.

## I. Rôle des Structures Administratives

La supervision des prestataires de service est considérée comme un élément essentiel de la qualité du service offert aux populations. La supervision est assurée par les services administratifs, médecin-chef de district et délégué sanitaires ou leurs représentants. La supervision dépend fortement du nombre de structures prestataires de services dont une administration est responsable, l'éloignement des structures et leur accessibilité constituent aussi des variables importantes. Pour pouvoir effectuer les visites de supervisions, l'administration doit aussi disposer de moyens de transport adéquats.

Tableau 7.1: Nombre de Structures par Niveau Administratif

	DISTRICT		DELEGATION	
	Nombre CS	Nombre Hôpitaux	Nombre CS	Nombre Hôpitaux
Moyenne	19.9	1.35	55.79	3.36
<i>dont fonctionnels</i>	<i>12.4</i>	<i>0.8</i>	<i>31.7</i>	<i>2.3</i>
Minimum	10	0	32	2
p.25	17	1	42	2
Médiane	18	1	53	3
p.75	22	2	59	4
Maximum	43	5	109	6

Source : Enquête Etablissements Sanitaires – Tchad 2004

En moyenne, un district couvre presque vingt centres de santé dont un peu plus de douze sont fonctionnels. Un délégué régional couvre en moyenne 56 centres de santé dont seulement un peu moins de 32 sont fonctionnels. En ce qui concerne les hôpitaux, les MCD administrent en moyenne 1,35 hôpital mais tous ne gèrent pas un hôpital fonctionnel. Les délégués quant à eux s'occupent en moyenne de 2,3 hôpitaux fonctionnels et 3,36 structures hospitalières dans l'ensemble.

En terme d'accessibilité et de distance, le tableau 7.2 montre la distance et le temps qu'il faut pour se rendre au centre de santé le plus éloigné selon la saison. En moyenne, ce centre se trouve à un peu plus de 100 et 250 kilomètres pour le MCD et le délégué respectivement. En saison sèche, le MCD met pratiquement 3 heures pour se rendre à ce centre. Durant la saison des pluies, le MCD doit compter pratiquement un jour pour visiter ce même centre.

Tableau 7.2 : Distance et Accessibilité des CS

	DISTRICT			DELEGATION		
	Distance	Temps SS	Temps SP	Distance	Temps SS	Temps SP
Moyenne	102.1	2.53	21.8	257.64	8.16	42.66
Minimum	6	0.5	0.5	12	0.5	2.75
p.25	70	1.5	2.25	180	3	7
Médiane	103.5	2	3.5	260	6	44.14
p.75	128.5	3.5	42.14	300	8	INAC.
Maximum	200	6	INAC.	539	35	INAC.

Source : Enquête Etablissements Sanitaires – Tchad 2004

La moitié des centres de santé se trouve à plus de 2 heures du MCD et 6 heures du délégué, même lorsque les routes sont encore praticables en saison sèche. Il faut compter en moyenne 8 heures pour que le délégué se rende au centre de santé le plus éloigné en saison sèche, et presque deux jours en

saison pluvieuse. Le quart des délégués affirment que le centre le plus éloigné leur est inaccessible en saison des pluies. Ceci dénote de l'enclavement de certains centres de santé qui sont coupés du monde durant la saison des pluies faute de routes ou voies maritimes adéquates y menant.

La distance des centres de santé et leur accessibilité par les structures administratives reflètent en partie les visites de supervisions données dans le tableau 7.3. Il semblerait cependant que les MCD et les délégués visitent les centres qui sont relativement éloignés. En effet, les centres de santé déclarant avoir reçu une visite de supervision du MCD se trouvent en moyenne à 85 kilomètres du district, contre 51 kilomètres pour les CS non visités. On observe le même phénomène pour les délégués qui eux aussi supervisent les centres de santé les plus reculés, mais accessibles. Le délégué typique voyage en moyenne 121 kilomètres pour visiter les centres de santé alors que les structures qu'il ne visite pas sont en moyenne plus proches de 18 kilomètres.

Tableau 7.3 : Supervision par la délégation et le district et distance

Supervision District Sanitaire en 2003		Supervision Délégation Régionale en 2003		
		Oui	Non	TCHAD
Oui	Nombre de Structures	101	103	<b>204</b>
	Capitale Régionale (kms)	126,7	137,6	<b>132,1</b>
	District (kms)	76,1	94,5	<b>85,2</b>
Non	Nombre de Structures	9	67	<b>76</b>
	Capitale Régionale (kms)	66,7	52,9	<b>54,5</b>
	District (kms)	70,7	48,4	<b>51,1</b>
TCHAD	Nombre de Structures	110	170	<b>280</b>
	Capitale Régionale (kms)	121,8	103,6	<b>110,9</b>
	District (kms)	75,7	76,0	<b>75,9</b>

Le MCD et le délégué pourraient mieux se coordonner afin de s'assurer que tous les centres sont visités. En effet, parmi les centres que le MCD ne visite pas, seuls 9, soit 3 pourcent, sont visités par le délégué, tandis que 67 centres soit 24 pourcent ne sont supervisés par aucun service administratif. Le fait que seul trois délégués et quatre MCD déclarent respecter le calendrier de supervision qu'ils tiennent semblent corroborer ce simple fait. Certaines administrations ne tiennent même pas de calendrier de supervision. Étant donné l'importance de la supervision, il devrait être vivement conseillé aux responsables de tenir ces calendriers et de se coordonner pour les activités de supervision.

Le manque de coordination se reflète aussi sur le tableau 7.4. En effet, 73 % et 39 % des CS sont visités par le MCD et le délégué respectivement. Pourtant, au total, seuls 76 % des CS affirment avoir reçu une visite de supervision. Cela veut dire que parmi les 39 % des CS ayant reçu le délégué, seuls 3 % n'ont pas vu le MCD. Sans affirmer, que la visite du délégué est redondante lorsque le MCD est déjà passé (ou vice versa), une couverture plus ou moins complète des CS est possible avec une meilleure coordination des efforts de supervision entre les structures administratives. Une fois que les autorités se sont assurées que tous les CS ont été visités, un second tour n'est certainement pas inutile même si cette fois-ci tous les CS ne peuvent être visités. L'essentiel étant de ne pas laisser certains CS livrés à eux-mêmes.

Tableau 7.4 : Supervision selon l'appartenance et la localisation

	APPARTENANCE				LOCALISATION			TCHAD
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndjaména	
% CS supervisés district	83	33	70	43	84	70	33	73
% CS supervisés délégation	45	20	36	28	43	51	19	39
% CS supervisés	85	38	73	57	86	74	38	76
Moyenne visites district	2.70	0.85	2.12	0.86	2.79	1.70	0.96	2.30
Moyenne visites délégation	0.80	0.20	0.74	0.29	0.74	1.03	0.31	0.70

Source : Enquête Etablissements Sanitaires – Tchad 2004

Les centres de santé publics et confessionnels sont les plus supervisés aussi bien par le district que par la délégation. C'est à Ndjaména que la probabilité pour qu'un CS reçoive une visite de supervision est la plus faible. En effet, seuls 38 % des CS sont visités contre 86 % dans le milieu rural. Le district supervise toujours de façon plus intensive que la délégation, ce qui est normal puisque le délégué a en moyenne trois fois plus de centres de santé sous sa responsabilité que le MCD. Le nombre total moyen de visites de supervisions (district+délégation), reçu est de trois.

Que font les MCD et délégués lors de ces visites ?

Tableau 7.5 : Activités MCD durant Supervision selon l'appartenance et la localisation

	APPARTENANCE				LOCALISATION			TCHAD
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndjaména	
Registre Patients	89.87	76.92	76.67	100	90.68	100	35.29	87.25
Registre Stocks	84.81	69.23	56.67	66.67	83.23	88.46	29.41	79.41
Utilisation Frais Usagers	68.99	53.85	36.67	66.67	63.98	84.62	23.53	63.24
Respect Protocoles Médicaux	81.01	69.23	56.67	66.67	78.26	92.31	35.29	76.47
Questions Administratives	90.51	76.92	73.33	66.67	88.82	84.62	70.59	86.76
Vérification Feuille Température	75.95	53.85	83.33	33.33	78.88	76.92	35.29	75
Réunion avec Personnel	75.95	53.85	63.33	33.33	75.16	65.38	52.94	72.06

Source : Enquête Etablissements Sanitaires – Tchad 2004

En général, les MCD semblent plutôt vérifier les registres des patients et discuter des questions administratives avec les responsables de CS. Dans plus de 90 % des CS publics les superviseurs discutent des questions administratives. Ils ne regardent la feuille des températures pour la conservation des vaccins que dans trois quarts des CS. Ils ne tiennent pas toujours une réunion formelle avec le personnel et semblent ne pas trop se préoccuper de l'utilisation des frais issus des usagers. Ceci provient certainement du fait que les CS jouissent d'une liberté totale quant à la gestion des fonds issus du recouvrement. C'est à nouveau à Ndjaména que les activités lors de la supervision sont les moins nombreuses et intensives. Le respect des protocoles médicaux est suivi surtout dans les CS publics et dans les centres urbains autres que Ndjaména.

Les perceptions des responsables sur la supervision sont très favorables. En effet, 68 % de ces responsables considèrent que la supervision améliore sensiblement la performance du centre, cette proportion atteint presque 75 % pour les CS publics. Le tiers de responsables de Ndjaména pense que les supervisions n'ont aucun impact sur la performance. Cette perception plus ou moins négative au niveau de Ndjaména est peut être due au faible niveau de supervision dans cette zone.

## II. Gestion du Centre de Santé

La gestion du centre de santé est assurée par le responsable du centre de santé qui est souvent le plus gradé dans le CS. Le responsable est le médecin lorsque le CS en dispose, sinon il peut être un infirmier ou une sage-femme. Une des fonctions d'un responsable de CS est de s'assurer que les patients reçoivent un service de qualité. Pour cela il faut que le personnel travaille bien étant donné les conditions de travail. Un aspect important de la gestion du CS est l'existence d'un système d'incitations qui peut par exemple prendre la forme d'évaluation périodique du personnel. Pour être porteuse de résultats, cette évaluation doit aussi être suivie de récompenses ou sanctions en fonction de la performance du personnel. Le CS lui-même doit être évalué par les autorités administratives comme le MCD ou le délégué. Cette section s'intéresse au système d'incitation dans le secteur primaire de la santé au Tchad.

Tableau 7.6 : Évaluation du Personnel

	APPARTENANCE				LOCALISATION			TCHAD
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndjaména	
% CS ayant évalué le personnel	71,7	78,7	58,3	100	69,6	86,8	69,2	71,9
<b>Fréquence des évaluations</b>								
Mensuelle	62,8	37,8	47,6	42,8	59,4	60,6	38,9	55,9
Trimestrielle	12,4	27,0	28,6	28,6	18,8	15,1	13,9	17,4
Semestrielle	6,6	10,8	0,0	14,3	6,8	6,1	8,3	6,9
Autre	18,2	24,4	23,8	14,3	15,0	18,2	39,9	19,8
Au moins un employé promu	15,7	36,2	22,2	57,1	20,4	13,2	28,9	21,0
Au moins un employé sanctionné	5,8	14,9	11,1	28,6	8,4	7,9	9,6	8,5
Au moins une promotion/sanction	19,4	40,4	27,8	71,4	25,6	18,4	28,5	25,3

Source : Enquête Etablissements Sanitaires – Tchad 2004

Le responsable du CS procède à l'évaluation du personnel en moyenne dans 71,9 % des prestataires de services sanitaires du pays. Les ONG évaluent toujours leur personnel. Les confessionnels sont ceux qui évaluent le moins, en effet seuls 58,3 % des CS confessionnels confirment avoir évalué le personnel durant l'année 2003. Ils sont suivis par les CS publics. Le personnel de Ndjaména est moins suivi que celui du milieu rural mais pas de façon significative. Les employés dans les CS des autres centres urbains ont une probabilité beaucoup plus forte d'avoir été évalué. La fréquence de l'évaluation du personnel est aussi importante, elle permet de mesurer l'intensité du suivi du personnel. Parmi les CS qui évaluent, plus de la moitié (55,9 %) procède à une évaluation mensuelle. Ce sont les CS publics qui ont la fréquence la plus soutenue, avec 62,8 % des CS qui évaluent le personnel tous les mois.

Si l'évaluation du personnel est importante, elle n'a d'effet que lorsqu'elle est suivie d'action. Le personnel doit être incité à accorder une importance capitale à sa performance en le récompensant lorsqu'il travaille bien ou le sanctionnant dans le cas contraire. C'est la théorie de la carotte ou du bâton. La promotion (carotte) est l'instrument le plus usité par les CS dont 21 % disent avoir promu au moins un employé suite à l'évaluation. La sanction (bâton) qui prend la forme d'un licenciement, d'une mutation ou d'un rappel à l'ordre est beaucoup plus rare avec seulement 8,5 % des CS qui ont recours à cette méthode incitative. Comme pour l'évaluation, ce sont les ONG qui ont un véritable système d'incitation qui fonctionne. En effet, 71,4 % de ces CS ont au moins utilisé l'un ou l'autre des instruments. Dans les CS publics, les incitations pour le personnel sont pratiquement inexistantes

avec seulement 19,4 % qui ont pris une décision suite à une évaluation. C'est aussi dans les centres urbains autres que Ndjaména que les incitations sont moins utilisées.

