



06.08.2021, Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ)
Contract No. 81262395 PN 17.2019.2-007.00

DEFINIR LE CADRE INSTITUTIONNEL DU REGIME AMED, SELON SES FONCTIONS ET SES PROCESSUS OPERATIONNELS

Rapport final

Damien Revault
Siméon Nsabimana
Fatchou Gakaitangou

avec Bruno Galland et Siddharth Srivatsava



Swiss TPH 
Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut
Institut Tropical et de Santé Publique Suisse
Associated Institute of the University of Basel

CONTACTS

Swiss TPH



Swiss Tropical and Public Health Institute
Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut
Institut Tropical et de Santé Publique Suisse

Associated Institute of the University of Basel

Swiss Tropical and Public Health Institute
Socinstrasse 57
P.O. Box
4002 Basel
Switzerland

www.swisstph.ch

Dr. Helen Prytherch

Head of Unit
Swiss Center for International Health
T: +41 61 284 86 86
E-mail: helen.prytherch@swisstph.ch

Damien Revault

Project Leader
Swiss Center for International Health
T: +41 61 284 86 73
E-mail: damien.revault@swisstph.ch



giz Deutsche Gesellschaft
für Internationale
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Dag-Hammarskjöld-Weg 1 – 5
65760 Eschborn
République Fédérale d'Allemagne
www.giz.de

Saibou Seynou

Conseiller Technique, Point focal P4H
Programme "Universal Health Coverage"
Projet d'appui à la mise en oeuvre de la stratégie
nationale CSU au Tchad
T: +235 68 45 66 43
E-mail: saibou.seynou@giz.de



**Cellule Interministérielle de Coordination de
la Stratégie Nationale de la CSU (CIC/SN-SCU)**
N'Djamena
Tchad

Dr. Dadjim Blagué

Coordinateur
CIC/SN-CSU
T: +235 66 34 59 52
E-mail: didadjimblague@gmail.com

Moukhtar Mahamat Ambadi

Coordinateur Adjoint
CIC/SN-CSU
T: +235 66 26 14 15
E-mail: moctar.csutchad@gmail.com

Abdelsalam Hammad Djamouss

Chef de Département Financement
Point focal de l'étude
CIC-SN-CSU
T : +235 66 274755
E-mail : djamouss1@yahoo.fr

REMERCIEMENTS

Nos remerciements s'adressent en premier lieu à l'équipe de la Cellule Interministérielle de Coordination de la Stratégie Nationale de Couverture Santé Universelle et en particulier au Coordinateur Dr Dadjim Blagué, à son Adjoint M. Moukhtar Mahamat Ambadi et à M. Abdelsalam Hammad Djamouss, Chef de Département de Financement et point focal désigné pour la coordination de l'étude. L'équipe s'est rendue particulièrement disponible et ouverte aux échanges, dans un contexte où la demande était forte pour disposer de résultats dans les meilleurs délais. Elle a su préserver la liberté de réflexion des consultants, afin qu'ils puissent donner le meilleur d'eux-mêmes et ainsi démontrer une ferme volonté de ne pas sacrifier la qualité du travail et d'obtenir des résultats probants et utiles pour la mise en œuvre de l'AMED.

Nous remercions bien évidemment le point focal du réseau P4H, M. Saibou Seynou, pour son accompagnement et les contributions aux réflexions ; et la GIZ, pour le réseau P4H, qui nous a fait confiance en sélectionnant notre offre pour réaliser ce travail dont le fruit est ici présenté.

L'étude a très bien été accueillie sur le terrain, notamment grâce à la lettre de recommandation préparée par son excellence, M. le Ministre de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale, Dr Abdoulaye Sabre Fadoul, que nous remercions vivement car cela a réellement facilité le travail.

Enfin, tous nos remerciements s'adressent aux nombreuses et nombreux contributeurs : autorités sanitaires provinciales et des districts, responsables communaux, dirigeants d'hôpitaux et responsables des centres de santé, responsables au sein des administrations publiques, partenaires techniques et financiers, ONG et programmes nationaux ainsi que les usagers des structures sanitaires. Ils ont accepté avec sincérité et volonté d'apporter leur pierre à l'édifice de cet important chantier qu'est l'AMED en partageant des documents et informations à travers les entretiens menés par les consultants à N'Djamena et dans les provinces du Moyen Chari, du Mandoul et du Ouaddai, ou encore à travers les discussions de groupes en provinces et les interventions de ceux qui ont participé aux ateliers.

Nous espérons que nos travaux seront utiles au peuple tchadien et au développement du pays, qui depuis dix ans a entamé une démarche progressive de construction de la couverture santé universelle.

ABREVIATIONS

ACV	Agence de Vérification et de Contractualisation (Contre Vérification)
ADETIC	Agence de développement des technologies de l'information et de la communication
AFD	Agence française de développement
AMED	Assistance médicale pour les personnes reconnues économiquement démunies
ANCICE	Agence Nationale de la Sécurité Informatique et de la Certification Électronique
AN-CSU	Agence Nationale de pilotage de la CSU
ARCEP	Autorité de Régulation des Communications Electroniques et des Postes
BASE	Bureau d'Appui Santé et Environnement
BEAC	Banque des Etats d'Afrique Centrale
CASS	Centre d'Achat Stratégique des Soins
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIC/SN-CSU	Cellule interministérielle de Coordination de la Stratégie CSU
CIPRES	Conférence Interafricaine de la prévoyance sociale
CNAS	Caisse Nationale d'Assurance Santé
CNRT	Caisse Nationale des Retraites du Tchad
COGES	Comité de Gestion
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
COSAN	Comité de Santé
CPG-RS	Centre de Promotion et de Gestion des Risques Sociaux
CSSI	Centre de Support en Santé Internationale
CSU	Couverture Sanitaire / Santé Universelle
CT-CSU	Comité technique de suivi de la stratégie nationale de CSU
DAS	Dispositif d'Assurance Santé
DDC	Direction du Développement et de la Coopération Suisse
DGSBI	Direction Générale des Services Budget et de l'Informatique
DOSSQS	Direction de l'Organisation des Services de Santé et de la Qualité e Soins
DS	District Sanitaire
DSP	Délégation Sanitaire provinciale
ECD	Equipe Cadre de District
FBR / FBP	Financement Basé sur les Résultats / Performances
FER	Fonds d'Entretien Routier
FF	Fonds Fiduciaire

FOSA	Formation Sanitaire
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
HC	Haut Comité de la SN-CSU,
HGRN	Hôpital Général de Référence National
MCT	Manufacture des Cigarettes du Tchad
MEPDCI	Ministère de l'économie, de la planification du développement et de la coopération internationale
MFPTDS	Ministère de la fonction publique, du travail et du dialogue social
MFB	Ministère des Finances et du Budget
MSPSN	Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale
OBC	Organisation à Base Communautaire
OGD	Organisme de Gestion Délégué
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONAJES	Office National de Jeunesse et de Sport
ONASA	Office National de Sécurité Alimentaire
ONG	Organisations Non Gouvernementales
P4H	Providing for Health
PASST	Projet d'Appui au Secteur de la Santé au Tchad
PADS	Projet d'Appui aux Districts Sanitaires
PNLTAD	Programme National de Lutte contre Tabac, Alcool et Drogues
PPA	Pharmacie Provinciale d'Approvisionnement
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SPONGAH	Secrétariat Permanent des ONG et Affaires Humanitaires
SN-CSU	Stratégie Nationale de CSU
SNPS	Stratégie Nationale de la Prévoyance Sociale
Swiss TPH	Swiss Tropical and Public Health Institute
TdR	Termes de Référence
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund

TABLE DES MATIERES

CONTACTS.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
ABREVIATIONS	iv
TABLE DES MATIERES.....	vi
RESUME EXECUTIF.....	1
1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	6
1.1 Contexte général	6
1.2 Contexte socio-économique et sanitaire	6
1.2.1 Situation économique et sociale	6
1.2.2 Secteur de la santé.....	7
1.3 La CSU au Tchad	11
1.4 Justification.....	12
2. OBJECTIFS ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	13
2.1 Objectifs de l'étude	13
2.2 Méthodologie	14
2.2.1 Approche méthodologique	14
2.2.2 Equipe de consultants et modalités de coordination de leur travail	15
2.2.3 Principaux Interlocuteurs de la mission au niveau de la CIC/SN-CSU	15
2.2.4 Structure de l'analyse autour d'un référentiel.....	16
2.2.5 Etapes de l'étude.....	17
2.2.6 Outils de collecte	19
2.2.7 Planning	20
2.3 Difficultés rencontrées	20
3. CADRE INSTITUTIONNEL DU RÉGIME AMED.....	22
3.1 Levée des fonds et mobilisation des ressources.....	22
3.1.1 Ce qui est déjà prévu sur le plan institutionnel pour la levée de fonds et la mobilisation des ressources.....	22
3.1.2 Examen des besoins fonctionnels pour la levée de fonds et la mobilisation des ressources.....	31
3.1.3 Proposition d'un schéma institutionnel pour la levée de fonds et la mobilisation des ressources	40
3.1.4 Description des procédures clés pour la levée de fonds et la mobilisation des ressources.....	42
3.1.5 Estimation des besoins en ressources humaines pour la levée de fonds et la mobilisation des ressources.....	44
3.2 Mise en commun des fonds et le partage des risques	45
3.2.1 Ce qui est déjà prévu sur le plan institutionnel pour la mise en commun des fonds et le partage des risques	45

3.2.2	Examen des besoins fonctionnels pour la mise en commun des fonds et le partage des risques	48
3.2.3	Proposition d'un schéma institutionnel pour la mise en commun des fonds et le partage des risques	51
3.2.4	Description des procédures clés pour la mise en commun des fonds et le partage des risques	62
3.2.5	Estimation des besoins en ressources humaines pour la mise en commun des fonds et le partage des risques	64
3.3	Achat de services	65
3.3.1	Ce qui est déjà prévu sur le plan institutionnel pour l'achat de services	65
3.3.2	Examen des besoins fonctionnels pour l'achat de services.....	75
3.3.3	Proposition d'un schéma institutionnel pour l'achat de services	84
3.3.4	Description des procédures clés pour l'achat de services	96
3.3.5	Estimation des besoins en ressources humaines pour l'achat de services	106
4.	SYNTHESE	107
4.1	Principaux constats et conclusions	107
4.1.1	Un cadre institutionnel en construction	107
4.1.2	Démarrage par étapes.....	112
4.2	Recommandations pour un démarrage réussi de l'AMED.....	127

ANNEXES	129
Annexe 1 : Termes de référence	130
Annexe 2 : Références documentaires	140
Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées	143
Annexe 4 : Déroulement temporel de l'étude	145
Annexe 5 : Résumé des dépenses de gratuité des soins en 2020 (source : MSPSN).....	146
Annexe 6 : Présentation des OGD potentielles rencontrées	147

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Principaux indicateurs de développement.....	9
Tableau 2 : Part du budget de l'Etat et du PIB consacré à la santé en 2019 et 2020 (en milliards de FCFA).....	10
Tableau 3 : Dotation et exécution budgétaire du Ministère de la santé publique de 2018 à 2020 (en millions de FCFA)	10
Tableau 4 : Justification du choix des districts de collecte des données	18
Tableau 5 : Recettes affectées, liste non exhaustive (en million de FCFA)	39
Tableau 6 : Prestations pouvant être incluses dans le panier de soins (Rapport OMS Décembre 2018).....	69
Tableau 7 : Prestations couvertes par la Gratuité	70
Tableau 8 : liste des prestations susceptibles d'être couvertes au titre du régime de l'AMED...	72
Tableau 9 : fonctions et sous fonctions essentielles de l'achat de prestations en assurance santé	78
Tableau 10 : Suggestion de panier de prestations - option 1	80

Tableau 11: Suggestion de panier de prestations - option 2	80
Tableau 12 : Suggestion de panier de prestations - option 3	81
Tableau 13: Suggestion de panier de prestations - option 4	81
Tableau 14 : Plan de couverture de la population cible par le régime 3	94
Tableau 15 : Critères pour accéder au label "OGD-CSU"	99

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Carte administrative du Tchad	7
Figure 2 : Organigramme de l'équipe de consultants	15
Figure 3 : Buts et objectifs de la CSU que le système de financement de la santé est en mesure d'influencer	16
Figure 4 : Circuit financier existant pour la mobilisation des ressources de la CIC/SN-CSU	28
Figure 5 : Circuit couramment utilisé pour les dépenses publiques.....	29
Figure 6 : Circuit de paiement d'un prestataire de services de l'Etat	29
Figure 7 : Circuit de paiement des FOSA par la CNAS sans avance du MFB	31
Figure 8 : Cycle simplifié du financement AMED	31
Figure 9 : Circuit paiement d'un prestataire de soins avec avance de paiement à la CNAS.....	32
Figure 10 : Circuit financier de mobilisation des taxes CSU pour le démarrage – circuit dit « classique » (option 1).....	34
Figure 11 : AMED : Circuit financier de mobilisation des taxes CSU pour le démarrage – circuit « dérogatoire » (option 2)	36
Figure 12 : Circuit financier de mobilisation des taxes CSU pour le démarrage – circuit « hors chaîne de la dépense » (option 3).....	38
Figure 13 : Circuit financier de mise en commun des fonds.....	52
Figure 14 : Circuit financier de répartition des fonds (avant création de l'Agence Nationale de pilotage de la CSU)	54
Figure 15 : illustration de l'étendue des prestations couvertes par régime	56
Figure 16 : illustrations de la mutualisation des risques (partage).....	57
Figure 17 : Illustration de la proportion de subvention des régimes.....	58
Figure 18 : Circuit financier de répartition des fonds (avec Agence Nationale CSU).....	60
Figure 19 : illustration de portage du risque et de la recherche d'équilibre.....	61
Figure 20 : Schéma des mécanismes de financement de la santé.....	74
Figure 21 : Schéma institutionnel de l'achat de services – démarrage des affiliations (étape 1).....	87
Figure 22 : Schéma institutionnel de l'achat de service – démarrage des prises en charge (étape 2).....	89
Figure 23 : Schéma institutionnel de l'achat – consolidation de l'achat des services (étape 3)	93
Figure 24 : Processus d'achat des services AMED.....	100
Figure 25 : Processus d'affiliation : de l'identification à la délivrance de la carte	102
Figure 26 : Circuit financier de l'achat des services	105
Figure 27 : Cadre institutionnel intersectoriel de mise en œuvre de la Stratégie Nationale de CSU	109
Figure 28 : Etapes pour l'institutionnalisation des 3 régimes	113
Figure 29 : Etapes du processus de démarrage de l'AMED.....	115
Figure 30 : Schéma institutionnel de démarrage des affiliations AMED (étape 1)	116
Figure 31 : Planning de démarrage des prises en charge de l'AMED (année 2021)	118
Figure 32 : Schéma institutionnel de démarrage des prises en charge de l'AMED (étape 2) ..	120
Figure 33 : Schéma institutionnel de consolidation de l'AMED (étape 3).....	122
Figure 34 : Schéma institutionnel de l'AMED étendu au régime 2 (étape 4).....	124
Figure 35 : Schéma institutionnel de l'AMED étendu au régime 1 (étape 5).....	126

RESUME EXECUTIF

Résumé des objectifs et de la méthodologie

Le dispositif de Couverture Santé Universelle au TCHAD prévoit la création de trois régimes d'assurance santé :

- (i) un régime contributif dénommé Assurance Santé des Salariés (ASS) qui couvre les travailleurs salariés des secteurs public, parapublic et privé ;
- (ii) un régime contributif dénommé Assurance Santé des Indépendants (ASI) qui vise l'ensemble des travailleurs indépendants des professions commerciales, libérales, artisanales et celles relevant de l'agriculture ;
- (iii) un régime non contributif dénommé Assistance Médicale (AMED) qui vise les personnes économiquement démunies. Ces trois régimes ont été institués par la Loi 035/PR/2019 votée en août 2019. Elle prévoit de confier la gestion de ces trois régimes au même organisme gestionnaire, la Caisse Nationale d'Assurance Santé, la CNAS, elle-même créée par la Loi N°026/PR/2020 du 31 décembre 2020.

Le gouvernement entend initier rapidement la mise en œuvre de la CSU avec le Régime 3 (AMED).

L'Institut tropical et de santé publique suisse (Swiss TPH) a été mandaté pour mener l'étude intitulée « Définir le cadre institutionnel du régime AMED, selon ses fonctions et ses processus opérationnels » afin d'analyser le schéma AMED que le gouvernement tchadien entend tester dans le cadre des trois composantes de sa CSU, d'apporter des précisions et d'élaborer un processus opérationnel de mise en œuvre progressive.

La méthodologie de l'étude a connu les temps forts suivants :

- La validation conjointe des termes de référence et de la méthodologie par la CIC/SN-CSU et l'équipe de la mission, matérialisée par un rapport initial ;
- L'exploitation des documents et l'organisation des enquêtes terrain à N'Djamena et dans les trois provinces retenues : Mandoul, Moyen Chari, Ouaddaï;
- La production d'un **rapport de synthèse** issu de la revue documentaire ;
- L'organisation d'un atelier de réflexions sur les pistes à emprunter, consigné dans un **rapport d'atelier intermédiaire** ;
- La recherche de compléments d'informations y compris documentaires dans un processus itératif entre les personnes ressources et les consultants eux-mêmes, puis la rédaction du **rapport intermédiaire** de l'étude ;
- Relecture du rapport intermédiaire par la CIC/SN-CSU, réponse écrite aux commentaires puis discussion des points à clarifier au cours d'une vidéo conférence ;
- Rédaction du **rapport final** ;
- La présentation des résultats de l'étude sur place à N'Djamena a été faite lors d'un atelier participatif au cours de la première semaine d'août 2021, qui a permis d'enrichir et d'ajuster **le rapport final qui a ainsi été validé.**

Les documents fondamentaux utilisés sont essentiellement la Loi N° 35/PR/2019 sur la CSU, l'arrêté N° 4295/PR/PM/2017 sur le cadre institutionnel de Coordination pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Couverture Sanitaire Universelle et la Loi N° 026/PR/PM /2020 sur la CNAS pour laquelle un projet de décret d'application est encore à l'étude (ou en cours de

validation) ; alors que c'est la CNAS qui est chargée de la mise en œuvre des 3 régimes d'assurance santé.

De même, tous les rapports produits sur le sujet par la CIC/-SN-CSU et le MSPSN ainsi que les différentes études menées par les consultants tant internationaux que nationaux, mis à la disposition de l'équipe, ont été abondamment exploités et utilisés.

Pour collecter les informations manquantes, la mission s'est beaucoup appuyée sur l'équipe de la CIC/SN-CSU pour les compléments et dans la facilitation des rendez-vous avec les structures étatiques. Ce qui a rallongé les délais de production du rapport.

La finalisation de l'étude a été grandement impactée par le contexte sécuritaire à la suite du décès brutal du Président de la République qui a notamment retardé la relecture du rapport intermédiaire et nécessité de re-planifier l'atelier final de validation du rapport.

La date de référence des données du rapport est le 31 mars 2021 : les documents utilisés sont ceux produits et disponibles à cette date.

La structure de l'analyse de l'étude est basée sur les 3 fonctions clefs du financement de la santé qui sont définies comme suit par l'OMS : Levée des fonds ; Mise en commun des fonds et le partage des risques ; Achat de services.

Résultats de l'étude

La mission a fait les principaux constats qui suivent.

Les préparatifs de la mise en œuvre de la CSU sont loin d'être terminés, y compris pour régime AMED : certains textes d'application des lois votées ne sont pas encore promulgués, il y a des structures nécessaires essentielles comme la CNAS qui ne sont pas encore en place, l'acquisition et le paramétrage des outils de gestion restent à faire (openIMIS entre autres), les prestations à couvrir, leurs coûts et leurs tarifs sont encore au stade des propositions non encore formellement abouties. Les ressources humaines sont à recruter et former. Le volume des financements mobilisables, même s'il est connu du MFB, n'est pas communiqué aux instances de la CIC/SN-CSU. Il existe un projet de Décret pour la mobilisation des ressources, en attente de validation. Les procédures à utiliser pour leur mobilisation ne sont donc pas encore rédigées.

Il y a urgence à clarifier les rôles entre le CIC/SN-CSU et la CNAS. La CIC/SN-CSU n'est pas prévue par la loi, elle n'a pas le statut d'établissement et fonctionne sur base d'un décret alors que différents rapports sur la CSU lui attribuent des rôles qui vont au-delà des responsabilités conférées par ledit décret. La loi confie la gestion des 3 Régimes à la CNAS mais elle n'est pas encore opérationnelle au moment où il y a urgence à démarrer l'AMED. Pour ce faire, une note technique est à préparer par la CIC/SN-CSU pour décision par le Haut Comité de la CSU. Seule la CIC/SN-CSU est opérationnelle, malgré le manque de moyens dû au versement partiel de la subvention de fonctionnement prévue par le décret la mettant en place. Elle fonctionne, grâce à l'appui de quelques partenaires techniques et financiers.

Il est difficile de mettre en place rapidement la CNAS et de lui demander la gestion de l'AMED sur l'ensemble des districts de démarrage, vu leur localisation sur toute l'étendue du pays et les exigences de gestion avec suivi rapproché des prestataires de soins requis dans le cadre de la mise en œuvre d'un nouveau système d'assurance santé. La disposition prévue par la loi de confier une partie des activités de la CNAS à des Organismes de Gestion Déléguée est pertinente.

La Loi place la tutelle de la CNAS au Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale (MSPSN). Or, le même ministère est responsable de la qualité des soins que la CNAS, comme gestionnaire de l'assurance santé, va acheter.

La CNAS, qui de ce point de vue est une institution financière recevant les fonds du Ministère des Finances et du Budget (MFB) n'a presque pas de lien institutionnel avec ce ministère et pour le démarrage, la Loi a déjà tranché le débat sur la tutelle en l'affectant au MSPSN. Cependant il serait opportun de poursuivre la réflexion sur la pertinence d'une double tutelle (administrative et financière au MFB et technique au MSPSN) dans les étapes subséquentes.

A terme, la création d'une Agence Nationale de pilotage de la CSU paraît opportune y compris comme organe de régulation tel que cela est prévu dans la Loi CSU (Article 34).

Le processus d'affiliation des futurs assurés de l'AMED, supposé commencer par les démunis et les vulnérables, est complexe. Sa réussite est conditionnée par la combinaison des efforts de la CNAS, de la CIC- CSU, des OGD mais aussi d'autres Organisations de la Société Civile (Organisations à base communautaire comme les mutuelles de santé) en relation avec ce public cible. La procédure pour l'affiliation des autres cibles de l'AMED (orphelins, étudiants, prisonniers,) n'est pas encore assez documentée et interviendrait dans un second temps. Le processus d'affiliation requiert l'accompagnement des OGD par l'expertise de l'INSEED : validation de la méthodologie de ciblage et certification du processus.

Le financement de l'AMED sera assuré par les recettes spécifiques affectées, prévues par la loi sur la CSU. Les lois de Finances 2020 et 2021 ont prévu la collecte de ces recettes. Mais jusqu'à présent, il n'y a pas de compte y afférent au niveau du Trésor Public et **les fonds CSU ne sont donc pas mobilisés, ni disponibles sur un compte ouvert pour la CSU**. Au nom de l'unicité de caisse et de la fongibilité des fonds au niveau du Trésor public, ces recettes ont été utilisées pour payer d'autres dépenses du pays. Par ailleurs, beaucoup de ceux-ci devraient être financés par ces mêmes taxes : paiement des prestations, frais de gestion et de régulation, mais aussi des activités de promotion de la santé et de lutte contre la maladie, le tabagisme et l'alcoolisme. L'enveloppe suffira-t-elle ?

Les circuits de financements publics en vigueur, prévoyant de payer (rembourser) les dépenses effectivement engagées, avec des délais sur plusieurs mois voire des années, sont incompatibles avec le fonctionnement d'une assurance santé. Car, il faut avoir les fonds en avance pour payer les sinistres (prestations) devant survenir. Dans ce cadre, la mission a eu à relever des cas d'autres dispositifs qui ont un autre circuit de mobilisation allégé leur permettant de mobiliser plus facilement les ressources sans passer par le compte du Trésor public / MFB.

La création d'un Fonds Fiduciaire est recommandée pour sécuriser les ressources devant financer l'AMED provenant des dites taxes spécifiques affectées mais aussi, si celles-ci sont insuffisantes, du budget de l'Etat ainsi que mais aussi des apports des PTF. Il faut préciser que des réflexions qui étaient en cours au moment de l'étude ont pu progresser et la présente étude a exploré des possibilités qui peuvent diverger sans être pour autant contradictoires. Ainsi, la stratégie d'un fonds fiduciaire commençant de manière transitoire comme fonds d'appui au démarrage de l'AMED, logé à la CNAS, peut co-exister avec celle, à l'arrivée, d'un fonds pérenne globalisant tous les financements CSU, logé à l'Agence nationale de pilotage de la CSU, tel que présenté par l'étude. Il y aurait donc une progressivité et le reliquat du fonds de d'appui au démarrage serait reversé au Fonds Fiduciaire du schéma institutionnel final.

Il existe un projet de panier de soins, avec les coûts afférents, pour la CSU dont l'AMED est un des trois Régimes constitutifs. Des options de paniers de prestations ont été proposées mais il faut encore les analyser comme selon les recommandations de l'étude, et inclure aussi des prestations non médicales telles que le transport et l'alimentation en cas d'hospitalisation des démunis qui ont des besoins prégnants y afférents. Le consensus est d'évoquer plutôt un panier de prestations et non de « pathologies » avec la définition suivante pour une prestation : « *un ensemble d'actes de médecine, de biologie et d'imagerie, de fournitures de médicaments et*

d'intrants médicaux, de services spécifiques nécessaires à la prise en charge d'un épisode de maladie »¹. Il n'est pas encore possible de chiffrer et/ou faire une appréciation du coût de l'AMED tant que le panier final n'a pas encore été validé.

Les mécanismes de gratuité existants et le financement basé sur les résultats couvrent partiellement des prestations et un des groupes cibles de l'AMED. En effet, parmi les urgences couvertes par la gratuité et la prise en charge des vulnérables au titre du FBR se retrouvent aussi les catégories de populations ciblées par l'AMED.

La disposition de la loi préconisant une **intégration de tous ces dispositifs de financement de la santé** est toute indiquée et mérite d'être clairement définie dans le décret d'application de la CNAS.

Résumé des recommandations

L'étude fait trois recommandations principales permettant de structurer la démarche du Gouvernement pour un démarrage réussi de l'AMED. Chacune d'elles renferme des pistes d'actions qui doivent permettre d'accompagner ce processus.

Ces propositions s'inscrivent dans un calendrier de mise en œuvre de l'AMED sur 5 ans et en 5 étapes, de 2021 à 2025 jusqu'à inclusion des 2 autres régimes au dispositif : affiliations des démunis terminées fin 2021, démarrage des prises en charge en 2022, création du Fonds fiduciaire et de l'Agence Nationale de pilotage de la CSU en 2023 et démarrage des deux autres régimes en 2024 et 2025. Si l'agenda politique le permet, une autre option serait de regrouper la prise en charge partielle des démunis, la création du fonds fiduciaire et de l'Agence Nationale, et le démarrage du régime 1 en 2022, de faire l'élargissement de la prise en charge des démunis et la poursuite du développement du régime 1 en 2023, démarrage du régime 2 et prise en charge total des démunis en 2024 et enfin l'effectivité de la prise en charge de tous les régimes en 2025 même si ce pas à 100%. Il faut ici retenir la stratégie de progressivité dans la mise en place des régimes, y compris à l'intérieur des régimes eux-mêmes (par exemple pour l'AMED il est possible de démarrer dans certaines zones seulement et avec certaines catégories de démunis seulement).

- 1. Rédiger, par la CIC/SN-CSU, une note technique pour le Haut Comité sur les conditions essentielles** pour un démarrage réussi de l'AMED incluant : les **responsabilités** des acteurs principaux ; le **cadre institutionnel** proposé ; les éléments devant recevoir **des décisions ou des orientations**.
- 2. Organiser une réunion du Haut Comité visant une prise de décisions et des orientations pour le démarrage de l'AMED** (Suivant la note technique), cette réunion devant : (i) décider du **principe de démarrage progressif** et à une échelle la plus réduite possible (quelques districts ; là où des partenaires mettent en œuvre une approche d'achat de la performance et où des Organismes de gestion déléguée (OGD) peuvent être rapidement mis en place ; avec les démunis et les vulnérables seuls pour un début : avec un panier de soins effectivement finançable) afin de se donner la chance d'éviter un échec lié à un démarrage précipité et non maîtrisé ; (ii) décider des actions à mener pour la **mobilisation effective des fonds CSU** ; (iii) décider ou orienter le **panier de prestations**, les coûts et les tarifs selon les ressources prévisibles ; (iv) décider du schéma de démarrage AMED et la **procédure d'affiliation** ; orienter la **création du Fonds Fiduciaire et de l'Agence Nationale de Pilotage de la CSU** ; valider le projet de **Décret portant organisation et fonctionnement de la CNAS** ; décider de l'attribution d'un **label OGD-CSU** (ce label est suggéré afin d'évaluer les OGD candidates et leur

¹ Cellule Interministérielle de Coordination de la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle, Options de paniers de soins pour le régime AMED et les coûts, 2019.

capacité à assumer leurs fonctions dans les règles de l'art, à travers un processus continu d'amélioration de la qualité de leur service).

- 3. Rédiger le document de programmation opérationnelle** incluant : l'adoption du **manuel des opérations techniques** à mener et du **manuel des procédures administratives, comptables et financières** ; la **mise en œuvre de la procédure d'affiliation et de contractualisation avec les prestataires** ; la mise en œuvre du **programme de renforcement des capacités** ; l'**identification et la contractualisation des OGD**.

1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1.1 Contexte général

Le Tchad, pays enclavé au cœur de l'Afrique centrale et sans littoral maritime, a une population estimée à 14 649 076 habitants en 2017 dont 3,4% de nomades. Cette population croît à un rythme de 3,6 % par an. Selon les données du recensement, les femmes représentent 50,6% de la population totale, les naissances attendues représentent 4,1%, les enfants de 0-59 mois 20,20%, les jeunes de moins de 15 ans 50,6% et les femmes en âge de procréer 21,76%². La population du Tchad est très jeune : les moins de 25 ans représentent 68% du total de la population tandis que les plus de 60 ans représentent 4,5%. On compte en moyenne 6 personnes par ménage.

Selon le milieu de résidence, 21,9 % de la population vivent en milieu urbain, 78,1% en milieu rural. La densité moyenne de la population est relativement faible (10,65 hab/km²). Mise à part la province de N'Djaména qui est une particularité (2 356,72 hab/km²), la densité de la population varie très fortement d'une province à l'autre : de 0,40 hab/km² au Borkou-Tibesti à 95,67 hab/km² au Logone occidental. Le pays comprend trois zones climatiques ; ce qui lui confère des différences assez marquées : la zone saharienne qui s'étend du Tibesti jusqu'au nord Kanem (pluviométrie inférieure à 200 mm par an) ; la zone sahélienne au centre, s'étale du sud Kanem jusqu'à N'Djaména (entre 300 et 800 mm de pluie par an) ; la zone soudanienne couvrant les provinces du sud du pays (entre 800 et 1 200 mm de précipitations par an).

Le Tchad a opté depuis 1996 pour un Etat unitaire décentralisé et bien que le processus de décentralisation soit enclenché, on observe une forte centralisation des services de l'Etat à N'Djaména ; tous les hôpitaux de référence nationale et les sièges des principaux programmes de santé sont situés à N'Djaména. Le pays compte 23 provinces y compris la ville province de N'Djaména, 107 départements et 365 communes. Les provinces sanitaires sont calquées sur les provinces administratives et les districts sanitaires correspondent plus ou moins aux départements (voir la carte administrative en Figure 1)

1.2 Contexte socio-économique et sanitaire

Le Tableau 1 ci-après présente les principaux indicateurs de développement socio-sanitaires.

1.2.1 Situation économique et sociale

Le Tchad reste l'un des pays les plus pauvres au monde. En dépit de la mise en œuvre de différentes stratégies de développement, il est classé, au 187^{ème} rang sur 189 en 2019 (PNUD, 2020). Les deux-tiers de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté selon les mêmes sources.

Sur le plan régional, le pays s'est imposé comme un partenaire indispensable, face à la poussée islamiste. Cependant, la stabilité interne du pays repose sur une base économique fragile ainsi que sur un processus d'institutionnalisation et de démocratisation inachevé.

La situation des finances publiques à fin juin 2020 est préoccupante, aggravée par la crise de COVID-19. Une note du Ministère des Finances et du Budget relève ainsi plusieurs risques parmi lesquels le risque de surendettement, et elle présente les données principales suivantes³ :

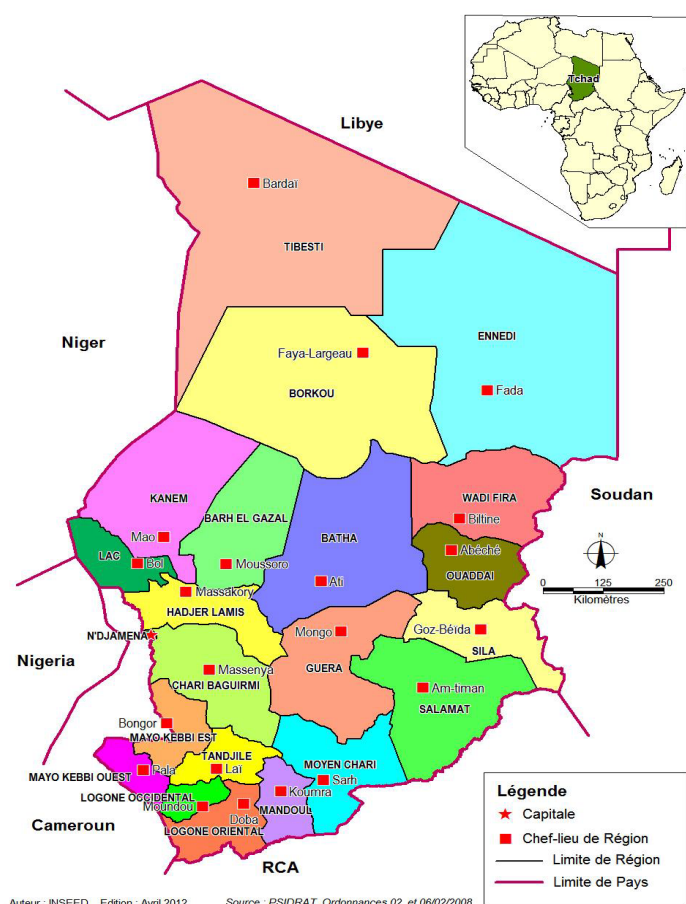
² INSEED, Recensement général de la population et de l'habitat, 2009

³ Ministère des finances et du Budget, Note sur la situation des finances publiques et de la dette au 30 juin 2020

- Les prévisions de recettes sont réalisées à hauteur de 49% au 30 juin avec 615,77 milliards de FCFA contre 1 252,78 milliards de FCFA prévus pour l'année 2020 ;
- Les dépenses budgétaires prévues pour un montant de 1 326,47 milliards de FCFA sont exécutées à hauteur de 597,16 milliards de FCFA, soit 45 %.
- L'encours de la dette publique est évalué à 1 978,442 milliards, soit une augmentation de 23,14 % par rapport à la situation de 2019 ; cette « explosion » serait due à « la prise en compte de la dette intérieure issue de l'audit des arriérés et de la dette intérieure ».

« Le Tchad continue de faire face à de sérieuses difficultés dues aux chocs combinés de la pandémie de COVID-19, de la dégradation des termes de l'échange, des changements climatiques et de l'aggravation de l'insécurité dans la région. Le bas niveau des cours du pétrole et de sa production, la faiblesse de la demande extérieure et les mesures d'endiguement prises au niveau national pèsent sur les perspectives et ont de graves répercussions économiques et sociales »⁴.

Figure 1 : Carte administrative du Tchad



Source : INSEED. 2012 (NB : les régions sont érigées en provinces mais le découpage administratif de cette carte officielle la plus récente obtenue reste exact)

1.2.2 Secteur de la santé

Le Plan National de développement (PND 2017–2020), a pour objectif principal d'améliorer l'état de santé de la population en mettant l'accent particulièrement sur i) l'amélioration du pilotage du

⁴ FMI, Communiqué de presse N° 21/26, 27 janvier 2021

secteur de santé, ii) l'accroissement de l'offre et la qualité des services de santé et iii) l'amélioration de l'état nutritionnel en faveur de la population en général et plus particulièrement des femmes et des enfants. La Politique Nationale de Santé s'inscrit dans cette vision à l'Horizon 2030, avec comme objectif général d'assurer à la population l'accès universel aux soins de santé de qualité afin de contribuer efficacement au développement socio-économique du pays.

Le système de santé du pays est un système pyramidal à trois (3) niveaux de responsabilité :

- Un niveau central comprenant : Un Conseil National de Santé ; Une Administration Centrale ; des Organismes sous tutelle ; Des Institutions Nationales Sanitaires (Hôpital Général de Référence Nationale, Hôpital de la Renaissance, Centrale Pharmaceutique d'Achat, l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux, Hôpital de la Mère et de l'Enfant...).
- Un niveau intermédiaire comprenant : Les Conseils Provinciaux de Santé ; Les Délégations Sanitaires Provinciales ; Les Etablissements Publics Hospitaliers des Provinces et Ecoles Provinciales de formation dans quelques provinces ; Les Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement.
- Un niveau périphérique comprenant : Les Conseils de Santé des Districts ; Les Equipes Cadres de District (ECD) ; Les Hôpitaux des Districts ; Les Centres de santé ; Les Conseils de santé des Zones de Responsabilité ; Les COSAN et COGES. Le pays compte 138 Districts Sanitaires (DS) dont 107 fonctionnels, eux-mêmes subdivisés en 1'588 Zones de Responsabilité (ZR) dont 1'320 fonctionnelles. Ce qui donne une couverture sanitaire théorique de 85,5%.

Certaines données montrent de légères améliorations de l'état sanitaire de la population (voir Tableau 1) : le taux de mortalité maternelle est passé de 1'099 pour 100.000 naissances vivantes en 2004 à 860 en 2014, le taux de mortalité infantile de 102‰ en 2004 à 72‰ en 2014, le taux de prévalence contraceptive moderne est passé de 1,6 en 2004 à 5% en 2014. Cependant, la situation sanitaire est particulièrement préoccupante avec des taux de morbidité et de mortalité qui restent très élevés ainsi qu'une faible couverture vaccinale. Le taux de malnutrition chronique est de 39,9%, le taux de morbidité du paludisme est de 33,72% en 2015 et le taux de prévalence du VIH est de 1,6% dans la population générale. Le taux d'utilisation des services de santé est de 0,26 contacts par habitant et par an en 2014⁵

Le niveau de ces indicateurs pourrait s'expliquer par les faiblesses du système de santé caractérisé par une insuffisance de ressources humaines en santé bien que des affectations importantes aient eu lieu en 2020. Le besoin en médecins était estimé à 1058 pour l'ensemble du pays, avec un ratio alors de 1 médecin pour 28 401 habitants alors que l'on devrait avoir 1 médecin pour 10'000 habitants selon la norme de l'OMS.

Sur le plan épidémiologique, le Tchad est relativement épargné par le COVID-19 avec seulement à la date du 11 juin 2021 4 942 cas confirmés cumulativement depuis le 19 mars 2020 répartis dans 19 Provinces dont 198 (4,0%) personnels de santé, et 174 décès soit une létalité de 3,5 %.

⁵ INSEED, Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples 2014-2015, Septembre 2015.

Tableau 1 : Principaux indicateurs de développement

Indicateurs	Niveau	Source
Espérance de vie à la naissance (en 2014)	51,4 ans	HDR 2015
Nombre d'enfants par femme	6,4	EDST-MICS, 2014-2015
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (en 2014)	133‰	EDST-MICS, 2014-2015
Prévalence du VIH/Sida pour la population générale – Femmes Hommes	1,8% 1,3%	MSP, Annuaire statistique 2018
Enfants complètement vaccinés	22%	Enquête couverture OMS 2017
Taux d'accouchements assistés en institution	22%	EDST-MICS, 2014-2015
Taux brut de scolarisation (en 2010)	3,2 %	RESEN 2016
Taux d'alphabétisation des personnes âgées de plus de 15 ans (en 2011)	26,8 %	RESEN 2014
Taux d'accès à l'eau potable (en 2014)	52%	EDST-MICS, 2014/2015)
Population vivant avec moins de EUR 1,02/jour ⁶	42,3%	ECOSIT4, INSEED, 2020
Prévalence de la Malnutrition Aiguë Globale (MAG) chez les moins de 5 ans	11,9%	Enquête SMART 2016
Femmes en union utilisant une méthode contraceptive moderne	5%	EDST-MICS, 2014-2015
A l'âge de 19 ans, le taux des adolescentes (15-19ans) qui ont déjà eu au moins un enfant	62%	EDST-MICS, 2014-2015

Le Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale (MSPSN) est l'un des ministères prioritaires dont le budget tant au niveau de son allocation qu'au niveau de son exécution intéresse le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers ; compte tenu de l'impact positif d'une meilleure santé sur la pauvreté (en 2017 le MSPSN bénéficiait en 2017 de 6,29% du budget de l'Etat et était classé au 5^{ème} rang parmi les Ministère recevant le plus de ressources budgétaires après le Ministère des Finances et du Budget, le Ministère de la Défense Nationale, de la Sécurité et des Anciens combattants et des Victimes de Guerre, le Ministère de l'Éducation Nationale et de la Promotion Civique et le Ministère de l'Administration du Territoire⁷). Cependant en 2020 seul 1,10% du PIB, soit 7,20% du budget de l'Etat était alloué à la santé (voir Tableau 2), loin des engagements pris lors de la Déclaration d'Abuja en 2001⁸.

⁶ Le seuil de pauvreté est établi à 672 FCFA par jour ; INSEED, Quatrième Enquête sur les Conditions de vie des ménages et la Pauvreté au Tchad (ECOSIT 4), Rapport principal sur le profil pauvreté, Juin 2020

⁷ Dr. TAPSOBA Yann et Mr. TAPSOBA Ludovic, pour les bureaux d'études GENDER et CREDES, Analyse approfondie de situation en vue de l'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé pour la couverture santé universelle (SNFS-CSU) au Tchad, N'Djamena, Août 2020 (rapport provisoire).

⁸ La déclaration d'Abuja a été créée en 2001 suite à l'engagement pris par les pays de l'Union Africaine d'allouer au moins 15% du budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé.

Tableau 2 : Part du budget de l'Etat et du PIB consacré à la santé en 2019 et 2020 (en milliards de FCFA)

	2019	2020
Budget	979,975	1052,670
	5.73%	7.20%
PIB	6 406	6 060
	0.90%	1.10%

Source : Ministère des Finances et du Budget

Tableau 3 : Dotation et exécution budgétaire du Ministère de la santé publique de 2018 à 2020 (en millions de FCFA)

	2018			2019			2020		
	Dotation	Exéc.	Taux	Dotation	Exéc.	Taux	Dotation	Exéc.	Taux
Masse salariale	26 866	24 694	92%	25 786	24 757	96%	30 544	34 909	114%
Biens et services	8 279	4 666	56%	14 971	11 227	75%	12 993	9 732	75%
Transferts et subventions	7 611	7 609	100%	9 311	9 311	100%	21 499	17 583	82%
Investissements	1 116	1 027	92%	6 103	5 763	94%	10 737	5 382	50%
Total	43 872	37 996	87%	56 171	51 058	91%	75 773	67 606	89%

Source : Ministère des Finances et du Budget

La masse salariale est la composante prépondérante de ce budget (Tableau 3). En plus de la prise en charge habituelle des dépenses liées aux maladies grevant le plus le budget de l'Etat, l'on relève l'impact de la pandémie de COVID-19. En effet, en 2020, le niveau d'exécution de la masse salariale est de 114% traduisant les recrutements effectués en urgence dans le cadre de la lutte contre cette pandémie. La composante du budget de la santé réservée aux biens et services (médicaments, consommables médicaux) a connu une augmentation au cours des deux dernières années avec un niveau d'exécution relativement meilleur comparé à l'année 2018. L'effet de la pandémie ne s'y observe pas. Les transferts et subvention qui constituent des allocations de fonds aux institutions sous tutelle comme les hôpitaux ont connu une augmentation régulière au cours des trois dernières années avec un niveau d'exécution correct. Les effets de la COVID19 y sont relevés car l'allocation à cette rubrique est passée du simple au double entre 2019 et 2020. Les investissements restent relativement faibles. Son niveau d'exécution en 2020 (50%) a été le plus faible.

D'une manière générale, l'exécution du budget du MSPSN est relativement bonne comparée aux autres ministères.

Ensuite, compte tenu du fait que les ressources affectées à la couverture santé universelle s'apparentent aux transferts et subventions, il y a a priori positif quant à son niveau d'exécution ou de consommation. Cependant, rechercher les options pour que la couverture santé universelle bénéficie totalement et de manière permanente des recettes des taxes affectées dédiées à elle est tout indiqué.

1.3 La CSU au Tchad

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la couverture sanitaire universelle (CSU) consiste « à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services de prévention, de soins, de soins palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers ». La couverture des services offerts s'apprécie sous trois dimensions : i) La capacité à couvrir la population ; ii) La capacité à étendre les services couverts et iii) La capacité à réduire le paiement direct.

Depuis 10 ans, le Tchad a évolué progressivement dans les développements de la stratégie CSU, avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers. Le réseau P4H, sur financement de la Coopération Suisse, a appuyé le Tchad à élaborer sa première feuille de route en 2011, et puis dans les préparatifs de la mise en œuvre de la CSU, dont les résultats sont présentés ci-après :

- Elaboration de la Stratégie Nationale CSU (SN-CSU) en 2016. Celle-ci est articulée autour de six axes : 1) Développer les mécanismes contre les risques financiers ; 2) Utiliser les ressources plus efficacement et plus équitablement 3) Favoriser le Partenariat Public-Privé pour renforcer l'offre de services de santé ; 4) Prévenir les risques ayant une incidence sur la santé ; 5) Prendre davantage en compte les souhaits de la population et 6) Mobiliser les ressources financières pour la CSU ;
- Mise en place du cadre institutionnel de la CSU (Haut Comité, Comité Technique de Suivi et Cellule Interministérielle de Coordination) en 2016 ;
- Réalisation d'une étude sur les financements innovants dans le cadre de la CSU en 2017 ;
- Elaboration et adoption du document de Dispositif d'Assurance Santé (DAS) en 2018 ;
- Elaboration de plusieurs documents techniques (quelques études sur le financement de la santé, document du démarrage du régime 3 du DAS, ...) en 2018 ;
- Promulgation de la Loi N°035/PR/2019 Instituant une Couverture Santé Universelle au Tchad, le 5 août 2019 ; Elaboration des textes d'application de la loi CSU ;

- Promulgation de la Loi N°026/PR/2020 portant création de la Caisse Nationale d'Assurance Santé (CNAS), du 31 décembre 2020 ;
- Elaboration du projet du Décret portant organisation et fonctionnement de la CNAS (en cours : soumis à la procédure de signature).

Par l'adoption de la loi sur la CSU en 2019, le Tchad a posé un acte fondamental pour le droit à l'accès à des soins de santé de qualité pour tous les tchadiens. En 2020, la Loi de création de la CNAS votée en décembre a marqué la volonté réelle du Gouvernement de concrétiser le démarrage effectif d'un processus en cours depuis fort longtemps.

Au cours de cette période, seul le Programme de promotion des mutuelles de santé (PMS)⁹ représente une expérience tangible d'assurance santé de la population non salariée. Au Tchad, de rares personnes sont couvertes par des assurances privées de type collectif via leur employeur ou tout simplement un contrat de prise en charge signé par l'employeur auprès de structures sanitaires de proximité.

1.4 Justification

Atteindre un plus haut niveau de couverture sanitaire universelle est un élément clé pour réduire les inégalités sociales¹⁰. Une couverture universelle équitable demande, entre autres, un système de santé solide et bien géré, la prévention et le traitement des maladies avec des coûts des soins abordables et avec suffisamment de personnel et un système d'information fiable et transparent.

L'extrait suivant des termes de référence (traduit en français) présente bien le cadre de travail justifiant la méthodologie de l'étude dans l'optique de la mise en œuvre de la loi sur la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) : « *Au cours des dernières années, le Tchad s'est engagé dans un processus de mise en place d'un système de financement durable de la santé et a mis en place un système d'assurance santé à trois piliers dans le cadre de sa législation sur la CSU (loi n° 035/PR/2019). Les trois piliers sont constitués par a) un régime contributif pour le secteur formel, b) un régime contributif pour les travailleurs indépendants (secteur informel) et c) un régime non contributif financé par l'impôt pour les démunis identifiés. Dans le cadre de la mise en œuvre progressive de ces régimes et pour évaluer les contraintes institutionnelles et techniques, le gouvernement tchadien a décidé de commencer par expérimenter le troisième régime, "Assistance médicale pour les personnes reconnues économiquement démunies" (AMED), dans 23 districts sanitaires au total (un district par province)¹¹. Ce projet pilote permettra d'anticiper les problèmes et les lacunes éventuelles et de procéder aux ajustements nécessaires avant la mise en place de structures permanentes et l'extension de la couverture au reste du pays. L'objectif est de se concentrer dans un premier temps sur la fonction d'achat dans le cadre d'une approche séquentielle avant d'aborder des questions plus larges telles que la mise en commun ou l'augmentation des recettes pour financer l'extension de la couverture aux autres régimes. Ainsi, les bases seront jetées pour les efforts futurs visant à aligner l'ensemble des prestations, à harmoniser le système de paiement des prestataires ainsi qu'à normaliser le système d'enregistrement, de vérification et de facturation des patients dans les trois régimes. Ce processus est suivi par la Cellule Interministérielle de Coordination de la Stratégie CSU (CIC/SN-CSU) qui organise les travaux préparatoires nécessaires à la mise en place du régime AMED et*

⁹ Le PMS a été mis en œuvre pendant 10 ans par l'ONG CIDR et soutenu financièrement principalement par la Coopération suisse (sporadiquement par l'AFD et l'Union européenne).

¹⁰ Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report, OMS et Banque Mondiale, http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017/en/

¹¹ Selon les échanges avec la CIC/SN-CSU le 7 janvier 2021, la mission d'évaluation de districts sanitaires de démarrage qui s'est déroulée en décembre a retenu « seulement » 6 DS en province et 1 à N'Djamena.

définit les détails techniques de la mise en œuvre du régime, y compris l'élaboration d'une feuille de route.

Dans ce contexte, la CIC/SN-CSU a demandé au Réseau P4H de fournir une assistance technique pour soutenir le processus de réforme, en particulier pour aider au développement de la structure institutionnelle et organisationnelle (et des processus opérationnels associés) du régime AMED. La mission décrite ici est commandée pour répondre à ces besoins et demandes. »

2. OBJECTIFS ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

2.1 Objectifs de l'étude

Partant des termes de référence (TdR) de cette étude (voir Annexe 1: Termes de référence) et des échanges avec la CIC/SN-CSU lors de la réunion de lancement, l'équipe de consultants devait proposer une configuration institutionnelle et organisationnelle et définir de manière générale les processus opérationnels clés du schéma AMED que le gouvernement tchadien entend tester dans le cadre des trois composantes de sa CSU ; l'AMED étant la première étape du processus de mise en œuvre progressive de la CSU.

Pour atteindre cet objectif, l'étude avait à produire les 5 principaux résultats suivants :

- 1) L'évaluation de ce qui est déjà prévu sur le plan institutionnel, y compris un bilan de la valeur ajoutée des structures existantes et en tenant compte du fait que la mise en place de l'AMED doit contribuer aux objectifs généraux de la stratégie CSU ;
- 2) L'examen des besoins fonctionnels de l'AMED selon la documentation officielle et les discussions en cours au niveau de la CIC/SN-CSU ;
- 3) La proposition d'un schéma institutionnel de l'AMED, incluant les structures des niveaux central et décentralisé et leurs responsabilités générales, compte tenu de l'évolution vers la Caisse Nationale d'Assurance Santé (CNAS), y compris ses mécanismes de surveillance, la participation des parties prenantes et les lignes de responsabilité et de reporting claires ;
- 4) La description des procédures clés pour le lancement de l'AMED : description simplifiée des processus d'entreprise (titre, sous-titre, objectif) pour la mise en œuvre de toutes les fonctions requises à mettre en correspondance avec les fonctions et la structure organisationnelle du régime ;
- 5) La liste et l'estimation de la quantité de ressources humaines nécessaires pour toutes les fonctions requises du système.

Il est à préciser que les TdR ont exclu du champ de l'étude les éléments suivants :

- la viabilité financière du paquet de soins ;
- la disponibilité et la qualité des services et donc l'attractivité du dispositif AMED.

En revanche, les échanges préalables avec l'équipe de la CIC/SN-CSU avait permis de préciser les questionnements suivants auxquels l'étude devrait tenter de répondre. Le rapport les *reprend tels qu'énoncés* :

- Connaître les composantes de la CNAS qui interviendront dans la gestion du régime 3 d'AMED ;
- La nécessité de recourir à des Organismes de Gestion Délégué et la nature des missions confiées à eux ;
- Le positionnement institutionnel de la CIC/SN-CSU (place et missions dans le schéma organisationnel).
- La mise en commun des ressources : comment recueillir et gérer les fonds ?
- La place de l'Agence de Contre Vérification du projet FBR dans la CNAS.
- Le ciblage et l'enrôlement des bénéficiaires.
- La description détaillée des procédures d'immatriculations à suivre par l'organisation qui sera en charge de cette fonction y compris pour le démarrage accéléré. *N.B: il n'est aucunement question de la procédure de codification mais plutôt de décrire le processus.*
- Les prestations et paiements : quels seront les organismes qui vont gérer cela et quel panier de soins et à quel coût ?
- Quelle articulation entre les mécanismes de gratuité et le panier AMED ?
- Comment bien utiliser le Plan de Communication CSU déjà élaboré ?
- L'identification du régulateur du DAS et en particulier ses missions pour l'AMED.
- Faire une première estimation du coût du dispositif de gestion de l'AMED.
- Donner un avis technique sur les coûts estimatifs des prestations offertes par l'AMED en se basant sur les données et études antérieures existantes (pour usage interne à la CIC-SN-CSU).
- Mener la mission sur l'AMED en tenant compte des autres régimes et faire des recommandations pertinentes.

2.2 Méthodologie

2.2.1 Approche méthodologique

Les consultants sont partis de l'existant pour tenter de répondre aux questions en instance en faisant l'analyse des propositions faites par les études déjà réalisées et en cours concernant les sujets à traiter mais aussi en prenant en compte des réalités du pays.

L'approche retenue était de faire de propositions réalistes en partant de l'existant et de ce qui est prévu, mais en ayant un regard critique et en gardant une certaine liberté de réflexion et d'expression ; le tout visant une mise en place réussie de l'AMED. En effet, celle-ci est une grande innovation dans le contexte national tchadien, car garantir l'accès aux soins d'une certaine qualité aux populations démunies est une pertinente gageure. Il y a eu beaucoup d'études sur le sujet qui montrent déjà des pistes d'action identifiées mais l'on est toujours sur un terrain vierge semé d'incertitudes quant à l'opérationnalisation.

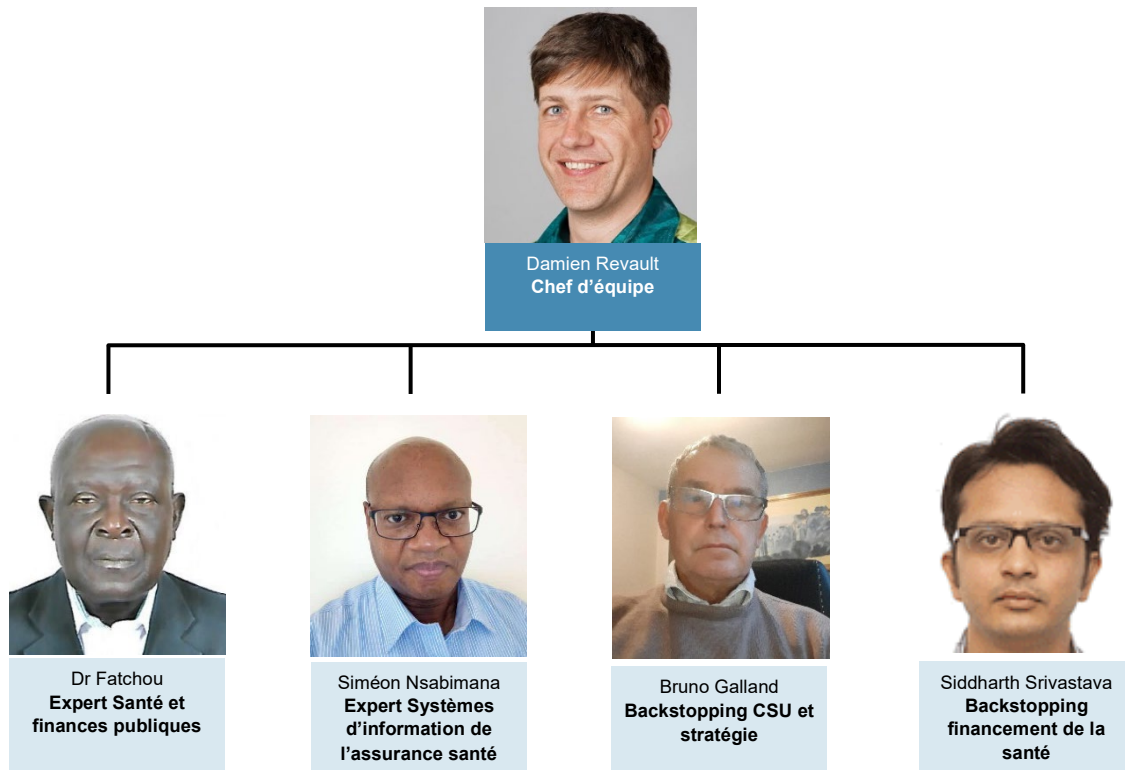
Les échanges avec la CIC/SN-CSU, le Point focal P4H/GIZ mais aussi avec les personnes qui ont été rencontrées lors de la collecte des données ont également complété les informations. C'est ainsi que le 7 janvier 2021 une réunion importante a été organisée avec l'équipe de la CIC/SN-CSU en compagnie des consultants en charge des études en cours afférentes à l'AMED

et qui devaient se terminer fin janvier 2021 : (i) la méthodologie de ciblage des bénéficiaires de l'AMED, (ii) la mise en place d'un fonds fiduciaire et (iii) la nomenclature des prestations.

2.2.2 Equipe de consultants et modalités de coordination de leur travail

L'Organigramme de l'étude présentée en Figure 2 montre la responsabilité et les rôles de chaque membre de l'équipe.

Figure 2 : Organigramme de l'équipe de consultants



2.2.3 Principaux Interlocuteurs de la mission au niveau de la CIC/SN-CSU

Les principaux interlocuteurs de la CIC/SN-CSU et rencontrés par la mission sont :

- Le Coordonnateur, Dr Dadjim Blagué ;
- Le Coordonnateur Adjoint, M. Moukhtar Mahamat Ambadi ;
- Le Chef de Département de Financement et Point focal de l'étude, M. Abdelsalam Hammad Djamoouss ;
- M. Saibou SEYNOU, Assistant Technique et Point focal P4H / GIZ.

Il était convenu que l'équipe CIC/SN-CSU facilite la mise en relation entre les consultants et les différents interlocuteurs qui étaient à rencontrer selon les TdR et la liste actualisé lors de la réunion de cadrage. Les ordres de mission, les invitations aux ateliers étaient du ressort de la CIC/SN-CSU.

2.2.4 Structure de l'analyse autour d'un référentiel

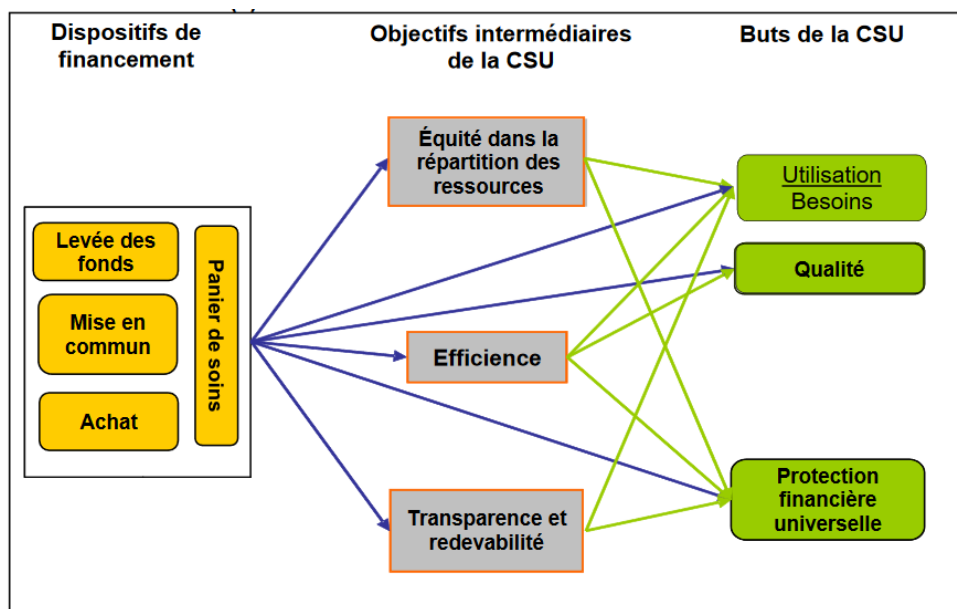
Il a été convenu de structurer l'analyse de l'étude autour des 3 fonctions clefs du financement de la santé définies comme suit par l'OMS ¹²:

- Levée des fonds ;
- Mise en commun des fonds et le partage des risques ;
- Achat de services.

Un référentiel d'éléments à rechercher et à analyser a été élaboré par les consultants. Il a été présenté dans le rapport initial et utilisé pour l'élaboration des outils de collecte de données ainsi que pour l'analyse et la rédaction du rapport, qui a été structuré selon cette logique. La Figure 3 suivante est extraite du guide de l'OMS avec ces éléments d'explications :

« Cette figure montre les liens entre les dispositifs de financement de la santé et les buts de la CSU ainsi que les objectifs intermédiaires ayant des liens plausibles avec ces buts. Par exemple, une amélioration de l'efficacité peut augmenter la protection financière et l'utilisation équitable des services de santé. L'efficacité consiste à offrir un maximum de services, de bonne qualité, autant que le permettent les ressources disponibles. Ceci implique qu'il n'y ait pas de gaspillage, mais qu'au contraire, la combinaison la moins onéreuse des divers types de ressources (personnels de santé, médicaments, etc.) soient utilisées de manière à proposer des services de santé effectifs et de bonne qualité. Elle consiste aussi à offrir les services au niveau du système de santé le moins spécialisé possible : si un traitement efficace peut être assuré au niveau des soins primaires, alors il ne doit pas être administré à l'hôpital central »¹³

Figure 3 : Buts et objectifs de la CSU que le système de financement de la santé est en mesure d'influencer



Source : *Organisation Mondiale de la Santé*, Diagnostic pour le financement de la santé : les bases de l'élaboration d'une stratégie nationale, OMS, 2017

¹² https://www.who.int/health_financing/fr/

¹³ Diane McIntyre, Joseph Kutzin, OMS, Diagnostic pour le financement de la santé : les bases de l'élaboration d'une stratégie nationale, OMS, 2017

2.2.5 Etapes de l'étude

Analyse documentaire

L'analyse documentaire s'est basée sur la catégorisation des documents faite avec la CIC/SN-CSU le 7 janvier 2021, laquelle a permis d'élaborer un premier référentiel bibliographique enrichi par la suite.

Parmi les documents utilisés, il y a eu les rapports provisoires desdites études (voir plus haut) qui étaient en cours lors de la réalisation de l'atelier intermédiaire de février 2021.

Du fait de l'importance des résultats de ces études en termes de constats et recommandations, pouvant influencer sur les orientations de l'étude, une approche itérative de leur prise en compte a été utilisée : (i) Analyse des TdR de ces études, (ii) Echanges avec les consultants, et (iii) Exploitation des versions provisoires des rapports de ces études.

La liste des documents principaux consultés est en Annexe 2.

Collecte des données

En complément de l'analyse documentaire, il était essentiel de prendre en compte l'avis des responsables des institutions impliquées dans la mise en œuvre de l'AMED ainsi que les populations cibles. C'est ainsi qu'il y a eu des entretiens avec :

- les personnes clés ayant des liens de près avec les orientations de l'AMED ;
- les responsables des structures pressenties pour la mise en œuvre de l'AMED ;
- les représentants des bénéficiaires pour recueillir leur perception et avis sur les catégories de bénéficiaires retenus, les prestations pouvant être couvertes par l'AMED et procédures de prise en charge des bénéficiaires par les prestataires de soins. Pour ce faire, des focus group ont été organisés.

Les données ont été collectées à deux niveaux :

- A N'Djamena auprès d'institutions nationales et internationales mais aussi provinciales (formations sanitaires et municipalité) ;
- En provinces et dans les 3 districts proposés par l'étude à titre expérimental et sans prétention de représentativité ni certitude quant au choix définitif des districts de démarrage de l'AMED (voir Tableau 4).

Les critères suivis pour le choix des districts de collecte des données sont les suivants :

- indicateurs de pauvreté et de couverture sanitaire de la population,
- présence de mutuelles de santé et d'ONG actives dans l'accès financier aux services de santé,
- existence de mécanismes de financement basés sur la performance (FBP) qui peuvent avoir un impact positif sur la disponibilité et la qualité des soins de santé,
- existence de programmes d'exemption de paiement des soins de santé soutenus par les donateurs,
- existence de programmes de protection sociale fonctionnels,
- le niveau de performance de l'offre de soins,

- la densité de la population.

Tableau 4 : Justification du choix des districts de collecte des données

Province	District	Critères de sélection
Moyen Chari	Danamadji	Mutuelle de santé existante soutenue par le CPG et avec expérience d'openIMIS, logiciel retenu par le gouvernement pour l'AMED Forte densité de population FBP (COM) existant avec le Programme d'appui aux districts sanitaires (PADS)
Mandoul	Koumra	Qualité des soins de santé Expérience du FBR et Mutuelle de santé existante Projets BASE, y compris l'achat de services de santé
Ouaddaï	Am Dam	Faible densité de population Désavantagé sur le plan économique ; mauvaise qualité des soins dans les services de santé lorsqu'ils sont disponibles Province Ciblée par CIC/CN-CSU pour lancer l'AMED

La liste des personnes rencontrées est en Annexe 3.

Atelier intermédiaire

Le premier atelier dit « intermédiaire », s'est déroulé du 18 au 19 février 2019 à N'Djamena à l'Hôtel Radisson Blu. Il a pu dégager les axes principaux sur lesquels ont été bâties les propositions de cette étude.

L'atelier s'est déroulé en quatre temps : la restitution par le consultant des éléments issus de l'exploitation des documents et des entretiens menés, les travaux en groupes, leur restitution et la validation de la synthèse (principaux constats, conclusions et recommandations)

Il y a eu 3 groupes de travail, constitués en référence au cadre conceptuel présenté plus haut : levée de fonds pour l'AMED, leur mise en commun et le partage des risques y afférents et enfin l'achat des soins et autres services de santé.

Atelier de validation du rapport

Un atelier de validation du rapport final a été organisé entre le 2 et le 5 août 2021. Cet atelier, qui a regroupé la plupart des participants présents à l'atelier intermédiaire, visait la présentation et l'explicitation des **principaux constats et conclusions, des étapes identifiées pour le démarrage effectif de l'AMED, et des recommandations.**

En déclinaison des recommandations de l'étude, il était aussi question de déterminer l'option de démarrage de l'AMED, et la semaine a également été mise à contribution pour élaborer une note de décisions, qui a été discutée lors d'une réunion du Comité technique de suivi de la stratégie nationale de CSU.

Rapportage

Trois types de rapports ont été prévus par les TdR : (i) le rapport initial ; (ii) un rapport de synthèse (introduction à l'atelier intermédiaire) et (iii) un rapport d'étude (intermédiaire puis final).

Les rapports des ateliers s'y ajoutent

Les TdR enjoignent à la mission de partager et faire valider ces rapports par la CIC/SN-CSU et de les rendre disponibles sur demande.

2.2.6 Outils de collecte

Comme l'exigent les normes techniques, l'élaboration des outils de collecte de données (guides d'interviews/questionnaires) de l'étude a été réalisée par les consultants nationaux et internationaux, sous la coordination du Chef d'équipe.

L'élaboration des outils de collecte a suivi le cheminement suivant :

1^{ère} étape : Organisation du référentiel, avec une grille à renseigner par catégories et sous-catégories

En effet, la grille de référentiel a été organisée par catégories de personnes des institutions/organisations à interviewer, en fonction du niveau de l'intervention dans l'AMED : P1 = Intervenant dans les orientations de l'AMED ; P2=Intervenant dans la mise en œuvre de l'AMED ; P3 = Bénéficiaire de l'AMED.

Pour faciliter la rédaction des questionnaires (guides d'entretien) les institutions et organisations ont été réparties comme suit : 1) Ministères et institutions publiques ; 2) ONG ; 3) FOSA (structures de santé) ; 4) Autorités sanitaires et municipales ; 5) Partenaires Techniques et Financiers (PTF).

Afin de tenir compte des différentes catégories et sous-catégories des personnes à interviewer, quatorze (14) drafts de guides d'interviews ont été élaborés. Sous la supervision du Chef d'équipe, l'élaboration de la grille du référentiel à renseigner par catégories a été assurée par le consultant national (expert N°2), appuyé par l'expert national chargé du backstopping, de la collecte des données et de l'évaluation des ONG pressenties pour la gestion déléguée. Quant à la rédaction des drafts des guides d'interviews, elle a été faite par l'expert national en backstopping, Collecte de données et évaluation des ONG, en collaboration avec les deux consultants (international, expert N°1 et national, expert N°2).

2^{ème} étape : Finalisation des guides d'entretiens

Ce travail a été finalisé avec l'implication de tous les experts mobilisés. A l'issue de cet exercice, 14 guides d'entretiens, discussions en focus group étaient disponibles.

En général, les guides d'interviews se focalisent sur 6 points (chapitres) à savoir : 1. Connaissance des lois et décrets sur la CSU ; 2. Modalités de lancement de l'AMED ; 3. Organes de gestion de l'AMED surtout en phase de démarrage ; 4. Financement de l'AMED (levée de fonds, mise en commun et gestion des fonds); 5. Processus d'identification des personnes démunies (bénéficiaires) ; et 6. Plan de communication de la CSU (de l'AMED en particulier). Chaque question contient des sous-questions permettant de relancer les interviewés.

Cependant, concernant les hôpitaux, les mairies et les populations bénéficiaires, les guides sont organisés autrement : (i) pour les hôpitaux, le guide est constitué de 20 questions avec quelques sous-questions pour relancer l'interviewé ; (ii) pour les mairies, le guide ne comprend que 3 points (chapitres) avec quelques sous-questions ; (iii) pour les représentants des populations bénéficiaires : à Am Dam (Province du Ouaddaï), à Koumra (Province du Mandoul) et à

Danamadji (Province du Ouaddaï), la structure a été simplifiée avec quatre (4) parties distinctes et des questions ouvertes : a) Mécanisme de prise en charge des démunis ; b) Identification des démunis ; c) Besoins prioritaires ; d) Solutions prioritaires. Ces différentes approches ont tenu compte de l'importance du rôle que chacune de ces cibles (Hôpitaux et Mariées, populations bénéficiaires) pourrait jouer dans le lancement et la mise en œuvre de l'AMED.

Pour le respect de l'éthique de la recherche et de la validité de l'enquête, un guide de consentement éclairé a été élaboré et c'est le premier document que chaque personne enquêtée devait signer avant de commencer l'entretien avec elle. Il convient de souligner que la présentation succincte de l'objectif de l'étude et la garantie de l'anonymat (la confidentialité) des réponses étaient un préalable à remplir auprès de chaque répondant. Ceci a significativement contribué à l'instauration d'un climat de confiance entre les consultants et les personnes interviewées.

2.2.7 Planning

Le planning final de la mission est présenté en Annexe 4. Il est à rappeler qu'il a subi beaucoup de modifications par suite des différentes situations en présence : contraintes liées à la COVID 19, temps d'interactions entre l'équipe de la mission et la CIC, atelier intermédiaire démarré avec un jour de retard¹⁴

2.3 Difficultés rencontrées

La finalisation de l'étude a été grandement impactée par le contexte sécuritaire survenu immédiatement après la production du rapport intermédiaire. En effet, le décès brutal du Président de la République a entraîné une période d'incertitude et de violences comprenant des menaces par des groupes rebelles et des manifestations par des organisations de la société civile. Par conséquent certains travaux ont été suspendus ; ce qui a retardé d'environ 2 mois le retour consolidé fait par la CIC/SN-CSU aux consultants sur le rapport intermédiaire de l'étude.

En dehors de cet événement, les difficultés ont davantage concerné la collecte de données (de type qualitatif), qui a été retardée puis sa durée rallongée ; ceci dans un contexte de pression pour que le démarrage de l'AMED puisse être effectif en peu de temps. Ces difficultés se déclinent ainsi :

- **Un démarrage de l'étude précipité** : pour répondre aux exigences d'un démarrage rapide de l'AMED/CIC/SN-CSU, une rencontre entre la CIC/SN-CSU et les consultants a été rapidement organisée dès le 7 janvier ; un calendrier très serré a été élaboré avec la tenue de l'atelier intermédiaire dès le 18 février 2021 alors que l'étude documentaire, la collecte de données et leur première exploitation devaient intervenir avant cet atelier ;
- **Retards et absence de transmission de certains documents** aux consultants. C'est le cas par exemple du rapport de la mission d'évaluation des districts de démarrage qui s'est déroulée en décembre 2020 et qui n'a pas été communiqué aux consultants alors qu'il pouvait leur permettre d'affiner leurs analyses en fonction des caractéristiques de ces districts. D'autres documents sont parvenus tardivement aux consultants tels que les projets de décrets pour lesquels il fallait d'abord savoir s'ils étaient d'actualité ou non ; ces retards ou absence de transmission ont complexifié l'analyse et ajouté des interrogations qui ont retardé la rédaction du rapport ;
- **Démarrage tardif de la collecte des données** : à N'Djamena comme en provinces, la collecte de données était planifiée pour alimenter les discussions de l'atelier organisé du 18 au 19 février 2021 ; malgré la garantie que représente la lettre de recommandation du

¹⁴ Problème de visibilité : le nuage de sable n'ayant pas permis à Air France d'atterrir à N'Djamena le 17 février 2021

Ministre de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale (MSPSN) autorisant l'étude, l'accord de démarrage de la collecte de données par la CIC/SN-CSU a été donnée plus tard que prévu ; si bien que la collecte n'a pu commencer que le 16 février 2021.

- **Déroulement de la collecte de données plus long que prévu** : La collecte des données s'est poursuivie jusqu'à la mi-mars 2021. A cause des raisons diverses présentées ci-dessus, la collecte des données sur le terrain, aussi bien à N'Djamena qu'en provinces a pris beaucoup plus de temps que prévu et a eu une incidence sur la rédaction du rapport :
 - La deuxième vague de la pandémie de COVID 19 ayant influencé négativement les rencontres physiques surtout avec les partenaires du Système des Nations Unies ;
 - L'appréhension et la demande de délai pour se préparer de la part des personnes à rencontrer qui peuvent s'expliquer par l'insuffisance de connaissance des textes réglementaires sur la CSU ;
 - Le manque d'éléments de réponses de certaines personnes enquêtées par rapport aux sujets traités ; difficultés exprimées par beaucoup de personnes rencontrées à comprendre le questionnaire, même si partagé à l'avance, le trouvant assez technique.
 - Les conflits d'agenda des responsables des organisations / institutions basées à N'Djamena ;
 - La réticence des enquêtés à parler d'un sujet nouveau (CSU) dont ils ne maîtrisent pas encore les contours ;
 - Le déménagement imprévu de la CIC/SN-CSU qui, ajouté une charge importante de travail aux membres de l'équipe, ayant rendu compliqué et retardé, voire empêché, certaines interactions du consultant local avec l'équipe ;
 - La coïncidence entre la période de collecte de données et la mission de recensement des fonctionnaires dans les provinces.
- **Le non-respect de certains rendez-vous** (voir Annexe 3: Liste des personnes rencontrées) : Toutes les personnes ciblées en province ont été interrogées (100% de couverture) mais au niveau central (national) la couverture n'est qu'à 70% des personnes contactées. Cette situation a rendu plus difficile la collecte d'informations clefs y compris auprès de certains responsables de la CIC/SN-CSU.
- L'autre contrainte majeure est le format même de l'étude imposé par la COVID 19 :
 - Normalement, une étude institutionnelle est bâtie sur les textes existants, mais aussi et surtout, les échanges directs avec les principales personnes ressources.
 - Il avait été prévu que le Chef d'équipe et l'Expert international séjournent un peu plus dans le pays pour ce faire. Mais les règles de quarantaine locale et les contraintes de disponibilités des compagnies aériennes auront fait que le séjour ne dure que 3 jours, avec une arrivée retardée d'un jour à cause d'un problème météorologique (manque de visibilité de la piste d'atterrissage le 17 février 2021) et une partie de ce court séjour étant également en fin de semaine (avec les bureaux des administrations fermés).

3. CADRE INSTITUTIONNEL DU RÉGIME AMED

Comme mentionné plus haut, le canevas de l'étude est structuré autour des 3 fonctions clefs du financement de la santé définis comme suit par l'OMS¹⁵ :

- Levée des fonds ;
- Mise en commun et le partage des risques ;
- Achat de services.

Ainsi chacune de ces fonctions est analysée au regard du dispositif prévu pour l'AMED et des 5 objectifs de l'étude qui sont les suivants :

- 1) **L'évaluation de ce qui est déjà prévu sur le plan institutionnel** [..] ;
- 2) **L'examen des besoins fonctionnels de l'AMED** [..] ;
- 3) **La proposition d'un schéma institutionnel de l'AMED** [..] ;
- 4) **La description des procédures clés pour le lancement de l'AMED** [..] ;
- 5) **La liste et l'estimation de la quantité de ressources humaines nécessaires pour toutes les fonctions requises du système.**

3.1 Levée des fonds et mobilisation des ressources

3.1.1 Ce qui est déjà prévu sur le plan institutionnel pour la levée de fonds et la mobilisation des ressources

Les textes fondamentaux concernant la levée de fonds et la mobilisation des ressources

La Politique nationale de santé 2016-2030 et la Stratégie Nationale de CSU.

La Politique nationale de santé (PNS) rattache la CSU à l'objectif 3 des ODD et se fixe l'échéance de 2030 pour l'atteindre :

« Le Tchad a révisé sa politique de santé pour l'adapter aux nouveaux contextes caractérisés par la vision du Tchad à l'horizon 2030, l'opérationnalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD), la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) »

« La Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle (SNCSU) du Tchad a été adoptée par le Gouvernement en 2015. Elle met un accent particulier sur les questions liées à la prévention, la protection financière, l'équité dans l'accès aux services de santé, la qualité des

¹⁵ https://www.who.int/health_financing/fr/

services, le développement des ressources humaines pour la santé, le renforcement du système de santé et la durabilité¹⁶. Elle comporte six (6) axes stratégiques » (voir ci-après).¹⁷

La mise en place de la CSU : « elle se fera de manière progressive. La finalité est de supprimer les barrières financières et d'autres barrières qui entravent l'accès aux services à tous et en particulier aux personnes pauvres et vulnérables. Parallèlement, la disponibilité et la qualité de l'offre des services seront renforcées. »¹⁸

« Le lancement de la CSU va nécessiter que soit mis en place un dispositif institutionnel pour le suivi des progrès. »¹⁹

Comme mentionné plus tôt, la stratégie nationale de la CSU se décline en 6 axes dont trois seulement (1, 3 et 6) concernent l'Assurance santé :

AXE 1. Développer des mécanismes contre les risques financiers

AXE 2. Utiliser les ressources plus efficacement et équitablement

AXE 3. Favoriser le partenariat public privé

AXE 4. Prévenir des risques ayant une incidence sur la santé

AXE 5. Prendre davantage en compte les souhaits de la population

AXE 6. Mobiliser les ressources financières pour la couverture universelle

Le cadre institutionnel de coordination pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de la CSU.

L'Arrêté N° 4295/PR/PM/2017 est venue modifier celui de 2016 portant le N° 003/PR/PM /2016 portant création du cadre institutionnel de coordination pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de CSU (SN-CSU). Les trois organes suivants constituent ce cadre (article 2) : le Haut Comité de la SN-CSU (HC), le Comité Technique de Suivi de la SN-CSU (CTS-CSU), la Cellule Interministérielle de Coordination de la SN-CSU (CIC/SN-CSU).

Dans sa mission d'orientation, de coordination, et de prise de décisions stratégiques en matière de CSU, le HC-CSU a aussi un rôle pour la mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de la CSU (article 3).