En ce qui concerne les incitations provenant des structures administratives, elles sont encore plus rares.

### *Relations avec la Communauté*

Comme on l'a vu au chapitre 4, les communautés contribuent de façon substantielle dans le financement des centres de santé. Elles prennent aussi une participation active dans la gestion du CS par l'intermédiaire de structures formelles comme le comité de santé ou le comité de gestion. En effet, dans 80 % des CS c'est le comité de gestion ou le comité de santé qui gère les revenus issus des frais des usagers qui constituent presque exclusivement les liquidités dont dispose le CS.

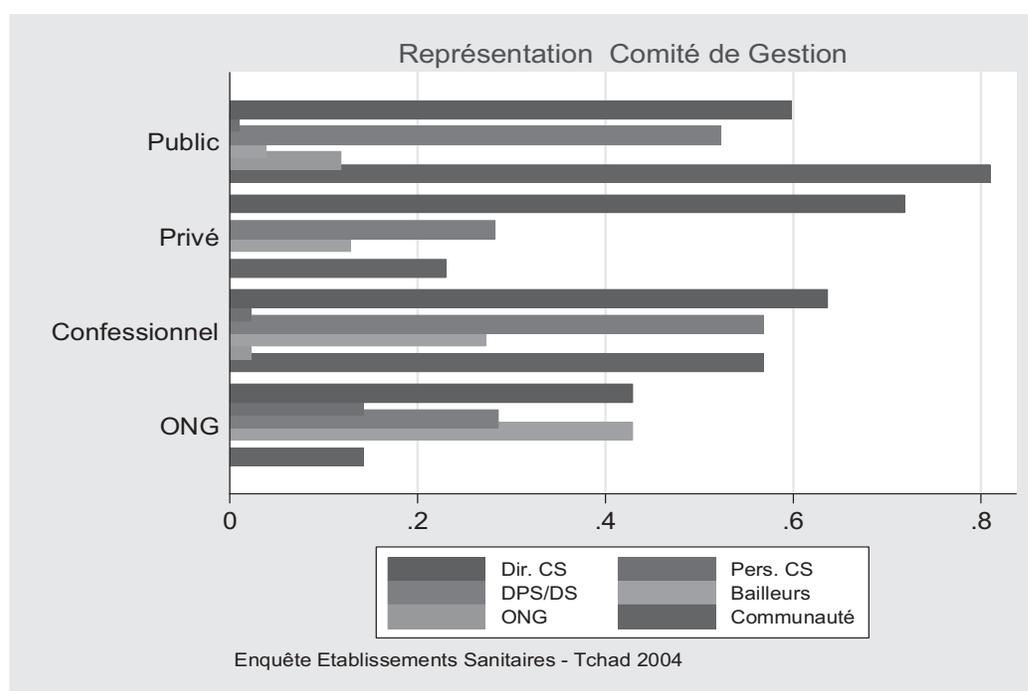


Figure 7.1 : Représentation dans le comité de gestion

Comme le montre la figure 7.1, la communauté est toujours très fortement présente dans la structure qui s'occupe de la gestion des finances du CS. La gestion est souvent commune avec la présence du responsable du CS dans le comité de gestion. L'État aussi est souvent représenté par le MCD ou le délégué régional. Sans surprise, on constate que la communauté n'est presque jamais représentée dans l'organe de gestion des ressources des CS privés. Les bailleurs en revanche sont présents dans les confessionnels et les ONG.

Une des mesures les plus pertinentes du dynamisme des structures de gestion des ressources des CS est très certainement le nombre de réunions que la structure tient durant l'année. Il a été demandé au responsable du CS de donner approximativement le nombre de réunions que le comité de gestion a tenu les six derniers mois précédant l'enquête. Les CS confessionnels sont les plus dynamiques avec une moyenne de près de cinq (exactement 4,79) réunions tenues soit un peu moins d'une par mois. Si

les organes de gestion des ressources financières se réunissent souvent dans le milieu rural, cela n'est certainement pas le cas pour Ndjaména où les Coges tiennent 2,8 réunions seulement en six mois. La taille moyenne de ces structures est de 5,27 personnes avec une taille plus élevée dans les CS public et dans le milieu rural. Peu de femmes sont présentes dans ces structures de gestion avec une moyenne de 11,58% de femmes à l'échelle nationale. La présence des femmes est plus importante dans les CS confessionnels avec 17%

Tableau 7.7 : Dynamisme et composition du comité de gestion

	APPARTENANCE				LOCALISATION			TCHAD
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndjaména	
Nombre de réunions	4,32	3,55	4,79	3,50	4,70	3,72	2,80	4,32
Nombre de personnes dans CoGes	6,01	2,62	4,66	3,71	5,73	5,03	3,75	5,27
% de Femmes dans CoGes	10,89	8,57	17,07	15,00	10,22	13,58	15,78	11,58

Source : Enquête Etablissements Sanitaires – Tchad 2004

La communauté peut aussi participer à la gestion du CS en faisant entendre sa voix au niveau des structures administratives. Elle peut se plaindre lorsque certains agents ont un comportement non conforme par exemple. Cet événement est cependant très rare puisque seuls 16 CS, soit 5,7 % de la population, rapportent que la communauté s'est plainte auprès du MCD et seulement dans 6 cas soit 2,1 % le MCD a réagit en sanctionnant le personnel. Les plaintes auprès du délégué sont encore plus rares, presque inexistantes. Seuls 2,5 % des CS disent que les plaintes de la communauté sont arrivées au niveau de la délégation, la moitié de ces plaintes a été suivie d'une action de la part du délégué.

## Chapitre 8 : ÉQUITÉ ET PERFORMANCE DU SECTEUR SANTE

### Principaux Résultats:

- Les plus nantis ont un meilleur accès aux soins de santé que les pauvres avec 44% des individus du quintile le plus aisé ayant un autre CS à proximité de leur résidence contre 13% pour les individus du quintile le plus pauvre.
- Le comportement de contournement est plus présent chez les riches dont 37% n'ont pas choisi le CS le plus proche de leur résidence contre 20% pour les pauvres.
- Les plus nantis bénéficient d'une meilleure qualité de service ; ils reçoivent plus souvent un accueil chaleureux, jouissent de consultations médicales plus longues et ont tendance à voir leurs préférences quant au sexe de l'agent de santé qui s'occupe d'eux respectée. En revanche, ils attendent plus longtemps au CS pour recevoir les services.
- Si les patients nantis payent plus cher les frais médicaux 4046 FCFA pour le 5<sup>ème</sup> quintile contre 1037 FCFA pour le 1<sup>er</sup> quintile, cette somme représente un fardeau relatif 10 fois moins lourd que pour les pauvres, soit respectivement 2,1% et 21% de leurs revenus mensuels totaux.
- Les CS publics ont une plus forte probabilité de connaître une rupture de stock de médicaments que les autres CS. La durée moyenne de la rupture de stock est aussi plus élevée pour eux. Sur 9 médicaments suivis, 62% des CS publics ont connu une rupture pour au moins un de ces médicaments durant l'année 2003.
- Les CS confessionnels reçoivent en moyenne le plus grand nombre de patients. Un CS confessionnel traite annuellement 2300 patients de plus que le CS Tchadien moyen.
- Les employés des CS confessionnels sont aussi les plus productifs du pays. Un employé moyen d'un CS confessionnels soigne par année 270 patients de plus qu'un agent de la santé moyen. Lorsque seuls les employés qualifiés sont considérés, cet écart se creuse pour atteindre 970 patients.
- Les agents de la santé de N'Djaména sont les moins productifs du pays. Un agent de la santé moyen de la capitale assiste 385 patients de moins par année qu'un agent de la santé moyen. Pour les employés qualifiés, cet écart atteint 1994 patients.
- Les dépenses publiques officiellement inscrites dans le budget du MSP n'ont aucun impact sur le nombre de patients soignés annuellement dans les délégations régionales. Cependant, lorsqu'on considère les dépenses publiques effectives, ces dernières ont un fort impact positif significatif.
- Si les dépenses publiques budgétisées pour les DRS parvenaient en totalité aux destinataires effectifs, le secteur de la santé primaire au Tchad enregistrerait pour l'année 2003 presque trois millions de patients de plus. La non arrivée des dépenses publiques à destination a un impact négatif considérable sur la santé des populations.

Dans ce chapitre, nous examinons certaines questions liées à l'équité et à l'accessibilité aux soins de santé parmi la population. Nous examinerons en particulier l'accès différenciés selon les quintiles de revenus des patients. Nous développerons ensuite un certain nombre de mesures d'évaluation de la performance du secteur de la santé primaire au Tchad.

## I. *Équité et Accessibilité aux services de santé*

Au cours des chapitres précédents, nous avons souligné que les frais directs aux usagers constituent la pierre angulaire du financement des soins de santé primaire au Tchad. Nous avons également expliqué ce phénomène par le fait que les transferts de ressources des administrations centrales ou régionales vers les centres de santé primaire sont quasi-inexistants. Dans ce contexte, le niveau de revenu des usagers est un déterminant fondamental de l'accessibilité des soins de santé. Dans cette section, nous comparons l'utilisation des services de santé et l'accès aux ressources médicales en fonction du revenu des patients. Pour effectuer cette comparaison, nous utilisons les données obtenues à partir des questionnaires « Patients » et « Centre de santé » administrés lors de l'enquête.

Dans un premier temps, nous comparons les caractéristiques des patients du 1<sup>er</sup> et du dernier quintile de revenus. Dans un second temps, nous examinons l'utilisation qu'ils font des services de santé. Finalement, nous examinons les coûts relatifs des soins de santé et la disponibilité des services pour ces deux quintiles de revenus.

### 1.1. *Caractéristiques des quintiles de revenus*

Les données recueillies auprès des usagers lors de l'enquête nous ont permis de classifier les patients selon le quintile de revenus auquel ils appartiennent. Le tableau 8.1 présente certaines caractéristiques des patients du 1<sup>er</sup> et du 5<sup>e</sup> quintile de revenus. Parmi les 1801 répondants, nous avons uniquement retenu ceux qui ont fourni une information crédible quant au niveau de revenus de leur ménage.<sup>8</sup>

Tableau 8.1 : Caractéristiques des patients au sein des 1<sup>er</sup> et 5<sup>e</sup> quintile de revenus

	1 <sup>er</sup> Quintile	5 <sup>e</sup> Quintile
Revenu moyen (FCFA)	4 884	190 211
Age (années)	28,6	31,5
Femmes (%)	67	46
Scolarisé (%)	8,3	45,2
Rural (%)	79,9	41,3
Travail (%)	9,1	57,9
Électricité (%)	4,8	26,6
Robinet (%)	11,5	47,6
Toilette (%)	4,0	30,2
<i>Nombre d'observations</i>	252	252

Source : Enquête auprès des Établissements Sanitaires – Tchad 2004

Le revenu moyen des ménages des patients du 1<sup>er</sup> quintile est 39 fois plus faible (médian 26 fois) que celui des patients du 5<sup>e</sup> quintile. L'âge moyen des patients du 1<sup>er</sup> quintile (environ 29 ans) est inférieur

<sup>8</sup> Les patients qui ont versé des frais des usagers mais qui ne déclarent aucun revenus du ménage ont été retirés de l'échantillon. L'échantillon final comprend ainsi 1261 patients.

de 3 ans à celui des patients du 5<sup>e</sup> quintile de revenus. Le quintile le plus pauvre est majoritairement composé de femmes (67 %), alors qu'on retrouve surtout des hommes dans le quintile le plus riche (54 %). De plus, la quasi-totalité des patients du 1<sup>er</sup> quintile sont non scolarisés (91,7 %), alors que 45,2 % des patients du quintile le plus riche ont fréquenté l'école. Notons également que les patients du quintile le plus pauvre viennent en majorité d'un milieu rural (79,9 %), alors que ceux du quintile le plus riche vivent surtout en région urbaine (58,7 %). Seulement 9 % des patients les plus pauvres occupent un emploi rémunéré, contre 57,9 % des patients du 5<sup>e</sup> quintile. On remarque également que les conditions de vie des patients du 1<sup>er</sup> quintile sont très précaires. En effet, moins de 5 % d'entre eux sont alimentés en électricité, et 4 % disposent d'une toilette à domicile. Ces proportions montent à 27 % et à 30 % respectivement pour le quintile le plus riche.

Le Tableau 8.2 présente la répartition des patients des deux quintiles selon les délégations régionales.

Tableau 8.2 : Répartition des quintiles de revenus par délégation régionale (en %)

Délégation régionale	1 <sup>er</sup> Quintile	5 <sup>e</sup> Quintile
Batha	2,0	0,4
Baguirmi	2,8	1,6
Biltine	0	0,8
Guera	2,0	1,2
Kanem	9,9	5,6
Lac	2,0	5,6
Logone oriental	1,2	0
Logone occidental	37,7	4,0
Moyen Chari	13,1	8,7
Mayo Kebbi Est	6,4	8,7
Mayo Kebbi Ouest	4,0	7,5
N'djamena	13,5	44,4
Ouaidai	0,8	3,6
Tandjile	3,6	4,8
Salamat	1,2	3,2
Total	100	100

Source : Enquête auprès des Établissements Sanitaires – Tchad 2004

Le tableau 8.2 indique que 38 % des patients les plus pauvres proviennent du Logone occidental. Toujours parmi le 1<sup>er</sup> quintile, les autres délégations assez fortement représentées sont N'djamena (13,5 %), le Moyen Chari (13,1 %) et le Kanem (9,9 %). À l'autre extrême, près de la moitié (44,4 %) des patients les plus riches provient de la délégation de N'djamena. Le Mayo Kebbi et le Moyen Chari viennent en second lieu avec 8,7 % des patients les plus riches.

## 1.2. Fréquentation des cliniques

Le tableau 8.3 présente les choix de fréquentation qui s'offrent aux patients des 1<sup>er</sup> et 5<sup>e</sup> quintiles selon l'appartenance du centre de santé et sa localisation (rurale ou urbaine).

À l'échelle du pays, les patients les plus riches sont deux fois plus nombreux à fréquenter des cliniques privées que les patients les plus pauvres (28,2 % vs 14,9 % respectivement). Les patients les moins nantis tendent à fréquenter plus souvent les cliniques publiques et confessionnelles. C'est surtout dans la capitale que les patients appartenant au quintile le plus riche sont plus nombreux à fréquenter les cliniques privées. Cette fréquentation plus marquée des cliniques privées dans la

capitale correspond à la concentration de la richesse des ménages à N'djamena. Ailleurs au pays, ce sont les cliniques publiques qui attirent les plus de patients, quel que soit le quintile considéré. Dans la capitale, 9,2 % des patients les plus riches fréquentent des cliniques administrées par une ONG, mais ce pourcentage tombe à 0 dans le cas des patients du quintile le plus pauvre, ce qui est également le cas dans les autres villes du pays. À l'échelle du pays, les ONG ne sont fréquentées que par 1,2 % des patients les plus pauvres, contre 4,4 % des patients les plus riches.

Tableau 8.3 : Fréquentation des centres de santé (en %)

	1 <sup>er</sup> Quintile	5 <sup>e</sup> quintile
<b>Capitale</b>		
Public	55,0	38,8
Privé	36,0	42,9
Confessionnel	9,1	9,2
ONG	0	9,2
<b>Autres villes</b>		
Public	78,6	74,0
Privé	17,9	22,0
Confessionnel	3,6	2,0
ONG	0	2,0
<b>Rural</b>		
Public	59,3	60,6
Privé	12,1	17,3
Confessionnel	27,1	21,1
ONG	1,5	1,0
<b>Tchad</b>		
Public	61,0	54,8
Privé	14,9	28,2
Confessionnel	22,9	12,7
ONG	1,2	4,4

Source : Enquête auprès des Établissements Sanitaires – Tchad 2004

### *Concurrence et fréquentation des centres*

Le tableau 8.4 présente la disponibilité de soins alternatifs, tant formels qu'informels, près du domicile des répondants. Environ 13 % des patients appartenant au 1<sup>er</sup> quintile de revenus rapportent que d'autres prestataires de services de santé moderne sont situés à proximité de leur domicile. Cette proportion atteint 44 % dans le cas des patients appartenant au 5<sup>e</sup> quintile de revenus, ce qui indique que ce groupe a accès à davantage de choix en matière de soins de santé. Lorsqu'on inclut les prestataires de services appartenant au secteur informel (guérisseurs traditionnels et docteurs choukous), on observe un écart important (26 %) entre les alternatives qui s'offrent aux deux quintiles à l'étude.

Tableau 8.4 : Disponibilité de soins alternatifs (pourcentages)

	1 <sup>er</sup> Quintile	5 <sup>e</sup> Quintile
Cliniques publiques	9,5	24,2
Cliniques privées	3,2	17,1
Secteur formel	13,1	44,0
Secteur informel	19,4	29,8
Concurrence totale	31,7	57,1

Source : Enquête auprès des Établissements Sanitaires – Tchad 2004

Compte tenu de la faible concurrence dans le secteur de la santé dans la plupart des régions du pays, on remarque une forte rétention des patients au sein des mêmes centres de santé. On note au tableau 8.5 que les patients moins nantis sont légèrement plus portés à visiter fréquemment un centre relativement aux plus nantis (88 % vs 81 %). Cette différence indique qu'il existe moins de concurrence entre les prestataires de services situés dans les quartiers les plus pauvres. De plus, les patients plus nantis sont nettement plus portés à ignorer le centre le plus près de leur domicile pour aller dans un centre de santé correspondant mieux à leurs besoins. En particulier, le taux de « contournement » du secteur moderne par le 5<sup>e</sup> quintile de revenu est plus de 3 fois plus élevé que celui du 1<sup>er</sup> quintile. Pour tous les types de dispensateurs de soins de santé, près de 37 % des patients du 5<sup>e</sup> quintile de revenus le plus élevé n'ont pas choisi de fréquenter le centre le plus près de leur domicile comparativement à 20 % des patients du 1<sup>er</sup> quintile.

Tableau 8.5 : Habités du centre et « contournements » (pourcentages)

	1 <sup>er</sup> Quintile	5 <sup>e</sup> Quintile
Habités du centre	88,4	80,5
« Contournement »		
Secteur moderne	9,9	28,6
Informel	12,7	18,3
Total	19,8	36,5

Source : Enquête auprès des Établissements Sanitaires – Tchad 2004

Les comportements des patients varient également entre le 1<sup>er</sup> et le 5<sup>e</sup> quintile en ce qui a trait aux visites préalables effectuées dans d'autres centres de santé ou fournisseurs de soins.

Tableau 8.6 : Visites préalables auprès d'autres prestataires de services (en %)

	1 <sup>er</sup> Quintile	5 <sup>e</sup> Quintile
Secteur formel	4,8	15,5
Secteur informel	12,3	7,9
Total	17,1	21,4

Source : Enquête auprès des Établissements Sanitaires – Tchad 2004

D'après le tableau 8.6, les patients les plus nantis rapportent avoir consulté d'autres prestataires de soins (formels et informels) en plus forte proportion pour le même épisode de maladie que les patients moins nantis (21,4 % vs 17,1 %) avant de se présenter dans un centre de santé. On note que, pour les patients plus nantis, ces visites préalables ont en majorité été effectuées auprès de prestataires de santé moderne, alors que les patients moins nantis ont surtout consulté des guérisseurs traditionnels ou docteur chokous.

### 1.3. Caractéristiques des visites auprès des centres et services dispensés

Il est possible que le revenu des usagers détermine le type de service qu'ils reçoivent dans les centres de santé. Par exemple, l'attitude du personnel et les soins prodigués varieraient selon le revenu du patient. À cet égard, le tableau 8.7 présente quelques éléments caractéristiques relatifs aux visites dans le cas des deux quintiles de revenus. En ce qui a trait au temps d'attente avant de rencontrer un personnel soignant, il est moins élevé pour les patients du 1<sup>er</sup> quintile (28 vs 42 minutes) de même que pour le patient médian (15 vs 20 minutes). Ce phénomène s'explique par le fait que les patients moins nantis se présentent dans des centres moins achalandés que ceux fréquentés par les patients plus

nantis. D'ailleurs, ces derniers sont plus nombreux à offrir un montant d'argent dans l'espoir de réduire leur temps d'attente. Certains indicateurs sont à l'avantage des patients plus nantis, en particulier les préférences quant au genre du personnel médical soignant sont un peu plus souvent respectées (98 % vs 94 %). La durée de la visite est en moyenne légèrement en faveur des patients nantis (bien que la médiane soit identique : 10 minutes), de même que l'attitude amicale ou très amicale avec les patients.

Tableau 8.7 : Caractéristiques des visites

	<b>1<sup>er</sup> Quintile</b>	<b>5<sup>e</sup> Quintile</b>
Temps d'attente (minutes)	27,7 (15)	41,5 (20)
Payer pour réduire attente (%)	1,6	4,6
Préférences H/F respectées	93,8 (100)	97,7 (100)
Durée de consultation (min)	9,8 (10)	10,5 (10)
Amicale ou très amicale	94,8	97,2

Source : Enquête auprès des Établissements Sanitaires – Tchad 2004

On observe certaines différences significatives quant aux soins dispensés aux patients selon les quintiles de revenus. Ainsi, comme le tableau 8.8 l'indique, les tests en laboratoire sont nettement plus souvent effectués auprès des patients du quintile le plus riche relativement au quintile le plus pauvre, et ce quelle que soit la localisation géographique (non illustré). Toutefois, l'écart est nettement moins marqué en ce qui a trait aux ordonnances de médicaments. On note qu'environ 4/5 des patients se font prescrire des telles ordonnances.

Tableau 8.8 : Fréquence des services dispensés selon les quintiles (en pourcentage)

	<b>1<sup>er</sup> Quintile</b>	<b>5<sup>e</sup> Quintile</b>
Tests de laboratoire	6,4	16,7
Ordonnance de médicament	78,6	80,9

Source : Enquête auprès des Établissements Sanitaires – Tchad 2004

Les frais encourus par les patients lors des visites varient également de manière notable selon les quintiles. Tel qu'observé au tableau 8.9, les coûts moyens de consultation, des médicaments, et totaux des visites, sont nettement moins élevés pour le 1<sup>er</sup> quintile relativement au 5<sup>e</sup> quintile.

Tableau 8.9 : Coûts moyens des frais médicaux selon les quintiles (FCFA)

	<b>1<sup>er</sup> Quintile</b>	<b>5<sup>e</sup> Quintile</b>
Coûts de la consultation	209,4	592,9
Coûts des médicaments	700,3	2456,5
Coûts total	1036,9	4046,6

Source : Enquête auprès des Établissements Sanitaires – Tchad 2004

En revanche, le portrait change radicalement quand on évalue ces coûts par rapport au revenu du patient (Tableau 8.10). En effet, les coûts totaux moyens d'une visite pour un patient du 1<sup>er</sup> quintile représentent 21 % de son revenu mensuel moyen (médian 17 %), contre environ 2 % pour le patient du 5<sup>e</sup> quintile (médian 0,9 %). Ainsi, les coûts des services de santé représentent en moyenne un fardeau 10 fois plus important (médian 19 fois) en terme relatif pour le quintile le plus pauvre par rapport au quintile le plus riche, ce qui en dit long sur l'accessibilité relative des soins de santé primaire selon le revenu.

Tableau 8.10 : Frais médicaux moyens en % des revenus mensuels moyens des quintiles

	1 <sup>er</sup> Quintile	5 <sup>e</sup> Quintile
Coût moyen de consultation / revenu mensuel moyen du quintile	4,3%	0,3%
Coût moyen des médicaments / revenu mensuel moyen du quintile	14,3%	1,3%
Coût moyen total / revenu mensuel moyen du quintile	21,2%	2,1%

Source : Enquête auprès des Établissements Sanitaires – Tchad 2004

#### 1.4. Qualité des services : disponibilité des infrastructures et du personnel

Pour dresser un portrait de la qualité des soins, il est nécessaire d'examiner certaines caractéristiques intrinsèques aux centres de santé, comme les infrastructures de base, la disponibilité du personnel soignant et les services offerts.

Tableau 8.11 : Caractéristiques des CS fréquentés selon les quintiles de revenus (%)

	1 <sup>er</sup> Quintile	5 <sup>e</sup> Quintile
Électricité	32,9	51,2
Eau	67,9	71,4
Téléphone	8,8	29,4
Salle d'attente	61,0	72,6
Salle de consultation privée	72,7	78,6
Toilette patient	69,1	76,6
Évier	57,8	66,7

Source : Enquête auprès des Établissements Sanitaires – Tchad 2004

Tel que présenté au tableau 8.11, les centres de santé fréquentés par les patients les plus pauvres disposent en moyenne d'installations moins bien équipées que les centres fréquentés par les patients les plus riches. En particulier, les cliniques fréquentées par les patients du 1<sup>er</sup> quintile de revenus disposent en moyenne de significativement moins d'accès à l'électricité, à l'eau potable et aux moyens de télécommunication. Les installations destinées à accueillir les patients moins nantis sont également moins bien équipées que celles des cliniques accueillant les patients mieux nantis (salles d'attente et de consultation privée, accès à des toilettes ou à un évier).