Selon l'article 15 Nouveau du même texte, la CIC/SN-CSU est quant à elle notamment chargée de Coordonner l'élaboration des textes de la CSU et d'organiser et réguler le dispositif d'assurance santé (DAS). Cependant pour l'effectivité de la régulation par la CIC/SN-CSU, il serait nécessaire de préciser ce rôle. Et comme il n'est pas possible de définir ce rôle pour une structure créée par arrêté, il faudrait un Décret conformément aux dispositions de la Loi 35. La question doit cependant être posée de confier à la même structure le rôle de mise en œuvre y compris la mobilisation des ressources et celui de régulation. Ce qui est questionné c'est le rôle de la CIC/SN-CSU comme régulateur. La recommandation de création de l'Agence Nationale de pilotage la CSU, qui intégrerait la CIC/SN-CSU en son sein, trouve tout son sens ici.

¹⁶ Ministère de la Santé Publique, Plan National de Développement Sanitaire (PND3 : 2018-2021), Ndjamena, janvier 2018, p.10

¹⁷ Ibidem p. 77

¹⁸ Ibidem, p.79

¹⁹ Ibidem p.81

La loi portant création de la CSU.

La Loi N° 035/2019 portant création de la CSU constitue l'acte fondateur du DAS composé des trois régimes ASS, ASI et AMED (régime 3).

Il est logique de penser que les financements de la CSU, issues des taxes affectées spécifiques, soient destinés à couvrir les dépenses correspondantes aux 6 axes de la stratégie nationale de la CSU. En même temps, la Loi CSU, ne mentionne pas ces 6 Axes, et se concentre sur la seule mise en place des trois régimes d'Assurance santé, alors que la Loi 26 portant création de la CNAS mentionne les taxes dédiées [à la CSU] comme ressource. Il convient d'harmoniser ces textes.

En son article 31, cette Loi a prévu que la gestion des 3 Régimes de la CSU est assurée par un établissement public appelé « organisme de gestion » dont l'organisation, les attributions et le fonctionnement seront fixés par décret pris en Conseil des Ministres. Des organismes de gestion déléguée (OGD) sont aussi prévus (article 32)

Les articles 40 et 41 de la Loi CSU indiquent que les ressources (définies à l'article 39) sont affectées à l'organisme de gestion selon les modalités prises par décret en Conseil des Ministres et que ces ressources sont réparties entre les trois régimes.

La loi portant création de la CNAS.

L'organe de gestion prévu dans la Loi CSU a été créé par la Loi 026/2020 portant Création de la CNAS (Aout 2020).

Cette loi indique qu'il peut y avoir des antennes dans les provinces (article 3). Selon la Loi, les modalités d'organisation et de fonctionnement de la CNAS seront précisées dans le décret d'application (article 6).

Le projet de décret est encore dans le circuit ; la mission y a eu accès.

Mais comme constaté lors de l'atelier intermédiaire de l'étude, compte tenu de la demande de démarrage rapide de l'AMED et de beaucoup d'éléments nécessaires mais non traités par les lois 035/2019 et 026/2020, le projet de décret d'application de la CNAS est amené à évoluer pour les intégrer.

Le PACTE 2019-2021.

Dans la convention, intitulée « Pacte », signée entre le Gouvernement du Tchad et les PTF, couvrant la période 2019 -2021, les engagements réciproques quant à la Couverture Santé Universelle sont clairs. Nous les reprenons tels quels :

« *La Couverture Santé Universelle (CSU) :*

- *Constat : Le Ministère de la Santé Publique a élaboré la Stratégie nationale de la Couverture Santé Universelle en 2014. La loi sur le Dispositif Assurance Santé vient d'être*

adoptée par l'Assemblée Nationale. Cette loi permettra de mettre en place les mécanismes assurantiels et assistantiels.

Engagement 5 :

- 5.1- Le Gouvernement (Ministères en charge de Santé Publique, de la Défense Nationale, de la Fonction Publique et du Travail, de la Femme et de l'Action Sociale, des Finances, de la Communication, et du Plan,) s'engage à mettre en œuvre la loi sur la Couverture Sanitaire Universelle relative au Dispositif Assurance Santé (DAS) comme une opportunité pour intégrer et mettre en synergie les différentes initiatives de la Couverture Sanitaire Universelle (Régimes obligatoire et solidaire).
- 5.2- Les Partenaires Techniques et Financiers s'engagent à appuyer le Gouvernement dans la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle : (Echéance : jusqu'à 2021).

Indicateurs :

- Disponibilité d'un Centre d'Achats Stratégiques des Soins (CASS) pour l'intégration et la gestion des différents mécanismes existants et innovants de financement de la santé ;
- Régimes d'assurances médicales mis en place et fonctionnels ».

Besoins de financement pour faire fonctionner l'AMED

Pour l'AMED, au regard des dispositions institutionnelles existantes, les organismes principaux à financer sont les suivants :

- Le HC-CSU, le CTS-CSU et CIC/SN-CSU;
- La CNAS : c'est l'organisme de gestion désigné dans la Loi CSU (article 39) pour recevoir les ressources, selon les modalités prises par décret pris en Conseil des Ministres ;
- Les OGD, agissant pour le compte de la CNAS ;
- Les prestataires de soins : l'Etat a prévu dans la Loi CSU de se substituer aux assurés pour le paiement des cotisations nécessaires à la mise en œuvre du régime AMED dont les prestations assurées, en plus du fonctionnement, constituent la plus grande partie de ce financement.

Le besoin de financement initial de la SN-CSU pour une année est estimé à 57,024 milliards FCFA²⁰ comprenant l'affiliation, le paiement des prestations mais aussi les activités de promotion de la CSU.

Il est à noter que selon l'étude sur les financements innovants²¹, « Il faudrait un montant de 27 milliards de FCFA par an, pour garantir le bon fonctionnement des programmes de gratuité en santé, dans une situation de stabilité de consommation des soins (vitesse de croisière). Le financement public ne représentait que 57% de ce montant en 2017. »²²

L'Etat a prévu de contribuer au financement de la CSU par deux catégories de financements :

- Une subvention qui finance les dépenses de fonctionnement de la CIC/SN-CSU (salaires, fonctionnement et autres) sur le budget courant de l'Etat administré par le MFB²³. Ces dépenses devraient être inscrites dans le Budget général de l'Etat et gérées selon la procédure courante en matière de dépenses publiques (voir Figure 5 plus loin).

²⁰ MSPSN, Document de démarrage de la DAS, Sept 2020

²¹ Michel VIGNEUL, Les mécanismes de la gratuité et leur financement. Identification des financements innovants. Gestion du financement, Avril 2017

²² MSPSN, Rapport SNPS, Novembre 2020, p.48

²³ Article 20 de l'Arrêté N° 4295/PR/PM/2016

- L'affectation des taxes affectées spécifiques et supplémentaires dédiées à la CSU telles que prévues dans la Loi.

Malgré le fait que la CSU prévoit le financement de la CNAS et que la Loi de Finances²⁴ prévoit d'y faire face par le moyen de taxes dédiées, la mission n'a pas pu obtenir le montant prévu pour la CSU au titre de ces taxes auprès des services concernés du MFB car « cela nécessite des travaux d'analyse spécifiques », d'après les participants du MFB à l'atelier intermédiaire de cette étude. Cependant, les informations sur le niveau de recouvrement des taxes spécifiques dont, seulement, une partie est affectée au financement de la couverture santé universelle les chiffres varient de façon importante selon les sources des données consultées (Situation de recouvrement du trésor, DGI ou PNLTAD : voir le Tableau 5 à la page 39 et les commentaires connexes). Il faut noter qu'en 2021, cette taxe a été élargie aux emballages non récupérables et aux polypropylènes.

Dispositions en faveur de la levée de fonds pour l'AMED

Le principe de financement du régime 3 par l'Etat est acté par la Loi CSU (035/2019) : « L'Etat se substitue aux assurés pour le paiement des cotisations nécessaires au financement du régime AMED » (article 46).

L'article 39 de la Loi instituant une CSU précise que les ressources suivantes serviront à financer l'ensemble des Régimes au titre de la CSU : cotisations employeurs (Etat ou privés), cotisations des employés assujettis, **financements innovants, taxes dédiées, subventions de l'Etat et des mécanismes de gratuité**, produits financiers, prêts, parrainages, dons et legs, majorations et pénalités de retard dues aux cotisations des employeurs et aux situations de fraudes, ressources en provenance des **Partenaires Techniques et Financiers** (PTF).

Une année après, quand la loi sur la CNAS est promulguée fin 2020, à cette liste elle a ajouté : « *Toutes autres sources susceptibles de financement* »

Le projet de décret de la CNAS introduit des précisions permettant d'augmenter l'espace fiscal pour la CSU et fixe, à l'article 4, les Modalités d'allocation des ressources révisées. Ces réallocations et relèvements de taux concernent les secteurs et les produits suivants :

1. Le secteur des assurances
2. La consommation de boissons alcoolisées
3. La consommation de cigarettes
4. Les transferts de capitaux
5. Les bénéfices des professions libérales non commerciales
6. Les revenus mobiliers
7. Les revenus immobiliers
8. Les droits d'enregistrement sur les marchés publics
9. Les taxes douanières
10. La taxe sur la valeur ajoutée intérieure
11. Le transport aérien
12. Le transport interurbain de passagers
13. La distribution de l'eau
14. La téléphonie mobile
15. Les ressources pétrolières
16. Les ressources minières

²⁴ Article 28 LFR 2020 et article 20 LFI 2021

Pour les années 2020 et 2021, la Loi de Finances a prévu les taux de prélèvement des taxes spécifiques pour la CSU pour certaines de ces taxes seulement (celles qui sont encadrées ci-dessus).

La Loi de finances 2021 a affecté une partie de la taxe spécifique au financement de la couverture santé universelle. Il faut noter que la taxe spécifique a été instituée pour la première fois en 2019 (sans évoquer la CSU). Elle s'appliquait aux véhicules de tourisme, aux boissons alcoolisées et au tabac mais n'était pas affectée à la CSU. En 2021, elle était élargie aux emballages non récupérables et aux polypropylènes. Cependant, seule la taxe spécifique collectée sur les boissons alcoolisées (liqueurs, bières), le tabac (cigares), les jeux de hasard et les emballages non récupérables est affectée au financement de la Couverture santé universelle.

Les lois des finances qui l'ont instituée n'ont pas prévu un mécanisme de recouvrement de ces recettes ni comment l'institution en charge de la mise en œuvre de la couverture santé universelle pourrait accéder à ces fonds.

Difficile mobilisation des ressources publiques pour la CSU

Les taxes spécifiques affectées à la CSU qui étaient prévues dans la Loi de Finances 2020 auraient été effectivement prélevées durant l'année. Mais en l'absence de mécanisme (dont l'absence de compte dédié au Trésor ouvert au nom de la CSU n'est qu'un maillon de la chaîne), elles n'ont pas été affectées à cette dernière et ont donc été intégrées comme recettes nouvelles affectées au budget général de l'Etat. Par ailleurs, il paraît impossible que ces recettes antérieures soient à présent affectées à la CSU du fait de la clôture budgétaire et des dépenses déjà réalisées, selon les mêmes personnes ressources du MFB présentes à l'atelier intermédiaire.

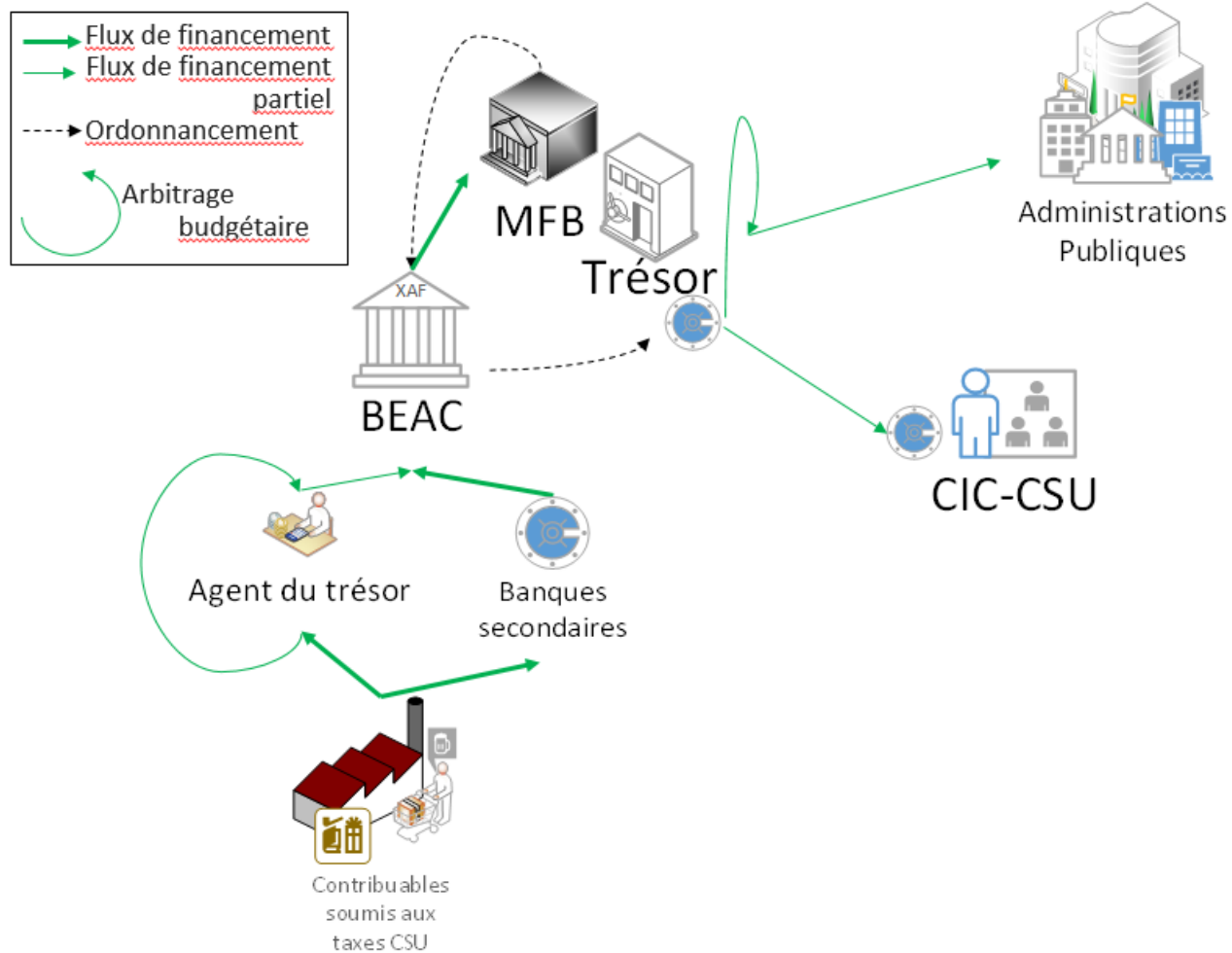
Malgré les demandes répétées émises par la CIC/SN-CSU et relayées par le MSPSN, l'Etat (le MFB) n'a réalloué aucun des montants additionnels perçus au titre des taxes spécifiques affectées, collectées au titre des lois CSU et CNAS et de la Loi de finances. Un des arguments avancés était que la CNAS, organe habilité à recevoir et gérer ces fonds, n'est pas créé. Les participants à l'atelier intermédiaire de l'étude en cours étaient du même avis : au regard des textes en vigueur la CIC/SN-CSU n'est pas bénéficiaire des recettes provenant des taxes spécifiques et ne fonctionne pas sur les recettes affectées à la CSU mais plutôt sur le budget de fonctionnement de l'Etat.

Cependant, depuis 2017, la CIC/SN-CSU déplore n'avoir reçu que partiellement les subventions prévues pour son fonctionnement de la part de l'Etat (voir plus haut). Principalement les PTF, et parmi eux principalement l'AFD, la DDC et l'OMS ont soutenu financièrement la CIC/SN-CSU dans la mise en œuvre de la Stratégie Nationale CSU.

Le schéma suivant (Figure 4) montre le circuit habituel existant pour le versement des subventions de fonctionnement à la CIC/SN-CSU. La levée de fonds par les banques secondaires et les agents du Trésor (là où il n'y a pas de banque) fonctionne et les recettes fiscales parviennent bien au compte unique du Trésor à la BEAC (au Tchad comme dans les autres pays de la zone CEMAC, la banque centrale est la Banque des Etats d'Afrique Centrale). Après arbitrage budgétaire, la CIC/SN-CSU pourrait en principe recevoir les financements nécessaires à son fonctionnement comme cela est prévu, mais ce n'est pas le cas.

Figure 4 : Circuit financier existant pour la mobilisation des ressources de la CIC/SN-CSU

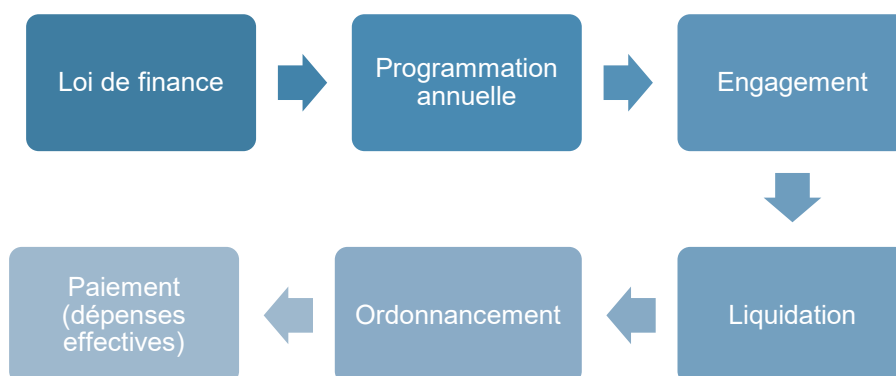
Circuit financier **existant** pour la mobilisation des ressources CIC-CSU



Circuit de financement de l'AMED selon la chaîne de la dépense publique

Selon la procédure classique en matière de dépenses publiques (Figure 5), après priorisations décidées par le Ministre des Finances et du Budget, les fonds sont effectivement (i) ordonnancés puis (ii) sont soumis à une procédure de liquidation^{25 26 27}. De manière simplifiée, l'Etat paie en fonction des textes non pas législatifs mais de la déclinaison réglementaire de la Loi, l'obligeant à payer telle ou telle catégorie de dépenses et selon les priorités dans l'ordonnancement des dépenses.

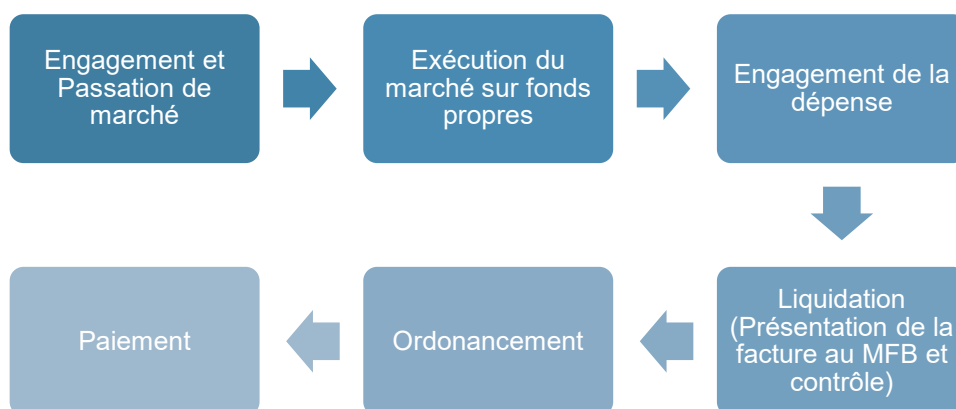
Figure 5 : Circuit couramment utilisé pour les dépenses publiques



Le cheminement suivi par un prestataire de services de l'Etat, afin d'être payé pour les services rendus est décrit de manière simplifiée avec les étapes suivantes (Figure 6) :

1. Passation de marché : le prestataire est recruté ;
2. Exécution du marché : le prestataire offre ses services sans avoir été payé ;
3. Présentation de la facture ;
4. Contrôle de la réalisation effective des services attendus ;
5. Ordonnancement du paiement par le MFB ;
6. Priorisation des dépenses ;
7. Paiement au prestataire.²⁸

Figure 6 : Circuit de paiement d'un prestataire de services de l'Etat



²⁵ La procédure comprend 4 étapes : l'engagement (après la programmation), la liquidation, l'ordonnancement et le paiement.

²⁶ Ordonnancement : Acte donnant ordre de payer une dépense publique préalablement liquidée : une dépense déjà payée.

²⁷ Liquidation : constater que le service est fait, vérifier la facture et le montant dû, identifier et joindre les pièces justificatives, mais aussi s'assurer du caractère libératoire du paiement

²⁸ Cette procédure est connue des fournisseurs prestataires de marchés publics. L'anticipation des retards de paiement et de leur incertitude les conduits à majorer leurs services.

La Figure 7 ci-après reprend ce circuit habituel de paiement d'un prestataire en l'appliquant au dispositif prévu pour l'AMED, à travers un organisme gestionnaire de l'assurance santé « public » habilité à gérer le dispositif assurantiel selon la législation en vigueur.

Cette procédure de la dépense publique, la plus souvent utilisée, explique que même si les ressources (taxes dédiées à la CSU) sont disponibles, elles ne seront pas spontanément ni de façon certaine mobilisables par le « tiers » bénéficiaire comme la CIC/SN-CSU. Car, pour respecter le principe de payer les dépenses effectivement réalisées, il faudrait que les prestations (de soins dans le cas de l'AMED) aient d'abord été payées au bénéficiaire final (les prestataires de soins), autrement dit que les fonds nécessaires pour le faire soient au préalable disponibles : ce qui ne sera pas possible sans recevoir au préalable des avances. De plus, le circuit de paiement des prestataires de soins peut rencontrer d'autres types de contraintes venant s'ajouter à celles décrites : réception tardive de paiements ou des montants reçus insuffisants à cause des arbitrages opérés selon les priorités à différents niveaux, voies de recours presque inopérantes, du fait de la dilution des responsabilités parmi les nombreux acteurs et de la difficulté à remonter les circuits de décisions et/ou d'informations.

Au regard du circuit de la dépense publique, celui de l'accès aux ressources pour payer les prestataires de soins serait constitué d'étapes suivantes si la CIC/SN-CSU était l'organisme gestionnaire :

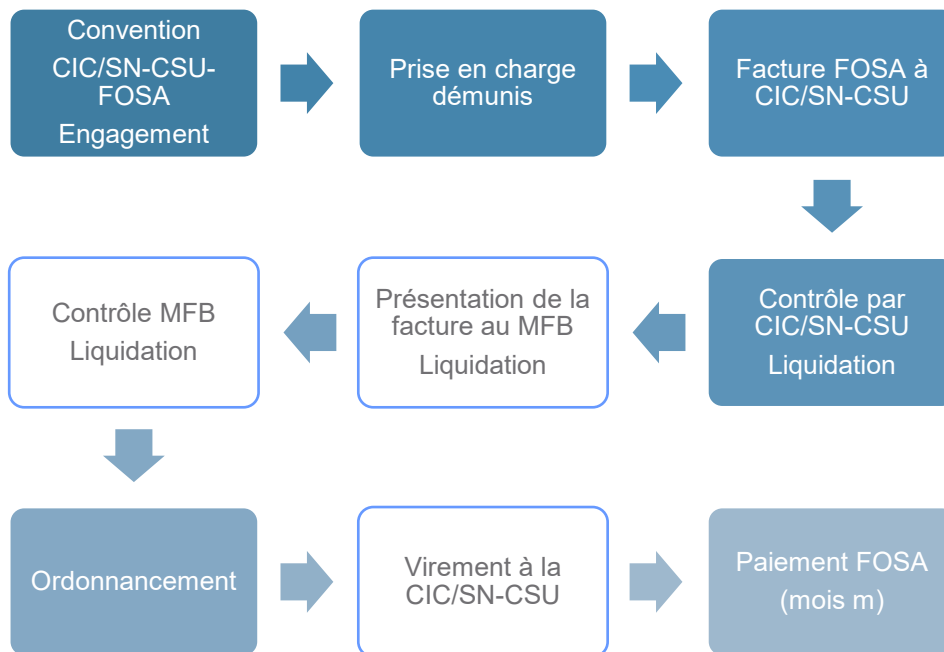
1. Convention CIC/SN-CSU avec les FOSA : c'est l'équivalent de la passation de marché, la FOSA accepte de fournir les prestations sanitaires couvertes par l'AMED selon des conditions de qualité du service, de prix et de paiement définis ;
2. Engagement ;
3. Exécution du marché : le prestataire (FOSA) délivre les soins ;
4. Présentation de la facture des FOSA à la CIC/SN-CSU (liquidation) ;
5. Contrôle administratif et médical de la facture par la CIC/SN-CSU directement ou par délégation (réalisation effective des services attendus - liquidation) ;
6. Présentation de la facture au MFB pour paiement ;
7. Contrôle de l'éligibilité de la facture par les services du MFB ;
8. Ordonnancement du paiement par le MFB ;
9. Priorisation des dépenses ;
10. Paiement au prestataire.²⁹

Le fonctionnement de la chaîne de la dépense publique n'est pas compatible avec les procédures d'un régime d'assurance santé qui nécessite de payer les prestataires de soins à un rythme régulier (mensuel, tous les deux mois ou trimestriel) et à temps afin que ceux-ci puissent renouveler leur stock d'intrants médicaux et assurer le fonctionnement normal de leurs formations sanitaires.

En revanche, les procédures des dépenses publiques ne sont pas applicables à la CNAS qui est un établissement doté de l'autonomie de gestion et qui bénéficie plutôt des ressources budgétaires. Dans la pratique les institutions bénéficiaires des taxes affectées font des démarches pour percevoir les taxes et payer elles - mêmes leurs engagements. Ce sont elles qui paient leurs fournisseurs et non le Trésor public. Parfois en attendant leur allocation du Trésor, elles empruntent auprès des banques pour faire face aux dépenses et après acquisition de leurs allocations, elles remboursent la banque.

²⁹ Cette procédure est connue des fournisseurs prestataires de marchés publics. L'anticipation des retards de paiement et de leur incertitude les conduit à majorer le prix leurs services pour ne pas perdre d'argent.

Figure 7 : Circuit de paiement des FOSA par la CNAS sans avance du MFB



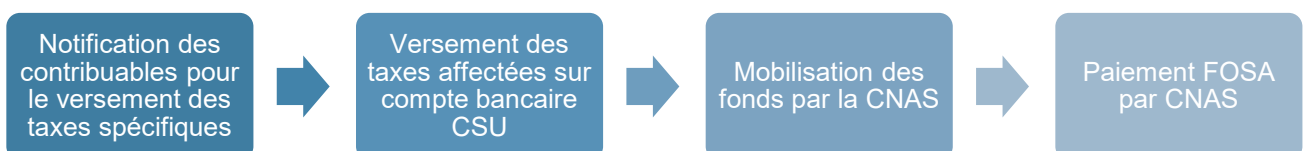
3.1.2 Examen des besoins fonctionnels pour la levée de fonds et la mobilisation des ressources

Le cycle inversé de production en assurance

L'assurance estime le coût des prestations avant de connaître leur coût réel afin de mobiliser, en amont des dépenses, les ressources nécessaires à leur paiement. C'est ce qu'on appelle le cycle inversé de production. Ainsi l'assureur doit être payé avant la survenance de l'éventuel événement (appelé sinistre) susceptible d'entraîner son obligation d'indemniser. On comprend bien ici pourquoi : le risque d'être malade est par définition aléatoire et incertain et lorsqu'il se réalise l'assureur devrait être en mesure de payer les services à la structure qui les a délivrés et ainsi maintenir la relation conventionnelle avec le prestataire de soins.

Un circuit de financement ad-hoc doit donc être créé pour permettre le bon fonctionnement de l'AMED sur la base des ressources mobilisée issues des taxes spécifiques dédiées à la CSU, comme illustré de manière simplifiée dans la Figure 8.

Figure 8 : Cycle simplifié du financement AMED



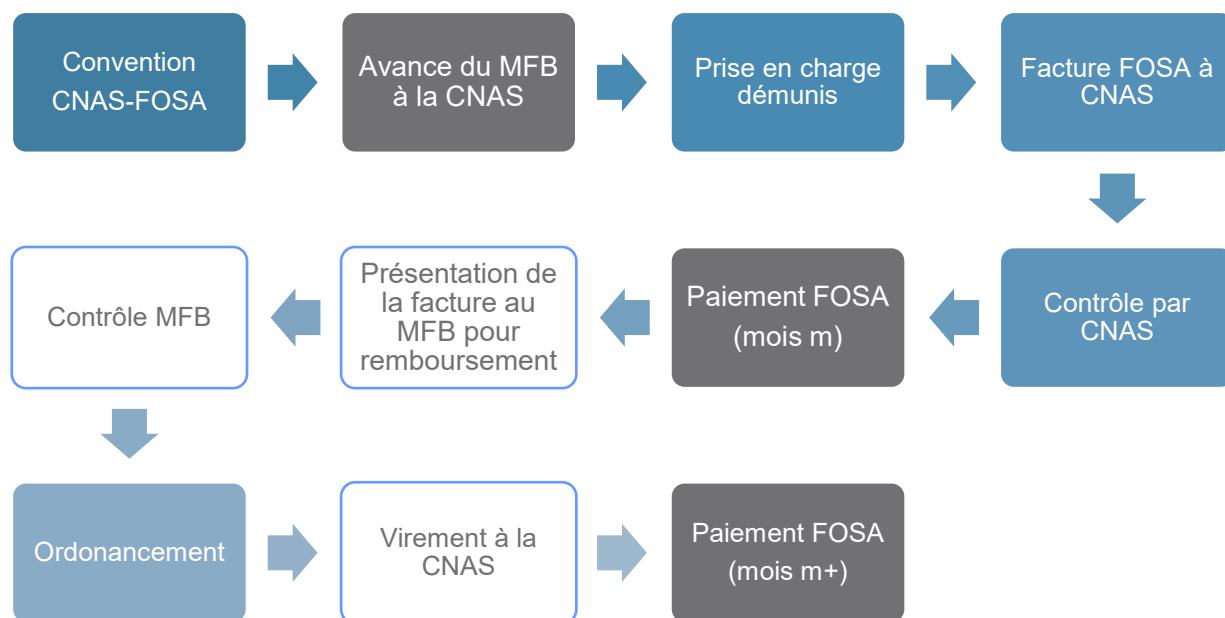
La nécessité de faire une avance de fonds à la CNAS

La Figure 9 introduit le principe de l'avance sur la base des dispositions actuelles, avec les étapes suivantes (grises dans le schéma) :

- Une avance est consentie à la CNAS par le MFB sur la base des conventions signées avec les FOSA et l'étude actuarielle des dépenses prévues ;
- La première facture (du mois m) pourra être payée directement par la CNAS, raccourcissant ainsi le circuit de paiement et permettant au prestataire de soins de disposer du fonds de roulement nécessaire pour assurer la poursuite de la mise en œuvre de la convention. La CNAS soumettra ensuite la facture au MFB pour remboursement (remplacer les fonds qui étaient avancés et qui ont servi au paiement de la facture des FOSA);
- Une fois le remboursement de la facture du mois m effectué par la CNAS, celle-ci pourra alors procéder au paiement des factures des FOSA pour le mois en cours (m+1 ou m+2) selon le délai de mise à disposition des fonds par le Trésor public.

Au regard des dispositions institutionnelles en vigueur, la nécessité d'une avance permettrait d'envisager une voie plus appropriée à un système d'assurance santé. Mais ceci ne résoudra pas la question de la garantie de la disponibilité de ces fonds, soumis au rythme de la gestion des finances publiques et plus encore aux aléas inhérents aux tensions énormes de trésorerie de l'Etat dans un contexte de crises multiformes entraînant à coup sûr des arbitrages budgétaires bloquants pour l'AMED.

Figure 9 : Circuit paiement d'un prestataire de soins avec avance de paiement à la CNAS



NB : en principe il n'est pas nécessaire de transmettre la facture au MFB pour recevoir les recettes affectées, ce n'est pas nécessaire de les faire transiter par le MFB qui ne pourra pas les utiliser ; c'est la CNAS qui doit les percevoir.

Trois options pour contourner la chaîne de la dépense publique

A la suite de l'atelier intermédiaire et des discussions complémentaires avec l'équipe de la CIC/SN-CSU, 3 options ont été étudiées pour contourner le circuit habituel de la dépense publique et rendre le système AMED opérant.

Ces trois options identifiées sont :

1. Virements intermittents (ou permanent) par le Trésor ;
2. Convention tripartite Trésor/MFB – BEAC – CNAS ou CIC/SN-CSU ;
3. Virement direct entre banques secondaires.

Option 1 : un compte CSU du Trésor est ouvert à la BEAC.

Les taxes dédiées à la CSU sont collectées par les circuits habituels du Trésor, par des versements des opérateurs économiques sur le compte du Trésor/MFB dans les banques secondaires. Les comptes dédiés aux taxes affectées ouverts au nom du Trésor public dans les banques secondaires sont nivelés/versés toutes les 48 heures sur les comptes des recettes affectées ouverts à la banque centrale par le Trésor public. Là où il n'y a pas de banque les agents du Trésor collectent les taxes et font dans la plupart des cas une retenue sur ces fonds pour le fonctionnement des services de la province.

Le Trésor/MFB va demander à la BEAC de faire un virement sur le compte de la CNAS ouvert dans une banque secondaire (banque commerciale).

Le MFB peut prendre un Arrêté pour ordonner un **virement permanent** de sorte qu'au moment du nivellement de ces taxes vers le compte unique du Trésor à la BEAC les fonds soient versés automatiquement sur le compte CSU ouvert dans une banque secondaire.

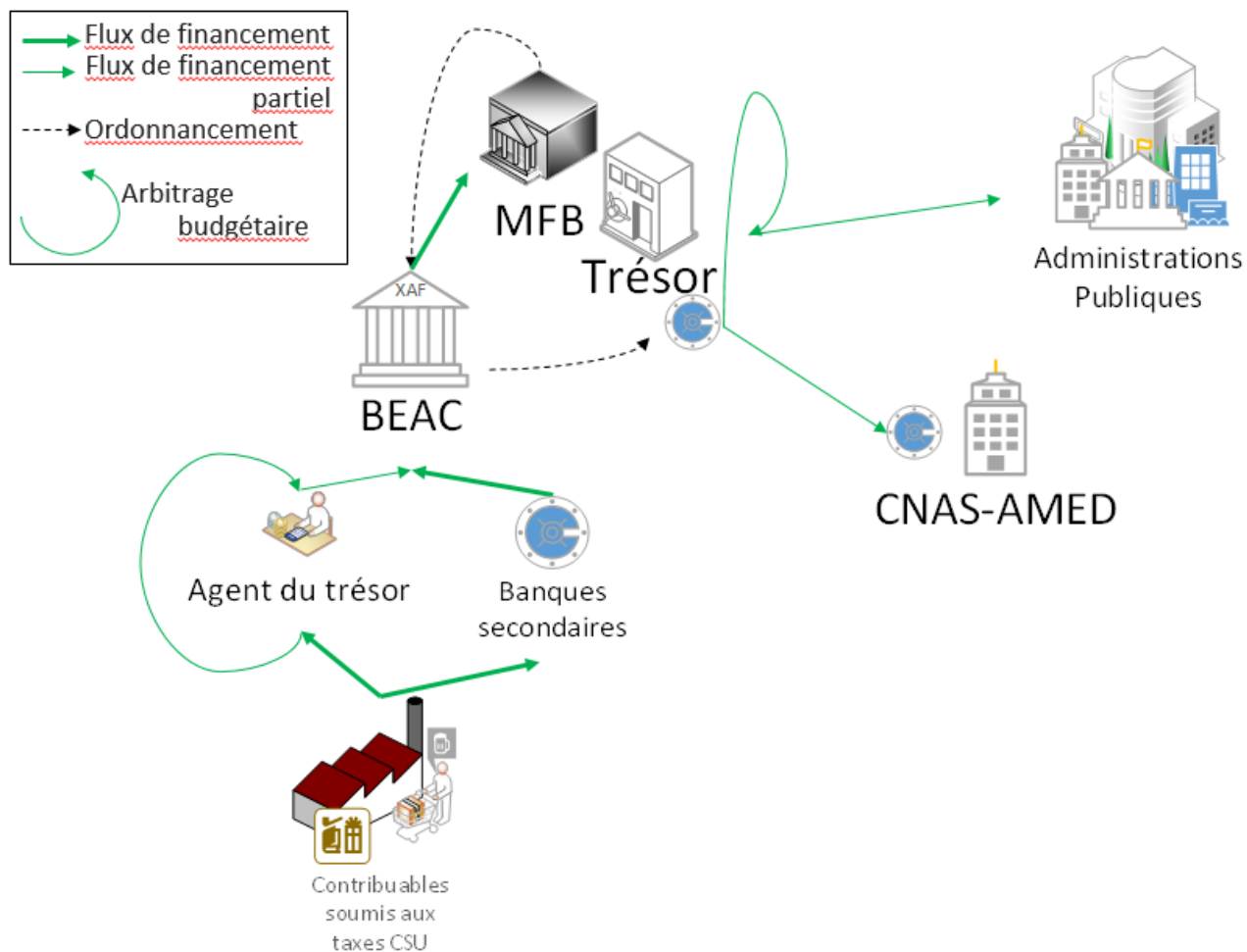
La Figure 10 **Error! Reference source not found.** illustre le circuit financier relatif à cette option.

Inconvénients :

- Même dans ce cas, les recettes collectées arrivent d'abord dans les comptes recettes dédiés à la BEAC avant que la BEAC ne puisse faire les virements au compte CSU, cette option est donc peu recommandable.
- Etant donné que les comptes de recettes affectées ne sont pas ouverts au nom des entités bénéficiaires (organisme de gestion habilité pour l'AMED), celles-ci ont besoin à chaque fois d'écrire au Ministre des finances et du budget pour solliciter la part qui leur revient au cours d'un exercice. Sur la base de l'Arrêté du Ministre des finances qui donne la clé de répartition des recettes affectées, celui-ci peut instruire le Trésorier Payeur Général de virer les montants collectés aux structures bénéficiaires. Après instruction du Ministre des finances, le Trésorier payeur général ordonne à la banque centrale de virer la part qui revient à l'entité bénéficiaire. C'est le cas pour les taxes versées à l'ONAJES, la taxe VIH et la TPE qui transitent par les comptes des taxes affectées. Cette procédure est longue et administrativement lourde pour un régime assurantiel.
- Cette option ne met pas l'AMED à l'abri d'un arbitrage budgétaire : Il y a unicité de caisse et fongibilité au Trésor et le MFB peut décider à tout moment d'interrompre le paiement y compris l'ordre de virement permanent.

Figure 10 : Circuit financier de mobilisation des taxes CSU pour le démarrage – circuit dit « classique » (option 1)

AMED : Circuit financier de mobilisation des taxes CSU pour le démarrage – circuit dit « classique » (option 1)



Option 2: Un compte CSU sous couvert d'une convention tripartite BEAC/MFB/CIC/SN-CSU.

Avec cette option les taxes dédiées sont collectées par les banques primaires et agents du Trésor et affectées comme pour l'option 1 dans un compte CSU du Trésor ouvert à la BEAC.

Ce compte CSU serait « sanctuarisé » sous couvert d'une convention tripartite signée entre la CIC/SN-CSU, le MFB et la BEAC qui autoriserait la BEAC à reverser automatiquement les fonds CSU collectés sur le compte CSU ouvert dans une banque secondaire par l'organisme de gestion habilité (CNAS).

Cette option préserverait à priori la CNAS des arbitrages budgétaires de l'Etat et ne pourrait pas être remise en cause au moins pendant la durée de la convention tripartite. Dans tous les cas, il y a un compte au MFB qui enregistre les taxes dédiées et affectées à la CSU afin que le MFB puisse en connaître le montant et en faire le suivi.

C'est cette option qui est recommandée par la CIC/SN-CSU et a fait l'objet d'un projet de décret qui a pu être consulté au cours de la mission. Celui-ci « Portant modalités d'affectation des ressources à l'organisme de gestion de la CSU » décline les modalités opérationnelles de cette option notamment en ses articles 6 à 8 :

Article 6 : *Il est autorisé l'ouverture d'un « compte principal de la CSU » à la banque des Etats de l'Afrique Centrale ou dans une banque secondaire de la place qui sera alimenté par les ressources allouées à la CSU. Les ressources visées à l'article 2.b) sont provisionnées selon les termes d'une convention signée entre le Ministère des Finances et du Budget, l'organisme de Gestion Déléguée et la Banque Centrale.*

Article 7 : *Les recettes bancarisées provenant de ces ressources visées à l'article 2.b) sont nivelées directement à partir des comptes de mobilisation des recettes du trésor ouverts dans les banques primaires au profit du « compte principal de la CSU » ;*

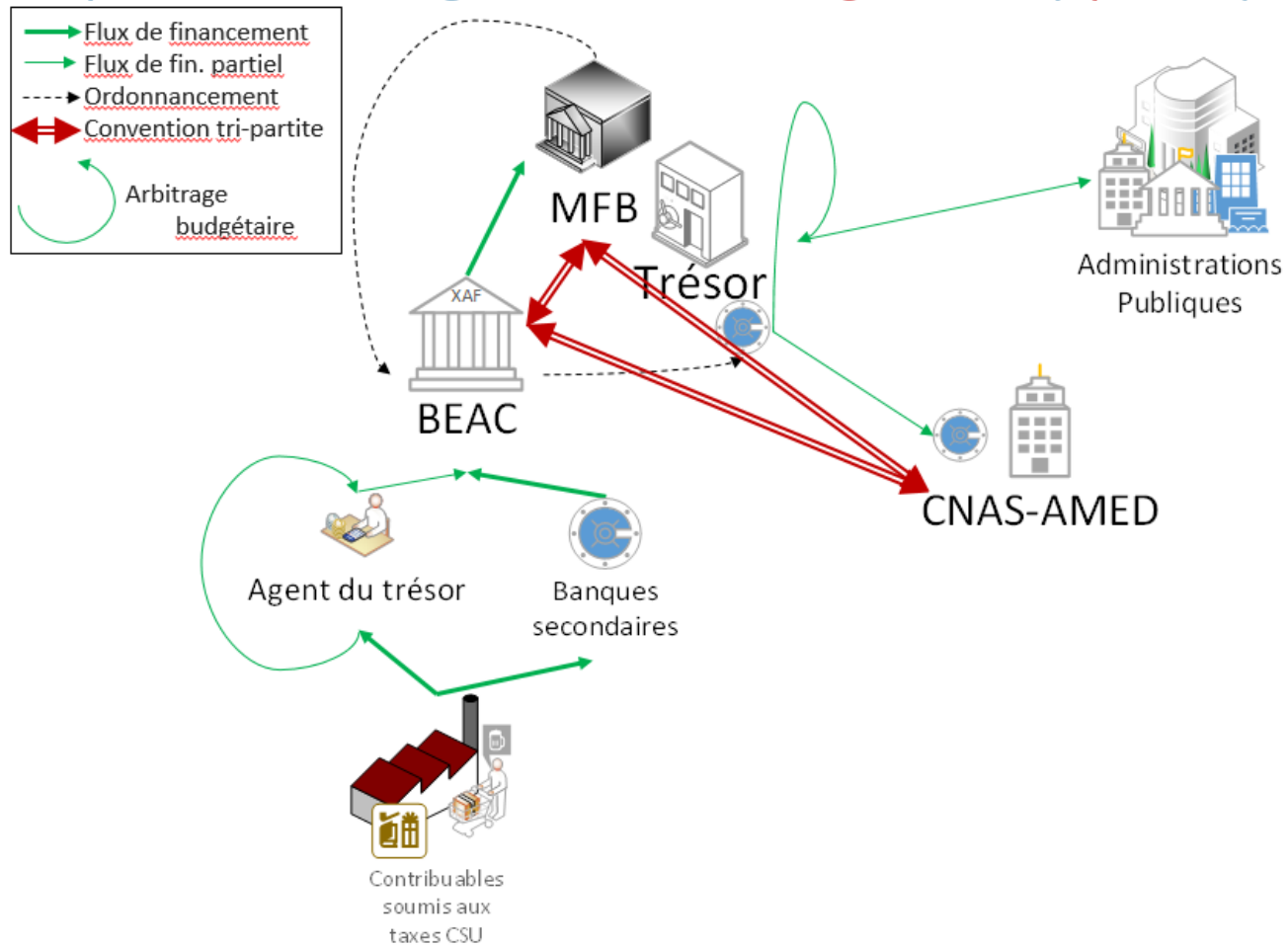
Article 8 : *Les recettes non bancarisées provenant de ces ressources visées à l'article 2.b) sont d'abord mobilisées dans un compte spécial du trésor public ouvert au nom de la Couverture Santé Universelle avant de les niveler au profit du « compte principal de la CSU ».*

Inconvénients :

- Selon les investigations des consultants, la BEAC ne signe pas des conventions tripartites ;
- Face aux urgences de l'Etat, l'AMED ne sera pas à l'abri d'une dénonciation unilatérale de la convention et de la remise en cause des clauses de la convention.

Figure 11 : AMED : Circuit financier de mobilisation des taxes CSU pour le démarrage – circuit « dérogatoire » (option 2)

AMED : Circuit financier de mobilisation des taxes CSU pour le démarrage – circuit « dérogatoire » (option 2)



Option 3 : Virements directs des taxes CSU entre les banques commerciales

Dans cette option, comme le montre la Figure 12, les taxes CSU collectées par les banques secondaires ne transitent pas par le Compte unique du Trésor à la BEAC. Elles sont versées directement sur les comptes bancaires des entités bénéficiaires, en l'occurrence ici la CNAS, ouverts dans les banques secondaires. Seules les recettes fiscales destinées à la CSU transitant par les agents du Trésor, là où il n'y a pas de banque, suivraient la chaîne de la collecte des taxes recettes publiques pour être ensuite reversées sur le compte CSU ouvert dans une banque secondaire, sous réserve d'arbitrage budgétaire.

Modalités de mise en œuvre :

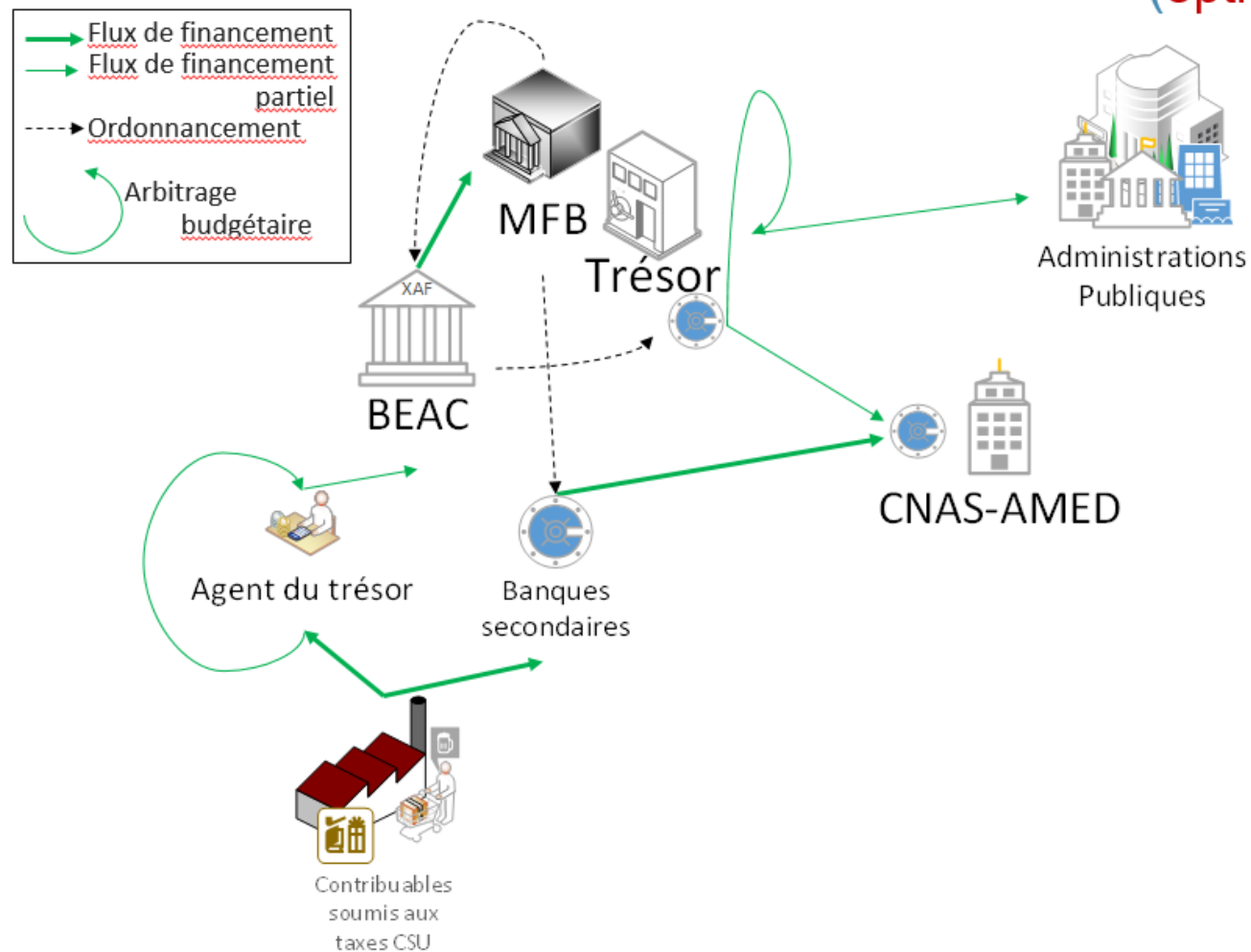
- La loi des finances affecte la taxe à une structure (dans notre cas c'est la CNAS) ;
- Après promulgation de la loi des finances, le Ministre des finances prend un arrêté pour définir les clés de répartition ou confirmer les parts qui reviennent aux entités bénéficiaires ;
- Ces entités, munies de la loi de finances et de l'arrêté ministériel écrivent aux contribuables pour se présenter comme bénéficiaires des taxes affectées auxquelles ces contribuables sont assujettis et leur communiquent les références de leurs comptes bancaires (dans les banques secondaires) sur lesquels ils doivent faire les versements.

Cette procédure est utilisée pour l'accèsion à la redevance de 9% sur les chiffres d'affaires des sociétés de téléphonie mobile. Ainsi l'ARCEP, l'ADETIC, l'UNATIC, l'ANSICE et le DGSBI reçoivent directement sur leurs comptes dans les banques secondaires respectivement 3%, 3%, 1%, 1% et 1% de cette redevance versée par les contribuables assujettis. C'est aussi le cas pour la CNRT qui reçoit 3% des droits d'assise sur le tabac et l'alcool. La Brasserie et la MCT versent directement ces taxes sur le compte de la CNRT ouvert dans une banque secondaire.

Le Fonds d'Entretien Routier (FER) fonctionne également selon une telle disposition. Le Décret N°418/PR/MTPPT/2000 précise ses ressources dont une fraction provient des ressources pétrolières consenti par l'État par dérogation aux principes généraux applicables en matière de comptabilité publique : le produit de la redevance d'affrètement ; le produit de la redevance à l'essieu ; les droits d'usage routier ; les amendes pour les dommages et dégâts causés par les usagers au réseau routier national et dûment verbalisés ; les contributions exceptionnelles d'organismes internationaux au titre de l'aide bilatérale ou multilatérale ; les autres contributions, dons et legs. La mission a eu accès au manuel de gestion administrative, opérationnelle, comptable, financière et budgétaire du FER (version d'octobre 2019), qui précise « *toutes les ressources sont impérativement versées, soit directement par les prestataires de service mandatés pour les collecter, soit par les redevables eux-mêmes, dans des comptes bancaires individualisés ouverts au nom du FER ouverts auprès d'une ou de plusieurs banques commerciales. Cependant certaines d'entre elles transitent préalablement par une caisse spéciale tenue au FER avant leur reversement sur le compte bancaire approprié.* »

Figure 12 : Circuit financier de mobilisation des taxes CSU pour le démarrage – circuit « hors chaîne de la dépense » (option 3)

AMED : Circuit financier de mobilisation des taxes CSU pour le démarrage – circuit « hors chaîne de la dépense » (option 3)



Le tableau suivant (Tableau 5) présente la situation (partielle) des recettes affectées dans la situation générale du recouvrement des taxes et impôts. On y note un manque d'exhaustivité des recettes affectées, une irrégularité dans la collecte et un manque d'information pour la plupart des recettes affectées. Cette situation montre que :

- soit les taxes affectées ne transitent pas par le Trésor c'est-à-dire qu'elles sont versées directement dans les comptes des structures bénéficiaires. C'est le cas pour les 3 points de pourcentage du taux de droits d'assise versés à la Caisse nationale de retraite du Tchad (CNRT) et les taxes versées à l'ONASA ;
- soit qu'il y a un manque de comptabilisation des recettes versées par le Trésor aux structures bénéficiaires. C'est sans nul doute le cas des versements aux communes et du FER.

Ces hypothèses seraient corroborées par les chiffres extraordinairement plus élevés présentés par le Programme National de Lutte contre Tabac, Alcool et Drogues (PNLTAD) lors de la 26^{ème} session du Comité Directeur du MSPSN. Selon la CIC/SN-CSU, les données, proviennent de la Manufacture de Cigarette du Tchad (MCT), des importateurs locaux, du Trésor et des Douanes. Cette présentation montre que 8 075 700 000 FCFA ont été générés par les taxes spécifiques de 100 FCFA/paquet de cigarette au profit de la CSU dont 3 365 875 000 FCFA en 2019 et 4 709 825 000 FCFA en 2020 (16 fois plus que la situation de recouvrement du Trésor Public). La DGI dispose d'encore d'autres chiffres (1 971 000 000 FCFA en 2020).

Bien que certains écarts pourraient s'expliquer par des différences de dates de publications entre les diverses sources d'information, l'importance de ceux-ci renforcent l'idée de faire une évaluation précise tant rétrospective que prospective pour parvenir à estimer les ressources disponibles.

Tableau 5 : Recettes affectées, liste non exhaustive (en million de FCFA)

	2016	2017	2018	2019	2020
3 points du taux de droits d'accise pour la CNRT					
0.08 points de la redevance statistique					
ONASA	0.08	261.7	43.9	4.96	
Fonds national d'Elevage	71.4	6		18	0
10% redevances statistiques Sydonia					
1/15 TVA pour les communes					
19% IGL pour les communes					
Taxe antirétroviraux	2196	135		69.5	420
Redevance audio-visuelles	2735	300	1094	216.9	30.6
Autre redevance OTRT					
TDE					
FONAJ					
FNDS					
Taxe sur les transferts dans la zone					
Taxe spécifique				80	295
TPE					0

Source: Situation de recouvrement, Trésor Public, Ministère des Finances et du Budget

3.1.3 Proposition d'un schéma institutionnel pour la levée de fonds et la mobilisation des ressources

La mission a constaté qu'il n'y a pas eu de demande au MFB pour l'ouverture d'un compte dédié au Trésor pour « sécuriser » les ressources additionnelles prévues dans la Loi de finance (2020 et 2021) pour le financement de la CSU.

Avec les textes en vigueur, l'autre difficulté est celle de l'organe pouvant mobiliser les fonds auprès du MFB. La CIC/SN-CSU n'est pas autorisée, tandis que la CNAS qui est créée n'est pas encore opérationnelle. La situation actuelle est une sorte d'impasse :

- La loi mandate la CNAS qui n'existe que de nom et qui sera longue à se mettre en place entièrement ; avec un décret d'application non encore signé.
- La CIC est l'organe opérationnel présent sur le terrain de la CSU mais qui est basé sur un décret et non une loi. Ce qui pose le problème de légitimité institutionnelle.
- La loi prévoit que la CNAS peut déléguer une partie de ses fonctions de gestion à des structures de gestion. Au titre des textes existants, la CIC est davantage dans une posture de gouvernance et de coordination de la CSU que d'organe de gestion opérationnelle.

Au cours de l'atelier intermédiaire, deux chemins ont clairement été identifiés pour le démarrage « rapide » de l'AMED. Le chemin 1 illustre en quelques sorte le « statut quo » avec la CIC/SN-CSU comme organisme gestionnaire et le chemin 2 qui est basé sur l'opérationnalisation de la CNAS.

Le Chemin 1 : la CIC/SN-CSU comme organisme gestionnaire provisoire

Ce chemin consiste à attribuer provisoirement le rôle d'organisme gestionnaire de la CSU à la CIC/SN-CSU normalement investie d'un rôle de Gouvernance et de coordination de la CSU. La CIC/SN-CSU avait à un certain moment envisagé ce « Chemin 1 » en prévoyant dans le projet de Décret « Portant modalités d'affectation des ressources à l'organisme de gestion de la Couverture Santé Universelle » :

- **Article 13** : pour la phase de démarrage du régime 3 dédié aux personnes démunies, les organes de coordination et de pilotage de la Stratégie Nationale de la CSU sont investis de toutes les prérogatives nécessaires à la gouvernance de la CSU.

Dans ce cadre, un autre projet de décret partagé par la CIC/SN-CSU datant de septembre 2020 avait prévu de conférer une personnalité juridique à la CIC/SN-CSU. Voici ce que l'article 8 de ce texte dit :

- « La Cellule Interministérielle de Coordination de la SN-CSU est une structure permanente publique à caractère administratif dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie de gestion.
- *Elle a pour mandat de s'assurer de la mise en œuvre de la SN-CSU et jouer le rôle de l'Organisme de Gestion de l'assurance santé dans la phase de démarrage ».*

Du fait de la création de la CNAS en décembre 2020, nous comprenons que ce projet de décret est à priori rendu obsolète, au moins en ce qui concerne sa transformation de la CIC/SN-CSU en établissement public.

Bien que le terme de démarrage sous-tend une durée limitée, il n'y a pas de limite fixée à cette disposition. Par ailleurs, la gestion ne fait pas nécessairement partie de la gouvernance, entendue comme dispositif institutionnel et de décision.

Il faut rappeler que la CIC/SN-CSU n'est pas dotée de personnalité juridique propre (sans personnalité morale, p.ex. sans possibilité de recours autre qu'administratif) et relève administrativement du Ministère en charge de la Santé.

L'article 8 de l'arrêté N°4295/PR/PM/2017 fixant le cadre institutionnel de la CSU donne les attributions suivantes à la CIC/SN-CSU :

- Coordonner l'élaboration des textes de la CSU ;
- Organiser et réguler le Dispositif Assurance Santé ;
- Assurer l'information des différents acteurs sur la SN-CSU (diffusion de la SN-CSU, information sur les expériences des autres pays, etc.) ;
- Assurer le suivi/évaluation des plans d'action ;
- Elaborer annuellement un rapport sur la mise en œuvre de la SN-CSU qui est transmis au Comité Technique de Suivi et au Haut Comité Interministériel de la SN-CSU.

D'après ces dispositions, la CIC/SN-CSU est davantage dans un **rôle de gouvernance, coordination et suivi** que dans l'opérationnel (dont la gestion des fonds de la CSU).

Enfin, il est également nécessaire de relever que le financement de la CIC/SN-CSU par l'Etat n'est pas lié à la levée des taxes spécifiques dédiées CSU (Arrêté N° 4295/PR/PM/2017, article 20). L'Etat devrait financer une subvention de fonctionnement en faveur de la nouvelle structure créée par Décret. Cette subvention est à accorder selon la procédure en vigueur concernant l'allocation des fonds par le Trésor Public.

Si le chemin 1 était retenu, l'hypothèse de la CIC/SN-CSU serait que le Haut-Comité soit saisi et puisse débloquer la situation. Si le chemin 1 devait s'appliquer il faudrait bien qu'un Décret soit pris pour donner la capacité à la CIC/SN-CSU de remplir les fonctions souhaitées cependant il faut s'appuyer sur les textes législatifs existants. Le Décret de la CNAS pourrait éventuellement aussi préciser le rôle de la CIC/SN-CSU dans le dispositif.

Le Chemin 2 : opérationnaliser la CNAS pour l'AMED uniquement

Cette option consiste à mettre en place le CA de la CNAS qui aurait comme premières décisions de :

- Nommer le Directeur Général de la CNAS avec pour mission principale d'opérationnaliser l'AMED;
- Constituer une équipe de gestion ;
- Ouvrir un compte Bancaire permettant de recevoir les ressources CSU ;
- Passer un contrat de délégation de gestion entre la CNAS et les OGD. Ce chemin est l'objet de la première recommandation de l'atelier intermédiaire de l'étude : « Opérationnaliser la CNAS (Décret CNAS-AMED) en prenant en compte le rapport de l'étude en cours et y mentionner les conditions de recrutement du personnel ».

Il est souhaitable que le décret d'application de la CNAS vienne éclairer davantage la question du financement de la CNAS. Le projet de décret en cours de validation l'aborde en ces termes :

Article 36 : Les dépenses de la CNAS sont destinées :

- 1-A la prise en charge des prestations de soins de santé au bénéfice des assurés ;

- 2-A la gestion administrative des régimes de la Couverture Santé Universelle conformément aux normes prudentielles définies par la Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale ;
- 3-A la subvention des activités de régulation ;
- 4-A des actions de promotion de la santé, de prévention de la maladie et d'amélioration de l'offre de soins ;
- 5-Aux frais relatifs aux missions assignées aux organismes de gestion déléguée ;
- 6-A la constitution de réserves financières ;
- 7-Aux dépenses de fonctionnement et d'investissement.

Afin de clarifier les responsabilités, l'atelier a également recommandé d'élaborer une note technique en direction de l'instance décisionnaire en l'occurrence le Haut Comité : solutionner la question des responsabilités entre CIC/SN-CSU et CNAS pour la mobilisation des fonds en faveur de l'AMED par le MFB.

Le rattachement de la CIC/SN-CSU à la Présidence a également été recommandé pour faciliter la coordination intersectorielle.

3.1.4 Description des procédures clés pour la levée de fonds et la mobilisation des ressources

Note technique répartissant les fonctions entre CIC/SN-CSU et CNAS

Pour lever l'ambiguïté soulevée plus haut, la CIC, partant des recommandations du présent rapport, aura à élaborer une note technique présentant la situation en présence avec les avantages et les inconvénients de chaque option : a) commencer avec la CIC en attendant la mise en place de la CNAS ; b) accélérer la mise en place de la CNAS, au besoin sous un format allégé par exemple avec le recrutement du Directeur Général sans tous les autres Directeurs. Il commencerait par le cumul des fonctions de DG CNAS et Directeur AMED, en mettant la priorité sur les attributions d'un Directeur AMED (avant celles du DG qui lui aura à gérer les 3 Régimes).

En déclinaison des recommandations de l'atelier intermédiaire de l'étude qui pour la plupart portent sur la question de la mobilisation des ressources, la note technique devrait en outre expliciter les aspects suivants :

- Ouverture d'un compte de dépôt CSU au Trésor qui peut ensuite verser les fonds à la structure autorisée via la BEAC ;
- Mise en place d'un cadre de concertation permanent et régulier entre MFB, MSPSN et Assemblée Nationale ;
- Décider de l'affectation des fonds de gratuité à la CNAS-AMED (progressive pour ne pas déstabiliser le système actuel) ;
- Adopter un texte réglementaire définissant les mécanismes de mobilisation et de transfert des taxes spécifiques prévues par la loi pour la CSU (voir la partie 3.1.2 Examen des besoins fonctionnels) ; avec notamment les clés de répartition entre les différents destinataires des fonds CSU.

Les dispositions à prendre vis à vis de la note technique :

CIC/SN-CSU

- Rédiger la note technique ;

- Faire valider la note par le HC ;
- Former les cadres de la CIC/SN-CSU à l'exercice de la régulation d'une CSU.

Haut-Comité

- Valider la note proposée par CIC/SN-CSU en assignant clairement les responsabilités entre CIC/SN-CSU et CNAS, avec une feuille de route d'une année ;
- Définir les clés de répartition des fonds CSU entre les activités de promotion de la santé, lutte contre la maladie et puis ceux destinés à l'Assurance santé.

Estimation des recettes mobilisables ... et des dépenses

En vue de concrétiser le démarrage de l'AMED, il est nécessaire de faire une estimation des recettes prévisionnelles de manière réaliste en vue de décider ce que le régime sera en mesure de prendre en charge.

Parmi les ressources mobilisables à courte échéance il y a lieu de citer Les taxes spécifiques prévues dans la Loi de finance 2021

- Ceci implique de déterminer les montants qui peuvent être collectés à travers les banques secondaires et ceux collectés dans les localités sans banques ;
- Dans les localités sans banque, il risque d'y avoir un « manque à gagner ». En effet, dans ce cas, le contribuable verse les recettes au représentant du Trésor qui a la possibilité de déduire la partie correspondante aux dépenses à effectuer localement pour le fonctionnement des services du trésor, quitte à reverser le reste. S'il y avait une comptabilité correcte, il serait possible de reconstituer tous les mouvements et soldes ; mais dans le cas contraire, et c'est la situation la plus réaliste actuellement, seule la partie effectivement versée au Trésor Public sera prise en compte.

Parmi les dépenses prévisibles les suivantes sont identifiées :

- Frais de prestations sanitaires couverts par l'AMED dont les éléments suivants sont à inclure dans une étude actuarielle :
 - Coût du panier de soins : prévoir une modularité afin d'ajuster les prestations offertes aux moyens disponibles ;
 - Périmètre du démarrage de l'AMED (Districts, structures et taille de la population cible). La loi CSU est claire quant aux catégories socio professionnelles couvertes par l'AMED : Les personnes reconnues économiquement démunies ; Les étudiants Tchadiens jusqu'à l'âge de 25 ans ; Les orphelins et enfants abandonnés placés en orphelinats ; Les personnes vulnérables prises en charge par les communes. Une question sera de dénombrer ces populations et d'estimer leur comportement en matière de consommation de soins.
- Frais de fonctionnement des organismes de gestion et de régulation ;
 - Selon l'article 20 du décret N° 4595/PR/PM/2017 le financement des coûts de fonctionnement de la CIC/SN-CSU doit se faire sur subvention de l'Etat. Deux hypothèses sont à envisager :

- Hypothèse 1 : poursuite du financement de la CIC/SN-CSU par la subvention de l'Etat. C'est l'option en vigueur même si aucun décaissement par le MFB en sa faveur n'a encore eu lieu.
- Hypothèse 2 : Financement des coûts de fonctionnement de la CIC/SN-CSU sur les financements spécifiquement dédiés et alloués à l'organisme gestionnaire. Comme la CNAS serait finalement choisie comme organisme gestionnaire, c'est elle qui financera la CIC/SN-CSU si le rôle de régulation (3) lui est attribué, ainsi que les dépenses d'investissement (7) pour la mise en place du Régime 3 dans les 6 premiers districts ou l'extension du Régime 3 à d'autres Districts.
- Dans l'hypothèse 2, qui correspond aux textes actuellement approuvés, il reviendrait au CA de la CNAS de répartir les financements alloués entre ces différentes catégories de dépenses et des dispositions ont déjà été prises dans le Décret portant organisation et fonctionnement de la CNAS en cours d'adoption. D'après les documents réglementaires mis à la disposition de la mission, il n'est pas possible que la CIC/SN-CSU endosse le rôle d'organisme gestionnaire de l'AMED même à titre transitoire.

3.1.5 Estimation des besoins en ressources humaines pour la levée de fonds et la mobilisation des ressources

En fonction des étapes à franchir et des activités à réaliser, les ressources humaines identifiées pour le démarrage rapide de l'AMED, sur le plan de la levée des fonds et de la mobilisation des ressources, sont les suivantes :

Equipe de rédaction de la note technique à soumettre au HC ;

Il est proposé une équipe de trois personnes : le coordonnateur de la CIC/SN-CSU (en sa qualité de coordonnateur mais aussi de médecin pouvant argumenter sur le panier de soins que la CNAS va acheter en prestations) et le coordonnateur Adjoint (qui est une référence pour tous les éléments de contenu du dispositif CSU) et le Chef de Département Financement de la CIC/SN-CSU et Point focal de l'étude et qui maîtrise les rouages du MFB).

Coordinateur CIC/SN-CSU pour le plaidoyer auprès du HC

Après la transmission de la note au HC, le Coordonnateur de la CIC/SN-CSU devra assurer la veille afin qu'elle soit exploitée rapidement et qu'une réunion y afférente soit convoquée en temps utile.

Lors de la réunion du HC au moins les 3 membres de la CIC/SN-CSU mentionnées ci-dessus devront être présents pour refléter les complémentarités relevées ci-avant en termes de compétences liées au dossier.

Personnes en charge de l'avancée du décret CNAS au sein de la CIC/SN-CSU

La loi CNAS est promulguée, mais son décret d'application est encore dans le processus de validation. Non seulement il faudra y ajouter les éléments de gestion de la phase transitoire permettant un démarrage rapide de l'AMED, a minima, mais aussi accélérer la mise en place effective de l'ensemble des organes de gouvernance de la CNAS.

La CIC devra désigner en son sein des personnes responsables de ce dossier :

- Compléments à apporter au texte pour permettre le démarrage rapide de l'AMED ;
- Suivi auprès des instances habilitées pour la validation du projet de décret.

Personne en charge de l'avancée du dossier au sein du MFB et des banques

Un suivi devra être assuré auprès du MFB pour s'assurer de :

- L'ouverture effective du compte primaire CSU au Trésor / BEAC ;
- Le transfert effectif des taxes dédiées/affectées CSU déjà collectées en 2021 sur le compte en banque de la CSU ;
- L'information des contribuables concernés sur ce nouveau compte et l'obligation d'y verser les taxes ;
- L'ouverture du compte CSU dans une banque secondaire au nom de la CNAS.

Le Chef de Département Financement de la CIC/SN-CSU, qui est détaché du MFB, est indiqué pour cette tâche. Il sera secondé par le Directeur CNAS/AMED après son recrutement.

3.2 Mise en commun des fonds et le partage des risques

3.2.1 Ce qui est déjà prévu sur le plan institutionnel pour la mise en commun des fonds et le partage des risques

Mise en commun

La mise en commun s'entend comme l'apport de ressources provenant de différentes sources pour couvrir les bénéficiaires de l'AMED. Dans un premier temps, ce seront :

- Les recettes des taxes affectées à la CSU par la Loi de finances 2021 ;
- Le budget de l'Etat, notamment avec une partie des fonds qui étaient utilisés dans le cadre de la gratuité³⁰ dont certains entrent dans le périmètre de l'AMED ;
- Les fonds de la gratuité ciblée de l'Etat qui pourront progressivement être gérés par la CNAS si les prestations soumises à la gratuité sont financées à travers un mécanisme de tiers payant (tout en évitant de déstabiliser ce qui fonctionne actuellement comme recommandé lors de l'atelier intermédiaire de l'étude) ;
- Les apports des PTF qui nécessiteront comme préalable que le cadre soit défini et que leurs instances de décisions soient saisies ; tout en tenant compte de leurs cycles budgétaires et procédures de gestion ;
- Les dons et legs provenant des particuliers, des entreprises et des associations.

Cette mise en commun pourrait prendre la forme d'un Fonds Fiduciaire (FF) dont une étude vient de se dérouler et dont les recommandations sont encore en examen.

³⁰ Organisation Mondiale de la Santé/AFRO/HSS, BIGEARD Alexis, Définir le cadre institutionnel de l'AMED - Rapport intermédiaire, mars 2021, N'Djamena, Décembre 2018, p. 3 : « Poursuite de la gratuité dans les Districts non couverts par le DAS ou non. Au minimum recadrage théorique de la gratuité dans les Districts de démarrage du DAS »

Concernant le budget de l'Etat, il sera difficile de le mobiliser en dehors d'éventuels transferts des fonds de la gratuité puisqu'il est en déficit avant même l'introduction de l'AMED. La loi de finances 2020 estime les dépenses de l'Etat à 1 197 milliards de FCFA alors que les recettes sont à 1 136 milliards de FCFA, soit un besoin de financement non couvert de 62,2 milliards de FCFA. Selon la Direction de l'organisation des services de santé et de la qualité des soins (DOSSQS) les dépenses de la gratuité en 2020 se sont élevées à 1,934 milliards de FCFA (Voir Annexe 5, données au 21/01/2021).

Les taxes affectées seront donc la principale source de financement de l'AMED. Il importe de mettre en place la CNAS ainsi que les décrets et procédures requis pour mobiliser ces fonds.

Pour ce qui est de l'apport des PTF, il faudrait accélérer la mise en place du fonds fiduciaire qui représente le meilleur canal de mobilisation de leurs fonds ; le principe de la participation financière des PTF étant acquis au titre du PACTE entre l'Etat et ses partenaires pour la période 2019-2021 (article 5).

Il est à relever que le Fonds Fiduciaire (FF) n'est ni dans les différents lois et décrets, il n'apparaît officiellement pour la première fois que dans le document de démarrage de l'AMED. Comme mentionné, il représente un bon levier dans la mobilisation et la sécurisation des fonds des bailleurs : « *La mise en commun des ressources provenant de l'Etat et des Partenaires Extérieurs est effectuée au sein d'un Fonds créé auprès de la CIC/SNCSU dont le fonctionnement est arrêté dans un accord de fonds fiduciaire signé entre l'Etat et les PTF. Les ressources mis en commun seront utilisées pour mettre en place les infrastructures nécessaires au démarrage du régime, acheter les prestations de santé servies aux bénéficiaires du régime 3 et couvrir les frais de fonctionnement.* »³¹

Selon une étude en cours sur le fonds fiduciaire, la pertinence du fonds est justifiée comme suit : « *Les dispositifs institutionnels mis en place, qui ambitionnent d'assurer la couverture sanitaire universelle à tous, méritent d'être accompagnés en ce qui concerne leur traduction dans les faits, qui nécessitent la mobilisation de ressources financières conséquentes et immédiates. En effet, le succès de la gratuité des soins, quoique réalisée à petites échelles, a permis de jauger l'engouement de la population à se faire consulter par le système de santé officielle, alors que ces patients n'y faisaient recours que lorsque l'automédication ou les traitements par des guérisseurs traditionnels ou des « médecins de rue » se sont révélés inefficaces. Ce qui augure d'une saturation prématurée du système, d'où la nécessité de mettre à disposition d'importantes ressources financières pour amortir le choc. Un fonds fiduciaire serait tout à fait indiqué* ». ³²

Le rapport provisoire de l'étude conclut à la faisabilité du fonds. Cependant sa gouvernance doit être « *blindée* », selon l'expression de l'auteur du rapport rencontré par la mission : « *Toutefois, se basant sur des expériences antérieures, certaines personnes rencontrées sont un peu sceptiques quant à la viabilité d'un fonds pouvant bénéficier aux démunis. D'où l'intérêt de mettre un accent particulier sur la gouvernance du fonds de sorte à inspirer la confiance, en mettant en place un système de traçabilité des dépenses, qui limitera en même temps la déperdition des ressources tout en favorisant un service effectif aux bénéficiaires pré-identifiés* ». ³³

³¹ MSPSN, Document de démarrage du régime 3 du dispositif d'assurance santé de la couverture sante universelle, N'Djamena, sept 2020, p.6

³² Dr DIONKO MAOUNDE, Etude de la faisabilité de la mise en place d'un fonds fiduciaire pour le démarrage du dispositif d'assurance santé de la Couverture Santé Universelle au Tchad, réalisée pour GIZ – P4H, N'Djamena, janvier 2021, p.8 (rapport provisoire)

³³ Ibidem, p. 15

Partage du risque

Le partage des risques concerne aussi bien la répartition des fonds mis en commun que la mutualisation des risques correspondant aux services couverts au titre de l'AMED. En effet, en termes de pathologies et d'autres soins médicaux, il y aura des cas lourds qui couteront cher et d'autres dont le coût sera modique. De même, dans les différentes populations cibles à couvrir, les besoins seront différents ainsi que les comportements de consommation de soins, ce qui constitue autant de risques différents en termes d'assurance santé. La mutualisation du risque maladie c'est mettre en commun les ressources pour faire face à différents risques et donc « partager les risques. En effet, les coûts des cas lourds, sont supportés financièrement par les ressources de tous les cotisants (eux-mêmes ou l'Etat à leur place) y compris ceux ayant des cas légers ou non malades.

La mutualisation des risques entre les régimes de la CSU est ainsi prévue :

- L'article 31 de la Loi CSU précise que les trois Régimes (ASS, ASI et AMED) sont gérés séparément. Toutefois l'Article 42 précise : « *En vertu du principe de solidarité le financement d'un Régime par un autre est possible. Les conditions et les modalités de ce financement sont fixées par décret pris en Conseil des Ministres* ».
- L'article 45 de la loi CNAS : « En vertu du principe de Solidarité promu par la Couverture Sanitaire Universelle, le financement d'un fonds par un autre est possible ».

Il est par exemple envisageable de cofinancer les cotisations du Régime 2 (ASI) et/ou cofinancer le régime AMED par les excédents du régime 1 (ASS).

Le décret à prendre en Conseil des Ministres prévu à l'article 42 deviendra nécessaire avec le lancement de l'ASS (Régime 1) ou de l'ASI (régime 2).

Cette exigence de partage des risques ou de mutualisation des ressources devra faire l'objet de discussions avec les PTF qui cibleraient une certaine catégorie de besoins en soins de santé et pour certains groupes cibles (vulnérables par exemple) et qui seraient amenés à mettre toute ou partie de leur enveloppe budgétaire dans le panier commun pour financer la prise en charge de toutes les prestations et toutes catégories de bénéficiaires retenues pour l'AMED.

Portage du risque

Traditionnellement c'est l'assureur qui porte le risque, ce qui signifie que c'est lui qui a la charge de garantir l'équilibre financier du régime avec des recettes supérieures ou égales aux dépenses.

Concernant l'AMED, le portage du risque n'est pas défini clairement. Les textes en vigueur indiquent l'organe en charge de la régulation et celui qui a la charge de la gestion mais ne statuent pas sur celui qui assume la responsabilité au cas où par exemple l'équilibre financier préconisé ne serait pas atteint.

Comme l'AMED est un Régime non contributif, l'Etat se substitue aux assurés pour le paiement des cotisations nécessaires au financement du Régime 3 (article 46 de la loi CSU). Par ailleurs, si la Loi prévoit que « l'ouverture des droits aux prestations de soins de santé des Régimes ASS et ASI de la CSU est subordonnée au paiement préalable des cotisations [...] » (article 31), la loi n'en dispose pas de même pour ce qui est du Régime 3 ; alors que cela engagerait l'Etat à verser à temps les fonds à la CNAS qui paierait alors régulièrement les prestataires de soins et les OGD.

En cas de défaillance de l'Etat et donc de non-disponibilité des fonds pour financer ce régime, le risque est important de ne pas pouvoir appliquer l'article 51 de la Loi CSU selon lequel, « *La CSU, ... est gérée selon les principes d'équilibre financier entre les ressources et les dépenses de chaque Régime* ».

C'est visiblement la CNAS qui sera chargée de gérer les fonctions assurantielles de l'AMED. A ce titre, elle va collecter et analyser les données nécessaires à la gestion du risque et à surveiller le maintien de l'équilibre entre ressources et charges tout au long de l'année conformément à l'article 50 de la Loi CSU (« Une étude actuarielle est réalisée périodiquement afin de consolider la pérennité de l'équilibre financier de chaque régime »).

- C'est au Conseil d'Administration que le projet de Décret portant organisation et fonctionnement de la CNAS (article 5) attribue la charge de garantir à tout moment la solvabilité de la CNAS et l'équilibre financier des Régimes. Comme vu plus haut, la loi ne prévoit pas d'équilibre financier de chaque régime, mais des trois Régimes.
- L'article 21 du même document situe quant à lui les responsabilités dans le fonctionnement et la gestion: « Le Conseil d'Administration est responsable devant le Conseil des ministres du bon fonctionnement de la CNAS, de la réalisation efficiente des missions de service public et des objectifs annuels de gestion qui sont fixés à cette dernière. »

3.2.2 Examen des besoins fonctionnels pour la mise en commun des fonds et le partage des risques

Au regard des sources de financement présentées ci-dessus, il y a lieu de relever les points à éclaircir/trancher pour le fonctionnement de l'AMED.

Le fonds fiduciaire

Il n'est pas encore institué alors qu'il pourrait être un des leviers pour le financement et le démarrage rapide de l'AMED.

En effet, il y a besoin d'un « réceptacle » habilité à recevoir des fonds de différentes sources pour la CSU et obéissant à des procédures diverses et variées. Le Fonds fiduciaire envisagé est certainement l'institution souhaitable et il devra être accompagné des compétences nécessaires à une mise en commun réussie : cohérence, transparence et capacité de gestion.

Besoin de cohérence

Ce besoin de cohérence s'exprime vis-à-vis des différentes sources de financements : chaque partenaire a des objectifs et cibles en termes de populations, zones et besoins à couvrir spécifiques : pour mettre les ressources y afférentes en commun, il faudrait mettre en cohérence ces besoins. Ceci pourra se faire au travers d'études actuarielles permettant de calculer des coûts par prestation, par type de bénéficiaire et fréquence de consommation. Ainsi il sera possible d'établir une segmentation des risques en catégories homogènes et adaptés aux cibles de chaque financeur (gratuité, programmes verticaux, PTF, etc.)