Finalement, le tableau 8.12 présente certaines caractéristiques des services offerts aux patients dans les différents centres de santé ainsi que le personnel médical disponible. Comme nous l'avons souligné au chapitre 2, les tests de dépistage du VIH/Sida sont très peu répandus au Tchad malgré une forte prévalence de la pandémie. Ce faible accès à des techniques de dépistage est particulièrement visible dans les cliniques fréquentées par les patients moins nantis puisqu'à peine 1,6 % d'entre elles disposent de telles techniques. La proportion augmente légèrement dans les centres fréquentés par les populations plus nantis, alors que 13,5 % de ces cliniques offrent des tests de dépistage du VIH/Sida. Quant aux services d'hospitalisation, ils sont également offerts plus fréquemment dans les centres fréquentés par les patients plus nantis.

Tableau 8.12 : Services offerts et personnel médical selon les quintiles (%)

	1 <sup>er</sup> Quintile	5 <sup>e</sup> Quintile
Dépistage VIH/Sida	1,6	13,5
Hospitalisation	21,0	29,0
Médecins		
Rural	1,0	3,9
N'djamena	45,5	62,2
Autres villes	17,9	20,0
Tchad	7,9	29,8
Sages femmes		
Rural	58,8	44,2
N'djamena	22,7	24,5
Autres villes	14,3	36,0
Tchad	50,6	34,9

Source : Enquête auprès des Établissements Sanitaires – Tchad 2004

Tel que discuté au chapitre 3, le ratio de médecin par habitant est extrêmement faible au Tchad, et nettement en deçà des normes minimales établies par l'OMS. Le tableau 8.12 montre que la disponibilité de médecins varie très fortement selon le niveau de revenus des patients, et tout particulièrement selon la région géographique. Ainsi à l'échelle du pays, 30 % des centres fréquentés par les patients plus nantis disposent de médecins, alors que cette proportion est près de 4 fois plus faible pour les centres de santé fréquentés par les patients moins nantis. Cet accès à un médecin est toutefois essentiellement une affaire urbaine, tant pour les riches que les pauvres. En effet, le taux de disponibilité d'un médecin dans la capitale est supérieur à 60 % pour les populations nantis, tandis qu'il est 15 fois plus faible en milieu rural pour cette population. Pour les patients moins nantis, les médecins sont disponibles dans près de la moitié des centres de la capitale. Par contre, on retrouve des médecins dans à peine 1 % des centres en milieu rural, soit 45 fois moins que dans la capitale.

Pour les populations les plus pauvres, l'accès aux sages femmes, est un peu plus adéquat, en particulier en région rurale. Dans ces régions, le taux de disponibilité des sages-femmes dans les cliniques fréquentées par le 1<sup>er</sup> quintile dépasse celui des cliniques fréquentées par le 5<sup>e</sup> quintile. En région urbaine toutefois, l'accès aux sages femmes est plus élevé pour les populations plus nanties, tout particulièrement dans les régions urbaines hors de la capitale.

## II. Performance du Secteur de la Santé Primaire

Il n'existe pas de consensus sur les indicateurs de performance des centres de santé. Cependant, plusieurs indicateurs sont utilisés pour tenter de capturer la performance. Parmi les indicateurs les plus usités on trouve généralement le nombre de consultations totales, le nombre de consultations totales par médecin, les consultations par employé, etc. Tous ces indicateurs ne contrôlent pas le niveau de qualité offert par le CS qui est encore plus difficile à mesurer. Cependant il est clair que la qualité des soins est un facteur explicatif important de la performance d'un prestataire de soins de santé. Ce chapitre présente un éventail d'indicateurs comme mesure de performance. On prendra comme mesure de la qualité du CS le nombre de semaines de ruptures de stock pour les médicaments, ou le nombre de médicaments pour lesquels le CS a connu des ruptures de stock sur une période déterminée.

## 2.1. Ruptures de Stock Médicaments

L'enquête a permis de faire le suivi de 9 médicaments et 2 consommables médicaux importants. Cette section se concentre sur les médicaments. Les CS ont rapporté le nombre de semaines de rupture de stock de ces médicaments durant l'année 2003, ainsi que la quantité en stock dont ils disposaient lors du passage des enquêteurs. Le tableau 8.13 montre le nombre de semaines de rupture de stock pour les 9 médicaments suivis. On observe que les CS publics enregistrent en moyenne le nombre de semaines de ruptures le plus élevé pour tous les médicaments à l'exception du paracétamol. En moyenne les CS publics ont été en rupture de sels de réhydratation orale presque deux semaines et demie durant l'année. Les CS publics ont été en rupture de stock de quinine, un médicament très important pour le traitement du paludisme, en moyenne presque trois semaines durant l'année. Il faut noter que le paludisme est un important contributeur à la morbidité et à la mortalité au Tchad.

Tableau 8.13 : Rupture de Stock de Médicaments – Nombre Moyen de Semaines

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confessionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndjaména	TCHAD
SRO	2.40	0.71	0.67	2.00	1.30	0.72	6.65	1.97
Paracetamol	0.98	0.13	0.29	2.29	0.71	1.12	1.11	0.83
Cotrimoxazole	1.08	0.09	0.31	0.00	0.98	0.41	0.57	0.83
Ampiciline	2.91	1.00	1.38	0.00	3.50	1.15	0.46	2.35
Chloroquine	0.91	0.00	0.08	0.29	0.47	1.97	0.51	0.69
Métronidazole	0.61	0.54	0.22	0.00	0.43	0.56	0.92	0.53
Quinine	2.79	0.56	1.38	0.00	1.79	5.35	1.00	2.28
Mébendazole	0.70	0.05	0.09	0.67	0.55	0.47	0.61	0.55
Tétracycline	0.77	0.00	2.40	1.67	1.11	0.45	0.85	0.99
Moyenne	1.36	0.47	0.62	0.74	1.04	1.37	1.31	1.13
% CS connu rupture	62	41	52	28	58	58	50	56

Source: Enquête Auprès des Établissements Sanitaires - Tchad 2004

De plus, sur les 9 médicaments suivis, les CS publics ont en moyenne été en rupture de 1,36 médicaments contre seulement 0,47 ; 0,62 ; et 0,74 pour les privés, confessionnels et ONG respectivement. Il y a donc une probabilité beaucoup plus forte de ne pas trouver un médicament donné dans un centre de santé public. De même, 62% des CS publics ont connu au moins une rupture de stock pour les médicaments étudiés. Cette proportion est de 28% pour les ONG qui ont la plus faible probabilité de faire face à des ruptures de stock de leurs médicaments.

Les responsables de CS peuvent quelques fois ne pas se rappeler du nombre exact de semaines durant lesquelles le CS a été en rupture stock pour un médicament précis. Ceci réduit la qualité de l'information présentée au tableau 8.13. Afin de pallier à cette carence, une information plus précise a été obtenue en interrogeant les responsables sur la quantité disponible en stock pour les mêmes médicaments le jour de l'enquête. On considère alors qu'il y a rupture de stock lorsque le médicament en question n'est pas disponible dans le CS à ce moment. Le tableau 8.14 renseigne sur les ruptures de stock à l'instant.

Tableau 8.14 : % CS en Rupture de Stock de Médicaments au Moment de l'Enquête

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confes- sionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndjaména	TCHAD
SRO	26.70	12.82	11.36	14.29	19.37	26.32	28.85	22.06
Paracétamol	17.80	2.56	4.55	28.57	12.04	18.42	17.31	13.88
Cotrimoxazole	11.52	0.00	11.36	0.00	8.90	7.89	13.46	9.61
Ampiciline	12.57	10.26	6.82	14.29	9.95	13.16	15.38	11.39
Chloroquine	14.66	5.13	6.82	14.29	10.47	21.05	11.54	12.10
Métronidazole	15.18	5.13	13.64	14.29	12.04	15.79	17.31	13.52
Quinine	29.32	2.56	15.91	14.29	23.56	21.05	23.08	23.13
Mébendazole	17.80	5.13	6.82	28.57	12.04	13.16	25.00	14.59
Tétracycline	19.90	10.26	15.91	28.57	14.14	39.47	17.31	18.15

Source: Enquête Auprès des Établissements Sanitaires - Tchad 2004

Lorsqu'on ne considère pas les ONG en raison de leur petit nombre, les CS publics ont pour tous les médicaments une probabilité plus élevée d'être en rupture de stock. Comme on peut le constater, la disponibilité continue des médicaments est loin d'être achevée au Tchad. Ces observations contredisent les résultats obtenus par le RASP (2004) qui utilisait des données agrégées au niveau des préfectures. L'enquête auprès des établissements permet d'avoir une information plus fine et précise sur la disponibilité des médicaments au niveau opérationnel. En terme régional, les ruptures sont beaucoup plus probables à Ndjaména que dans les autres centres urbains ou dans le milieu rural. Ceci est certainement dû à un comportement d'optimisation des CS Ndjaménois qui ont un accès plus simple et rapide aux médicaments et qui peuvent donc se permettre d'avoir un stock minimal pour éviter les pertes par péremption par exemple.

Des informations similaires ont été collectées lors de l'enquête pour cinq vaccins importants. Il ressort encore des tableaux suivants que les CS publics ont connu des ruptures de stock de vaccins en 2003 et en connaissent aussi au moment de l'enquête. En effet, près du tiers (31,4 %) des CS publics n'ont pas de vaccins BCG en stock au moment de l'enquête.

Tableau 8.15 : Ruptures de Stock de Vaccins – Nombre Moyen de Semaines

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confes- sionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndjaména	TCHAD
BCG	4.50	3.22	6.14	17.20	5.18	5.48	3.46	5.03
DTC	2.04	2.56	3.89	1.00	2.66	2.19	0.58	2.35
POLIO	1.64	2.67	1.97	1.00	1.94	1.44	0.65	1.72
ANTI-AMAR.	5.94	4.67	7.49	1.00	5.96	9.93	2.35	6.02
ROUGEOLE	3.04	2.00	4.38	1.00	3.01	5.70	1.52	3.17

Source: Enquête Auprès des Établissements Sanitaires - Tchad 2004

Tableau 8.16 : % CS en Rupture de Stock de Vaccins au Moment de l'Enquête

	APPARTENANCE				LOCALISATION			
	Public	Privé	Confes- sionnel	ONG	Rural	Autre Urbain	Ndjaména	TCHAD
BCG	31.41	2.56	22.73	42.86	26.70	34.21	19.23	26.33
DTC	18.85	2.56	6.82	42.86	16.75	15.79	9.62	15.30
POLIO	21.47	2.56	9.09	28.57	19.90	13.16	9.62	17.08
ANTI-AMAR.	26.18	0.00	22.73	28.57	25.65	18.42	11.54	22.06
ROUGEOLE	20.42	0.00	6.82	28.57	17.28	15.79	9.62	15.66

Source: Enquête Auprès des Établissements Sanitaires - Tchad 2004

## 2.2. Production et Productivité des Centres de Santé

Les CS peuvent être considérés comme des unités de production à travers lesquelles des intrants (médecins, médicaments, consommables médicaux, etc.) sont transformés en outputs (nombre de malades, cas de diarrhée, cas de paludisme, nombre accouchements, etc). En général c'est le niveau global des ressources – publiques et privées - ainsi que l'efficacité dans leur utilisation qui détermine le niveau de production d'un centre de santé. La qualité est aussi fonction de cette efficacité et a un impact certain sur la production.

Les données utilisées dans cette section sont issues des rapports mensuels d'activité (RMA) transmis chaque mois par les CS au MCD. Ce dernier consolide les rapports de son district, les envoie au délégué régional qui lui-même consolide les informations au niveau régional et les fait parvenir à la DSIS à Ndjaména. Cette section utilise les données existantes pour les CS qui ont été visités durant l'enquête. Les CS ne reportent malheureusement pas toujours leur activité de façon précise et constante à la DSIS. Un certain nombre de RMA ne sont donc pas disponibles. Pour ne pas biaiser les résultats, les moyennes mensuelles sont utilisées ici. Un biais pourrait toujours exister si par exemple il y a des effets saisonniers et certains centres de santé n'envoient pas les RMA pour ces mois spécifiques ou bien si les RMA manquants sont systématiquement les mêmes. Un examen rapide des données manquantes montre un caractère aléatoire pour les périodes non renseignées. Ceci est rassurant en cela qu'on peut considérer la procédure utilisée - prendre la moyenne mensuelle sur les données disponibles par CS - immune de biais.

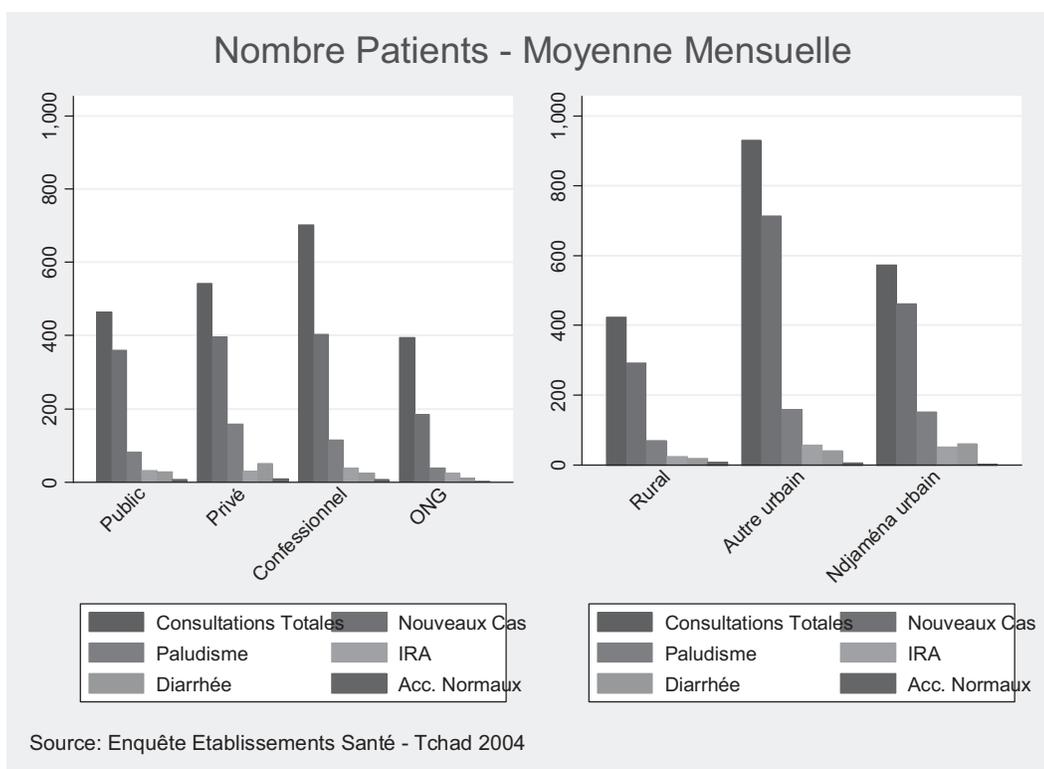


Figure 8.1 : Production des CS

Pour avoir une idée rapide du niveau de production des CS la figure 8.1 montre certains indicateurs selon l'appartenance et la localisation du CS. Le nombre de consultations totales donne le niveau de production. Les maladies importantes du Tchad comme le paludisme, les IRA et la diarrhée pour les maladies des enfants, et le nombre d'accouchements normaux pour la santé maternelle sont aussi considérés. Les CS confessionnels affichent le niveau de production le plus important avec un nombre de patients moyen par mois de 40 % supérieur à la moyenne nationale qui est de 510 patients par mois et par CS. Les centres de santé affiliés à des ONG traitent le plus faible nombre de patients par mois ; le fait que les données n'existent que pour trois de ces CS introduit un doute quant à la robustesse de ce résultat. Bien qu'au niveau agrégé, les CS confessionnels traitent le nombre le plus élevé de patients, ceux-ci opèrent des choix en fonction de leurs symptômes de maladie et choisissent le type de prestataire qui leur semble le mieux outillé pour cette maladie. Les choix peuvent aussi être guidés par des considérations financières ou d'accès géographique. Dans tous les cas, les patients paludéens ou victimes de diarrhée préfèrent se rendre plutôt dans les cliniques privées. Les CS confessionnels sont visités surtout pour les accouchements (pas sur graphique) et les infections respiratoires aiguës. Les CS publics et les ONG ont le plus faible nombre de visites pour toutes les maladies pratiquement. En terme géographique, les CS dans les zones urbaines autre que N'djaména affichent le nombre moyen de consultations totales le plus élevé, plus du double de la production moyenne d'un CS rural typique. Ce dernier, du fait de sa faible population certainement a le niveau de production le plus faible aussi bien en agrégé que par type de maladies.

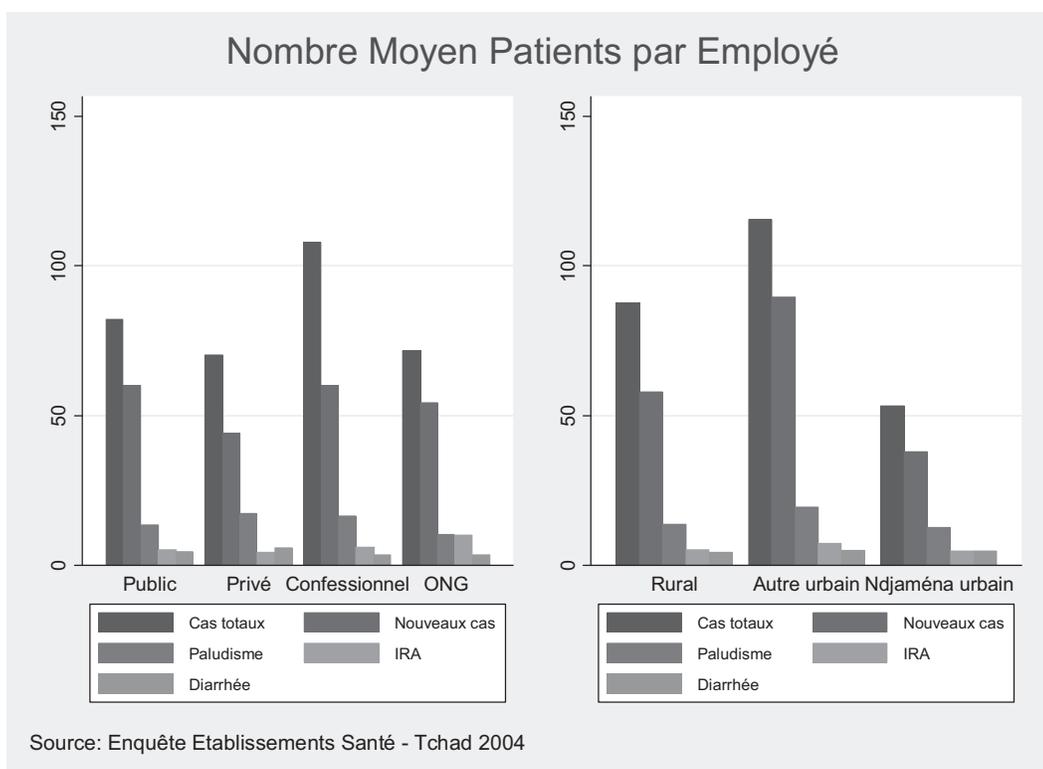


Figure 8.2 : Productivité des employés : nombre moyen de patients

Si le nombre total de patients traités mensuellement est un indicateur très important pour mesurer la vitalité d'un centre de santé, il ne constitue pas une mesure d'efficacité car ne prend pas en compte les effets d'échelle. Afin d'ajuster pour l'échelle de production un déflateur important est la taille de l'unité de production en l'occurrence le nombre d'employés. L'indicateur pertinent devient alors le nombre de patients traités mensuellement par employé. Les confessionnels sont toujours en tête en ce

qui concerne le nombre total de consultations. Cependant, la hiérarchie change puisque les CS publics arrivent en deuxième position malgré un écart important par rapport aux confessionnels. Les CS privés arrivent maintenant en queue de peloton, en raison de leur taille relativement importante. Un employé moyen dans un CS confessionnel soigne 37 patients par mois, soit environ 450 patients par année, de plus qu'un employé moyen dans un CS privé. L'écart avec les employés publics est de 300 patients par année. Par rapport au nombre moyen de nouveaux patients, les CS confessionnels sont encore classés premiers, cependant, les écarts avec les autres types de CS sont moins importants. Cela prouve que les confessionnels ont un taux de retour des patients importants ce qui dénote une certaine qualité dans le suivi des malades et est aussi un indicateur de la confiance que les patients ont pour ce type de CS. Un agent moyen d'un CS privé ausculte autant de paludéens que son collègue qui exerce dans un centre confessionnel. Les employés des ONG voient en moyenne plus de cas d'IRA.

Les CS localisés dans les autres centres urbains présentent encore un niveau de production par employé supérieur à ceux de N'djaména ou du milieu rural. Les écarts entre les efforts fournis par un employé dans le milieu rural ou dans les autres centres urbains par rapport aux employés des CS de N'djaména sont importants. En effet, un employé dans un autre centre urbain soigne par mois plus de deux fois plus de malades qu'un employé de N'djaména. Cet écart est encore plus important pour le secteur public où il atteint presque deux fois et demi. Ceci reflète la pléthore du personnel dans les CS publics de N'djaména par rapport aux autres zones. Un agent de la santé exerçant dans un CS public d'une zone urbaine autre que N'djaména soigne en moyenne plus de 900 malades par an de plus que son collègue N'djaménois. Pour les CS privés, le contraste existe entre le milieu rural et N'djaména. Les confessionnels sont surtout actifs en milieu rural. En revanche, pour les CS confessionnels, un employé de N'djaména travaille plus intensément qu'un employé dans les autres centres urbains.

Tableau 8.17 : Nombre de Patients par Mois par Employé

	Nombre de Patients				Comparaison avec Ndjaména	
	Rural	Autre urbain	Ndjaména	Tchad	Rural / Ndjam	Autre Urbain ./ Ndjam
Public	80.15	119.81	50.17	82.12	1.60	2.39
Privé	102.56	101.33	41.38	70.23	2.48	2.45
Confessionnel	112.34	39.31	88.20	107.99	1.27	0.45
ONG	60.60	–	77.54	71.90	0.78	–
Total	87.70	115.62	53.30	85.41	1.65	2.17

Source: Enquête Auprès des Établissements Sanitaires - Tchad 2004

Il est aussi important d'examiner la productivité des employés qualifiés qui en réalité sont censés être les seuls à poser des actes médicaux. Les mêmes résultats sont obtenus que ceux observés pour l'ensemble des employés. Les écarts sont cependant plus importants et le contraste entre N'djaména et toutes les autres zones est saisissant. Les employés qualifiés des centres de santé confessionnels effectuent un travail sans commune mesure avec leurs collègues et produisent trois fois plus que les employés des ONG.

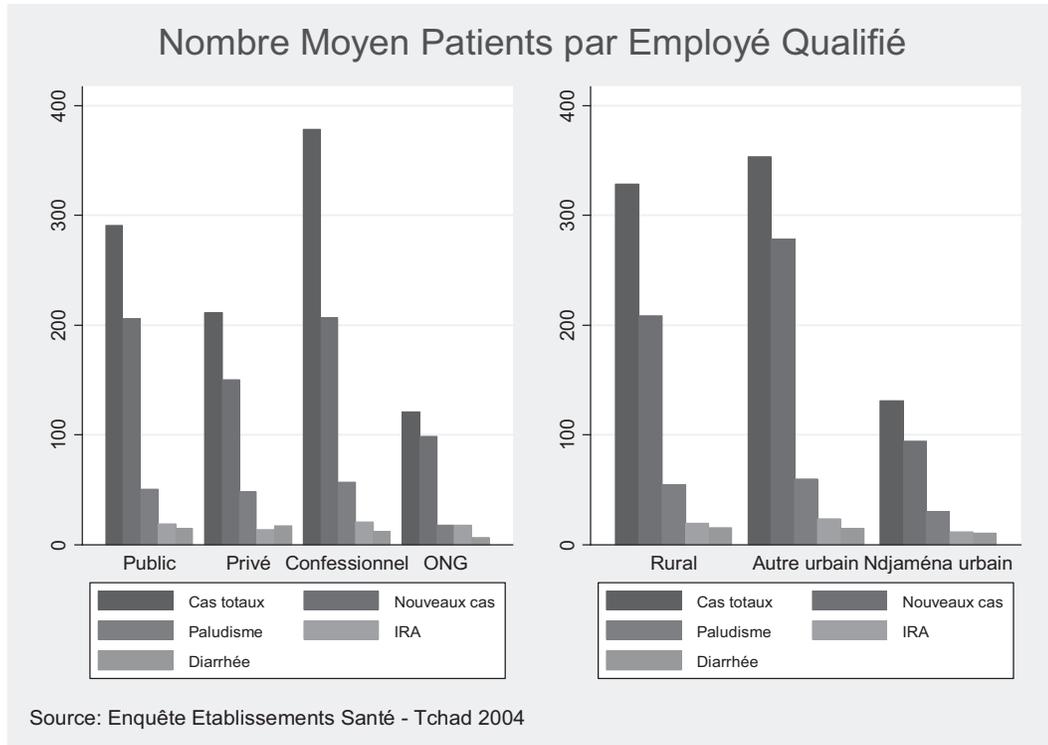


Figure 8.3 : Productivité des employés qualifiés : nombre moyen de patients

En matière de santé publique, les activités préventives comme la vaccination sont des activités à haute productivité. Au Tchad, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) est l'acteur principal dans la vaccination des enfants et des femmes. Le PEV fournit souvent gratuitement des intrants pour la vaccination dont les réfrigérateurs pour la conservation des vaccins. Il aide aussi à l'entretien de la chaîne de froid. De plus le PEV organise les journées locales de vaccination (JLV) et journées nationales de vaccination (JNV) qui ont un impact important sur les indicateurs de la vaccination.