- **Une autre cohérence sera de préciser les sources de financement « acceptables » pour la CSU :** L'ajout de 2020 dans la loi sur la CNAS) concernant les sources de financement de la CSU a introduit l'expression « toutes autres sources de financement » qui est un peu large, car même un financement illicite pourrait s'y introduire et être incompatible avec l'éthique ou les procédures de certains bailleurs ;

- Il aurait fallu préciser « d'autres sources de financement « licites et en cohérence avec le plan national de développement sanitaire » **Fonds de la gratuité** : Le panier de soins AMED n'est pas décidé et il est difficile de savoir ce qui pourrait être repris par l'AMED dans ce qui est couvert par la gratuité, puisque la loi prévoit qu'une partie des fonds de gratuités (sic) sera réaffectée à la CSU, sans plus.
- **Affectation des fonds CSU non spécifiée** : Au titre de la loi sur la CSU, les fonds de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme font partie de ceux affectés à la CSU. Dans les fonds CSU, il n'y a pas de clés de répartition des fonds entre activités de promotion de la santé, de prévention et de lutte contre la maladie et l'assurance santé. La lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme pouvant se retrouver dans plusieurs champs d'actions (promotion de la santé, prévention de la maladie, traitement de la maladie/désintoxication), il importe de fixer les limites et le pourcentage des fonds CSU destinés à couvrir les besoins de chaque catégorie.

Besoin de transparence dans la gestion des ressources

Pour favoriser la cohérence, comme présentée plus haut, deux fonctions essentielles sont identifiées :

- La mise à disposition d'une information claire, précise et fiable, en temps voulu ; la mise en place d'un système d'information suffisamment robuste et adapté devra permettre à chaque apporteur de ressources de faire le suivi de l'utilisation des moyens au regard des besoins réellement couverts ;
- Une gouvernance élargie et équilibrée ; parmi les participants à cette gouvernance on retrouverait ainsi l'Etat mais aussi les bailleurs de fonds ainsi que les représentant des bénéficiaires des prestations d'AMED. La gouvernance de l'AMED devra être organisée avec ces différentes parties prenantes de telle sorte que la transparence attendue se traduise dans les faits.

Selon la note de synthèse des enquêtes menées, la bonne gestion, caractérisée par la transparence est une condition nécessaire de réussite de la CSU/AMED :

- « Pour les organes de portage, de régulation, de contrôle, il est important de les avoir pour une transparence et une redevabilité. [...] »
- « Mais pour que les partenaires s'engagent dans le processus, il faut qu'il y ait une structure solide, pour bien gérer dans une totale transparence les fonds en impliquant les PTF »

Et contrairement à une préconisation de la gestion financière recommandant de mitiger le risque en évitant sa concentration (lieu, montant, acteurs), les personnes interviewées recommandent de centraliser la gestion des fonds d'AMED pour mieux en faire le suivi et le contrôle :

- « Si jamais il y a un fonds, il faut centraliser les choses pour une meilleure gestion [...] »

En ce qui concerne la gestion des fonds globalement, tous les fonds (Etat et bailleurs) y compris la partie de fonds de solidarité pour l'aspect santé, doivent être gérés à travers la CNAS ».

Gestion professionnelle de l'assurance santé

Il faudra une capacité de gestion professionnelle de l'assurance santé pour maîtriser les risques et surveiller l'équilibre entre ressources et charges.

Les principaux risques recensés dans l'assurance santé sont prévisibles avec ce système « gratuit », totalement « financé par l'Etat », sans co-paiement exigé des assurés. Ceux qui sont prévisibles sont les suivants :

- Risque de **surconsommation** : sans co-paiement, les assurés vont fréquenter plus souvent les structures de soins, en exigeant plus de prescriptions en médicaments. Ceci qui risque d'arriver souvent, notamment avec le groupe cible des étudiants qui auront probablement même des « collègues de fac » parmi les prescripteurs.
 - ➔ Le suivi des cas par épisodes de maladie et les protocoles normés aideront à maîtriser ce risque.

- Risque de **surprescription** : avec un système assurantiel, les structures de soins ont tendance à vouloir profiter de cette opportunité de remboursement « automatique » et « profiter de cette manne offerte »³⁴ par l'Etat afin de maximiser les recettes.
 - ➔ Les protocoles de soins standardisés, la facturation forfaitaire des prestations, et le contrôle médical et administratif avant paiement contribueront à réduire ce risque.

- Risque de **fraude** : avec les éventuels « prêts » de cartes entre les assurés, la surfacturation ou les facturations fictives par les prestataires indécents, les dépenses du régime pourraient s'envoler.
 - ➔ Pour contrecarrer ce genre de risques, l'utilisation d'un système de gestion robuste sera le premier rempart ;
 - ➔ Des exclusions temporaires, des pénalités pourraient s'appliquer aux bénéficiaires fraudeurs ;
 - ➔ Des sanctions financières et administratives devraient être prévues pour les prestataires de soins et leurs responsables si la mise en place de dispositifs de fraudes était avérée.

Le suivi régulier du risque avec des outils de gestion professionnelle, dont le logiciel openIMIS, et l'établissement d'indicateurs adaptés permettront de réagir rapidement pour circonscrire ces risques (taux de sinistralité, fréquences et coût moyen par prestation, etc.).

Des actions de prévention devront également être mises en œuvre pour limiter ces risques, à travers notamment le processus de contractualisation / conventionnement des prestataires et la sensibilisation des assurés.

Avec la montée en charge de l'AMED, il faudra s'attendre à gérer des volumes importants de données et de processus avec des acteurs divers et variés.

Les exigences précédentes en matière de d'une gestion du risque maîtrisée exigent le plus grand professionnalisme.

Ce rôle est dévolu à la CNAS qui aura besoin d'avoir des ressources humaines à la hauteur de ces enjeux.

³⁴ Expressions recensées ailleurs dans les mêmes situations

3.2.3 Proposition d'un schéma institutionnel pour la mise en commun des fonds et le partage des risques

Mise en commun au sein du Fonds Fiduciaire

Bien qu'il ait été vu au chapitre précédent (3.1 Levée des fonds et mobilisation des ressources) que, selon les dispositions institutionnelles en vigueur, c'est la CNAS qui serait apte à recevoir la partie des fonds de la CSU destinés à l'assurance santé, un Fonds Fiduciaire (FF) répondra davantage aux besoins fonctionnels de gestion des fonds de la CSU et du DAS en particulier, l'AMED incluse. Il faut préciser que des réflexions qui étaient en cours au moment de l'étude ont pu progresser et la présente étude a exploré des possibilités qui peuvent diverger sans être pour autant contradictoires.

Ainsi, la stratégie d'un fonds fiduciaire commençant de manière transitoire comme fonds d'appui au démarrage de l'AMED, logé à la CNAS, peut co-exister avec celle, à l'arrivée, d'un fonds pérenne globalisant tous les financements CSU, logé à l'Agence nationale de pilotage de la CSU, tel que présenté par l'étude. Il y aurait donc une progressivité et le reliquat du fonds de d'appui au démarrage serait reversé au Fonds Fiduciaire du schéma institutionnel final.

Jusqu'à la mise en place du FF et en cas de démarrage rapide de l'AMED, c'est la CNAS qui assurera cette fonction de mise en commun.

L'atelier intermédiaire a confirmé la nécessité de mise en place d'un fonds fiduciaire (FF) non exclusif AMED avec les précisions suivantes : une entité autonome distincte de la CNAS comprenant dans son Comité de gestion l'Etat, les partenaires techniques et financiers, et la société civile. Du fait qu'il serait destinataire des taxes spécifiques CSU, qui comme cela a été expliqué, ne sont pas uniquement prévues pour l'AMED ni le seul DAS d'ailleurs, le FF ne devrait en principe pas être exclusif à l'AMED et aurait une fonction élargie pour l'affectation des fonds aux autres régimes du dispositif d'assurance santé (DAS) et aux autres axes de la stratégie CSU.

Le schéma suivant (Figure 13) illustre le positionnement du FF sur le plan du circuit financier pour la mise en commun. Le FF reçoit les fonds de trois sources principales pour l'AMED, à savoir :

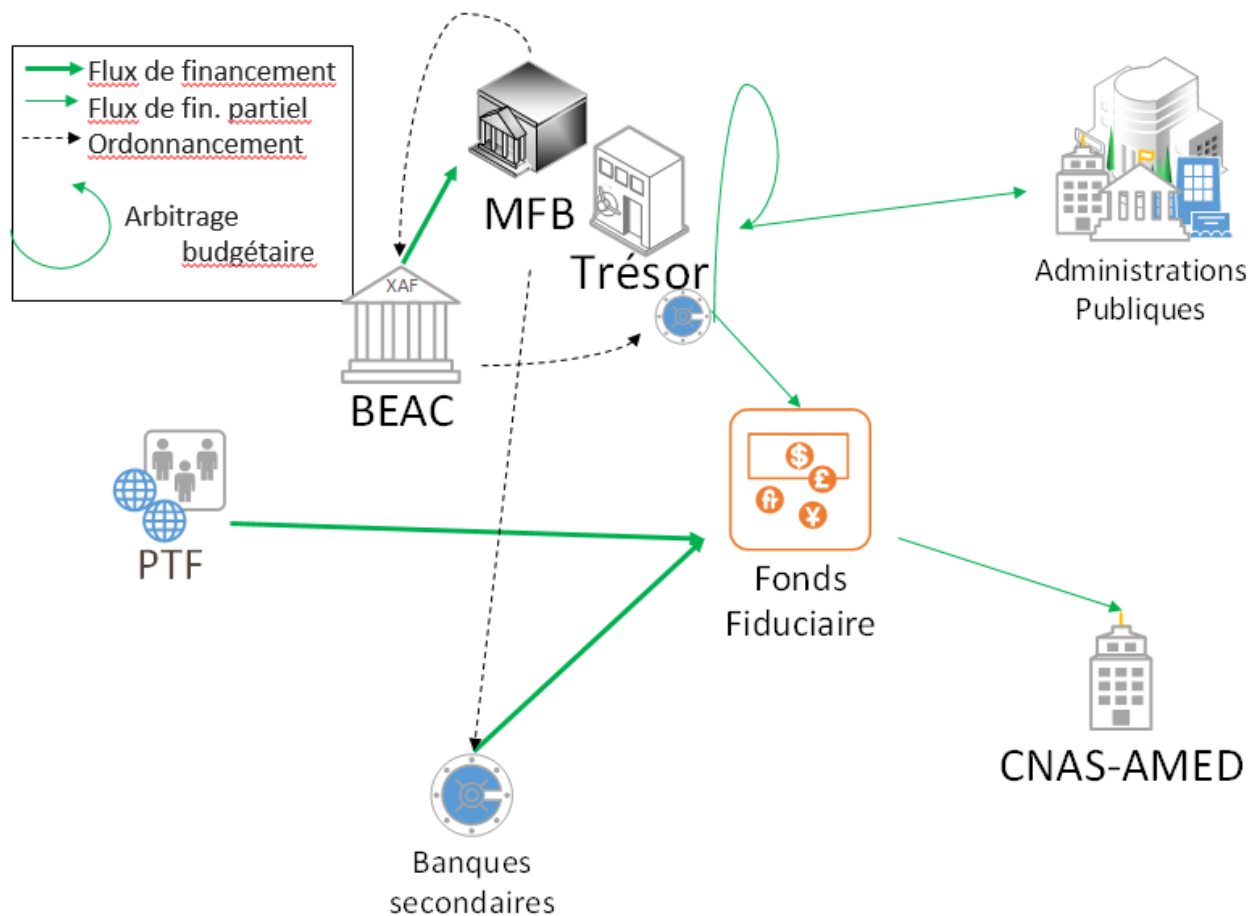
- Les taxes spécifiques CSU collectées par les régies financières ;
- Le budget de l'Etat (dont gratuités partiellement réallouées à l'AMED sachant qu'une partie des fonds du budget de l'Etat continuera probablement d'être réaffectée aux autres besoins de l'Etat au moment des arbitrages budgétaires) ;
- Les apports des PTF.

Ainsi, le FF canalise les ressources et ce n'est qu'après transfert par le FF que la CNAS disposera à son tour de ressources nécessaires à son fonctionnement et à l'administration de l'AMED.

Le modèle du FER semble particulièrement pertinent pour la mobilisation des ressources de l'Etat au sein du FF, d'une manière qui réponde aux besoins fonctionnels d'un régime assurantiel notamment le fait de pouvoir directement percevoir les fonds et de les gérer sans passer par le circuit de la dépense publique comme expliqué dans la partie précédente (option 3 décrite dans 3.1.2 Examen des besoins fonctionnels pour la levée de fonds et la mobilisation des ressources).

Figure 13 : Circuit financier de mise en commun des fonds

AMED : Circuit financier de mise en commun des fonds



Sur le Modèle du FER, un Décret du Conseil des Ministres fixera les modalités de recouvrement des ressources du FF.³⁵

Le FER est un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière et de gestion placé sous la tutelle du Ministère chargée des travaux publics et des transports³⁶. Il est administré par un Comité de gestion composé de représentants de l'Etat et des collectivités, de représentants des usagers de la route et des opérateurs économiques, avec une présidence qui échoit à un représentant de la société civile. Le Directeur du FER est recruté par un processus de mise en concurrence puis nommé par le président du Comité de gestion après avis de ses membres ; le personnel relève du droit privé.

Ainsi, la gouvernance du FF pourrait être organisée, à l'image de celle FER, avec un statut **d'établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière et de gestion**, avec un Comité de gestion du FF comprenant en son sein les représentants de l'Etat, des bailleurs et des bénéficiaires CSU. Le Comité de gestion du FF pourrait être composé des institutions suivantes :

- Ministère des Finances et du Budget (MFB) ;
- Ministère de la Santé et de la Solidarité Nationale ;
- Ministère de la Femme et de la Petite Enfance ;
- Ministère de l'Economie, de la Planification pour le Développement et de la Coopération Internationale ;
- Caisse Nationale de Prévoyance Sociale ;
- Partenaires Techniques et Financier (PTF) ;
- Représentants du patronat lorsque le régime 1 sera en place ;
- Représentants des salariés lorsque le régime 1 sera en place ;
- Représentants des retraités (CNRT) lorsque le régime 1 sera en place ;
- Représentants des bénéficiaires-contributeurs du régime 2 lorsqu'il sera en place ;
- Représentants des bénéficiaires de l'AMED : ceux-ci pourront être représentés parmi des organisations de la société civile, syndicats ou associations reconnues.

Partage du risque

Le schéma suivant illustre le circuit financier pour la **répartition des ressources de la CSU** mises en commun au sein du Fonds Fiduciaire (Figure 14). Il montre à la fois que le FF est l'instrument centralisateur des fonds, avec les différentes sources de financement ainsi que les institutions à financer. Le principe de l'avance à la CNAS et aux OGD a été expliqué précédemment et ici le schéma distingue les dépenses effectives en rouge des autres flux de financement (mobilisation et avances en vert).

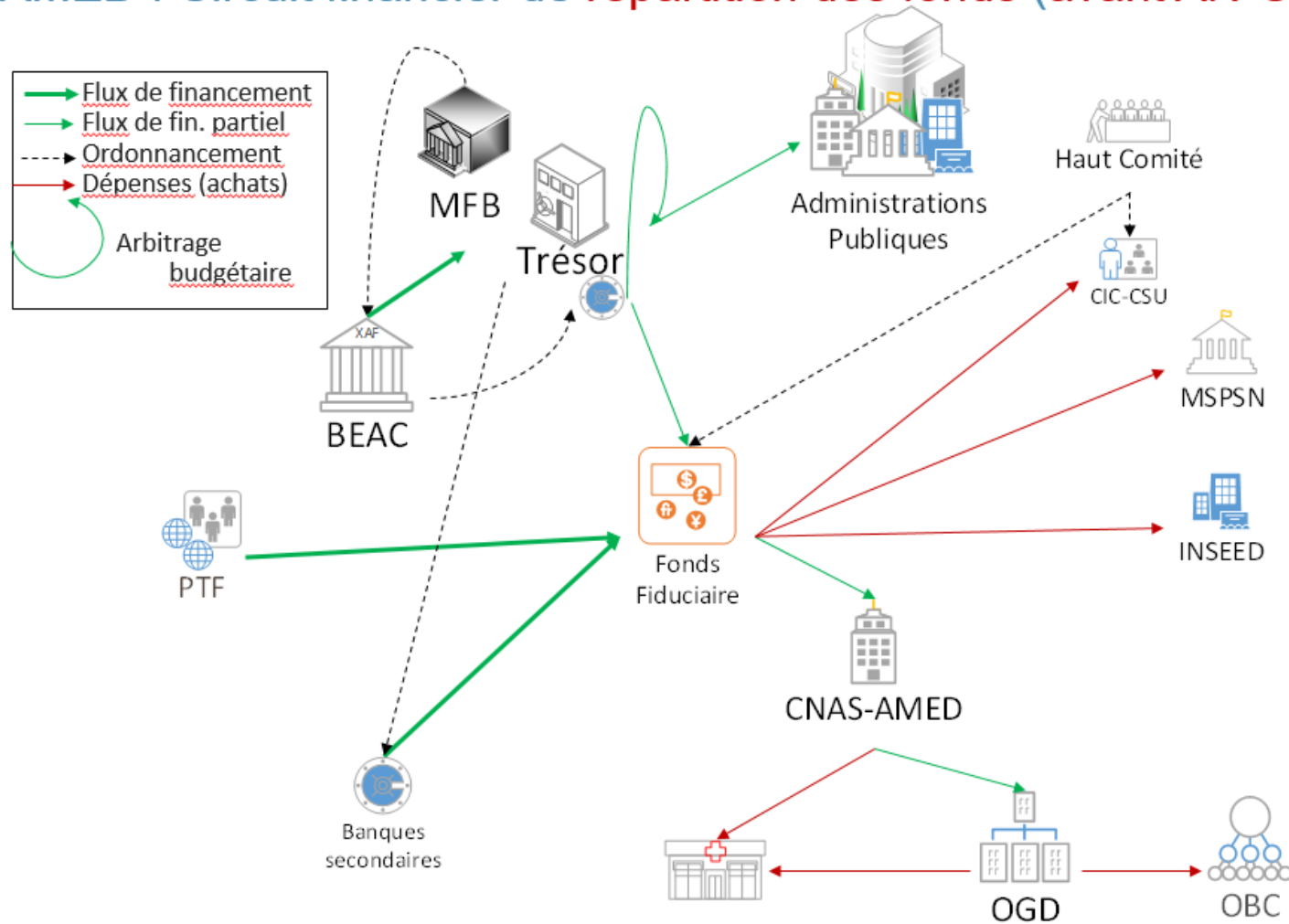
C'est la CIC/SN-CSU qui aura la responsabilité de l'ordonnement des virements dans la limite des taux de répartition décidés par le HC. En effet, la centralisation au sein du FF des financements destinés non seulement à l'AMED mais à la CSU en général (dont les taxes affectées à la CSU, budget de l'Etat et PTF) implique une réaffectation en direction des objectifs et des besoins fonctionnels de la CSU.

³⁵ Décret N°419/PR/MTPTHU/2000 fixant les taux et les modalités de recouvrement des ressources du Fonds d'Entretien Routier (FER) du 14 septembre 2000.

³⁶ Loi N° 014/PR/2000 portant création du Fonds d'Entretien Routier (FER) du 17 août 2000.

Figure 14 : Circuit financier de répartition des fonds (avant création de l'Agence Nationale de pilotage de la CSU)

AMED : Circuit financier de répartition des fonds (avant AN-CSU)



A ce stade de l'analyse, les ressources devront être réparties pour permettre aux structures suivantes de remplir le mandat qu'elles ont reçu :

- La CIC/SN-CSU pour les activités de régulation et de coordination de la CSU; A ce titre, le FF qui serait doté de l'autonomie de gestion ne serait sans doute pas contraint comme le MFB à ce que la CIC/SN-CSU dispose de la personnalité morale pour lui verser des subsides ;
- La CNAS pour la gestion de l'assurance santé en faveur des bénéficiaires de l'AMED (et des autres régimes); La CNAS sera alors en charge du paiement des OGD, et de certains prestataires non gérés par les OGD. Les OGD payent à leur tour les prestataires dont ils ont la charge et les organisations à base communautaire (OBC) impliquées dans l'affiliation sous leur responsabilité.
- L'INSEED pour le contrôle du processus d'identification des bénéficiaires de l'AMED (assujettis) ;
- Le MSPSN pour la gestion d'activités de prévention et de lutte contre la maladie ;

Cette répartition devrait s'opérer sur **décision du Haut-Comité**, relayé par la CIC/SN-CSU pour ce qui est de l'ordonnancement des transferts financiers du Fonds ; au moins une fois par an lorsque les estimations des recettes et des prévisions de dépenses sont disponibles.

Notons cependant que la tutelle du Fonds Fiduciaire n'est pas définie dans ce schéma et la proposition suivante de création de l'Agence nationale de pilotage de la CSU (AN-CSU) permettrait de répondre à ce besoin.

Comme vu plus haut, le partage des risques, c'est avant tout la **mutualisation**, c'est-à-dire la mise en commun des moyens pour faire face au risque de tomber malade et ses conséquences.

Les dispositions institutionnelles existantes ont prévu la possibilité d'une mutualisation entre les régimes. Les principes suivants sont généralement admis dans le contexte de l'étude :

- Le régime 3 étant non contributif, une partie de son financement pourra être pourvue par le régime 1, au nom de la solidarité nationale en faveur des populations couvertes par l'AMED si le Régime 1 est lui-même excédentaire ;
- Le régime 2 concerne pour une très grande majorité des personnes aux revenus modestes et aléatoires, provenant de l'économie informelle, et dont la capacité contributive à une assurance santé est modique ; l'expérience mutualiste depuis 10 ans au Tchad a démontré à suffisance que ce régime doit être subventionné pour fonctionner normalement, au regard du panier de soins qui sera fixé pour la CSU (AMED) et de la capacité contributive des bénéficiaires du régime 2 qui sera estimée. Ce subventionnement pourra concerner les cotisations tout comme les frais de fonctionnement ; les ressources correspondantes pourraient également provenir au moins partiellement du régime 1, s'il est excédentaire.

Extrait d'entretien réalisé au cours de l'étude :

« Pour assurer la levée de fonds et sa (sic) mise en commun pour financer le régime 3 au regard des procédures du Ministère des Finances, il faut faire le prorata dans la mobilisation des ressources, définir clairement le pourcentage par entité et le financement doit être par ordre de priorité de sorte à ne pas connaître de rupture ni engager des dettes auprès des prestataires tels que les hôpitaux qui sont déjà en difficulté. » (Coordinateur d'un programme national du MSPSN).

Le principe de mutualisation des risques consiste à mettre en commun les cotisations de tous les assurés afin d'indemniser ceux d'entre eux qui tomberont malade seulement. Le fait de porter cette mutualisation au niveau des 3 régimes étend le volume des personnes couvertes et donc des fonds disponibles pour financer les prestations garanties. Ceci obéit à la loi des grands nombres qui permet d'obtenir des prévisions plus sûres et donc la fixation de cotisations adaptées pour la stabilité et la pérennité du système assurantiel. En outre, ceci favorisera les économies d'échelles par des processus de gestion commune et de potentiels gains sur les frais de fonctionnement.

Outre les possibilités de cofinancement entre les régimes, le risque maladie peut être mutualisé au niveau des prestations comme l'illustrent les schémas suivants basés sur les différents cas de figure au niveau du panier de soins à couvrir

Deux options principales sont envisageables :

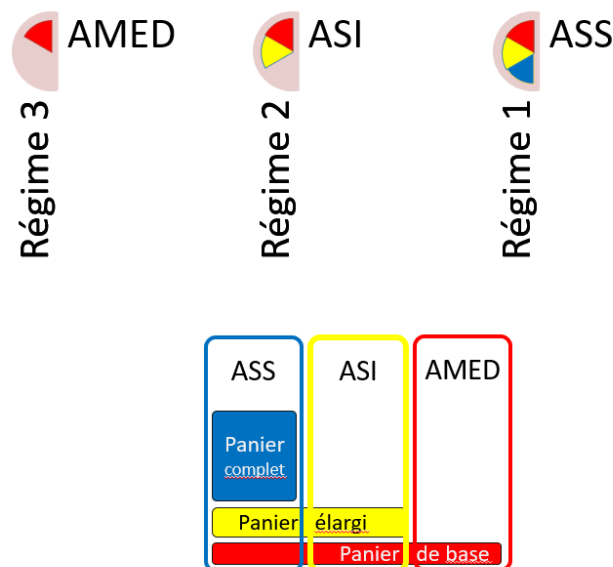
Option 1 : des paniers de soins différenciés par régime

C'est l'option retenue dans le document d'orientation du dispositif d'assurance santé de 2017³⁷. L'idée est que l'AMED comprenne un panier de soins et des prestations minimales (panier dit « de base », celles qui sont essentielles et soutenables financièrement (commencer petit, avec ce que l'Etat peut financer à coup sûr), tandis que les régimes 1 et 2 pourraient comprendre des prestations complémentaires (paniers dits « élargi » et « complet ») compte tenu du fait que les assurés contribuent par le versement d'une cotisation, le régime 1 étant celui qui vraisemblablement aurait un panier de soins plus fourni puisque ses bénéficiaires ont une capacité contributive plus élevée. Les paniers de soins doivent être fixés par Décret pris en Conseil des Ministres pour chacun des régimes (article 16 de la Loi CSU).

Les différences en termes de nombre de prestations couvertes sont illustrées dans les schémas suivants (Figure 15). Dans cette option il y aurait une gestion commune partielle des prestations (et des cotisations) entre les régimes.

Figure 15 : illustration de l'étendue des prestations couvertes par régime

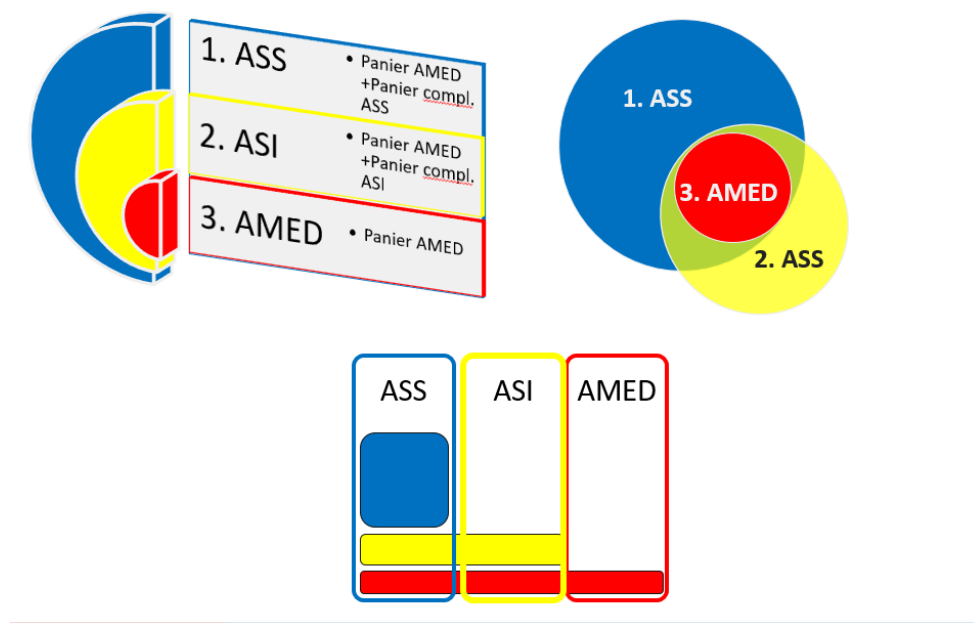
AMED : illustration de l'étendue des prestations couvertes par régime



³⁷ Comité Technique de Suivi de la Stratégie Nationale CSU, Document d'orientation du dispositif d'assurance santé au Tchad, 6 Avril 2017, p8.

Figure 16 : illustrations de la mutualisation des risques (partage)

AMED : Schéma de la mutualisation des risques (panier différenciés par régime)



Dans le schéma de gauche ci-dessus (Figure 16) on peut voir clairement que les cotisations et prestations AMED seraient mises en commun avec le régime 2 qui verrait lui aussi ses prestations mutualisées avec celles du régime 1. Cependant le schéma de droite et celui du bas seraient probablement plus exacts (sous réserve des paniers de soins à définir) du fait qu'ils prévoient une mutualisation partielle des régimes entre eux, par exemple :

- Mutualisation du socle commun de prestations uniquement ;
- Les prestations complémentaires du régime 2 pourraient être mutualisées avec celles identiques du régime 1 (ces prestations étant justifiées par le fait que les assurées contribuent et donc devraient bénéficier davantage de prestations, par exemple les références dans les hôpitaux provinciaux et nationaux qui pourraient ne pas être couverts par le régime 3) ;
- Alors les prestations complémentaires ou additionnelles du régime 1 seront uniquement gérées au sein de ce régime.

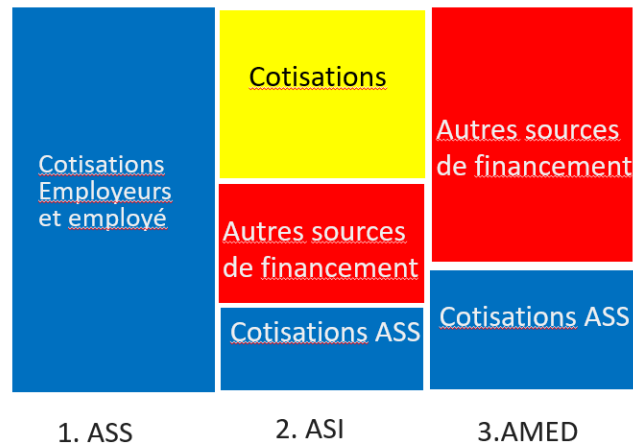
Option 2 : un panier de soins unique pour les trois régimes

Ici, il y aurait un partage total du risque entre les trois régimes. Le schéma suivant (Figure 17) illustre la gestion commune des trois régimes :

- Les prestations des trois régimes sont gérées comme un seul ensemble (grand rectangle noir) ;
- Le régime 1 finance la totalité du coût de ses prestations et contribue aux deux autres régimes (bleu) ;
- Le régime 2 finance une partie de son régime (jaune) et il est partiellement subventionné grâce aux cotisations du régime 1 (bleu) et aux autres sources de financement pourvues par le fonds fiduciaire (rouge) ;
- Le régime 3 est subventionné en totalité grâce aux cotisations du régime 1 (bleu) et aux autres sources de financement pourvues par le fonds fiduciaire (rouge).

Figure 17 : Illustration de la proportion de subvention des régimes

AMED : Schéma de la mutualisation des risques (panier unique pour les 3 régimes)



Il conviendra de se positionner clairement sur ces deux options au vu des études actuarielles estimant le coût des régimes.

La mutualisation des risques entre régimes et en termes de prestations couvertes et de personnes couvertes au sein d'un même régime doit faire l'objet d'arbitrages à partir de propositions techniques solides.

Une Agence Nationale de pilotage de la Couverture Sanitaire Universelle

La création d'une Agence Nationale de pilotage de la CSU (AN-CSU) apparaît nécessaire pour disposer en un même organisme :

- Des **compétences** en personnel pour assurer la régulation et le suivi des financements et des activités CSU dans leur ensemble (au-delà du volet assurance santé) ;
- De l'**autorité** pour décider et surveiller les activités de la CSU.
- De la **légitimité** car actuellement un organe institué par la loi CNAS risque de voir ses missions « régulées » par les organes mis en place par décret (CIC/SN-CSU, CTS, Haut Comité)

Comme illustré dans le schéma suivant (Figure 18) l'AN-CSU fusionne les organes de coordination pour la mise en œuvre de la stratégie CSU à savoir le Haut-Comité (HC), le Comité Technique de Suivi (CTS) et la CIC/SN-CSU. Elle serait alors en charge de la **gouvernance et de la régulation** et plus spécifiquement des fonctions suivantes reprises du HC, du CTS et de la CIC/SN-CSU ³⁸ :

³⁸ Articles 3 et 15 de l'Arrêté N° 4295/PR/PM/2017 portant modification de l'Arrêté N°003/PR/PM/2016 portant création d'un cadre institutionnel de Coordination pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Couverture Sanitaire Universelle, et article 8 de l'Arrêté N°003/PR/PM/2016.

- Suivi et orientations sur les politiques et stratégies de la Couverture Santé Universelle,
- Mise en cohérence des activités de la SN-CSU avec celles de la SNPS et des autres priorités nationales ;
- Coordination des actions de plaidoyer et de communication sur la Couverture Santé Universelle ;
- Elaboration du plan d'actions, le rapport d'activités et le rapport de gestion des activités CSU ;
- Participation à la gouvernance du Fonds Fiduciaire (FF), de la CNAS et autres institutions intervenant dans la mise en œuvre de la CSU ;
- Mobilisation des ressources nécessaires à la mise en œuvre de la CSU ;
- Définition des modalités de répartition des ressources entre les différentes fonctions (axes et institutions) de la CSU dont l'assurance santé y compris entre les régimes (Edicter les principes de mutualisation à appliquer par l'organisme gestionnaire) ;
- Définition des normes (contrats, panier de soins, ...) ;
- Coordination de l'élaboration des textes réglementaires pour la CSU ;
- L'AN-CSU serait légitime pour assurer la tutelle du FF ; à ce titre elle autorise la répartition des fonds (Ordonnancement des dépenses du FF) ;
- Surveillance (financière) de l'organisme gestionnaire de l'assurance santé ;
- Supervision des relations entre l'organisme de gestion (CNAS), les prestataires de soins de santé et les organismes de gestion déléguée (Article 33 de la Loi CSU).

L'AN-CSU serait un **établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière et de gestion** placé sous **tutelle de la Présidence de la République**. L'autonomie financière viserait entre autres à encourager l'AN-CSU à agir pour la mobilisation des ressources pour la CSU à travers le FF. Voici comment la Loi sur la CSU aborde ce sujet :

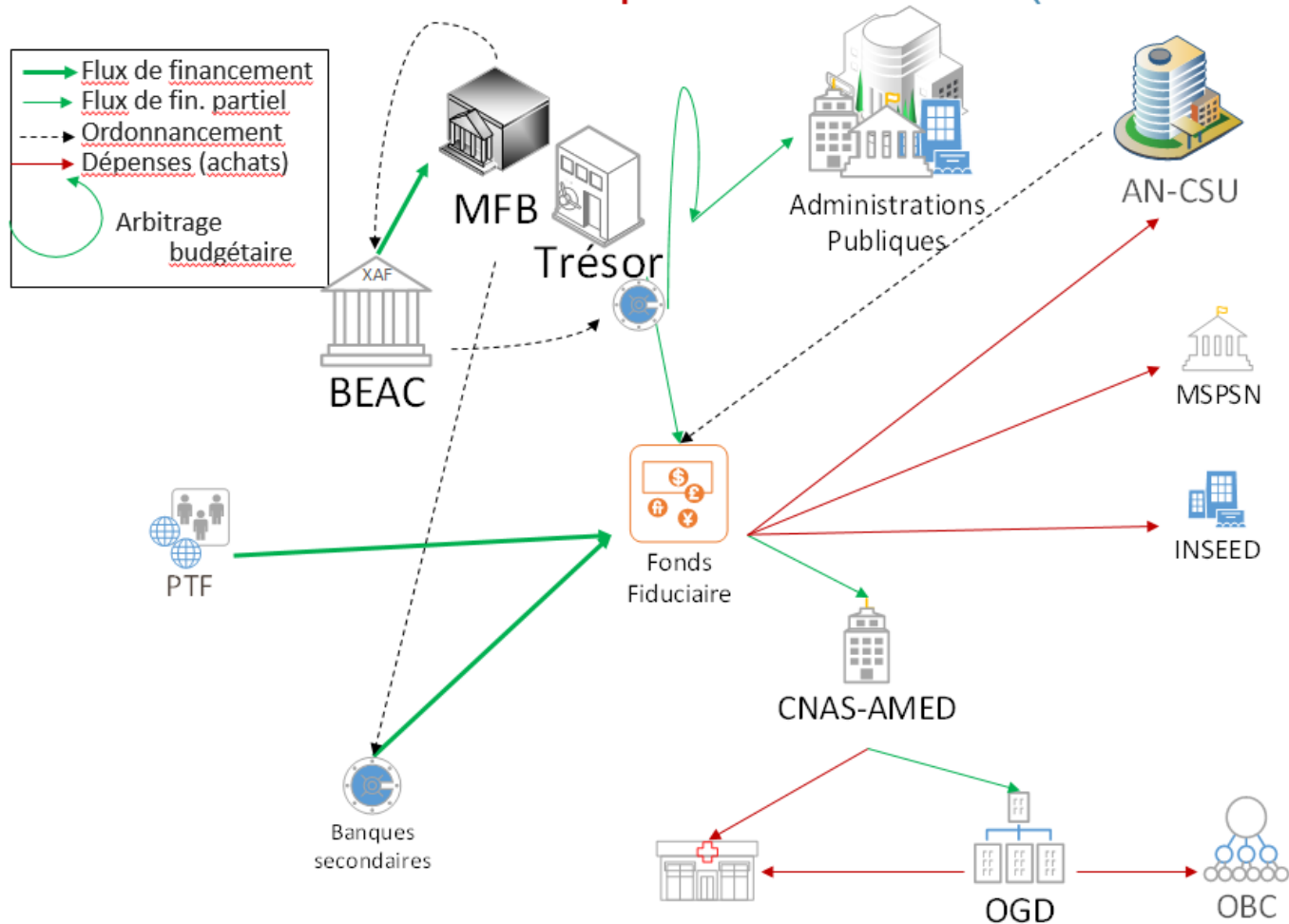
- Article 33 : un organe de régulation de la CSU supervise les relations entre l'organisme de gestion, les prestataires de soins de santé et les organismes de gestion déléguée.
- Article 34 : l'organe de régulation est créé par Décret. Les missions de régulation peuvent, le cas échéant, être confiées, suivant la même procédure, à un établissement public existant.

Cette orientation est notamment basée sur les débats de l'atelier intermédiaire ainsi que le projet de Décret portant réorganisation d'un Cadre Institutionnel de Coordination pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de la Couverture Santé Universelle (daté de septembre 2020). Ce projet de Décret prévoit de placer la CIC/SN-CSU sous tutelle de la Présidence (article 9). C'est cette orientation qui est retenue ici pour l'AN-CSU et qui doit permettre de favoriser le cadre interministériel pour des décisions mieux coordonnées alors qu'à présent la CIC/SN-CSU est rattachée au MSPSN, bien qu'un cadre de concertation plus efficace soit vivement souhaité entre le MFB et le MSPSN. Cependant, il faut préciser que le rattachement de la CIC/SN-CSU à la Présidence est difficile du fait qu'elle n'a pas le statut d'établissement public ; étant plutôt un organe rattaché au MSPSN. Le projet dotant la CIC/SN-CSU d'un statut juridique n'a pas encore été signé.

La répartition des ressources de la CSU par l'AN-CSU est illustrée en Figure 18.

Figure 18 : Circuit financier de répartition des fonds (avec Agence Nationale CSU)

AMED : Circuit financier de répartition des fonds (avec AN-CSU)



- L'AN-CSU confie au FF le mandat d'administrer les fonds AMED puis plus tard les fonds CSU ;
- Sur base des propositions du FF, elles-mêmes basées sur les estimations actuarielles de la CNAS pour la gestion assurantielle et en l'occurrence de l'AMED, l'Agence ordonne le virement des fonds de la CSU par le FF ;
- Le FF fait des avances à la CNAS qui porte le risque d'assurance santé du régime AMED, qui elle - même fait des avances aux OGD et paie directement les prestataires auprès desquels elle achète directement les soins (Grand hôpitaux par exemple) ;

S'agissant de la mutualisation des ressources entre les régimes, qui n'est actuellement pas définie, il est permis de proposer les principes de gouvernance suivants :

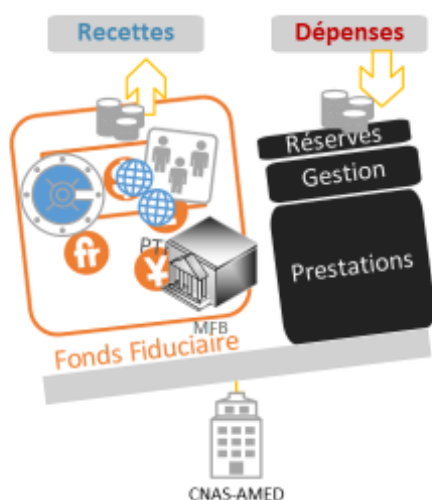
- La CNAS établit des projections actuarielles concernant l'équilibre financier de chaque régime et fait des propositions de péréquation entre les régimes ;
- L'AN-CSU arbitre et valide les projections dont la CNAS devra garantir la réalisation, dans un but d'équilibre financier ;
- Le FF met les ressources à disposition de la CNAS sur ordonnancement de l'AN-CSU.