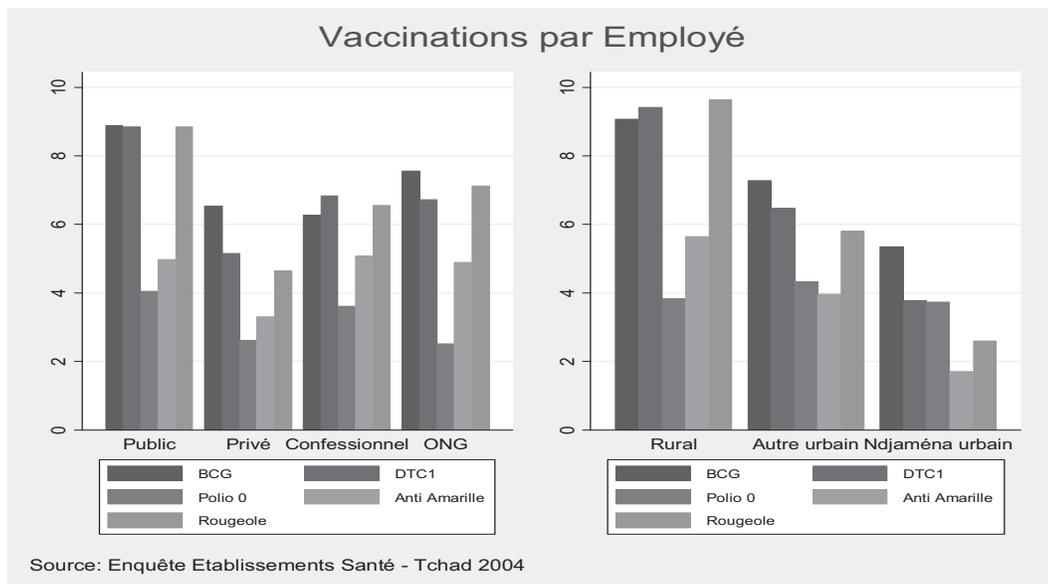


Figure 8.4 : Productivité des employés : nombre de vaccinations

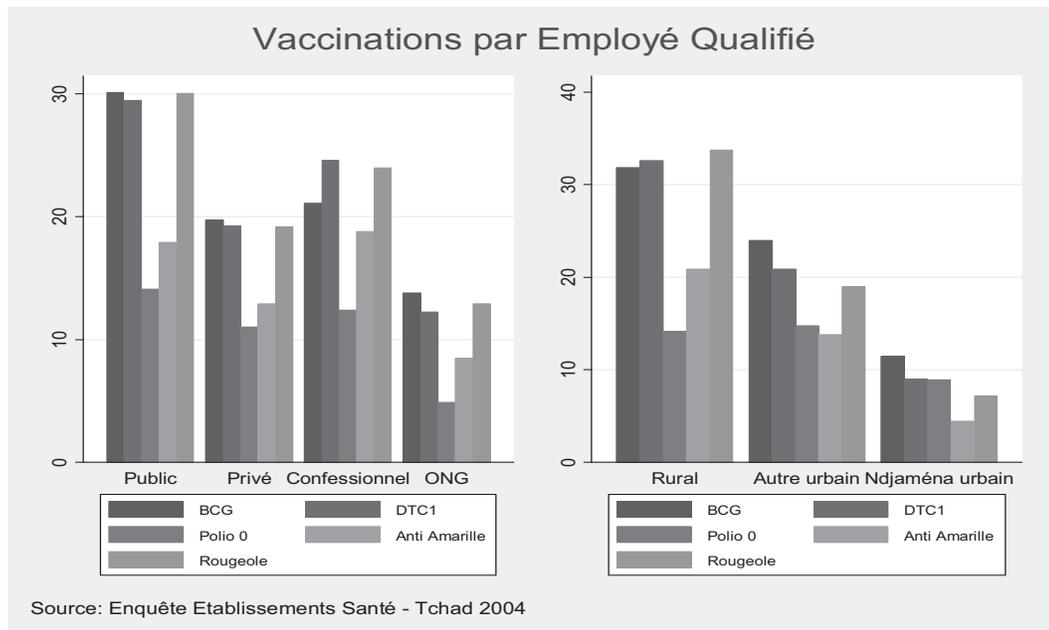


Figure 8.5 : Productivité des employés qualifiés : nombre de vaccinations

En termes de vaccination, les CS publics font plus de vaccination par employé que tous les autres centres. Il faut noter que la vaccination est gratuite au Tchad et que les privés en font rarement, préférant se concentrer sur des activités lucratives. À l'exception du vaccin contre le BCG, les prestataires ruraux font plus d'actes de vaccination par employé que toutes les zones urbaines. La différence est très significative pour la vaccination contre la rougeole. Si on considère le nombre de vaccinations par employé qualifié, les écarts deviennent plus importants. La productivité des CS de N'djaména en matière d'activités préventives est, à l'image des activités curatives, peu impressionnante et surtout très décevante.

Les corrélations partielles entre le nombre de patients par employé (ou par employé qualifié), peuvent être trompeuses. Pour avoir une meilleure compréhension des nombreux facteurs influençant la performance, le tableau 8.18 montre les résultats de régressions tentant de capturer de manière rigoureuse les déterminants de cette productivité. En effet, une des raisons possible de l'apparente faible performance des CS de la capitale peut se trouver dans le fait que la concurrence y est très forte du fait du nombre important de prestataires de services disponibles pour un individu cherchant des soins.

En effet, en contrôlant pour un certain nombre de caractéristiques importantes N'djaména est toujours moins performant mais dans une moindre mesure. Le nombre d'hôpitaux dans le district sanitaires par exemple réduit le nombre de patients traités par agent de santé dans un CS primaire. En revanche, le nombre de CS dans le district ou la concurrence à laquelle fait face un CS, en termes du nombre de CS offrant les mêmes services dans un rayon de 2 kilomètres, ont une influence peut importante. Si les CS confessionnels sont plus productifs globalement, les CS publics semblent être les meilleurs pour la diarrhée, et les CS privés remportent la palme pour les infections sexuellement transmissibles.

Tableau 8.18 : Déterminants Productivité des Agents de Santé

	Moyenne Mensuelle par Employé					Moyenne Mensuelle par Employé Qualifié				
	Consult Totales	Paludism	IRA	Diarrhée	Autres IST	Consult Totales	Paludism	IRA	Diarrhée	Autres IST
Privé	0.012	2.957	-1.186	1.278	1.813	-28.541	0.605	-4.283	3.528	4.337
	0	-1.27	-0.98	-1.29	(2.05)**	-0.51	-0.06	-0.9	-1.05	-1.49
Confessionnel	19.725	1.035	0.36	-1.368	-0.392	50.967	-2.164	-0.235	-5.401	-1.941
	(1.84)*	-0.57	-0.4	(1.78)*	-0.59	-1.25	-0.27	-0.07	(2.05)**	-0.89
ONG	12.172	-3.76	3.73	-1.73	-1	-66.772	-29.028	-4.444	-9.421	-4.157
	-0.36	-0.64	-1.06	-0.69	-0.49	-0.52	-1.14	-0.32	-1.11	-0.61
Autre Urbain	25.89	5.152	1.843	-0.266	0.169	-5.039	-0.667	1.694	-6.696	-1.52
	(1.72)*	(2.14)**	-1.54	-0.26	-0.18	-0.09	-0.06	-0.36	(1.93)*	-0.5
N'Djaména	-15.395	-0.158	0.686	-0.331	-0.666	-140.118	-19.744	-4.249	-8.663	-3.119
	-0.83	-0.05	-0.44	-0.26	-0.52	(1.98)**	-1.49	-0.69	(1.96)*	-0.74
Hôp. ds district	-8.565	-0.617	-0.673	-0.231	-0.206	-35.398	-4.554	-2.473	-2.107	-0.838
	(1.98)**	-0.84	(1.83)*	-0.74	-0.75	(2.14)**	-1.44	(1.71)*	(1.99)**	-0.92
CS dans district	-0.762	-0.421	-0.065	-0.006	-0.012	-5.119	-1.57	-0.303	-0.262	-0.088
	-1.59	(5.18)***	-1.64	-0.18	-0.35	(2.38)**	(3.79)***	-1.63	(1.89)*	-0.66
Nbre CS à 2 km	0.696	-0.138	0.192	0.241	0.155	9.401	0.998	0.691	1.648	0.37
	-0.18	-0.24	-0.65	-0.98	-0.63	-0.65	-0.4	-0.59	(1.96)*	-0.45
Log pop. district	-44.469	-2.184	-3.057	-2.132	-1.051	-95.435	-0.502	-7.067	-5.042	-2.624
	(3.11)***	-0.92	(2.63)***	(2.13)**	-1.18	(1.74)*	-0.05	-1.53	-1.47	-0.89
Constante	653.099	50.844	44.697	30.992	14.822	1,638.16	102.979	115.763	86.813	40.819
	(3.74)***	(1.77)*	(3.16)***	(2.54)**	-1.37	(2.45)**	-0.82	(2.05)**	(2.07)**	-1.14
Observations	224	239	234	239	204	210	224	219	224	193
R-squared	0.17	0.18	0.1	0.05	0.04	0.19	0.13	0.07	0.1	0.04

Absolute value of t-statistics in parentheses

\* significant at 10%; \*\* significant at 5%; \*\*\* significant at 1%

### 2.3. Dépenses Publiques et Productivité des Régions et Districts de Santé

La section précédente a analysé la productivité des centres de santé selon leur appartenance et leur localisation. Elle n'a toutefois pas pris en compte l'efficacité des dépenses publiques pour la production de soins de santé. Cette section s'intéresse particulièrement à cette question, en utilisant les données des RMA de la DSIS agrégées par district et par délégation sanitaire, auxquelles ont été ajoutées les données financières disponibles pour l'analyse de l'efficacité des dépenses publiques. Il s'agit ici d'examiner le lien entre les dépenses (de fonctionnement) que l'État attribue à un district ou une région et la production de cette entité administrative.

La figure 8.6 montre la relation entre les dépenses prévues dans le budget pour une région et la population totale de la région d'une part, et les dépenses effectives parvenant dans la région et la population d'autre part. Il semblerait que la population soit un critère important dans l'allocation des régions. Le BET et le Chari-Baouirmi se trouvent aux extrémités de l'intervalle des allocations. Cependant, le Chari-Baouirmi semble avoir une prime importante par habitant dans les prévisions de dotations. Cette prime disparaît totalement pour les allocations effectives. Le Mayo-Kebbi qui reçoit relativement moins en prévision par rapport aux autres régions se rattrape lors des allocations réelles. Il faut noter l'écart entre les prévisions et les réceptions effectives de ressources.

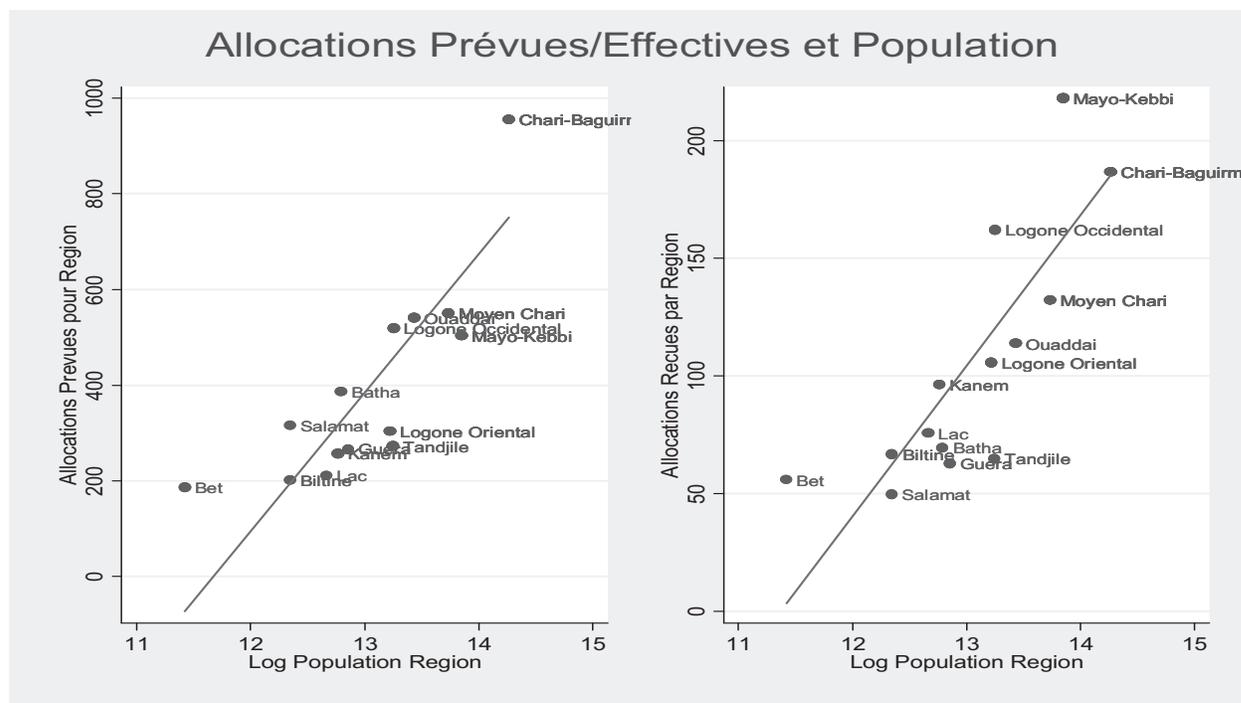


Figure 8.6 : Dépenses Fonctionnement Prévues vs Allouées et Population

Les dépenses publiques ont-elles un impact sur la production, en termes de nombres de patients visitant les CS, des régions ? Une réponse préalable à cette question est offerte par la figure 8.7 qui montre la relation entre les dépenses par habitant (en FCFA) dans la délégation et le nombre de patients pour 1000 habitants visitant les prestataires de santé primaire. Les ressources publiques prévues sont les ressources inscrites sous la rubrique des délégations régionales dans le budget du MSP, tandis que les ressources effectives sont celles qui ont été estimées parvenir effectivement aux régions dans le chapitre 4 de ce rapport. Les informations financières utilisées sont celles du tableau 4.4. à la page 71 de ce rapport. La production des régions est le nombre de consultations totales déclarées par les centres de santé inscrites dans les RMA envoyés aux autorités administratives que la DSIS consolide.