Portage du risque

C'est la CNAS, organisme gestionnaire, qui sera responsable du portage du risque financier. Il réfère à l'équilibre financier du régime et de l'ensemble des régimes : les recettes doivent couvrir les dépenses en prestations de soins, les frais de fonctionnement, la constitution des réserves. Les principales dépenses concernent les prestations, le but de la gestion de risque étant aussi de minimiser les frais de gestion pour maximiser les prestations couvertes et réduire les montants des cotisations (voir l'illustration en Figure 19).

Figure 19 : illustration de portage du risque et de la recherche d'équilibre

AMED : portage des risque, schéma d'équilibrage



Cet équilibre sera assuré par plusieurs mesures sur lesquelles il faudra statuer comme décrit ci-après.

- La CIC/SN-CSU puis à terme l'Agence Nationale CSU (AN-CSU) détermine les paramètres d'équilibre financier du Régime 3 (panier de soins, tarifs de remboursement et cout prévisionnel) ;
- La CNAS devra comme tout assureur constituer des réserves financières qui lui permettront le cas échéant de faire face aux situations de déséquilibre pour des risques exceptionnels ;
- En cas de déséquilibre dû à la mauvaise gestion, la responsabilité du CA et de la Direction de la CNAS serait engagée ;
- En cas d'épidémie, pouvant mettre en déséquilibre un régime, il conviendrait de prévoir de faire appel au Fonds National de Solidarité et de Soutien aux Personnes Vulnérables qui alors subventionnerait directement la CNAS qui lui rendrait compte. Ce fonds a été créé par Ordonnance N° 004/PR2020 du 4 août 2020 et vise à « *apporter l'assistance sociale et à favoriser l'insertion socio-économique des personnes vulnérables en cas de survenance de pandémie, des catastrophes naturelles ou de tout autre sinistre* ». Ses objectifs spécifiques sont les suivants :
 - Assister les personnes sinistrées notamment les plus vulnérables en mettant à leur disposition ou en subventionnant des produits de premières nécessités ;
 - Appuyer l'accès à l'eau, à l'énergie, aux soins de santé, au logement aux personnes affectées par les mesures prises par les pouvoirs publics ;
 - Favoriser l'éducation, l'alphabétisation et la formation professionnelle de ces personnes ;
 - Soutenir la relance des activités économiques en accordant des facilités aux micro-entrepreneurs et au secteur formel ;
 - Mettre en œuvre toute autre mission qui viendrait à lui être confiée dans son domaine d'action ;
- Enfin, le budget de l'Etat est mobilisé selon les principes présentés dans la partie « Mobilisation des ressources », mais si après contribution initiale de l'Etat, un déficit est constaté et imputable à un événement imprévisible (épidémie, ...), le budget de l'Etat pourrait être sollicité à nouveau pour permettre aux prestataires de soins et fournisseurs de biens et services de la CNAS de rentrer dans leurs droits.

3.2.4 Description des procédures clés pour la mise en commun des fonds et le partage des risques

La description des procédures qui suit n'intègre pas la proposition d'une Agence Nationale de la CSU, car si l'idée est retenue, alors sa création interviendra au-delà de la période de démarrage de l'AMED.

La mise en place effective de la CNAS déjà créée par la Loi est une priorité. En parallèle, la création du FF peut être préparée mais celle-ci prendra du temps ; avant la création du Fonds Fiduciaire (FF), la CNAS pourrait prendre en charge la fonction de mobilisation des ressources et leur mise en commun.

Opérationnaliser la CNAS

Les actions suivantes seront nécessaires pour la mise en place de la CNAS :

Promulguer le Décret d'application de la Loi CNAS après ajustements (centré sur l'AMED ; modalités de recrutement du personnel ; précision sur la clé de répartition des fonds CSU, mention du Fonds Fiduciaire). Ceci est possible car le décret d'application de la loi CNAS n'est pas encore sorti et un projet existe. Il faudrait le reprendre et y introduire tout ce qui est nécessaire pour un démarrage réussi de l'AMED et pouvant être règlementé par ce canal. Le décret doit d'abord clarifier l'organisation et le fonctionnement de la CNAS dans la phase transitoire. Il est par exemple prévu, dans le projet de décret, de mettre en place une grosse équipe pour gérer les 3 Régimes. Mais, comme mentionné, pour démarrer rapidement avec la seule AMED, la constitution d'une petite équipe autour du DG à recruter pourrait suffire. Une fois terminée la phase transitoire (au moins 1 année effective de prestations AMED), un autre décret portant organisation et fonctionnement pourra être pris pour ajustements, afin d'étendre les activités aux autres régimes, corriger les manquements ou faire les ajustements nécessaires.

De même, le démarrage progressif est proposé pour calibrer et ajuster les outils :

- Mettre en place le Conseil d'administration (CA) ;
- Recruter le DG et le personnel Clé ;
- Former le DG, le personnel et la CIC tout en leur apportant un appui consistant via une assistance technique permanente puis perlée³⁹ ;
- Rédiger le manuel des procédures de gestion du risque pour l'AMED ;
- Négocier un contrat de délégation entre la CNAS (DG AMED) et les structures de gestion (dont le paiement des FOSA par l'OGD).

Créer le Fonds Fiduciaire

Pour la création du Fonds Fiduciaire (FF), les étapes suivantes ont été identifiées :

- Intégrer la création du FF dans la note technique à présenter au HC (3.1.4 Description des procédures clés pour la levée de fonds et la mobilisation des ressources) ;
- Rédiger puis adopter les textes législatifs et réglementaires ;
- Promulguer la Loi de création du FF ;
- Promulguer un décret d'application de la Loi de création du FF ;
- Rédiger le manuel des procédures administratives, comptables et financières du FF ;
- Mettre en place le Comité de Gestion du FF ;
- Recruter le personnel du FF ;
- Ouvrir un compte dans une banque commerciale ;
- Mobiliser les ressources des taxes dédiées à la CSU et les sécuriser sur un compte bancaire (taxes affectées en premier lieu ; gratuité et PTF progressivement).

³⁹ Par un cabinet ayant l'expertise nécessaire

3.2.5 Estimation des besoins en ressources humaines pour la mise en commun des fonds et le partage des risques

Les métiers liés à l'assurance santé sont relativement nouveaux au Tchad, hormis les deux assureurs de la place qui sont spécialisés en assurance de dommages, seul le Programme de promotion des mutuelles de santé soutenu financièrement pendant 10 ans par la Coopération suisse et sporadiquement par l'AFD et l'Union européenne a formé du personnel à ces métiers dont on peut citer : gestionnaires de risques et gestionnaires mutualistes, Responsable marketing et agents de mobilisation sociale, Gestionnaires de mutuelles de Districts.

Afin de mobiliser du personnel compétent et disponible et disposer de procédures de gestion adéquates, il est fortement recommandé que le personnel de la CNAS et celui du Fonds Fiduciaire soient placés sous le régime du droit privé à l'exemple du Fonds d'Entretien Routier (FER).

Le projet de Décret portant organisation et fonctionnement de la CNAS serait à ce titre à retoucher car il prévoit (article 53) le détachement d'agents recrutés et d'agents affectés de l'Administration publique, un double statut non souhaitable au sein d'une même structure qui exige un pilotage particulièrement efficace et hautement technique.

Equipe CNAS-AMED

Dès que le lancement des activités de la CNAS-AMED aura été décidé, le Conseil d'Administration de la CNAS devra être mobilisé. Il devra être composé d'au moins des compétences suivantes : un économiste, un financier, un médecin de santé publique, un praticien des hôpitaux, un spécialiste des nouvelles technologies de l'information et un sociologue.;

Sa première tâche sera de mettre sur pied une équipe à minima pour préparer le démarrage des opérations (affiliation d'abord ; démarrage des prises en charge en seconde étape) :

- Directeur Général CNAS (le Directeur AMED pouvant être nommé lorsque les autres régimes se mettront en place) ;
- Responsable Administratif et Financier ;
- Responsable logistique ;
- Responsable Ressources Humaines ;
- Auditeur médical ;
- Gestionnaire de risques ;

Ressources humaines pour l'effectivité du FF

Également, pour que le FF démarre le Conseil d'Administration de la CNAS devra être mobilisé pour la constitution de l'équipe du FF. : une proposition a été faite (voir 3.2.3).

Le Décret d'application de la Loi créant le FF devrait préciser les postes de Direction et Services à créer. Les postes à responsabilité identifiés à ce stade sont les suivants ; sachant que la recommandation porte sur une structure légère adaptée aux fonctions du FF et ne grevant pas les coûts du régime AMED :

- Directeur du FF ;
- Responsable des Opérations (technique finance-assurance) ;

- Responsable Administratif et Financier ;
- Secrétaire Comptable.

Agence Nationale de pilotage de la CSU (AN-CSU) :

Pour le fonctionnement de l'Agence Nationale de pilotage de la CSU, les ressources humaines suivantes sont à pourvoir :

- Conseil d'Administration (CA) ;
- Personnel Agence ;
- Secrétaire Exécutif Agence ;
- Responsable des Opérations ;
- Responsable Régulation ;
- Responsable Financier ;
- Comptable ;
- Auditeur.

3.3 Achat de services

3.3.1 Ce qui est déjà prévu sur le plan institutionnel pour l'achat de services

L'organisme acheteur

Dans l'AMED, au titre de la loi CNAS N° 026/PR/2020, article 4, l'acheteur de soins est la CNAS à qui les missions suivantes sont confiées :

1. L'affiliation des employeurs et l'immatriculation des assurés ;
2. Le recouvrement des cotisations ;
3. Le conventionnement ;
4. Le contrôle de la qualité des prestations de soins, en concurrence avec les autres services étatiques compétents ;
5. Le contrôle médical et administratif ;
6. Le paiement des prestations rendues ;
7. La participation à l'amélioration de l'offre de soins ;
8. Toutes autres missions qui viendraient à lui être confiées.

Les missions 3 à 6, à l'exception des deux premières et des deux dernières (7-8) relèvent de la gestion de l'Assurance santé et les fonctions d'achat de services de santé telles que décrites dans la partie suivante (3.3.2 Examen des besoins fonctionnels). En effet, l'achat de soins commence lorsque les liste d'affiliés, des prestations et des prestataires de soins retenus sont disponibles.

L'article 23 de la Loi CSU circonscrit le domaine du conventionnement aux prestataires de soins de santé publics ou privés définis dans le cadre de convention(s) nationales et/ou spécifiques.

Les organismes de gestion déléguée

- Pour l'achat des soins et services de santé, deux options sont possibles :
- Option 1 : Gestion centralisée : seule la CNAS gère l'AMED.
- Option 2 : Délégation de gestion : l'article 32 de la loi N°035/PR/2019 sur la CSU prévoit que l'organisme chargé de gérer la CSU (la CNAS) peut confier certaines de ses attributions (fonctions) à des organismes de gestion déléguée (OGD).

Le principe de la délégation de gestion est celui retenu dans le document de démarrage du régime 3, à fortiori à des structures privées : « *la CIC/CSU, maître d'ouvrage délégué du processus de démarrage du DAS sous-traite la fonction d'achat des prestations avec des structures privées disposant des compétences techniques et de l'expérience requises. A ce titre, la CIC/CSU identifie les activités couvertes par la délégation de gestion, prépare les contrats, identifie les structures et procède à la contractualisation. En attendant, la mise en place d'une structure unifiée qui sera chargée de l'achat stratégique des prestations* »⁴⁰.

Après la loi sur la CSU, la loi sur la CNAS a été rédigée en septembre 2020 et promulguée en décembre 2020 désignant la CNAS comme cette « structure unifiée » en charge de l'achat des prestations prévue par la loi sur la CSU.

Lors de l'Atelier intermédiaire de février 2021, **le consensus allait dans le sens de l'option de gestion déléguée** non pas à titre transitoire, mais aussi longtemps que nécessaire ; la gestion opérationnelle centralisée et administrée faisant craindre des ralentissements sinon des blocages intermittents.

Il est à relever qu'en interprétant scrupuleusement la Loi sur la CSU, les associations ou ONG avec un statut de type associatif, ne pourraient pas, semble-t-il, être éligibles au statut d'OGD⁴¹. Cependant, ce type d'organisation est davantage présente sur le terrain tchadien que les coopératives ou mutuelles qui sont préconisées par la loi et appartiennent à la même famille d'entreprises de l'économie sociale (à fonctionnement démocratique et à but non lucratif). Et ceci au moment où les organismes les mieux placés a priori selon les termes de référence de l'étude, objet du présent rapport, seraient deux associations tchadiennes : le Centre de Promotion et de gestion des risques sociaux (CPG-RS) et le Bureau d'Appui Santé Environnement (BASE). Il s'agirait donc vraisemblablement d'une omission dans la rédaction de la Loi ; car l'on ne peut pas ignorer ce qui existe et est fonctionnel (ces ONG) et tabler sur ce qui n'existe presque pas (coopératives et mutuelles).

En vertu de la Loi CSU et du contrat de délégation qui leur serait confié, les OGD de droit privé doivent avoir conscience qu'ils seront soumis au contrôle des institutions Etatiques (articles 56 et 57).

⁴⁰ Ministère de la Santé Publique, Document de Démarrage du Régime 3 du dispositif de couverture santé universelle, Septembre 2020, Pages 2 et 5

⁴¹ L'article 32 de la Loi CSU a omis les structures associatives bien que citant les structures ou coopératives de type mutualistes qui sont quant à elles mentionnées. ; sont aussi cités : les établissements publics de prévoyance sociale et les sociétés de gestion maladie de type privé.

Les fonctions déléguées

Il n'existe pas de précisions réglementaires concernant les fonctions à déléguer et l'on suppose que celles-ci concernent toutes celles attribuées à l'organisme gestionnaire (CNAS, voir infra) et plus particulièrement l'achat de prestations. Partant, les OGD pourront intervenir dans tout le processus de mise en œuvre de la CSU, de l'affiliation des assurés au paiement des prestations en passant par le contrôle des prestations (voir les fonctions détaillées en partie 3.3.2 Examen des besoins fonctionnels).

Cependant, le document de démarrage du régime 3 apporte les éclairages suivants :

- *« Dans un souci d'efficacité, les fonctions techniques liées notamment à la gestion opérationnelle du régime 3 seront confiées à des structures dites de « gestion déléguée » qui sont des structures de droit tchadien intervenant dans le domaine du financement de la santé et disposant d'une expérience pertinente dans « l'achat des services de santé ». Elles obéissent à un mode de fonctionnement de type privé et n'ont aucun lien hiérarchique direct avec les services de l'Administration Publique. A terme ces structures de gestion déléguées se constitueront en Centre d'Achat Stratégique de Soins avec l'appui de l'Etat »⁴²*

L'article 32 de la Loi CSU précise que la gestion déléguée est effectuée par régime et que cette délégation peut concerner la gestion d'une ou de plusieurs fonctions, deux ou plusieurs organismes pouvant être délégués pour la même fonction.

Pour faciliter la mise en œuvre de cette dernière disposition ces OGD devraient intervenir dans des zones différentes ou catégories de prestataires de soins différentes au niveau de la pyramide sanitaire.

Par ailleurs, l'article 37 qui a désigné l'organisme gestionnaire comme responsable des affiliations (identifié comme la CNAS depuis sa création fin 2020) est complété par l'article 38 qui prévoit que les modalités et la liste des organismes d'affiliation seront fixées par décret du Conseil des Ministres. Ces organismes doivent alors être considérés comme OGD.

Ainsi, l'on peut penser que certains OGD seront spécialisés dans l'affiliation et que d'autres pourront gérer l'ensemble des fonctions d'achats ou la partie « prestations » et en soit « l'achat de soins », qui nécessite des compétences et des moyens différents.

La dénomination « **d'acheteur de soins** », sous-tend que la structure déléguée paie directement les prestataires pour les services rendus aux bénéficiaires des prestations après contrôle de celles-ci, sur délégation de pouvoirs de la CNAS. A défaut, elle deviendrait une structure de « Vérification et de Contrôle ». Ce point doit être acté afin d'éviter de confondre un système d'achat de soins avec un autre achetant la performance sur base d'indicateurs agrégés de résultats des activités menées en faveur des bénéficiaires (de type FBR).

Dans tous les cas, même si l'OGD effectue les paiements, il le fait au nom de la CNAS qui reste responsable devant les autorités de tutelle et de régulation. Pour ce faire, la CNAS met en place des procédures de contrôle et d'audit à l'endroit des OGD mandatés pour l'achat des prestations ; c'est dire que le recrutement de ces OGD doit être fait sur des bases rigoureuses.

⁴² Ministère de la Santé Publique, Document de démarrage du régime 3 du dispositif d'assurance santé de la couverture santé universelle, Septembre 2020, p4

Les bénéficiaires du Régime 3

Pour mener à bien la fonction d'achat de soins, l'acheteur doit pouvoir se référer à une liste exhaustive de bénéficiaires qui lui est communiquée par l'instance en charge de la valider.

Pour désigner les personnes inscrites ou bénéficiaires (« assujettis ») d'un régime, la Loi CSU a utilisé et défini le terme « assujetti » comme suit : « Toute personne, sans discrimination aucune, se trouvant dans l'obligation de s'affilier à un régime de Couverture Santé Universelle ». Nous utiliserons ici le terme d'« assuré » plus approprié dans le cadre d'un régime assurantiel et tel que consacré par la Loi CNAS.

L'affiliation des assurés du Régime 3 est automatique du moment qu'on est éligible ; au regard des critères qui seront retenus. Cinq catégories de bénéficiaires sont prévues par la Loi CSU (article 6) :

- Les personnes reconnues économiquement démunies ;
- Les étudiants Tchadiens jusqu'à l'âge de 25 ans ;
- Les orphelins et enfants abandonnés placés en orphelinats ;
- Les personnes en détention dans les établissements pénitentiaires ;
- Les personnes vulnérables prises en charge par les communes.

L'étude sur la stratégie de ciblage⁴³ en cours n'évoque que la première catégorie et selon ses résultats provisoires, l'identification des personnes répondant à ces critères se fera en cascade et par triangulation entre plusieurs sources d'informations : le fichier détenu par l'INSEED et celui des enquêtes communautaires passant par les formations sanitaires, mairies, orphelinats, organisations de la société civile et les listes des programmes venant en appui aux personnes vulnérables et/ou indigentes. Les étapes suivantes se dégagent du rapport provisoire de cette étude sur le ciblage :

1. Ciblage géographique suivant les unités administratives (Provinces, Départements, Sous-préfectures/Communes, Cantons et Villages) pour déterminer les poches de pauvreté ;
 2. Sensibilisation des leaders communautaires sur l'ensemble de processus et leur appropriation ;
 3. Réseaux des points focaux, identification et création des comités en charge de ciblage par unité administrative ;
 4. Identification et établissement des listes des ménages vulnérables par la communauté ;
 5. Enquête de vérification.
- Après l'étape d'identification des personnes pouvant être affiliées au Régime 3 au regard de la méthodologie retenue, interviendra l'affiliation proprement dite qui comprend l'inscription à un registre national d'immatriculation organisé et géré par l'organisme de gestion (la CNAS comme vu précédemment). Cette inscription serait en principe valide une année jusqu'à ce que les critères d'éligibilité soient à nouveau confirmés ou infirmés, et l'affiliation au régime 3 maintenue ou non.

Le panier de soins

Les prestations pouvant être couvertes par l'AMED, figurant sur une liste validée par l'instance habilitée, constituent le panier de soins auquel les bénéficiaires auront droit. Au moment de rédiger ce rapport, la liste des prestations devant être couvertes par l'AMED n'est pas encore

⁴³ AHMAT ABDERAHIM ABBO, Etude pour CIC/SN-CSU, Stratégie de ciblage des personnes économiquement démunies dans le cadre de la mise en œuvre de la couverture santé universelle au Tchad, N'Djamena, janvier 2021 (rapport provisoire)

dressée. L'étude menée par l'OMS en 2018 présente le panier des soins pouvant être couvert par le DAS (Tableau 6) ⁴⁴.

Tableau 6 : Prestations pouvant être incluses dans le panier de soins (Rapport OMS Décembre 2018)

Prestation	Niveau de prise en charge
Soins externes pour tous	1 ^{er} niveau (centre de santé)
Soins externes pour tous	Second niveau (hôpital de district)
Soins externes pour tous	Niveau tertiaire (hôpital Provincial ou de Référence)
Soins externes pour les moins de 5 ans	1 ^{er} niveau
Soins externes pour les moins de 5 ans	Second niveau
Soins externes pour les moins de 5 ans	Niveau tertiaire
Accouchements	Tous niveaux ⁴⁵
Césarienne	Tous niveaux
Prise en charge des urgences médicales jusqu'à 3 jours	Tous niveaux
Prise en charge des urgences chirurgicales jusqu'à 3 jours	Tous niveaux
Prise en charge des urgences gynécologiques jusqu'à 3 jours	Tous niveaux
CPN minima (avec prestations minimales) ⁴⁶	1 ^{er} niveau
CPN maximum	1 ^{er} et second niveaux

En outre l'équipe de la CIC/SN-CSU a réalisé avec l'appui du Point Focal P4H un travail actuariel générant 3 options de paniers de soins⁴⁷.

La présente étude n'a pas pour objectif de vérifier ou de proposer des estimations de coût du panier de soins (les termes de référence ont « exclu *la viabilité financière du paquet de soins* », les commentaires suivants se limitent donc aux principes énoncés dans les documents consultés et pour cette raison le mode de calcul (notamment les algorithmes utilisés) n'a pas pu être vérifié.

Néanmoins, les échanges avec l'équipe de la CIC/SN-CSU lors du cadrage de l'étude ayant conduit à demander aux consultants de « *Donner un avis technique sur les coûts estimatifs des prestations offertes par l'AMED en se basant sur les données et études antérieures existantes* », la mission a pu exploiter ce document de travail de la CIC/SN-CSU et en a tiré les principales informations qui suivent.

⁴⁴ Organisation Mondiale de la Santé/AFRO/HSS, BIGEARD Alexis, Définir le cadre institutionnel de l'AMED - Rapport intermédiaire, mars 2021, N'Djamena, Décembre 2018

⁴⁵ « Tous niveaux » inclut la restriction de référence obligatoire.

⁴⁶ Il s'agira de définir deux forfaits CPN qui comprendront plus ou moins de biens et services.

⁴⁷ Cellule Interministérielle de Coordination de la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle, Options de paniers de soins pour le régime AMED et les coûts, 2019

Par ailleurs, l'arrêté N° 345/PR/PM : MSB/SG/DGAS/DOSS/2017 fixe les actes couverts par la gratuité et la note d'information de l'Inspection Générale du MSPSN N° 269/PR/MSPSN/SE/IG/2020 du 11 novembre 2020 vient en rappeler les détails ainsi qu'il suit (Tableau 7).

Tableau 7 : Prestations couvertes par la Gratuité

Niveau	Cible	Moyen	Prestation
Centre de santé	Enfants de 0 à 5 ans et femmes enceintes	Kit de Centre de santé Kit de produits de prise en charge nutritionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - SONUB : sulfate de magnésium, ocytocine, antibiotiques, délivrance manuelle de placenta en cas de rétention placentaire, aspiration manuelle intra-utérine en cas de complications d'avortement, accouchement, réanimation du nouveau-né etc. - Consultation Prénatale recentrée (CPNr) : fer, acide folique, TPI, tests IST/VIH, ARV, Mebendazole, vaccin antitétanique, Vitamine A, test de protéinurie, glycémie à jeun, prise de tension artérielle, etc. - Accouchements normaux - Prévention de la Transmission du sida de la mère à l'enfant (PTME) - Maladies diarrhéiques (kit de médicaments diarrhéiques et prise en charge nutritionnelle) - Infections respiratoires aiguës (médicaments des infections respiratoires) - Césarienne (kit), Fistules obstétricale (kit) - Paludisme simple et grave (médicaments antipaludiques) - Morsures de serpents et piqûres de scorpions (sérum antivenimeux et anti-scorpions)
Hôpitaux	Tout patient (selon Note d'information)	Kit césarienne Kit de prise en charge d'urgence du paludisme Kit fistule	<ul style="list-style-type: none"> - SONUB (plus césarienne / hystérectomie d'urgence et transfusion sanguine) - Traumatismes graves - Malnutrition aiguë sévère et déshydratation - Paludisme grave (médicaments ; tous âges) - Morsures de serpents (Sérum antivenimeux / anti-scorpion) - Etat comateux - Etat de mal asthmatique - Etat de mal convulsif - Colique néphrétique - Abdomen aiguë (appendicite, hernie étranglée, péritonite) - Brûlure de type II et II (ou stade II et III)

Sources : Arrêté N° 345/PR/PM : MSB/SG/DGAS/DOSS/2017 et Note d'information N° 269/PR/MSPSN/SE/IG/2020

Selon les documents précités :

- Le contenu du panier de soins est précisé et orienté vers la notion de prestations plutôt qu'« *une énumération de maladies ou groupes de pathologies* ». Le document indique que la prestation est définie comme suit pour la CSU : « *un ensemble d'actes de médecine, de biologie et d'imagerie, de fournitures de médicaments et d'intrants médicaux, de services spécifiques nécessaires à la prise en charge d'un épisode de maladie* » ;
- Le dispositif d'assurance santé (DAS) prévoit un co-paiement et le document précise à juste titre que « *Les personnes démunies relevant du régime de l'AMED sont cependant exemptées du versement du co-paiement* » ; précisons cependant que la cotisation versée par l'Etat devra refléter le coût du panier de prestations (y compris frais de gestion, réserves et co-paiement) contrairement aux cotisations des autres régimes qui, dont les prestations ont un co-paiement permettant d'avoir une cotisation moins élevée (à panier identique et toutes choses restant égales par ailleurs) ;
- Les personnes à assurer par l'AMED représenteraient 20% de la population (« le premier quintile de l'échelle de la pauvreté » soit environ 2,88 millions de personnes⁴⁸) ; notons ici d'une part que la cible de l'AMED comprend aussi des cibles qui ne sous-tendent pas nécessairement un niveau de pauvreté (étudiants, prisonniers) ; d'autre part, le volume des ressources disponibles au regard des choix en matière de santé publique pour le panier de prestations pousserait à infléchir sans aucun doute le nombre de personnes à couvrir ;
- Les frais de gestion pris en compte par cette étude fixe le taux de frais de gestion à 15% des ressources du régime « conformément aux normes imposées par la conférence interafricaine de la prévoyance sociale » ; relevons que ce ratio s'applique aux dépenses gérées et non aux ressources « % des charges de fonctionnement par rapport aux dépenses totales : l'objectif étant d'être inférieur à 15% »⁴⁹ ; notons que ce ratio paraît faible au regard du contexte tchadien (étendue géographique du pays, situation infrastructurelle, compétences à mobiliser pour le fonctionnement de l'AMED, notamment le recours à différents intermédiaires : OGD, OBC, INSEED ; le document ne détaille pas les coûts correspondants ; ce qui serait déjà un début pour apprécier ensuite les valeurs puis le ratio sur le coût des prestations. On identifie par exemple : les coûts de personnel de la CNAS, les frais d'intermédiation de l'INSEED et des OGD (dont OBC), les frais de délivrance des supports d'identification, les outils de gestion y compris informatique (serveurs, maintenance, connectivité, ...), frais de transport pour atteindre les structures de gestion et structures sanitaires, etc. ;
- Les calculs sont basés sur des fréquences d'utilisation des services de santé tirées de l'annuaire statistique du MSPSN 2017, ce qui représente une limite méthodologique relevée comme suit « *Il n'a pas été possibles de constituer une série longue de ces fréquences d'utilisation en raison de discontinuités dans la collecte des données relatives à certaines prestations* ». Bien que des ratios correctifs aient été appliqués, il eût été pertinent de se baser sur les fréquences observées par les mutuelles de santé après 10 ans d'expérience et de les confronter aux hypothèses formulées dans ce document de travail.
- Les hypothèses de coût des prestations qui sont formulées se basent sur les estimations de coûts de l'étude de 2014⁵⁰, or, il s'agit d'estimations de coûts de productions qui incluent :

⁴⁸ INSEED, Quatrième Enquête sur les Conditions de vie des ménages et la Pauvreté au Tchad (ECOSIT 4), Rapport principal sur le profil pauvreté, Juin 2020

⁴⁹ Conférence Interafricaine de la prévoyance sociale (C.I.PRE.S) - Fiche technique les ratios économiques et de gestion

⁵⁰ Serge Mayaka, Pascal Bemadjingar, AEDES, Ministère de la Santé Publique, Mission d'analyse des coûts unitaires des prestations, Rapport final, octobre 2014

- « Coût des investissements (amortissements et renouvellement de l'infrastructure et du matériel, formation du personnel) ;
- Coût des ressources humaines (salaires, primes, avantages en nature, etc.) ;
- Coûts de fonctionnement hors médical (carburant et lubrifiant pour véhicule et groupe électrogène ; pétrole pour la chaîne de froid ; fournitures de bureau ; fournitures d'entretien ; frais de transport ; autres services etc.) ;
- Coûts des médicaments ;
- Coûts des examens paracliniques (dépenses pour achat des réactifs et consommables) ;
- Coûts communs aux médicaments et réactifs / consommables pour examens (achat emballage et frais de transport). »

Cependant, même si l'idée que l'AMED (et les autres régimes) financera les coûts de production est pertinente, la réalité est qu'une partie de ces coûts sont actuellement supportés par d'autres sources et qu'il ne paraît pas être envisagé à ce stade de changer. Ainsi les ressources humaines (personnel affecté par l'Etat, hors communautaire), les investissements et les frais de fonctionnements (hôpitaux au moins partiellement) sont financés sur le budget de l'Etat ; alors les coûts moyens à prendre en compte devrait davantage refléter les prix de vente actuels des prestations (tarifs des actes avec médicaments et consommables ; certains frais de fonctionnement et de personnels communautaires supportés par le recouvrement des coûts) ; dans cet ordre d'idées, il eût été encore pertinent de se baser sur l'expérience des mutuelles correspondant à 10 ans de conventionnement des structures de santé. Finalement :

- Les coûts de garanties obtenues devraient être comparés avec les données disponibles dans les mutuelles de santé ;
- Les trois options de panier de prestations sont basées sur la liste figurant dans le tableau suivant (Tableau 8) qui identifie des prestations à couvrir ; cependant celles-ci sont établies par tranche d'âge alors que les cibles AMED ne sont pas relatives à des tranches d'âge ; les options ajoutent ainsi progressivement certaines tranches d'âge :

Tableau 8 : liste des prestations susceptibles d'être couvertes au titre du régime de l'AMED

CENTRE DE SANTE (Niveau 1)	HOPITAUX (niveaux 2, 3, 4)
Suivi des femmes sous Consultation prénatale	Urgences médicales
Consultation curatives enfants moins de 5 ans	Urgences chirurgicales
Consultation curative enfants jusqu' à 15 ans	Urgences Gynécologiques
Consultation curative pour tous	Soins ambulatoires
Accouchements eutociques	Soins ambulatoires des moins de 5 ans
Réhabilitations nutritionnelles	Soins ambulatoires jusqu'à 15 ans
	Césariennes
	Accouchements dystociques
	Hospitalisations simples adultes
	Hospitalisations jusqu'à 15 ans

Source : CIC/SN-CSU, Options de paniers de soins pour le régime AMED et les coûts, 2019

C'est à partir de ces trois listes ou propositions que le panier des prestations AMED pourrait, à priori, être arrêté.

La décision sur le panier de prestations relève en principe de l'autorité de gouvernance et de régulation :

- Le Haut Comité actuellement sur proposition technique de la CIC/SN-CSU ;
- L'Agence Nationale de Pilotage de la CSU lorsqu'elle sera mise sur pied sur proposition de la CNAS.

Dans tous les cas, le rapport de l'OMS susmentionné⁵¹ attire l'attention sur les éléments à prendre en compte pour fixer le panier de soins couverts par l'AMED puis l'ensemble de la CSU :

- « Les régimes sont établis de sorte à offrir un panier différent, même si l'on conçoit l'opportunité d'une convergence (par le haut) à terme⁵².
- La réflexion est déjà acquise à l'idée d'une sorte de transfert de la gratuité à un régime d'assurance santé.
- Les services des programmes de santé publique ne peuvent être transférés à un mécanisme d'assurance santé que dans certaines conditions :
- Ce ne sont que les fonds destinés à la composante « services » qui doivent être transférés ; les fonctions de stratégies, par exemple, restent dans le programme/projet.
- Ce transfert de fonds implique également de s'assurer que l'organisme d'assurance santé est responsable de l'achat de ces services pour la population
- Les services du programme prioritaire qui étaient réservés à une catégorie de la population deviennent universels (étendus à l'ensemble de la population)
- L'assurance santé a intérêt à couvrir des ensembles de prestations [...]
- Le coût par personne et par an pourrait osciller entre 5 000 et 7 500 FCFA ».

A propos de la différenciation des paniers de prestations par régime, notons que cette option n'est pas figée. Le Document d'orientation du dispositif d'assurance santé au Tchad de 2017 a en effet prévu des paniers différents en précisant que le régime 3 devrait avoir un panier « moins bien garni » du fait du nombre élevé de démunis et du coût que cela représente au regard des recettes que l'Etat pourra mobiliser. La notion d'une convergence par le haut signifie que le panier du régime 3 pourrait augmenter à la suite si les ressources de l'Etat le permettent.

Cependant, cette option n'est pas la seule, et il est tout à fait possible d'imaginer un panier unique pour les trois régimes (3.2.3 Proposition d'un schéma institutionnel pour la mise en commun des fonds et le partage des risques).

Synergies envisagées de la CSU/AMED avec les autres mécanismes de financement

Pour gérer la fonction d'achat de services, le document de démarrage du Régime 3⁵³ évoque une mise en commun des outils et moyens de gestion entre les différents mécanismes de financement en ces termes : « *La fonction d'achat des services sera gérée en synergie avec les autres mécanismes de financement de la santé (Mutuelles de santé, programmes de gratuités, FBR, etc.) de sorte à mutualiser les outils et les moyens de gestion pour plus d'efficacité dans l'action. L'objectif visé à moyen terme est la création d'un centre d'achat stratégique commun aux*

⁵¹ Ibidem, p.15

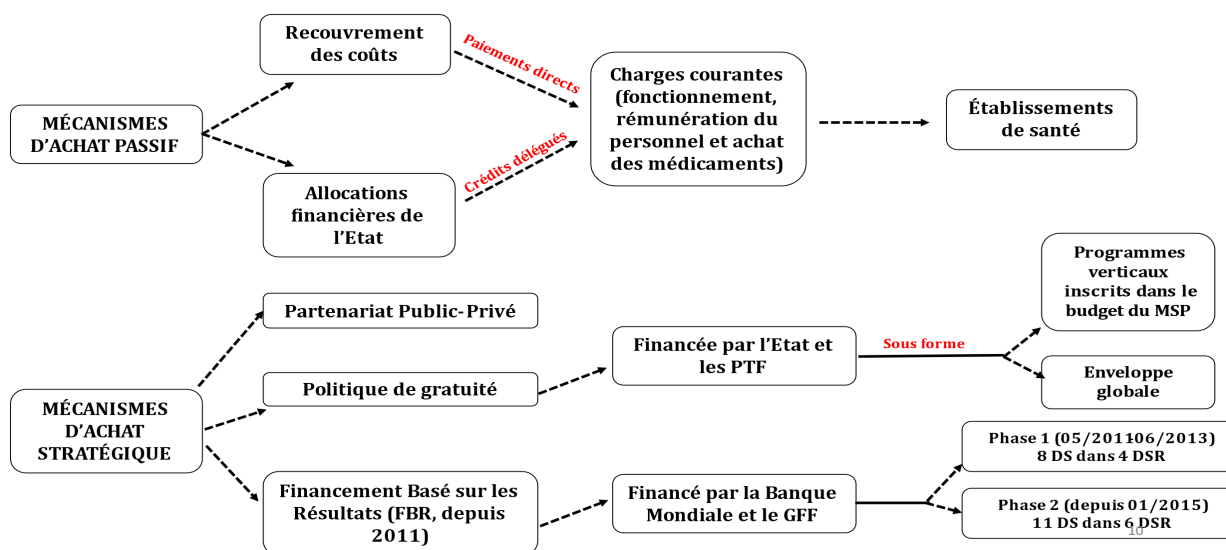
⁵² Document d'orientation du dispositif d'assurance santé au Tchad, 6 Avril 2017, p8.

⁵³ Ministère de la Santé Publique, Document de Démarrage du Régime 3 du dispositif de couverture santé universelle, Septembre 2020, Pages 2 et 5

différents mécanismes de financement de la santé. » Le schéma suivant (Figure 20) donne une illustration des différents mécanismes de financement de la santé au Tchad.

Figure 20 : Schéma des mécanismes de financement de la santé

Mécanismes de financement de la santé (inventaire préliminaire)



Source : Etude GENGER et AEDES⁵⁴

Concernant le FBR, et partant du schéma présenté en Figure 20 il convient d'analyser de plus près les conditions de cette mise en commun après avoir rappelé la place du FBR dans le schéma global de financement de la santé sous deux angles :

- Sous l'angle technique, en analysant quels outils et moyens pourraient effectivement être mutualisés ; les mécanismes de FBR tels qu'ils sont expérimentés au Tchad et ceux de l'assurance santé ne concernent pas les mêmes types d'achats :
- Le FBR achète des indicateurs de performance quantitative et qualitative (données statistiques) des structures sanitaires et à ce titre il s'agit d'un mécanisme reconnu pour son effet sur l'amélioration de la qualité de l'offre de soins ;
- L'assurance santé achète des prestations de soins unitaires rattachées à des individus ; elle travaille davantage sur la solvabilité de la demande de soins et agit sur la qualité de l'offre plus de manière indirecte en exigeant que les prestations achetées soient de qualité.
- Sous l'angle institutionnel, les textes réglementaires actuels ne font pas référence à l'intervention du FBR dans la mise en œuvre de la CSU :
- Ni l'Arrêté^o 489/PR/MSPSN/2020 Instituant le mécanisme de Financement basé sur la Performance dans les Districts sanitaires au Tchad ;
- Ni le Décret provisoire portant organisation et fonctionnement de la CNAS.

Concernant les programmes de gratuité, outre les questions relatives au panier de prestations évoquées ci-avant, la question de l'articulation avec les programmes de gratuité se pose d'abord au niveau des possibilités de mise en commun (voir 3.2 Mise en commun des fonds et le partage

⁵⁴ Etude GENGER et AEDES, Analyse approfondie de situation en vue de l'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle (SNFS-CSU) au Tchad (document de présentation lors de la restitution de cette étude, MSPSN, juillet 2020)

des risques). Alors si une mise en commun est possible, il conviendra d'analyser dans quelle mesure les moyens actuellement pourvus par la gratuité (souvent en nature / médicaments) pourront être convertis en prestations facturées à l'AMED et payées via le même canal que les autres prestations.

•

L'expérience **des mutuelles de santé** est suffisamment documentée après 10 ans de mise en œuvre. Il s'agit d'un système assurantiel unique au Tchad ayant permis principalement :

- D'organiser des communautés pour la mise en commun de leurs moyens en vue de faire face au risque de maladie ;
- De développer un dispositif d'assurance santé fonctionnel allant de l'affiliation au paiement des prestations de soins, à travers un système contractuel instaurant le contrôle de droits, l'encadrement des prestations couvertes, de leur tarif et de leur qualité, la facturation et la vérification administrative et médicale des prestations avant paiement ; « *les bases du fonctionnement des mutuelles sont établies, avec une gestion transparente et rigoureuse.* » « *la montée en charge de la contractualisation avec les FOSA, qui a largement contribué à l'établissement de meilleures relations avec les CS et les HD* »⁵⁵
- De développer des compétences techniques : l'ONG CIDR⁵⁶ porteuse du projet a établi une équipe projet devenue une association locale fin 2019 nommée Centre de Promotion et de Gestion des Risques Sociaux ; « *le CPG assure l'appui permanent aux mutuelles et négocie avec les autorités de santé les conventions qui concrétisent la relation entre mutuelles et FOSA.* »⁵⁷

Sur le plan fonctionnel **les mutuelles et leur service commun**, le Centre de promotion et de gestion des risques sociaux (CPG-RS) représente de potentielles assises pour la mise en œuvre du DAS et de l'AMED. Cependant, les points de vigilance suivants sont à prendre en compte :

- Le CPG-RS a cessé ses activités depuis l'arrêt du financement de la Coopération suisse le 31 décembre 2019 et en l'absence du versement complet de la subvention à laquelle l'Etat s'était engagé (le rapport d'évaluation externe de la phase finale du programme promotion des mutuelles au Tchad évoque un reliquat à verser de 175 M FCFA sur un total de 300 M FCFA) ;
- Les mutuelles de santé sont en perte d'effectifs au cours des dernières années pour des raisons diverses et variées, le facteur déterminant étant la faiblesse de l'offre de soins en disponibilité et en qualité décourageant les membres de cotiser, et plus récemment l'arrêt des activités du CPG-RS.

3.3.2 Examen des besoins fonctionnels pour l'achat de services

Mécanismes d'achat des services de santé

Les prestations de l'AMED, et plus tard de l'ensemble CSU, doivent répondre à des critères de qualité prédéfinis, tandis que l'acheteur de ces prestations doit faire un achat stratégique. Il importe d'explicitier cette notion fondamentale devant contribuer à la bonne mise en œuvre de la CSU/AMED.

⁵⁵ Letourmy Alain, Nouhou Hamadou, Evaluation Troisième Phase du programme, « Promotion des mutuelles de santé au Tchad », Rapport final 12 mai 2019

⁵⁶ Centre International de Développement et de Recherche

⁵⁷ Ibidem p. 22

Il existe deux principales catégories de mécanismes d'achat des services de soins de santé : les mécanismes d'achat passif et les mécanismes d'achat stratégique. Les mécanismes d'achat passif ont pour vocation d'apporter des ressources pour la délivrance de services de soins de santé sans conditions sous-jacentes tandis que les mécanismes d'achat stratégique consistent à acheter ces services de soins en fonction de critères préétablis⁵⁸ et renvoient au paiement par un ou plusieurs organismes d'achat de services fournis par des structures sanitaires publiques ou privées⁵⁹.

L'achat passif réfère généralement (i) au recouvrement des coûts et (2) aux allocations budgétaires par l'Etat aux formations sanitaires (FOSA). Ces deux catégories de ressources servent essentiellement au fonctionnement des FOSA.

L'achat stratégique a pour objectif de garantir une affectation optimale des ressources entre les niveaux de soins et les différents prestataires qui sont rémunérés par des mécanismes de paiement créateurs d'incitatifs⁶⁰.

Les composantes de l'achat stratégique peuvent être considérées comme suit⁶¹ :

- Les processus de définition du panier de prestations ;
- Les systèmes mixtes de paiement des prestataires ;
- Les systèmes de gestion de l'information ;
- La gouvernance ;
- Le paiement à la performance ;

Une réunion d'experts à Genève en 2017⁶² a permis de bien cerner cette notion autour de questions clés et précise que les questions de gouvernance en matière d'achat stratégique concernent « a) le marché, caractérisé par une multiplicité d'acheteurs ; b) les relations entre l'organe de supervision et les acheteurs ; et c) la gestion interne des organismes d'achat. »

Selon le document « Analyse approfondie de situation en vue de l'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé pour la couverture santé universelle (SNFS-CSU) au Tchad »⁶³, les expériences d'achat stratégique vécues au Tchad sont le partenariat public-privé, le financement de la gratuité, le financement basé sur les résultats répondant aux caractéristiques suivantes :

- **Le partenariat public-privé** se bâtit par la mise en place et l'utilisation d'un réseau de soins coordonnés pour faire des achats efficaces, efficaces et équitables ;
- **Le financement de la gratuité** est aussi un achat stratégique puisqu'il s'agit d'« acheter totalement ou partiellement des soins de santé au profit de catégories de personnes définies (mères et enfants de moins de cinq ans) selon les objectifs recherchés de cette

⁵⁸ Dr. TAPSOBA Yann et Mr. TAPSOBA Ludovic, pour les bureaux d'études GENGER et CREDES, Analyse approfondie de situation en vue de l'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé pour la couverture santé universelle (SNFS-CSU) au Tchad, N'Djamena, Août 2020, p.36 (rapport provisoire)

⁵⁹ OMS, Analytical guide to assess a mixed provider payment system, Avril 2019

⁶⁰ OMS, La gouvernance de l'achat et des méthodes de paiement, comment aller vers un achat stratégique pour la couverture sanitaire universelle en Tunisie ?, 2020

⁶¹ OMS, L'achat stratégique en vue de la Couverture Sanitaire Universelle: Libérer le potentiel, Réunion mondiale résume et messages clés, 25-27 avril 2017, Genève, Suisse, p.2

⁶² Ibidem

⁶³ Dr. TAPSOBA Yann et Mr. TAPSOBA Ludovic, pour les bureaux d'études GENGER et CREDES, Analyse approfondie de situation en vue de l'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé pour la couverture santé universelle (SNFS-CSU) au Tchad, N'Djamena, Août 2020 (rapport provisoire)

politique »⁶⁴ ; « Il ressort que les ressources étatiques pour la santé ne sont pas allouées sur la base d'une logique suffisamment stratégique. En effet, des lignes budgétaires sont décaissées au profit des structures de santé. Seulement, ces décaissements ne tiennent pas suffisamment compte des performances produites par les établissements de santé, dotés d'une faible autonomie financière. C'est le cas illustratif de la politique de gratuité qui est généralement financée en omettant d'intégrer la qualité produite des soins en tant que critère de performance. Ce constat serait un facteur compromettant la capacité des formations sanitaires à produire de meilleurs résultats de santé au moyen des ressources financières mises à leur disposition »⁶⁵.

- **Le financement basé sur la performance**, est considéré comme achat stratégique dans le sens où il « alloue des ressources financières incitatives en fonction de la performance des prestataires chargés dans la clause du contrat d'offrir des services prioritaires répondant aux normes et standards de qualité encadrées par des actions mesurables ou des objectifs prédéterminés de rendement à atteindre »⁶⁶.
- En plus de ces 3 grandes familles d'achat stratégique, le Tchad a aussi fait cette expérience d'achat stratégique avec les mutuelles de santé et leur service commun de promotion et de gestion (CPG).
- **Les mutuelles de santé** (voir 3.3.2), avec le CPG-RS offrent un panier de prestations sanitaires au niveau primaire (centre de santé) et dans les hôpitaux de référence et elles assurent l'affiliation et le paiement des prestations. Avec une expérience de 10 ans continue, les mutuelles ont permis d'approfondir la fonction d'achat.

Le Centre de promotion et de gestion et des risques sociaux (CPG-RS) assure l'ingénierie d'assurance et accompagne les mutuelles, de l'élaboration des produits d'assurance (panier) au paiement des formations sanitaires par la vérification et le contrôle des prestations et la gestion des risques.

Pour que l'achat stratégique porte tous ses fruits il faut aussi un organe de régulation qui accompagne la mise en œuvre de cette stratégie. Enfin, il est à rappeler que la « qualité a un coût », cette régulation et l'achat stratégique n'échappent pas à la règle :

« A côté des circuits de financement il y a deux grands types d'organes auxquels il faut s'intéresser : - les organes de gestion des remboursements des soins, - les organes de régulation. Leurs missions sont complémentaires et leur coexistence assure la bonne gouvernance du système de CUS mis en place dans un pays. Ces organes ont un coût de fonctionnement. Réduire leur nombre au minimum n'est pas nécessairement la voie de l'économie au-delà de l'aspect strictement financier. → Pour financer ces organes, l'Etat va-t-il puiser dans ses recettes générales ou utiliser les financements innovants ? Aucun chiffrage du fonctionnement des organes de gestion et de régulation de la CUS n'est donc envisageable au départ de cette consultance »⁶⁷

Les fonctions essentielles assumées par un acheteur de soins

La fonction achat des soins et autres services de santé est l'enjeu majeur de l'AMED. Car, c'est elle qui permettra à des populations sans ressources d'accéder à des soins de santé d'une qualité appréciable et à un juste prix. Pour y arriver, il faudrait trouver des éléments de réponses aux questions autour des fonctions d'achat de soins.

⁶⁴ Op citatum, p. 37.

⁶⁵ Op . cit., p. 48

⁶⁶ Op. cit, ibidem.

⁶⁷ Ibidem

Le tableau suivant présente les fonctions essentielles de l'achat de prestations en assurance santé et les sous-fonctions correspondantes (Tableau 9).

Tableau 9 : fonctions et sous fonctions essentielles de l'achat de prestations en assurance santé

Fonction		Sous-fonction
Gestion des affiliations	des	<i>Affiliation / Immatriculation</i>
		<i>Actualisation de la liste des bénéficiaires</i>
		<i>Délivrance des supports d'identification</i>
		<i>Résiliation de bénéficiaires</i>
Contractualisation / Conventionnement Gestion des prestataires	des	Elaborer les différents types de contrats
		Définition des prestations à couvrir et des tarifs
		Négociation et signature des contrats
		<i>Diffusion de la liste des prestataires conventionnés (en fonction de la catégorie de prestations)</i>
		Suivi / renouvellement contrat
Gestion des prestations	des	<i>Gestion des facturations (complétude et relance)</i>
		<i>Vérification de l'éligibilité de la prestation</i>
		<i>Vérification de la cohérence de la prestations / statut du bénéficiaire</i>
		<i>Eligibilité de la prestation</i>
		<i>Conformité des actes facturés avec les protocoles</i>
		<i>Contrôle des prestations soumises à un contrôle à postériori</i>
		<i>Réalité (inscription dans les registres des prestations de la FOSA)</i>
		<i>Effectivité : contrôle de la délivrance de la prestation chez le bénéficiaire</i>
Paiement des prestations	des	<i>Demande d'avance de fonds de l'acheteur à l'apporteur de ressources</i>
		<i>L'acheteur de prestations paie directement les prestataires</i>
		<i>Enregistrement des paiements</i>
		<i>Reporting technique et financier à l'apporteur de ressources</i>

Gestion des affiliations

Le processus d'immatriculation permettra aux assurés d'avoir accès aux services offerts par l'AMED. Pour ce faire, un support d'identification devra leur être délivré. Celui-ci sert à l'identification exacte du bénéficiaire des prestations de l'AMED. Le système d'information, au moyen de ce support doit permettre que le bénéficiaire soit unique dans le système de gestion et sur l'étendue du territoire national et que l'on puisse contrôler son droit aux prestations lorsqu'il y fera recours. C'est pourquoi, il ne doit y avoir qu'un seul et unique numéro par bénéficiaire.

Les sous fonctions relatives à cette fonction doivent faire l'objet de procédures détaillées qui dépendront notamment des modalités d'identification des bénéficiaires qui à ce jour ne sont pas fixées.

A propos du panier de prestations à acheter

La mission relève la pertinence des orientations relatives au choix du panier de soins et de prestations exposées en partie précédente (3.3.1). Au regard de Ce qui est déjà prévu sur le plan institutionnel et des priorités nationales, la démarche suivante est préconisée :

- **Partir des besoins à couvrir** : élaborer plusieurs options comprenant une couverture en prestations progressive en fonction des ressources qui pourront être mobilisées ; les paniers de prestations présentés dans les tableaux suivants (voir Tableau 10) paraissent pertinents eu égard aux commentaires précédents (voir 3.3.1) ;
- Estimer les ressources mobilisables : les taxes affectées à la CSU, les autres ressources sur budget de l'Etat, les ressources provenant des PTF, ... (voir 3.1.4 Description des procédures clés pour la levée de fonds et la mobilisation des ressources).
- Faire un choix raisonné de prestations ciblées sur celles ayant un impact plus important en termes de santé publique et sur les indicateurs prioritaires de la Politique Nationale de Santé est opportun, en l'occurrence la santé du couple mère / enfant ; Le choix des prestations doit être fait en fonction des capacités contributives de l'Etat (ressources mobilisables) qui est appelé à financer les cotisations des assurés de l'AMED. A cet effet le document de travail de la CIC/SN-CSU mentionné plus haut peut fournir une bonne base de travail : il a initié des projections actuarielles avec des options de paniers de soins⁶⁸ ;
- Dégager les besoins de financement additionnels ;
- Rechercher les compléments de ressource possibles : les autres revenus innovants potentiels, les ressources de la gratuité et des programmes verticaux, ... ;
- Selon les ressources finalement disponibles, éventuellement ajuster le panier de prestations.

Il ne faut pas perdre de vue l'attractivité d'un régime pour sa réussite, aussi gratuit qu'il soit ; cela dépend de l'attrait des prestations sur les assurés et leur perception / sentiment d'être protégés par le régime ; cela peut s'illustrer de la manière suivante :

- Les prestations mère / enfant excluent de fait les plus de 5 ans ;
- **Les prestations couvertes non suffisamment lisibles** ; la gratuité jusque-là est difficilement compréhensible pour le patient lambda et aussi par le personnel parfois dépourvu de moyens pour la garantir, ce qui a certainement motivé la note d'information et de rappel de l'inspection Générale du MSPSN en novembre 2020⁶⁹ ; à ce titre le DAS offre l'opportunité de pouvoir apporter des ressources financières aux FOSA et de contrôler l'effectivité de gratuité.
- **L'accès aux soins est rendu difficile du fait des coûts non médicaux**. En effet, selon le résultat des enquêtes menées, dans les services autres que les soins en faveur des groupes cibles de l'AMED, les interviewés, lors des enquêtes menées dans le cadre de cette étude, sollicitent « *la prise en charge alimentaire, le transport et les habillements* ».
- De ce point de vue, il faudrait parler davantage d'achat de « prestations » que de « soins ».

⁶⁸ Cellule Interministérielle de Coordination de la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle, Options de paniers de soins pour le régime AMED et les coûts, 2019

⁶⁹ MSPSN, Note d'information N° 269/PR/MSPSN/SE/IG/2020 portant rappel du paquet de gratuité des soins

Or, comme vu précédemment, la liste des prestations couvertes par l'AMED n'est pas encore arrêtée.

Une décision rapide sur ce sujet facilitera le travail sur les coûts et la tarification ainsi que les arbitrages en fonction des ressources estimées disponibles au moment où il faudra démarrer effectivement l'AMED.

Tableau 10 : Suggestion de panier de prestations - option 1

Option 1 – Gros risques avec transport et alimentation	
<i>Justification : ce sont les risques qui occasionnent des dépenses aux conséquences catastrophiques et qui sont donc les plus difficiles à financer pour un individu.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Garanties (Hôpital) 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie ; • Hospitalisation médicalisée incluant l'alimentation (prise en charge dans la limite de x jours par séjour hospitalier) ; • Traitement antirabique ; • Evacuation sanitaire.
<ul style="list-style-type: none"> • Exclusions 	<ul style="list-style-type: none"> • Le traitement des maladies chroniques et celles couvertes par la gratuité ou un programme vertical (diabète ; hypertension ; tuberculose ; VIH/sida) ; • Les examens à la demande du patient ; • Les soins ou médicaments reçus ou acquis en dehors de la pharmacie du prestataire ; • Les médicaments acquis auprès du prestataire mais hors du circuit de prise en charge prévu.

Tableau 11: Suggestion de panier de prestations - option 2

Option 2 – Option 1 élargie aux prestations du niveau primaire	
<i>Justification : en plus des risques aux conséquences catastrophiques, ce panier prend en charge les problèmes de santé les plus fréquents au niveau primaire de la pyramide sanitaire (dont paludisme, infections respiratoires aiguës et diarrhées) et permet de limiter les aggravations y compris par la prise en charge des consultations de référence</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Garanties (Centre de santé) 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation curative (consultation, examens, et médicaments prescrits et délivrés par le centre de santé) ; • Mise en observation ; • Petite chirurgie (sutures et pansements).
<ul style="list-style-type: none"> • Garanties (Hôpital) 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation curative de référence ; • Hospitalisation médicalisée incluant l'alimentation (prise en charge dans la limite de x jours par séjour hospitalier) ; • Traitement antirabique ; • Evacuation sanitaire.

Option 2 – Option 1 élargie aux prestations du niveau primaire

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Exclusions | <ul style="list-style-type: none">• Le traitement des maladies chroniques et celles couvertes par la gratuité ou un programme vertical (diabète ; hypertension ; tuberculose ; VIH/sida) ;• Les examens à la demande du patient ;• Les soins ou médicaments reçus ou acquis en dehors de la pharmacie du prestataire ;• Les médicaments acquis auprès du prestataire mais hors du circuit de prise en charge prévu. |
|--|--|

Tableau 12 : Suggestion de panier de prestations - option 3

Option 3 – Option 2 intégrant les prestations couvertes par la gratuité

Justification : l'intégration dans l'AMED des prestations actuellement prises en charges par le dispositif de gratuité engendrerait une hausse des coûts des prestations couvertes ainsi que des ressources finançant ce dispositif. Il est recommandé d'opérer cette intégration lorsque le dispositif AMED sera pleinement fonctionnel afin de ne pas déstabiliser la gratuité.

Tableau 13: Suggestion de panier de prestations - option 4

Option 4 – Option 3 avec ajout de certaines exclusions par exemple les chirurgies programmées et les maladies chroniques

Justification : la couverture des prestations exclues dans les premières options doit être garantie par des financements additionnels dont certains proviendraient de programmes verticaux. Ces prestations peuvent se révéler coûteuses et sont difficiles à assurer du fait qu'elle ne répondent pas au caractère incertain et aléatoire définissant le risque.

Une fois les prestations de soins à couvrir connues, il conviendra de fixer des protocoles de prise en charge standardisés, basés sur les ordonnances en vigueur au Tchad, et selon les négociations avec les prestataires y compris pour des prestations non sanitaires si elles étaient retenues (transport, alimentation, ...)

La standardisation des protocoles de soins et autres services couverts par l'AMED permettra aux prestataires et à l'acheteur de soins (CNAS/OGD) d'avoir une compréhension commune et d'éviter les interprétations divergentes lors de la facturation et du paiement des prestations.

Le coût des prestations et la fixation des tarifs de remboursement aux FOSA

En 2014 (sur base des données de 2013), une mission a été menée par le bureau d'études AEDES sur les coûts unitaires des prestations. Même si les données sont anciennes et avec des limites (signalées par l'étude elle-même), c'est une bonne base de travail pour l'Organe dédié (Haut Comité ou MSPSN ?) afin de décider des tarifs auxquels les FOSA seront remboursées ainsi que la méthode de facturation des prestations (forfaitaire ou à l'acte), car la loi a laissé ouvertes toutes les possibilités ; en effet l'article 21 de la Loi CSU prévoit les remboursements à l'acte, au forfait par groupe de prestation et par capitation.

Lors des échanges avec la CIC/SN-CSU, il semblait que la facturation forfaitaire soit privilégiée mais il manque un document officiel l'actant.

La contractualisation avec les services de santé

Les relations entre le prestataire et l'acheteur seront régies par un contrat. De manière simplifiée, le premier s'engage à bien accueillir et prendre en charge correctement le démuné, facturer des prestations effectives, à temps et au tarif convenu. L'acheteur de soins devra s'engager à contrôler puis payer à temps les prestations.

Comme il y a des formations sanitaires publiques, associatives, confessionnelles et privées à but lucratif, les modèles de contrat et éventuellement les tarifs pourront varier selon les types de prestataires avec un standard pour chaque niveau de la pyramide sanitaire.

A toutes ces catégories de formations sanitaires, l'acheteur ne garantira qu'un tarif de remboursement fixé au niveau national et non en proportion du coût de production des soins qui peut varier sensiblement selon les structures sanitaires (publiques / privées lucratives / privés confessionnelles et associatives).

La contractualisation avec les Organismes de gestion déléguée (OGD)

La mise en œuvre de la CSU concerne un grand nombre d'acteurs : *« Les acteurs concernés sont ceux qui sont responsables de la mise en œuvre des actions définies. Ils participent à la définition de ces actions, établissent les activités qui en découlent et les réalisent. Ils doivent ensuite rendre compte du travail accompli et des résultats obtenus. Ces acteurs sont bien évidemment en tout premier lieu les différentes instances des Ministères concernés. Ils sont aussi les acteurs du secteur privé (à but lucratif et non lucratif), les ONG/Associations, la société civile et sans oublier les collectivités territoriales qui, dans le cadre de la décentralisation, seront amenées à jouer un rôle toujours plus important. Tous, chacun avec leurs spécificités, mais en concertation dans un cadre préalablement défini, sont responsables de la mise en œuvre de la CSU »*.⁷⁰

Le document de démarrage de l'AMED décrit la stratégie poursuivie pour *« former un ensemble cohérent »* entre les acteurs existants avec un cadre institutionnel *« organisé autour d'une maîtrise d'ouvrage (délégué) investie par la puissance publique. Elle sera entourée des structures de gestion déléguée, des structures d'offre de soins, des PTFs, des structures déconcentrées de l'Etat, des organisations de la société civile et des projets et programmes spécifiques »*⁷¹

L'exemple du Maroc donne des éclairages sur le rôle et responsabilité des organismes délégués en ces termes : *« les organismes gestionnaires sont tenus de produire à l'administration tous états, comptes rendus, tableaux ou documents de nature à permettre de contrôler la situation financière, l'émission et le recouvrement des cotisations, le règlement des dossiers, la constitution*

⁷⁰ Ministère de la Santé Publique, Plan Stratégique national pour la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle du Tchad, 2017-2019, p.70

⁷¹ Ministère de la Santé Publique, document de démarrage du régime 3 du dispositif d'assurance santé de la couverture sante universelle, Septembre 2020, p.3

*et la représentation des réserves et l'application des conventions conclues avec les prestataires de soins ».*⁷²

Au Tchad, les relations entre la CNAS, mandatée par la loi sur la CSU, et les OGD seront régies par des contrats de gestion déléguée. Selon le document de démarrage du régime 3, la CIC/SN-CSU pourrait jouer un rôle dans cette contractualisation : *« la CIC/CSU, maître d'ouvrage délégué du processus de démarrage du DAS sous-traite la fonction d'achat des prestations avec des structures privées disposant des compétences techniques et de l'expérience requises. A ce titre, la CIC/CSU identifie les activités couvertes par la délégation de gestion, prépare les contrats, identifie les structures et procède à la contractualisation. En attendant la mise en place d'une structure unifiée qui sera chargée de l'achat stratégique des prestations, les outils de gestion des structures de gestion déléguée seront harmonisés et homologués par la CIC/CSU. A cet égard, des sessions de formation sur les outils techniques seront organisées à l'intention des différents utilisateurs ».*⁷³

La CSU étant une innovation à introduire au Tchad, et au regard du niveau de complexité des composantes des prestations à couvrir, les compétences se mettront en place progressivement avec en priorité celles de la CNAS. En effet, pour maîtriser la gestion des prestations et éviter les risques assurantiels et opérationnels, selon le panier de prestations qui sera finalement adopté, il est souhaitable que ce travail se fasse par paliers : la CNAS assurant la gestion directe des hôpitaux nationaux de référence et, les hôpitaux provinciaux tandis que les OGD, plus proches du terrain, contrôleraient les prestations des niveaux inférieurs (CS, HD).

Comme vu plus haut, les relations entre la CNAS et les OGD devraient être régies par un contrat, avec des indicateurs de performances liées au traitement des prestations facturées à l'AMED. Exemples : nombre de prestataires appuyés par mois, délai moyen de traitement des factures mensuelles, délai moyen de paiement d'une facture d'un prestataire.

Afin de garantir la qualité des prestations de l'OGD à recruter pour contribuer à la mise en œuvre de la CSU et en particulier l'achat de soins, il est vivement recommandé d'établir un label « OGD-CSU » qui tiendra compte des critères :

- De Gouvernance, pour garantir la capacité à répondre au dialogue institutionnel avec les autres acteurs de la CSU et réagir efficacement en cas de défaillance ;
- De Gestion, démontrant la capacité de gérer des financements volumineux avec précision et rigueur dans un cadre de procédures bien définies ;
- D'Expérience (technique) dans l'achat de services de santé montrant des prédispositions à mettre en œuvre l'AMED.
- Une grille étoffée de ces critères, avec notation, aidera la CNAS (CA et Direction) à recruter les OGD sur des bases solides.

Un Système d'information et de gestion performant

Le logiciel libre de droits (open sources) openMIS⁷⁴ a été retenu pour gérer la CSU tel qu'indiqué dans le document de démarrage du régime 3 : *« Pour la phase de démarrage du DAS, il est envisagé de bâtir le système de gestion automatisé à partir de l'outil OpenMIS [...] qui est aujourd'hui en cours d'expérimentation par le Programme Mutuelle de Santé au Tchad. Cette*

⁷² RAMEM – Maroc, Dahir n° 1-02-296 du 25 regeb 1423 (3 octobre 2002) portant promulgation de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, Article 55.

⁷³ Ministère de la Santé Publique, Document de démarrage du régime 3 du dispositif d'assurance santé de la couverture sante universelle, Septembre 2020, p.7

⁷⁴ <http://www.openimis.org/fr>

solution permettra de gagner du temps et de capitaliser la mise en œuvre réussie de cet outil dans d'autres pays. »

Cet outil permettra de gérer les opérations liées à l'immatriculation, au suivi individuel des bénéficiaires des prestations unitaires, au respect des protocoles et des tarifs, à la facturation, à l'analyse des données d'utilisation et au reporting. Son paramétrage devra se faire rapidement pour permettre, notamment, l'immatriculation des bénéficiaires de l'AMED. C'est un des préalables à la poursuite des activités de mise en place de l'AMED.

Païement à temps des prestataires

L'AMED ne pourra atteindre ses objectifs que si les prestataires de soins y trouvent leur compte, notamment le paiement à temps des prestations facturées.

Pour garantir ce paiement à temps, il faut que les conditions suivantes soient réunies :

- La disponibilité des ressources requises : mise à disposition des fonds à la CNAS et aux OGD à temps ;
- La facturation des prestations par la FOSA à temps, dans le format requis et dans le respect de la contractualisation (par rapport aux protocoles de soins et tarifs homologués, plus les écarts sont grands et nombreux plus les contrôles sont longs) ;
- Le contrôle dans les délais par l'OGD ou la CNAS ;
- Le paiement respectant les délais contractuels par l'OGD ou la CNAS.

La disponibilité des ressources est un enjeu majeur. Pour ce faire, une avance de fonds à la CNAS et aux OGD est absolument nécessaire sur le même principe que celui expliqué pour justifier le besoin d'avance à la CNAS (Voir 3.1.2 Examen des besoins fonctionnels pour la levée de fonds et la mobilisation des ressources).

3.3.3 Proposition d'un schéma institutionnel pour l'achat de services

Partant des analyses ci-dessus, la fonction achat de soins et autres services dépendra aussi de l'état d'avancement (étapes) de la mise en œuvre de l'AMED. De ce fait, il y aura des schémas différenciés en fonction du degré d'avancement dans la mise en œuvre, marquée par ces principales étapes :

- Etape 1 : Démarrage des affiliations ;
- Etape 2 : Démarrage des prises en charge ;
- Etape 3 : Consolidation.

Etape 1 : Démarrage des affiliations

Cette première étape est étroitement et préalablement liée aux impératifs suivants :

- Clarifier si l'AMED peut démarrer avec uniquement les personnes économiquement démunies et les vulnérables qui étaient pris en charge par les mairies ou si les 3 autres catégories seraient incluses ;
- Définir la procédure d'affiliation complète (voir la partie suivante 3.3.4 Description des procédures clés pour l'achat de services) ;

- Disposer du serveur pour héberger la base de données d'open IMIS (voir la partie suivante 3.3.4 Description des procédures clés pour l'achat de services) ;
- S'assurer que le système de levée et mobilisation des taxes spécifiques est fonctionnel.

En effet, pour rappel, la Loi CSU a défini les 5 catégories suivantes pour ce qui est des bénéficiaires de l'AMED :

- Les personnes reconnues économiquement démunies ;
- Les étudiants Tchadiens jusqu'à l'âge de 25 ans ;
- Les orphelins et enfants abandonnés placés en orphelinats ;
- Les personnes en détention dans les établissements pénitentiaires ;
- Les personnes vulnérables prises en charge par les communes.

L'étude sur la stratégie de ciblage⁷⁵ en cours n'évoque que la première catégorie et l'atelier intermédiaire de l'étude, a soulevé des enjeux importants au regard des personnes à assurer.

La communication sur les personnes à couvrir par l'AMED sera très importante pour ne pas amener de confusions :

- Les démunis sont ceux qui n'ont pas de ressources alors que la sous-catégorie des indigents concernerait davantage les personnes vraiment dans le besoin. Il y a le risque que beaucoup de personnes veuillent rentrer sous la couverture d'AMED en prétendant qu'il leur manque aussi des ressources pour se soigner ; l'autre effet pervers dans la communication serait de présenter le Régime AMED sous un jour tellement mauvais que certains démunis ne veuillent pas y adhérer au nom de leur dignité ;
- Effets boomerang qui ne sont pas à exclure en cas de défaillances du régime : Vulnérables dans la rue ; Etudiants en colère ; Structures sanitaires en grève avec leur trésorerie asséchée par AMED. Dans ces cas aussi, l'autorité demanderait « qui n'a pas fait son travail ? », avec les conséquences qui en découlent en termes de responsabilités et postes occupés...

Dans une optique de **démarrage progressif et maîtrisé**, l'étude recommande de s'en tenir uniquement à la première catégorie : les personnes reconnues économiquement démunies résidant dans les districts de démarrage ; les étudiants pouvant n'être pris en charge que dans un deuxième temps :

- L'étude sur la stratégie de ciblage⁷⁶ permet de mieux cerner cette catégorie et la méthodologie de son identification et donc de son affiliation ;
- Cette catégorie permet d'envisager de commencer à une échelle réduite en vue de tester les procédures et outils afin de les ajuster progressivement ;
- Les étudiants sont une catégorie mobile entre le lieu d'étude et le domicile et pour satisfaire aux besoins de soins aux deux endroits il faudrait pouvoir offrir un maillage large sur le plan géographique, au moins à l'échelle provinciale.

⁷⁵ AHMAT ABDERAHIM ABBO, Etude pour CIC/SN-CSU, Stratégie de ciblage des personnes économiquement démunies dans le cadre de la mise en œuvre de la couverture santé universelle au Tchad, N'Djamena, janvier 2021 (rapport provisoire)

⁷⁶ Ibidem

Également, cette catégorie serait sans doute la première à revendiquer ses droits à l'AMED et en cas de déception pourrait le faire savoir avec force et annihiler les efforts initiaux qui auraient été déployés ;

- Les orphelins et les prisonniers pourraient être couverts s'ils résident dans les districts de démarrage.

Le schéma suivant (Figure 21) décrit cette première étape.

Une fois les préalables précités remplis, l'AMED pourrait être mise en œuvre avec les responsabilités suivantes :

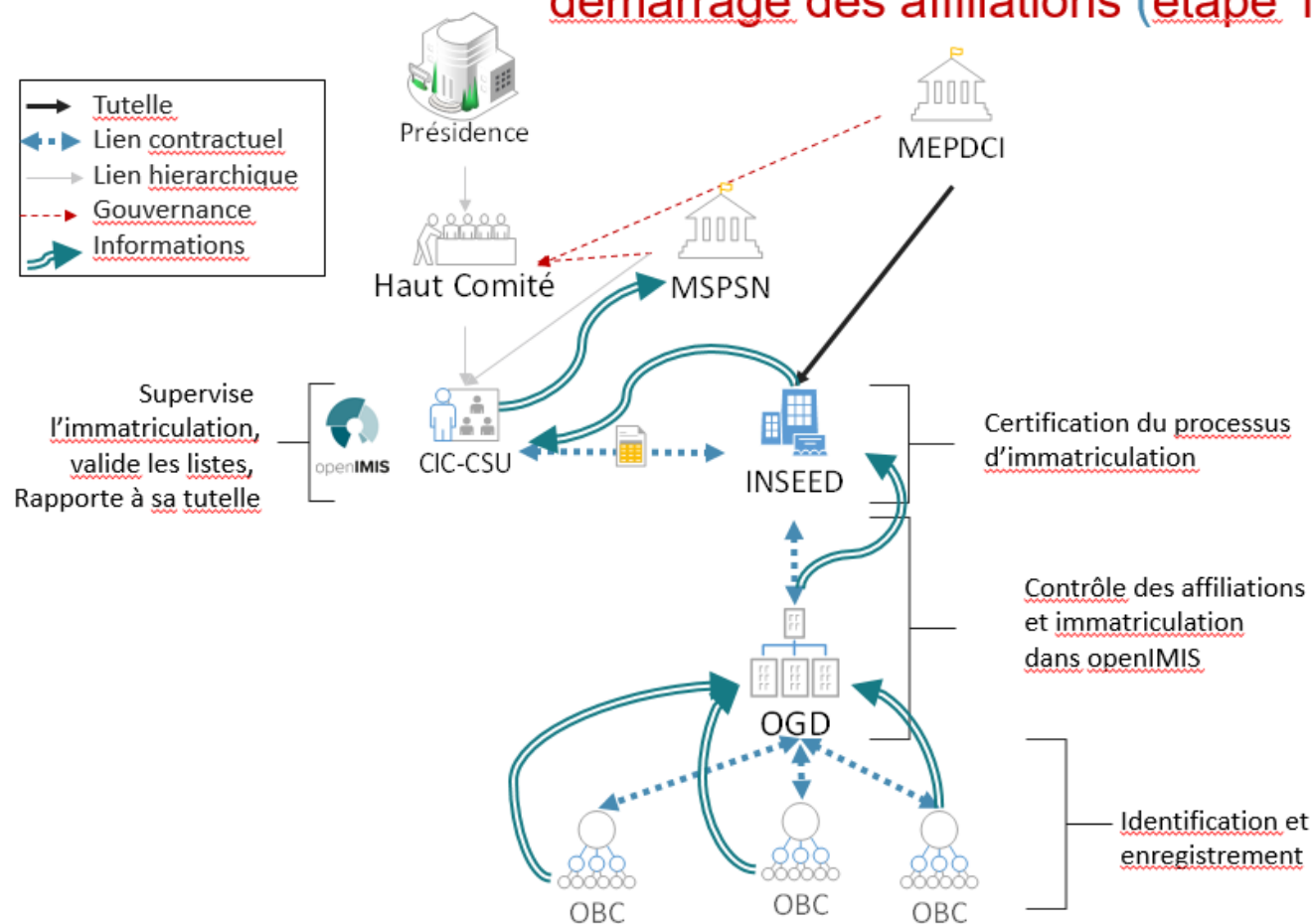
- La Présidence est chargée de la promulgation des textes réglementaires nécessaires et prend sous sa responsabilité la CIC, structure interministérielle responsable de la mise en œuvre de la CSU
- Le Haut-comité (HC) valide le schéma de démarrage AMED et la procédure d'affiliation.
- La CIC/SN-CSU, actuellement rattachée au MSPSN (Directeur Général), est chargée de proposer la procédure d'affiliation complète et de s'équiper d'un serveur pour héberger et gérer de manière transitoire la base de données.
- L'INSEED est contracté par la CIC/SN-CSU comme organisme compétent et habilité pour contrôler et certifier le processus d'identification des démunis (pour le démarrage au moins).
- Des organismes de gestion déléguée (OGD) sont contractés par l'INSEED qui contrôlera leur travail pour la seule fonction d'identification des démunis pour le démarrage.
- Les OGD contractent avec des organisations à base communautaire (OBC) car, comme indiqué dans le rapport provisoire de l'étude sur la stratégie de ciblage, les deux dernières étapes consistent en l'établissement de listes par la communauté qui sont complétées par des enquêtes de vérification. Dans plusieurs dispositifs, notamment le Programme d'Appui aux districts sanitaires par le FBR (les contrats d'objectifs et de moyens – COM), il est fait recours à des organisations associatives locales pour ce type d'enquêtes, à travers un contrat et des outils spécifiques.

Le processus d'établissement de la base de données des assurés sera ainsi constitué :

1. Les OBC établissent les listes au niveau communautaire qu'elles transmettent aux OGD qui ont contractualisé avec elles ;
2. Les OGD (en partenariat avec l'INSEED pour l'identification des démunis) informatisent sous openMIS et entrent les numéros d'immatriculation selon la codification prévue ;
3. L'INSEED contrôle et certifie le processus d'identification suivi par les OGD ;
4. La CIC/SN-CSU assure l'hébergement des données (serveur), supervise l'immatriculation et elle valide les listes selon le budget disponible ;
5. La CIC/SN-CSU transmet des rapports statistiques au HC et au MSPSN.

Figure 21 : Schéma institutionnel de l'achat de services – démarrage des affiliations (étape 1)

AMED : Schéma institutionnel de l'achat de services – démarrage des affiliations (étape 1)



Etape 2 : Démarrage des prises en charge

Pour l'atteinte de cette étape de prise en charge, il est impératif que la CNAS soit opérationnelle, car il faudra des ressources financières pour procéder au paiement des prestations ; et comme cela a été démontré auparavant, au regard des lois en vigueur, la CIC/SN-CSU n'est pas habilitée à recevoir des financements (elle n'a pas la personnalité juridique requise). Ainsi, comme explicité en partie 3.1.3 (Proposition d'un schéma institutionnel pour la levée de fonds et la mobilisation des ressources), en vue d'un **démarrage rapide des prises en charge** de l'AMED, le cadre institutionnel serait basé sur une CNAS limitée aux fonctions de l'AMED et non aux trois régimes (une CNAS-AMED).

La CNAS a reçu 7 missions dont les 5 suivantes concernent la gestion du risque maladie et l'achat de services liés :

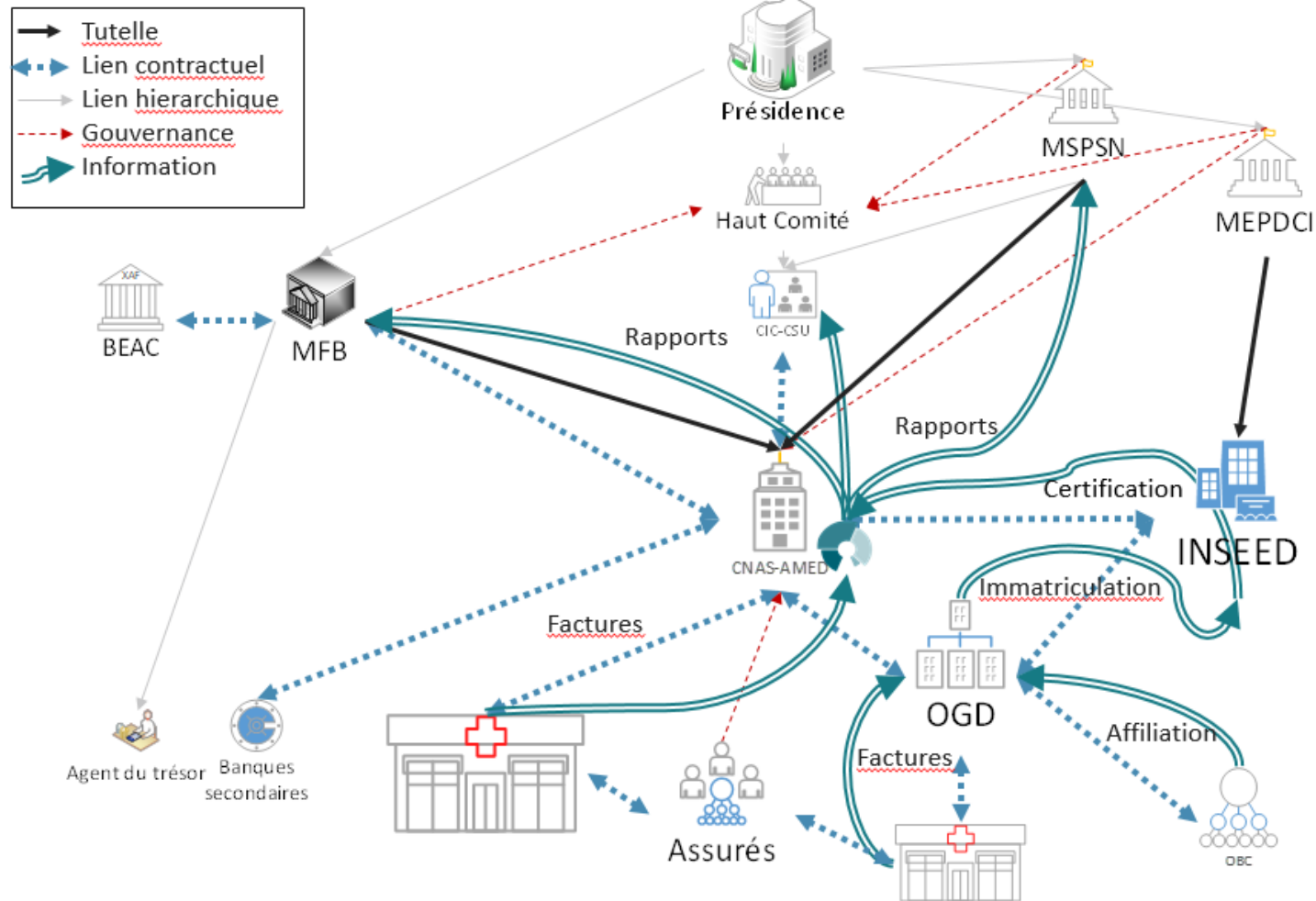
1. L'immatriculation des assurés ;
2. Le conventionnement ;
3. Le contrôle de la qualité des prestations de soins ;
4. Le contrôle médical et administratif ;
5. Le paiement des prestations rendues.