Contrairement aux résultats du RASP (2004, figure 6.8 p. 133), les ressources publiques allouées aux DRS dans le budget national semblent avoir un impact négatif sur la production des CS, comme le montre le graphique de gauche de la figure 8.7. Cette figure confirme le fait empirique observé dans plusieurs pays d'une faible corrélation entre les dépenses inscrites dans le budget et les indicateurs de santé. Il a même été observé dans certains cas qu'un accroissement des dépenses publiques semblait induire une détérioration des indicateurs de santé. La conclusion que l'État ne devrait pas investir dans le secteur de la santé s'impose t-elle avec cette analyse ?

Le graphique de droite de la figure 8.7 montre que l'État devrait en fait investir plus dans le secteur de la santé, car les dépenses publiques ont en réalité un impact positif et fort sur la production de soins de santé et donc la santé des populations. La différence notable, qui ressort de la figure 8.7., est que **seules les dépenses publiques effectives**, c'est-à-dire les dépenses qui parviennent aux régions, génèrent cet impact. Les dépenses de l'État peuvent donc contribuer à l'amélioration de la santé des populations, et donc à la relance de la croissance et la réduction de la pauvreté, à la condition qu'elles parviennent effectivement à ces dernières.

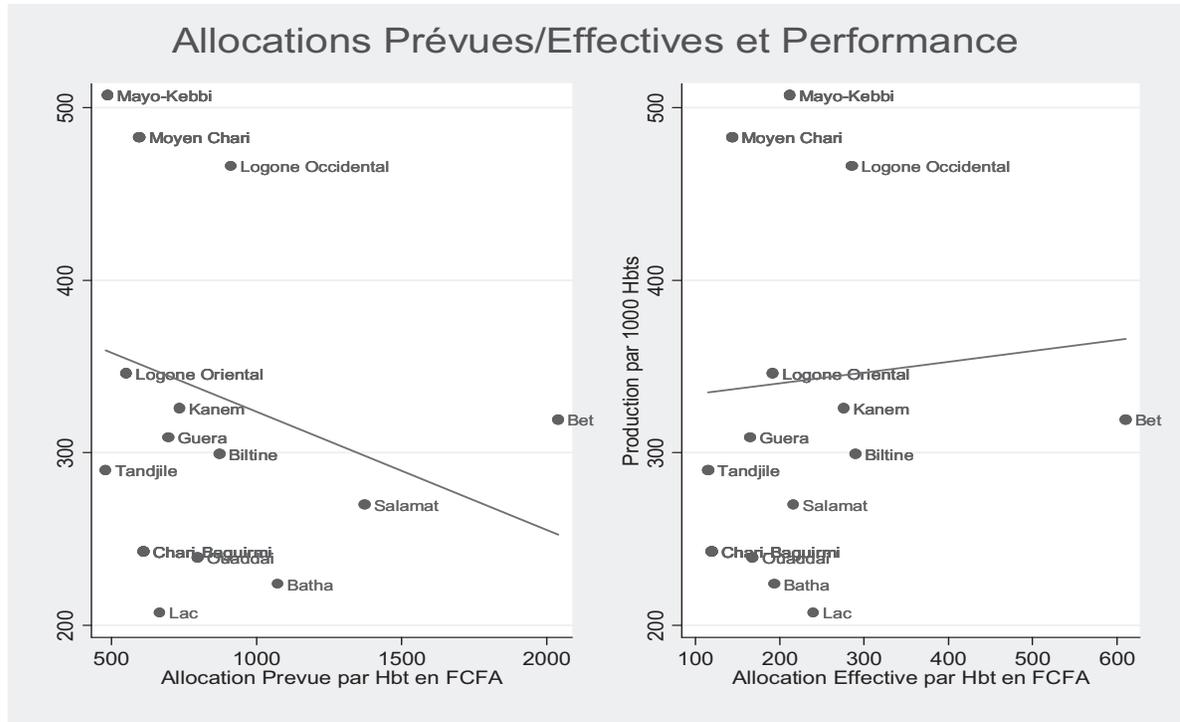


Figure 8.7 : Dépenses Fonctionnement Prévues vs Allouées et Performance

En première analyse, les délégations les plus performantes semblent être le Mayo-Kebbi, le Moyen-Chari et le Logone Occidental. Ce résultat pourrait cependant ne pas résister à une analyse plus rigoureuse qui prendrait par exemple en compte le comportement de la demande de santé de la population de ces régions, ou tout simplement de leur profil épidémiologique. Cette relation positive entre les dépenses effectives et la performance est quand même confirmée par une analyse sur les districts comme le montre la figure 8.8. Les districts bénéficiant de crédits délégués par habitant plus importants semblent produire plus de santé par habitant pour la population.

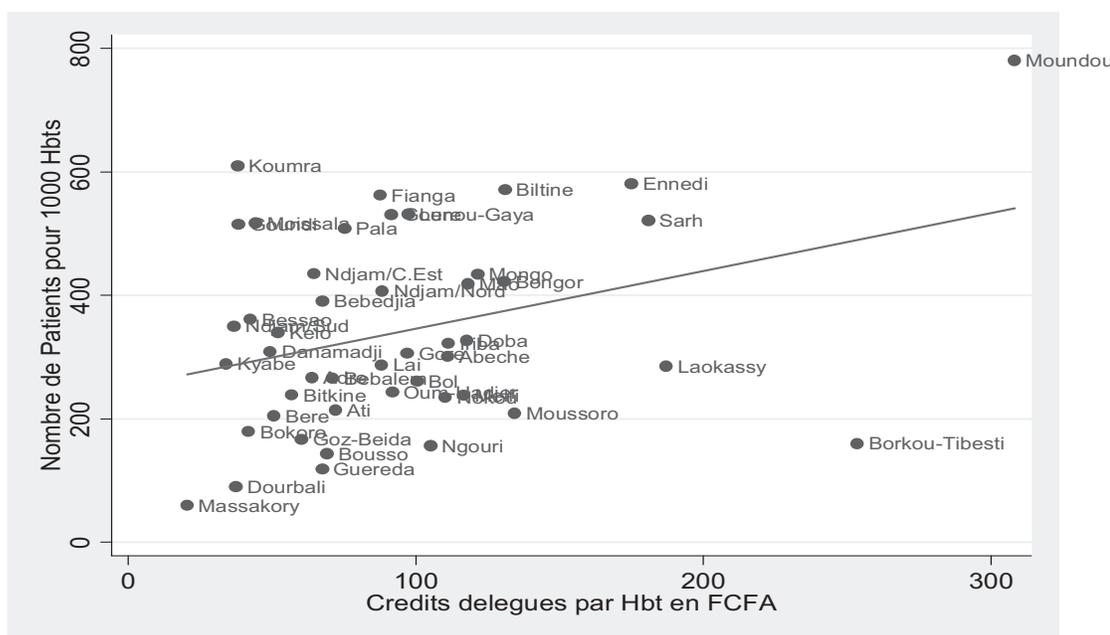


Figure 8.7 : Crédits Délgués aux Districts Sanitaires et Performance

Tableau 8.19 : Consultations Totales et Dépenses Publiques de Santé – Tchad 2003

Modèle No	Analyse Niveau Régional						Analyse Niveau District	
	Dépenses Publiques Prévues			Dépenses Publiques Effectives				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Alloc. Prévue	-125.44	87.182	195.72					
	-0.31	-0.16	-1.13					
Alloc. Effective				1,842.50	1,867.08	693.716	1,185.21	851.598
				(2.99)*	(3.06)*	(2.43)*	(3.05)**	(2.51)*
Nbre de CS (:1000)	1.5	3.7	-3.7	0.6	1.5	-4.3	1,696.23	1,156.66
	-0.43	-0.74	-1.98	-0.28	-0.68	(3.68)**	(2.57)*	-2.01
Population Totale	0.17	-0.001	0.078	-0.091	-0.068	0.166	0.15	0.107
	-0.4	0	-0.47	-0.6	-0.45	(2.49)*	(2.32)*	-1.92
Recettes Totales			1,204.98			990.088		491.594
			(8.39)**			(6.98)**		(4.15)**
Nbre districts (:1000)	35.6	39.0	28.9	50.1	50.1	32.6		
	-0.83	-0.88	-2.01	-1.68	-1.7	(2.80)*		
Masse salariale		-285.001	324.518		-265.612	299.158		
		-0.63	-1.99		-1.11	(2.46)*		
Observations	14	14	14	14	14	14	46	46
R-squared	0.79	0.8	0.98	0.89	0.91	0.99	0.6	0.72

Absolute value of t-statistics in parentheses

\* significant at 5%; \*\* significant at 1%

Le tableau 8.19 montre les résultats de régression du nombre total de consultations dans les CS de la région ou du district sur un ensemble de variables explicatives. Les six premières colonnes concernent les régions et les deux dernières les districts. Les trois premières régressions sont faites en utilisant comme variable explicative principale le budget alloué à la région tandis que les colonnes 4 à 6 sont équivalentes aux régressions 1 à 3 la seule différence étant que le budget alloué (allocation prévue) a

été remplacé par les ressources effectivement reçues (allocation effective). Au niveau du district, les ressources effectivement reçues sont considérées être les crédits délégués qui sont administrés par le MCD. Les coefficients associés au nombre de CS et au nombre de districts ont été divisés par 1000. La population totale est celle du district ou de la région en fonction du modèle considéré. Il en est de même pour la masse salariale ou les recettes totales. Ces dernières désignent les recettes que les CS rapportent avoir fait durant l'année 2003 ; il s'agit principalement des recettes du recouvrement de coûts.

Il ressort des trois premières régressions que le budget alloué aux régions n'explique en aucun cas la production de ces dernières. En effet, pour tous les trois modèles, le coefficient de l'allocation prévue n'est pas significatif, il est même négatif pour la première régression. Seul le troisième modèle exhibe une variable significative, ce sont les « recettes totales » qui expliquent la production des régions, donc seul le recouvrement de coûts est corrélé avec la production sanitaire régionale, les dépenses publiques ainsi qu'inscrites dans le budget n'ont aucun impact. Lorsque les allocations prévues sont remplacées par les allocations effectives, ces dernières sont toutes significatives dans toutes les régressions. Les dépenses publiques « réelles » ont donc un impact sur la production sanitaire des régions. Pour un million de FCFA de dépenses publiques effectives au niveau d'une délégation régionale, 693 patients en plus vont visiter les prestataires de services de santé primaire (voir modèle 6). Ce résultat est confirmé par les régressions des districts dont les résultats sont consignés dans les deux dernières colonnes du tableau 8.19.

Le tableau 4.4 du chapitre 4 montre qu'environ 4 milliards de FCFA budgétisés pour les DRS ne leur parviennent pas. En utilisant le coefficient du modèle 6, on peut estimer que presque trois millions de patients ne visitent pas les CS car les ressources budgétisées pour les DRS ne leur parviennent effectivement pas. On appréhende mieux l'impact considérable de la non arrivée des ressources publiques aux destinataires sur le secteur de la santé primaire en 2003 a traité environ deux millions et demi de patients.

Un mécanisme possible par lequel l'arrivée effective des ressources publiques permettrait un meilleur accès à la santé est la réduction du prix des médicaments. En effet, plusieurs études empiriques ont montré que le prix des médicaments constitue une barrière importante à l'accès aux soins de santé. Les populations souvent ne se rendent pas dans les CS car ils anticipent que leurs ressources sont insuffisantes pour couvrir les frais totaux de la visite surtout l'ordonnance prescrite. En effet, le chapitre 5 a démontré que cette dernière constitue 75% de ces frais.

#### ***2.4. Déperdition des Ressources Publiques et Marge Bénéficiaire***

La déperdition des ressources publiques destinées aux centres de santé peut avoir des effets négatifs importants sur les patients et affecter la santé de la population. Dans cette section, nous examinons à l'aide des données recueillies lors de l'enquête sur les établissements l'importance de la déperdition des ressources publiques des trois principales composantes des transferts publics vers les centres de santé : les médicaments, le matériel médical et le financement public. Les effets de ces déperditions de ressources sont examinés en terme d'effets sur le niveau de marge bénéficiaire sur les médicaments vendus aux patients par les CS, et qui constitue l'une des principales composantes des frais des usagers.

Nous estimons tout d'abord l'importance de la dissipation de ressources publiques en examinant les ressources (médicament, matériel et financement) qui atteignent les centres de santé, tel que rapportées par les administrateurs des centres de santé lors de l'enquête. Nous examinons ensuite le

niveau de marge bénéficiaire sur les médicaments vendus aux usagers établis par les centres de santé. Finalement, nous examinons si la déperdition de ressources a un effet significatif sur les niveaux de « markup » sur les médicaments, selon les différents types de centres de santé et les régions.

Les transferts gouvernementaux vers les CS se composent de 3 éléments principaux : le matériel médical, les médicaments et les transferts financiers. Tel que discuté au chapitre 4, l'enquête auprès des établissements a permis de recueillir des informations sur 8 matériels médicaux distribués par le MSP aux centres de santé. Des informations ont également été recueillies sur les médicaments distribués par le MSP auprès des CS, de même que sur les transferts en liquidités. Le tableau 8.20 présente le pourcentage de centres ayant reçu au moins l'un des 3 types de transferts (matériel, médicaments, finances) durant l'année 2003, selon la localisation géographique et l'appartenance du centre.

Tableau 8.20 : Pourcentage de CS Recevant des Ressources Publiques

	Rural	Autre urbain	Ndjaména	Tchad
Public	38.1	46.1	23.1	37.2
Privé	0	0	0	0
Confessionnel	10.5	0	0	9.1
ONG	33.3	0	0	14.3
Total	30.4	31.6	11.5	27.0

Source: Enquête Auprès des Établissements Sanitaires - Tchad 2004

On observe au tableau 8.20 que seulement 27% des 281 centres de santé de l'échantillon a reçu au moins l'un des trois types de transferts du MSP durant l'année 2003, dont 37% des cliniques publiques. Les cliniques privées à but lucratif ne reçoivent aucun transfert du gouvernement, alors que certaines cliniques des ONG et confessionnelles localisées en milieu rural reçoivent de l'aide gouvernementale. La forme la plus courante d'aide publique est le matériel médical, qui est reçu par 20% des centres, alors que l'aide financière n'est reçu que par 1% des centres. Tel que discuté au chapitre 2, la déperdition des ressources publiques semble donc prépondérante, tout particulièrement en ce qui a trait aux ressources financières.

Tel que discuté précédemment, la plupart des CS dispose d'une pharmacie qui vend des médicaments aux patients. L'enquête a permis de recueillir des informations sur les prix d'achat et de vente de 11 médicaments usuels et matériels médicaux vendus par les pharmacies des centres de santé. A l'aide de cette information, la marge bénéficiaire moyenne sur ces produits établi par les centres de santé, c'est-à-dire la différence entre le prix d'achat et de vente de ces produits, a été calculé et est présenté aux tableaux 8.21 et 8.22.

Tableau 8.21 : Marge Bénéficiaire Moyenne sur les Médicaments en FCFA

	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum
Public	42,3	36,4	-655,7	244,3
Privé	87,1	84,7	-32,9	301,7
Confessionnel	73,0	53,4	-51,5	343,9
ONG	92,4	44,3	0	217,3
Total	52,5	41,7	-655,7	343,9

Source: Enquête Auprès des Établissements Sanitaires - Tchad 2004

Tableau 8.22 : Marge Bénéficiaire Moyenne en FCFA selon la Localisation

	Moyenne	Médiane	Nombre de CS
Rural	48,9	38,9	180
Autre Villes	41,4	34,1	34
N'djaména	81,5	64,4	35
Total	52,5	41,7	249

Source: Enquête Auprès des Établissements Sanitaires - Tchad 2004

On observe que la marge bénéficiaire moyenne sur les médicaments vendus par les 249 centres de santé qui ont fourni l'information s'établit à 52,5 FCFA (médiane 41,7 FCFA). Les CS publics vendent leurs médicaments avec une marge bénéficiaire de moins de la moitié de celui des centres privés. Les centres administrés par les ONG et les confessionnels tendent aussi à vendre leurs médicaments avec une marge bénéficiaire moyenne plus élevée que les centres publics. Dans la capitale, la marge bénéficiaire est près du double de celle observée en moyenne en milieu rural, alors que la plus basse marge bénéficiaire (moyenne et médiane) est observée dans les centres urbains hors de la capitale.

#### 2.4.1. *Impact de la Déperdition des Ressources Publiques sur les Marges*

Nous avons estimé les effets de la déperdition des ressources publiques sur la marge bénéficiaire moyenne des médicaments établie par les CS. Les colonnes (1) à (4) du Tableau 8.23 présentent les résultats de différentes estimations des marges bénéficiaires moyennes par MCO groupés par régions. Nous avons également estimé l'effet de la déperdition des ressources sur les marges bénéficiaires en tenant compte de la nature endogène du niveau de compétition dans le secteur de la santé à l'aide d'équations simultanées par 3SLS (colonnes 5 et 6).

Pour l'ensemble de ces estimations, nous observons qu'il existe une relation négative et significative entre la marge bénéficiaire moyenne sur les médicaments et les transferts de ressources publiques vers les centres de santé. Ainsi, les CS qui reçoivent des transferts publics sont en mesure d'établir des niveaux de marge bénéficiaire moins élevés sur les médicaments et le matériel médical vendus aux patients que les centres qui ne reçoivent pas de transferts. La déperdition des ressources publiques semble donc avoir un effet négatif sur le coût aux usagers des CS et peut constituer un obstacle à l'accessibilité aux soins de santé.

On observe également que l'accroissement de la concurrence entre les centres de santé tend à réduire de manière significative la marge bénéficiaire moyenne sur les médicaments et donc à être favorable aux usagers. De plus, les CS qui sont localisés en régions rurales présente un niveau de marge bénéficiaire moyenne sur les médicaments significativement moins élevée que les centres en région urbaine (variable omise). La présence de docteurs, de même que de moyens de transport à la disposition du centre sont associés avec un niveau de la marge bénéficiaire moyenne plus élevée, en raison possiblement de coûts plus élevés. La disponibilité d'un téléphone au CS est associée avec une marge bénéficiaire plus basse, en raison possiblement de la meilleure information à la disponibilité du centre. Notons qu'à des fins de robustesse, des estimations similaires ont été effectuées sur l'effet des transferts publics autres que les médicaments (i.e. matériel et liquidités) sur les niveaux de marge bénéficiaire établis par les CS, et des résultats similaires ont été obtenus.

Tableau 8.23 : Régressions : Marge Bénéficiaire et Réception Ressources Publiques

	Marge	Marge	Marge	Marge	Marge	Concurrence
Reçu ressources publiques	-27.909 (2.96)**	-23.321 (2.45)**	-21.975 (2.36)**	-15.883 (2.50)**	-19.011 (1.75)*	
Privé		30.881 (2.02)**	20.575 (2.53)**	14.673 (1.89)*	25.567 -1.14	0.293 (1.71)*
Concurrence			9.722 (3.17)***	13.442 (2.42)**	-16.147 -0.61	
Rural				9.32 -0.52	-20.543 -0.61	
Masse salariale				0.003 -0.35	-0.006 -0.42	
Docteur				19.616 (5.69)***	20.09 (2.15)**	
Téléphone				-39.566 (2.69)**	-53.238 (2.67)**	
Électricité				17.721 -1.68	15.386 -0.9	
Moyen de transport				13.786 -1.31	34.372 (3.12)**	
CS fournit logement				12.189 -0.92	17.184 -1.54	
Nombre de lits				-0.502 (2.73)**	-0.653 -1.31	
Nombre bailleurs				8.532 -1.15	-5.464 -0.47	
N'Djaména						2.07 (13.69)***
Autre urbain						0.967 (6.50)***
ONG						-0.226 -0.66
Confessionnel						-0.066 -0.49
Soutien Bailleurs						-0.03 -0.23
Constante	60.76 (6.24)***	56.179 (6.77)***	51.155 (6.71)***	23.906 (2.42)**	108.304 (2.01)**	0.153 (2.22)*
Observations	249	249	249	249	249	249
R-squared	0.03	0.04	0.06	0.12	0.16	0.5

Absolute value of t-statistics in parentheses

\* significant at 10%; \*\* significant at 5%; \*\*\* significant at 1%

## Chapitre 9. CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était d'apporter un éclairage nouveau sur le secteur de la santé primaire au Tchad en mettant un accent particulier et unique sur le côté de l'offre des soins de santé. L'arrivée des ressources publiques dans les centres de santé primaire, ainsi que l'impact de ces ressources sur l'efficacité des prestataires de services de santé, constituait également un important volet de cette enquête.

Le constat général de cette étude est que bien que le secteur de la santé ait enregistré des progrès importants durant les dernières années, il reste encore beaucoup à faire afin d'améliorer la disponibilité et la qualité des soins. En effet, près de 80% des responsables de centres de santé sont d'avis que le manque de médicaments, de personnel qualifié, d'équipements, d'eau potable ou d'électricité constitue un problème très important ou important. La multiplicité des contraintes et des priorités semble inhérente au secteur de la santé. Dans un tel contexte, les ressources publiques peuvent constituer un élément essentiel pour les prestataires de service et l'amélioration de la santé des populations.

L'État consacre environ 6,7% de son budget total à la santé en 2003. Hors investissements, le budget de la santé représente 10,4% du budget de l'État. Le MSP à son tour consacre pratiquement 60% de son budget de fonctionnement hors salaires aux délégations régionales. En raison d'une centralisation excessive et de problèmes importants d'acheminement, la majeure partie de ce budget ne parvient pas aux régions. En effet, les délégations régionales ne reçoivent qu'environ 26% des ressources matérielles et financières qui leur sont officiellement allouées. A son tour, l'administration sanitaire des régions et des districts capture la plus grande partie des ressources qu'envoie le MSP. Ultimement, les centres de santé primaire ne reçoivent que moins de 1% du budget de fonctionnement hors salaires du MSP. Ainsi, le secteur de la santé au Tchad ne bénéficie que d'une part infime des ressources publiques. Dans ce contexte, le budget de l'État ne représente aucunement la réalité sur le terrain. Lorsque le gouvernement inscrit officiellement dans son budget 680 FCFA en dépenses de santé pour le Tchadien moyen, ce dernier en définitive bénéficie au niveau opérationnel de moins de 10 FCFA par habitant.

En grande partie, les ressources publiques de santé ne profitent donc pas directement à la population, étant retenues au niveau central. Bien que cette étude porte sur le secteur de la santé, les conclusions quant aux problèmes d'acheminement des ressources publiques sont en toute probabilité également valables pour les autres secteurs, tels que l'éducation, l'agriculture, ou les travaux publics. Une réforme importante du système de gestion des dépenses publiques s'impose afin de permettre aux acteurs opérationnels et aux populations de bénéficier des ressources publiques officiellement inscrites au budget national. Les implications sont importantes pour la croissance et la réduction de la pauvreté. En effet, cette étude a permis de démontrer que les centres de santé qui reçoivent des ressources publiques fournissent une quantité plus grande de soins de santé et tendent à réduire leurs marges bénéficiaires sur les médicaments. Ceux-ci deviennent alors plus accessibles aux ménages qui tendront ainsi à visiter le centre de santé plus fréquemment et surtout plus rapidement lorsqu'un épisode de maladie se déclare. En effet, les individus, surtout les plus démunis, tendent à retarder leurs visites aux centres de santé jusqu'à ce que les symptômes deviennent insupportables. Une des causes majeures de cette attente est le prix élevé des soins de santé, dont en particulier les médicaments qui représentent plus des deux tiers des frais aux usagers. Un niveau de ressources publiques plus important au niveau opérationnel permettrait donc un accès plus grands à des soins de santé et à des médicaments, et signifierait ultimement une population en meilleure santé et prête à apporter sa contribution à la croissance économique du pays.