Le schéma suivant (Figure 22) montre que la plupart des liens entre les acteurs de l'achat de services sont d'ordre contractuel, ils reposent sur des droits et des devoirs fixés de manière négociée. Les différentes missions réservées à l'achat de soins sont décrites dans le schéma et explicitées avec les éléments suivants :

- Certains liens dits contractuels illustrent simplement une relation entre deux entités (par exemple Trésor – CNAS du fait du flux financier ;
- Les liens de gouvernance ne sont pas exhaustifs : dans le HC et le CA de la CNAS il y a d'autres représentants non cités ici ;
- La CNAS-AMED est mise en place (établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion administrative et financière) ;
- La Tutelle de la CNAS relève légalement du MSPSN. Cependant, comme expliqué dans le schéma institutionnel pour l'achat de services (voir 3.3.3) il est suggéré d'ajuster le statut de la CNAS en proposant une double tutelle. Il faut ajuster la loi pour ce faire. Si cela n'est pas possible à cette étape il faut prévoir la suivante :
 - Le MFB assure la tutelle administrative et financière de la CNAS ; les enjeux institutionnels pour le DAS montrent l'importance d'une plus grande implication du MFB et ceci est aussi justifié par le fait que la CNAS est un établissement financier ;
 - Le MSPSN conserve la tutelle dans le domaine technique pour le conventionnement avec les prestataires notamment ; le MSPSN « délègue/confie » une partie des fonctions à la CIC/SN-CSU. Dans les faits, il ne s'agit pas d'une délégation à proprement parler puisque la CIC/SN-CSU n'a pas de personnalité juridique et relève de la Responsabilité Directe du DG du MSPSN.
- La CNAS gère les fonds (fonds AMED) dans l'attente de la création du Fonds fiduciaire à l'étape suivante ;
- Les Organismes de gestion déléguée (OGD) gèrent les fonctions confiées par la CNAS ;
- Les OGD peuvent sous-traiter des OBC de type « mutuelles » pour l'affiliation et la délivrance des supports d'identification ;
- Les usagers des formations sanitaires sont représentés au Conseil d'administration de la CNAS tel que cela est prévu par la loi.

Figure 22 : Schéma institutionnel de l'achat de service – démarrage des prises en charge (étape 2)

AMED : Schéma institutionnel de l'achat de service – démarrage des prises en charge (étape 2)



1. L'immatriculation des assurés ;

- C'est une fois l'identification des démunis effectuée que l'immatriculation peut se faire. Selon l'étude sur la stratégie de ciblage⁷⁷, l'identification des démunis se fera en cascades à partir d'un ciblage géographique et d'une enquête, avec vérification communautaire (voir étape 1).
- Les OBC établissent les listes au niveau communautaire qu'elles transmettent aux OGD qui ont contractualisé avec elles ; ceci peut se faire avec un smartphone hors ligne avec envoi intermittent des données au serveur ;
- Les OGD (en partenariat avec INSEED pour l'identification des démunis) utilisent openMIS et entrent les numéros d'immatriculation selon la codification prévue ;
- L'INSEED assure la certification du respect de la méthodologie de ciblage et le renforcement de capacités dans ce domaine auprès de OGD voire des OBC ; il peut faire des audits sur le terrain en cas d'anomalie ou de cas litigieux rapportés par les OGD.
- La CNAS-AMED assure l'hébergement des données (serveur) et supervise l'immatriculation, elle valide les listes selon le budget disponible ;
- La CNAS-AMED supervise la délivrance des supports d'identification aux assurés ;
- Les OGD sont chargés de la délivrance des supports d'identification et s'appuient si nécessaire sur les OBC contractualisées à cet effet.
- La CNAS-AMED transmet des rapports statistiques d'affiliation à la CIC/SN-CSU, au HC et aux organes de tutelle (MFB si retenu – voir supra – et MSPSN).

2. Le conventionnement ;

- Cette fonction concerne l'accord passé entre l'acheteur de soins (CNAS ou OGD au nom de la CNAS) et le prestataire des services retenus par le régime d'assurance qui se matérialise par un contrat ou une convention ;
- Toutes les formations sanitaires qui offriront des prestations en faveur des bénéficiaires d'AMED devront signer au préalable un contrat avec la CNAS ou un OOG (par délégation).

3. Les contrats de prestataires de services : OGD, OBC

- Les relations entre la CNAS et les OGD et entre les OGD et les OBC sont des contrats de prestataires de services dans le sens où la CNAS sous – traite à l'OGD et l'OGD à l'OBC la fourniture de services indiqués.
- Bien que dans l'absolu les OGD pourraient utiliser d'autres structures intermédiaires pour les paiements aux prestataires (mutuelles, OBC, ONG ...), il n'est pas considéré ici d'attribuer la mission d'achat de services en dehors de la CNAS et des OGD dument contractés par celle-ci, du fait des compétences requises et du peu d'organisations identifiées et à même de gérer cette prestation d'achat de soins pour l'AMED.

4. Le contrôle de la qualité des prestations de soins, en complémentarité avec les autres services étatiques compétents

- Différents systèmes peuvent se compléter, du contrôle qualité basé sur les enquêtes de satisfaction des patients (qualité perçue) à la vérification de la qualité objective des soins.

⁷⁷ AHMAT ABDERAHIM ABBO, Etude pour CIC/SN-CSU, Stratégie de ciblage des personnes économiquement démunies dans le cadre de la mise en œuvre de la couverture santé universelle au Tchad, N'Djamena, janvier 2021 (rapport provisoire)

- Ces vérifications peuvent être déléguées par la CNAS aux OGD auxquels elle a délégué la gestion ou à d'autres structures externes : p. ex. les enquêtes de satisfaction peuvent par des organisations à base communautaire (OBC) telles que les mutuelles de santé tandis que la vérification de la qualité peut être confiée à des structures qui gèrent le FBR.

5. Le contrôle médical et administratif

- A travers le système d'information et de gestion (openIMIS est retenu pour l'AMED), il sera possible de faire un contrôle administratif automatisé ou non (contrôle des droits à priori et à posteriori, contrôle de la réalité des prestations) et des contrôles médicaux en ligne en comparant par exemple les coûts et les prescriptions médicales avec les protocoles de soins
- Une vérification sur pièces et sur place peut s'avérer nécessaire : la vérification communautaire peut se faire par des OBC (vérifier l'effectivité des prestations en complément des enquêtes de satisfaction visées au point 3.) tandis que le contrôle technique sera fait par les médecins conseils de la CNAS, ou des OGD.
- Il est à noter que les mutuelles avaient adopté un mode de contrôle et un autre mode d'organisation avec implication de l'Equipe cadre de district et Médecin conseil, qui pourrait s'avérer adapté à l'AMED. Le FBR passe également par l'équipe cadre du district pour contrôler la qualité des services dans les FOSA sous contrat de performance.
- Ces contrôles ne peuvent pas être systématiques et les procédures devront définir à quelle fréquence ils doivent être diligentés, de là il sera possible d'estimer leur coût par avance. Même si la fréquence peut être fixée, garder le caractère inopiné pour certains d'entre eux est de nature à contribuer à l'amélioration de la qualité des prestations.

6. Le paiement des prestations offertes aux bénéficiaires d'AMED

- Pour répondre au cycle de production inversé de l'assurance déjà expliqué, une avance des fonds à la CNAS et aux OGD est absolument nécessaire sur le même principe que celui expliqué plus haut (Voir 3.2.2: « 1.1.1 Examen des besoins fonctionnels pour la levée de fonds et la mobilisation des ressources ». Elle devrait être égale à au moins 3 mois de dépenses en prestations et de frais de gestion.
- L'avance est accordée au démarrage du système, ensuite, la CNAS et l'OGD transmettent les factures des prestations payées au Fonds Fiduciaire (FF) pour remboursement. Quand celui-ci vire les fonds à la CNAS, le montant de l'avance initial se reconstitue par le remboursement par le FF. Les prestataires adressent leurs factures à l'organisme d'achat avec lequel ils sont conventionnés t pour l'achat des prestations (CNAS pour les grands hôpitaux ; OGD pour les hôpitaux de district et les centres de santé).
- Le paiement est effectué par l'acheteur en charge (CNAS ou OGD) via la banque, l'établissement de microfinance ou un Opérateur de téléphonie après contrôle ;
- Le système d'information (openIMIS) permet de transmettre l'information :
- Facturation : les prestations servies sont informatisées si possible par les structures sanitaires directement, à défaut par les OGD, voire la CNAS ;
- Après les contrôles administratifs et médicaux par les OGD et/ou la CNAS (suivant les structures et niveaux de contrôles à définir), le paiement aux prestataires peut être autorisé par le responsable de l'organisme d'achat.
- Les rapports périodiques statistiques et financiers sont élaborés par la CNAS et transmis aux financeurs, autorités de gouvernance et de tutelle. L'information est également partagée avec les structures techniques partenaires (CIC/SN-CSU, OGD).

Etape 3 : Consolidation

Cette nouvelle étape consacre la mise en place de deux nouvelles structures pour l'AMED illustrées dans le schéma suivant (Figure 23), en lien avec les analyses précédentes (voir 3.2.3 Proposition d'un schéma institutionnel pour la mise en commun des fonds et le partage des risques) ; les autres aspects présentés à l'étape 2 ne changent pas :

- Le Fonds Fiduciaire (FF) consacre la mise en commun des ressources financières de la CSU en lieu et place de la CNAS qui aurait ce rôle à l'étape 2, et assure leur répartition selon les différents axes de la stratégie CSU dont l'assurance santé pour ce qui concerne l'AMED ;
- Il est créé une Agence Nationale de Pilotage de la CSU (ANP-CSU). Elle fusionne le HC et la CIC/SN-CSU. Son siège abrite désormais le FF. Elle ordonne les virements du FF aux différentes entités impliquées dans la CSU. Elle est destinataire des rapports techniques et financiers produits par la CNAS.

A cette étape, la CNAS élargit son champ d'action aux autres régimes, la notion de CNAS-AMED qui prévalait aux deux premières étapes est ajustée en ce sens, pour devenir CNAS tout court.

Les Organismes de Gestion Déléguée (OGD) identifiés

Quatre organisations pré identifiées pour la gestion déléguée ont été rencontrées : le CPG-RS, BASE, le CSSI, et ADES. Leur présentation succincte et expérience en matière d'achat de soins sont présentées en Annexe 6.

La délégation de gestion exige une **robustesse institutionnelle** (Gouvernance et viabilité administrative et financière) **ainsi qu'une grande technicité** (achat de prestations) en tenant en compte les éléments qui suivent :

- Il s'agit de contractualiser avec un établissement public (la CNAS) qui sera amené à faire des avances à l'OGD en vue du paiement relatif à l'achat de soins. En cas de défaillance dans le circuit de financement, l'OGD serait mis en difficulté.
- Au regard des besoins fonctionnels décrits dans la partie précédente (voir 3.3.2), les OGD devront être aptes à gérer des activités d'assurance santé avec professionnalisme.
- Au vu de l'analyse des organisations précitées, il est recommandé de commencer progressivement avec des organisations qui offrent le plus de gages institutionnels et techniques.
- Le projet de CASS avec le consortium BASE-CPG-RS, avec BASE en chef de file paraît répondre aux critères de ces deux piliers, sous réserve de la disponibilité du personnel technique déjà formé et des conditions et modalités de recrutement des OGD.
- La plupart des personnes interrogées au cours de l'étude confirment la pertinence de BASE et CPG-RS comme OGD ; BASE jouissant d'une plus grande renommée au niveau central selon les entretiens réalisés ; ainsi qu'une large surface financière sur bases de ses documents consultés.
- Le CSSI apparaît également pertinent pour jouer le rôle d'OGD du fait de son expérience du FBR, sous réserve bien sûr de répondre aux critères ;
- ADES ne paraît pas disposer de compétences techniques liées à l'achat de services tel que présenté précédemment mais du fait de son maillage territorial et sa présence au plus près des populations, l'ONG pourrait éventuellement jouer un rôle dans le domaine de l'affiliation pour le compte d'OGD ;
- Les entretiens menés avec des responsables institutionnels, y compris au niveau de structures publiques, privilégient le recrutement des institutions non gouvernementales pour la Délégation de gestion et confirment donc ces orientations.

Synergies envisagées avec les autres mécanismes

La synergie avec les autres mécanismes déjà évoquée (voir 3.3.1) devrait déjà se discuter en parallèle avec le choix des districts de démarrage afin de donner le maximum de chances à l'AMED pour bien fonctionner : là où l'offre de soins est soutenue et là où la culture de l'assurance est déjà présente en vue du démarrage des autres régimes.

Le document de démarrage du régime 3 a défini des critères pour les districts de démarrage avec un démarrage progressif⁷⁸ et envisagé 23 districts pour un démarrage en 2020. Selon ce document, le nombre de personnes démunies est estimé à 20% de la population totale et la couverture nationale serait progressive de 2020 à 2022 (voir Tableau 14).

Le nombre de districts a été revu à 6 pour le démarrage et une mission d'évaluation des districts de démarrage a eu lieu en décembre 2020. Il était prévu que les consultants de la présente étude puissent avoir accès au rapport mais, à ce jour, il n'a pas été rendu disponible, de même que les districts en question ne sont pas connus par les consultants.

Tableau 14 : Plan de couverture de la population cible par le régime 3

	2020	2021	2022
Nombre de DS couverts ⁷⁹	23 DS	63 DS	Tous les DS Fonctionnels
Nombre personnes démunies couverts	644 802	1 873 358	3 862 386
% de personnes démunies couvertes	17,9%	50,2%	100%
% de la population du Tchad	3,6%	10%	20%

Source : MSPSN, Document de Démarrage du Régime 3 du dispositif de couverture santé universelle, sept 2020

La mission rappelle les opportunités identifiées dans les provinces qu'elle a ciblées pour cette étude en particulier le district sanitaire de Danamadji au Moyen Chari qui dispose d'avantages significatifs dont :

- Mutuelle de santé existante accompagnée par le CPG-RS ;
- Expérience d'openIMIS ;
- Mécanisme FBR existant avec les Contrats d'Objectifs et de Moyen (COM) et autres appuis du Programme d'appui aux districts sanitaires (PADS) notamment prévus pour le soutien à la stratégie CSU, financé par la Coopération Suisse ;
- Forte densité de population.

Même si la phase expérimentale instituant le mécanisme de Financement basé sur la performance, prévue pour la phase allant de janvier 2021 à décembre 2023 par l'Etat, n'a pas encore démarré, il est intéressant de porter attention aux Districts qui étaient ciblés (article 4 : Ati, Goundi, Kyabe et Mongo)⁸⁰.

⁷⁸ Ministère de la Santé Publique, Document de Démarrage du Régime 3 du dispositif de couverture santé universelle, Septembre 2020

⁷⁹ Le nombre de districts fonctionnels en fin 2019 est de 126

⁸⁰ Arrêté N°489/PR/MSPSN/2020 Instituant le mécanisme de Financement basé sur la Performance dans les Districts sanitaires au Tchad

Aussi, la mission a eu connaissance du projet de la Banque Mondiale qui représente une véritable opportunité de mettre en synergies le dispositif d'assurance santé et en particulier l'AMED avec le FBR et la gratuité⁸¹. Ce projet d'un montant de 105 millions de dollars sur 5 ans devrait débuter en 2021 et être mis en œuvre dans les provinces suivantes : Batha, Guera, Mandoul, Logone Oriental, Tandjilé, Mayo Kebbi Est, Wadi Fira et Ennedi Est.

Les composantes du projet comprennent un volet de subvention pour la gratuité des soins pour un montant de 24 millions de dollars, dont le paiement des frais pour la gratuité à travers le mécanisme FBR / FBR incluant les soins aux plus pauvres, les accouchements, césariennes et le planning familial. Les synergies suivantes ont été identifiées :

- Utilisation du mécanisme AMED pour la prise en charge des démunies et éventuellement les gratuités ciblées :
- Il importe d'esquisser le passage de prise en charge des démunis par le FBR à l'AMED. En effet, dans la mise en œuvre du financement basé sur les résultats, la prise en charge des indigents est assurée. Les FOSA perçoivent même « un bonus d'équité » en fonction du nombre d'indigents pris en charge. Or, cette catégorie de populations est aussi une des bénéficiaires d'AMED.
- Si AMED se met en œuvre, les indigents seront donc couverts par elle et c'est la meilleure option car AMED est un mécanisme pérenne tandis que le FBR est temporaire. Il y a deux conséquences à cela :
 - (i) positivement, c'est dire que le financement prévu par le FBR pour les indigents pourrait être utilisé pour combler d'autres besoins (et il y en a toujours)
 - (ii) négativement, c'est que les indigents risquent d'être moins bien pris en charge :
 - a. La FOSA ne percevant plus de prime liée à leur prise en charge ;
 - b. La voix des indigents, s'ils osent réclamer quoi que ce soit, sera moins audible car ils se trouvent à un bas niveau de l'échelle sociale et « n'auront/ne peuvent rien payer ».
- Si la décision d'intégrer les deux mécanismes était prise, dans le financement des prestations AMED, il faudrait alors tenir en compte les apports du FBR qui, selon le document de programmation consulté et susmentionné, prévoit 800 FCFA pour acheter chaque indicateur lié aux consultations curatives et 2000 FCFA par journée d'hospitalisation (paquet de gratuité).
- Utilisation des capacités de vérification et de contrôle du FBR au sein du dispositif AMED.
- Les ACV du FBR ont développé une expertise réelle dans le contrôle de la qualité des soins. Ceci a été relevé à plusieurs reprises, notamment lors des missions conjointes FBR, projet PADS et équipes cadre de Districts (pour le niveau primaire) et des Provinces (pour le niveau périphérique).
- Ces compétences sont à mobiliser dans le cadre de l'AMED pour mettre les structures sanitaires aux normes afin de disposer de prestations unitaires d'une qualité appréciable. Dans ce cadre, une Convention tripartite entre CNAS, FBR et Prestataires de soins est envisageable : la CNAS s'engageant à contrôler et payer des prestations de qualité, le FBR assurant l'accompagnement de la FOSA pour améliorer la qualité des PMA (paquet minimum d'activités) et PCA (paquet complémentaire), les Prestataires de soins mettant en œuvre les mesures identifiées par le FBR et l'AMED pour améliorer la qualité des soins en son sein.

⁸¹ Présentation du Projet de renforcement de la performance du système de santé (P172504), Health Nutrition Population GP, Mars 2021

3.3.4 Description des procédures clés pour l'achat de services

Dispositions institutionnelles à prendre pour le démarrage de l'achat des prestations

La **mobilisation des ressources** est un préalable à l'achat de soins comme cela a été expliqué auparavant. Elle passe par ces étapes :

- Programmation 2022 sur budget de l'Etat (fonds innovants), avec un budget d'au moins égal à une année de prestations pour les 06 districts de démarrage ;
- Mobilisation des taxes affectées spécifiques CSU ;
- Mobilisation de la contribution des PTF ;
- Virement sur le compte du Fonds fiduciaire une fois créé ;
- Avance de fonds à la CNAS ;
- Avance de fonds pour 3 mois aux OGD.

Les **structures à mettre en place** impérativement avant le démarrage de l'achat des soins sont :

- La CNAS chargée de la gestion de l'AMED ;
- Le Fonds fiduciaire : mise en place d'un CA comprenant les PTF ;
- Les OGD prestataires de services à contractualiser.

Les modalités de démarrage de la CNAS et du Fonds Fiduciaire ont déjà été décrites dans les parties précédentes (voir 3.2.3 Proposition d'un schéma institutionnel pour la mise en commun des fonds et le partage des risques), les procédures ci-après concernent spécifiquement la mise en place des OGD, les procédures de la fonction d'achat des soins ainsi que les coûts y afférents :

- La **définition du coût de l'AMED** est une priorité pour définir et viser l'équilibre financier comme vu auparavant : il est impératif et urgent d'estimer les ressources nécessaires pour le démarrage de l'AMED
- La liste des prestations du panier des soins et son coût car il n'y a « [...] Aucune *certitude* que le solde des financements innovants qui seront canalisés en fin de parcours suffiront à rembourser un panier de soins de base suffisant pour garantir la santé de ce groupe-cible ». ⁸²
- Les coûts de fonctionnement : Il est couramment admis qu'il ne faudrait pas que les frais de gestion dépassent 20% du cout total du Régime. Ce qui veut dire que le coût de la CNAS et des OGD ne devrait pas dépasser ce seuil. C'est un des indicateurs qui pourra guider le Haut Comité dans ses orientations et décisions.

Les procédures administratives, comptables et financières de la CNAS s'imposeront aux autres entités notamment les OGD, OBC et prestataires conventionnés. En effet, la CNAS sera responsable en premier lieu devant son conseil d'administration de la justification des dépenses

⁸² Michel VIGNEUL, Les mécanismes de la gratuité et leur financement. Identification des financements innovants. Gestion du financement, Avril 2017, p. 58

effectuées tandis que les bénéficiaires des fonds mis à leur disposition par le FF devront donc eux-mêmes se conformer à ses exigences en termes de redevabilité et de reporting

Après l'adoption du cadre institutionnel (organigramme), il faudra décrire comment l'ensemble du dispositif va fonctionner au jour le jour.

La mise en place de l'outil informatique, tout aussi important dans un tel dispositif, devra se faire en amont de la mise en œuvre de l'achat. Plusieurs actions à mener découlent de cette observation :

- L'élaboration des spécifications techniques AMED au niveau du logiciel (openMIS) ; ces spécifications découleront inévitablement des procédures de la fonction d'achat de l'AMED qui sont décrites plus loin (on décrit d'abord ce qu'on souhaite faire avant de dire à l'outil informatique ce qu'il doit faire).
- Cependant pour l'étape 1 du démarrage de la fonction d'achat, ceci ne pose pas de problème car la configuration de la base de données openMIS actuelle peut être utilisée sans autre paramétrage majeur;
- La définition de la procédure de déploiement de l'outil, comprenant l'acquisition et la gestion d'un serveur, l'acquisition d'équipements pour les utilisateurs, la formation, etc. ;
- Les manuels de l'administrateur et des utilisateurs de l'outil devront être adaptés au régime AMED.

La procédure de gestion et protection des données devra être écrite au regard de la législation en vigueur mais également des standards internationaux ; il y va de la pérennité du système et aussi de son attractivité vis à vis des PTF qui pourraient contribuer à l'AMED et qui bien souvent ont des exigences élevées en la matière. Les principaux éléments à tenir en compte sont présentés ci-après.

- Textes officiels et organismes de gestion au Tchad :
 - Agence Nationale de sécurité de l'information et de certification électronique (ANSICE) ; Agence créée par la loi 006/PR/2015 et qui a vu son organisation définie dans le décret 982/PR/PM/2017 ; cette loi a été modifiée par l'ordonnance 002/PR/2019 ;
 - La loi relative à la protection des données personnelles a pour référence 007/PR/2015, elle a vu son application définie par le décret 075/PR/2019 ; sont concernés l'Etat, les collectivités, les personnes morales et physiques collectant et traitant des données personnelles même pour de la recherche (07.Art.2) ;
 - La loi relative à la cyber sécurité a pour référence 009/PR/2015, cette loi est mise en application au travers du décret définissant les conditions et les modalités d'audit 076/PR/2019.
- Règles liées aux données à définir :
 - Type données éligibles : La loi catégorise les données dans les articles 07 et .5 : les données les plus sensibles sont les données caractérisant une personne, sa santé, ses gênes, ses croyances et orientations sexuelles. Les données personnelles sensibles peuvent être collectées à des fins médicales tels que la prévention et le diagnostic ou à des fins de constitution des dossiers de sécurité sociale (07.Art.16, 07.Art.18)
 - Numéros nationaux : Les Numéros d'identité nationale ne peuvent pas être stockés que ce soit pour référencer les données ou faire des correspondances avec d'autres sources : toute exception devra être approuvée par ANSICE (07.Art.20).

- Localisation des données : Les données doivent être stockées dans un pays membre de la Communauté économique et monétaire de l'Afrique centrale (CEMAC) ou dans un pays de la Communauté économique des États de l'Afrique centrale (CEEAC) ou dans un état assurant un niveau de protection suffisant (07.Art.29) ; Si les données doivent être stockées dans un pays non membre de la CEMAC ou de la CEEAC mais assurant un niveau de protection suffisant alors ANSICE doit en être informé (07.Art.30). Pour les autres pays une autorisation de ANSICE est nécessaire et se basera sur les garanties apportées par le responsable des traitements (07.Art.32) pour les cas répondant aux motivations décrites dans l'article 07.Art.31. A ce sujet, **les discussions en cours sur l'hébergement des données du système d'information sanitaires devraient être exploitées** ;
- Interconnexion des sources de données : L'interconnexion des sources de données doit concourir à une des finalités décrites auprès des personnes concernées : Si une autre finalité est recherchée alors l'interconnexion doit être approuvée par l'ANSICE (07. Art.33).
- Traitement des données : Le traitement des données personnelles est confidentiel, il ne peut se faire que par un personnel agissant sous la responsabilité du responsable des traitements (employés, sous-traitant) (07.Art.59). Une demande d'autorisation auprès de l'ANSICE est obligatoire avant d'effectuer une collecte de données de santé et leur traitement (07.Art.52, 75.Art.8). Tout traitement additionnel de données doit faire l'objet d'une notification auprès de l'ANSICE même si la finalité faisait partie de l'autorisation reçue pour les précédents traitements (07.Art.65) ; des exceptions peuvent être faites si le responsable du traitement nomme un délégué à la protection des données qui aura pour mission de tenir à jour un registre des traitements (07.Art.67)
- Sécurité des données : Le responsable des traitements doit mettre en place les moyens techniques et d'organisation pour garantir leur sécurité (07.Art.60) : Si leur exécution est faite par un sous-traitant alors elle doit faire partie du contrat avec le sous-traitant (07.Art.62). L'ANSICE doit être informé de toute rupture de la sécurité des données (07. Art.61). L'ANSICE est responsable de la planification d'audit de sécurité tous les ans aux frais de l'organisme audité si un réseau public est utilisé pour le transfert des données (76.Art.2)
- Information, autorisation et consentement
 - Information auprès des personnes concernées : Les personnes qui voient leurs données collectées doivent être informées sur les différents aspects concernant la protection des données (07Art.35):
 - Obtention du consentement : Hors cas de danger concret, le consentement de la personne concernée est obligatoire afin de collecter et de traiter ses données de santé (07. Art.17, 07. Art.19). Si la personne n'est pas en mesure de donner son consentement (inconscient, mineur...) alors les règles de représentation doivent être respectées (07. Art.16j, 07. Art.24).; Le consentement peut être retiré à tout moment (07. Art.16a).
 - Demande d'autorisation auprès de l'ANSICE : Cette autorisation doit se faire avec le formulaire officiel, les pièces jointes nécessaires et un paiement ne pouvant pas excéder 250 FCFA pour les personnes morales (75. Art.5), le tout envoyé par courriel ou plis postal à l'ANSICE (07. Art.55). L'ANSICE donnera son autorisation sur base de ces éléments (07. Art.54, 75. Art.7).

Recrutement des organismes de gestion déléguée

La **procédure de recrutement** des OGD devra être faite « *soit par appel d'offres, soit par d'autres procédures transparentes et acceptables par tous les acteurs* ». Cette position recueillie auprès d'un cadre ministériel au cours de l'étude reflète la plupart des positions exprimées.

Cette procédure devrait faire partie intégrante du **manuel de procédures de gestion administrative, comptable et financière de la CNAS**.

Le **Cahier des charges des OGD** devra être élaboré en visant les objectifs de professionnalisme et de gestion transparente qu'ont ressortis beaucoup de personnes interviewées au cours de cette enquête. Selon un responsable d'institution multilatérale appuyant la stratégie CSU, un draft du document aurait été élaboré et resterait à valider en 2021 après la validation du rapport d'étude sur le schéma institutionnel.

Il sera en tout cas nécessaire d'y préciser les critères de sélection de ces OGD. La grille de sélection des dossiers d'OGD pourrait s'inspirer des critères du tableau ci-après (Tableau 15).

En outre, il est suggéré de définir le **label « OGD-CSU »** qui visera, à travers un processus qualité continue, à évaluer les OGD et leur capacité à assumer leurs fonctions dans les règles de l'art et du métier. Au-delà des critères figurant dans ce tableau, des indicateurs de performance liés à la fonction d'achat pourraient être définis (respects de délai de vérification et contrôle, délais de paiement, etc.)

Un **modèle de contrat de partenariat entre les CNAS et les OGD** standard devra être élaboré ainsi que des modèles de **contrat spécifiques avec les OBC par les OGD**.

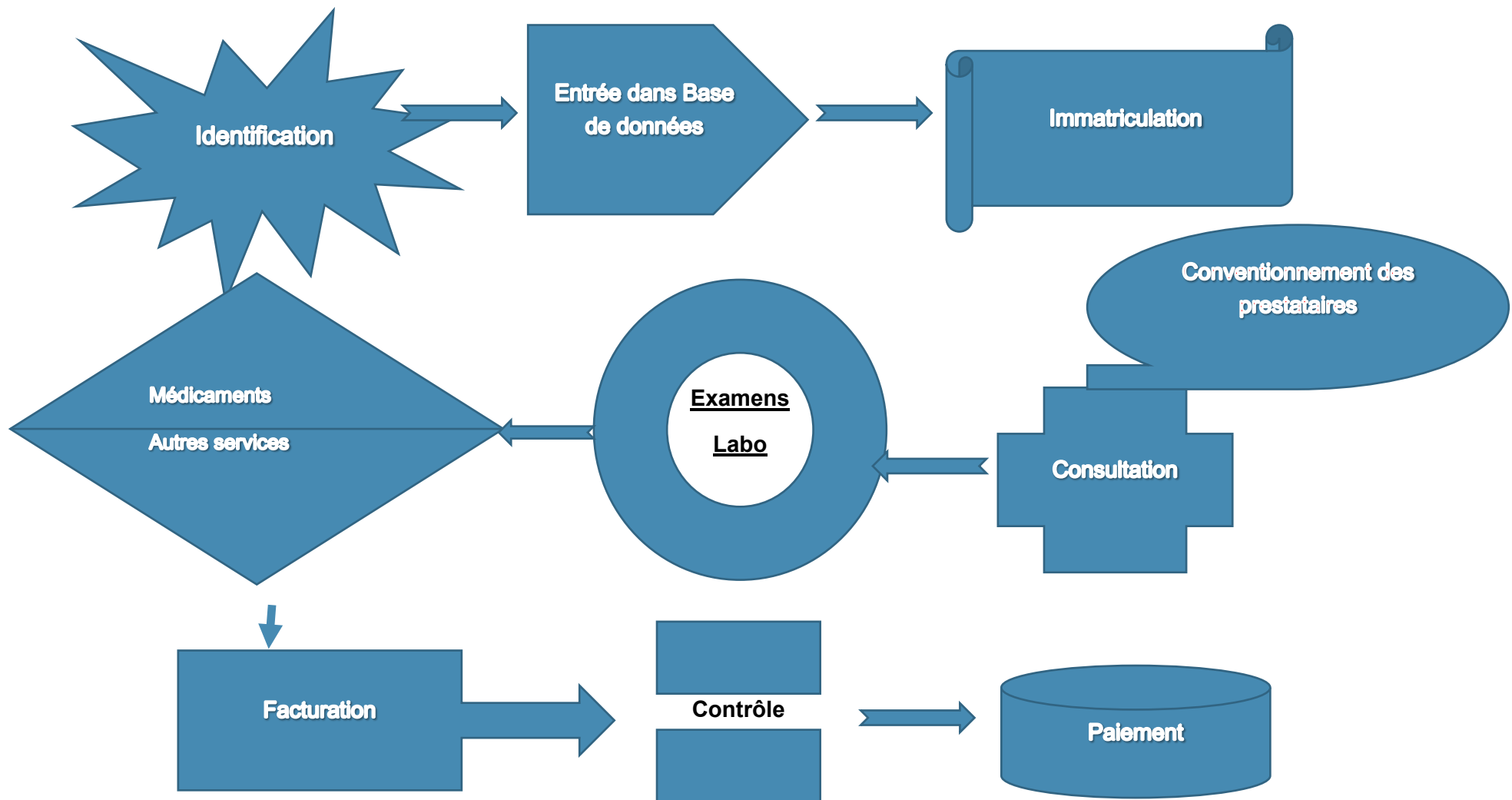
Ainsi, dans ces contrats les droits et devoirs de chaque type d'organisation seront bien définis ; ils devront également faire partie intégrante du manuel de procédures de gestion administrative, comptable et financière de la CNAS.

La Délégation de gestion s'opère suivant les zones géographiques, la disponibilité des OGD et éventuellement selon les secteurs d'activités ou types de prestataires du régime d'assurance.

Tableau 15 : Critères pour accéder au label "OGD-CSU"

Domaines	Critères/indicateurs	Pts
Gouvernance	Réunion AG dans la dernière année	5
	20 pts Réunion CA les 06 derniers mois	5
	Activités de recherche de financement : au moins deux durant la dernière année	10
	Comptes rendus des réunions des organes de gouvernance disponibles : AG, CA	5
	Gestion	Pas de dettes de plus de 03 mois égales à 20 % du chiffre d'affaire annuel
40 pts	Aucun cas de détournement avec montant égal à plus de 10% du chiffre d'affaire annuel durant les 03 dernières années	5
	Equipe permanente comprenant : 1 responsable, 1 RAF, 01 responsable des opérations ; tous les 03 avec plus de 03 ans d'expérience	15
	Dossier administratif en règle : inscription, autorisation d'activité en cours de validité, extrait fiscal, attestation de non-redevance CNPS	5
	Existence du rapport d'audit externe de l'exercice N-1; ne mentionnant pas d'anomalies pénalement et/ou fiscalement punissables et avec implication de la gouvernance et/ou équipe dirigeante engagée	5
	Pas de litige en cours entre OGD et MSPSN ou Prestataire de soins	5
Expérience	Au moins une expérience d'achat de services pendant les 03 dernières années	30
40 pts	Volume des prestations gérées : au moins 25 millions de francs CFA par an	10

Figure 24 : Processus d'achat des services AMED



Procédures de gestion de l'achat des soins de l'AMED applicables à la CNAS et aux OGD

En termes de processus, l'achat des soins passera par les étapes du schéma qui suit, avec en première rangée ce qui a trait à l'affiliation, en deuxième la prise en charge du bénéficiaire des prestations AMED et en troisième ligne les aspects financiers (Figure 24 ci-avant).

Dans la mise en œuvre de ces circuits, il conviendra de s'appuyer sur l'expérience des OGD qui ont éprouvé un certain nombre de procédures relatives à l'affiliation, à la contractualisation, à la gestion des prestations et leur paiement.

Un **manuel des opérations ou d'achat des prestations** inclura les différentes procédures présentées à la suite du schéma.

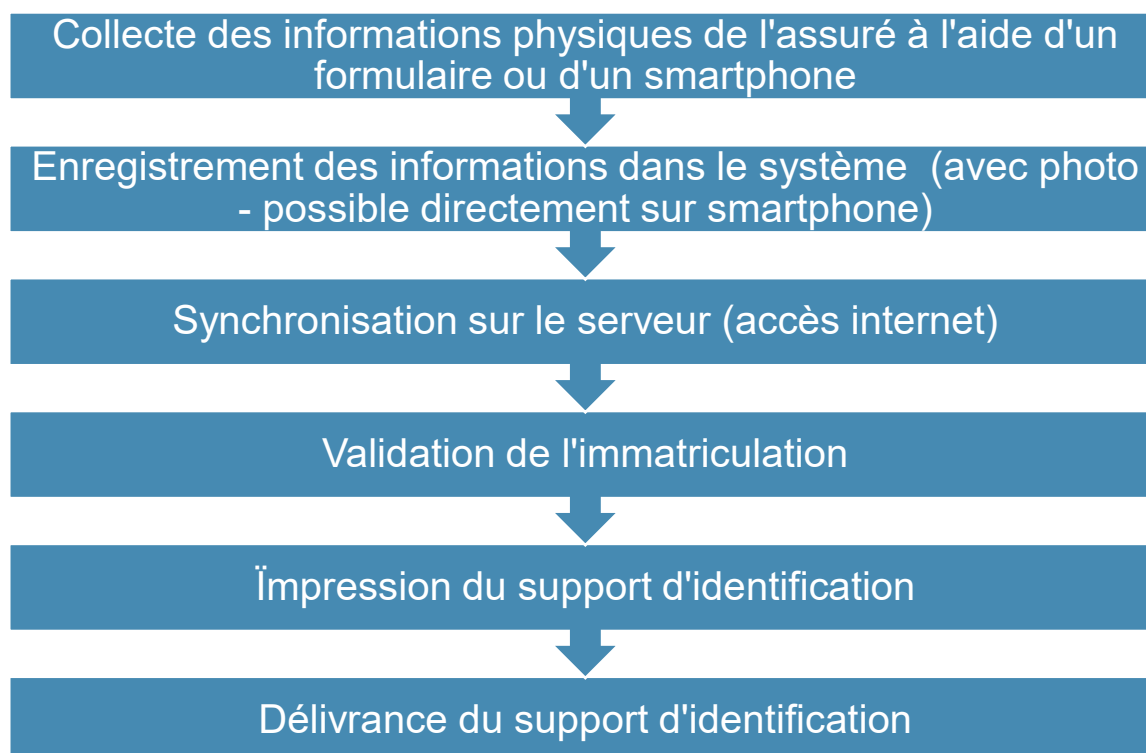
1. Procédure d'affiliation : identification des démunis, enregistrement dans la base de données, immatriculation

A ce stade du processus de préparation de la mise en œuvre de l'AMED et compte tenu des points à clarifier notamment les personnes à affilier et la méthodologie d'identification, il n'est pas possible de décrire la procédure d'affiliation dans son ensemble. Dans tous les cas, elle comprendrait :

- Les modalités d'identification ; si l'on s'en tient aux personnes reconnues économiquement démunies, et selon les résultats provisoires de l'étude sur la stratégie de ciblage, l'identification serait faite au niveau communautaire (vérifications) : pour ce faire, le schéma institutionnel prévoit qu'il y ait contractualisation entre les organismes délégués de gestion et les organisations à base communautaire
- Les modalités d'informatisation des données des démunis identifiés : les structures à la base communautaire affilient par Smartphone (possible hors ligne, avec envoi ultérieur sur serveur) et alimentent la base de données dans openIMIS. Ceci permet aux OGD et à la CNAS de disposer des données d'identification pour la gestion du risque, les prestataires y accèdent également pour le contrôle des droits s'ils sont informatisés. A défaut, la carte de membre du régime (carte AMED), ensemble avec des listes validées par la CNAS, doit permettre d'effectuer ce contrôle de droits aux prestations. (Cette méthode a été expérimentée dans le district sanitaire de Danamadji).
- Les modalités d'immatriculation ; il s'agit de définir un système alphanumérique unique par assuré qui peut prendre en compte le sexe, l'année de naissance, le lieu de naissance et de résidence ou d'affiliation, etc.
- Les modalités de validation de la base de données des assurés immatriculés.
- La procédure de délivrance du support d'identification ; il s'agit probablement d'une carte disposant des informations d'identification et d'immatriculation de l'assuré.
- Cette fonction d'immatriculation ne suppose pas à priori de paiement mais elle a un coût : la CNAS et les OGD seront rémunérés pour cela (frais de gestion) ; Les OGD (et/ou la CNAS) peuvent s'appuyer sur des structures associatives ou communautaires (OBC) pour réaliser l'identification telles que les mutuelles de santé, appelées à intervenir notamment pour la gestion du régime 2 et qui ont une véritable expérience en la matière avec l'affiliation de leurs membres, souvent en milieu rural et reclus ;
- Cette fonction peut être plus complexe qu'elle ne paraît, la question de la remise de cartes d'assurés en fait partie et demande une bonne connaissance du terrain dont les OBC disposent.

Le cheminement devant conduire à la délivrance du support d'identification peut être schématisé ainsi (Figure 25) :

Figure 25 : Processus d'affiliation : de l'identification à la délivrance de la carte



2. Procédures de contractualisation des prestataires de soins (Conventionnement)

L'établissement de la convention demande des compétences et des activités spécifiques, relatives à l'élaboration des documents, à la négociation (tarif, qualité, modalités de gestion), la signature, le suivi et le renouvellement ou l'arrêt des conventions. Considérée comme une accréditation donnée par le régime au prestataire, celle-ci peut être remise en cause en cas de non-respect des droits et obligations qui la composent.

Un contrat sera signé entre la CNAS et chaque formation sanitaire, engagée conjointement par son représentant légal et son responsable opérationnel. Par délégation de pouvoirs, ce contrat pourra être signé par l'OGD au nom de la CNAS. Pour ce faire, un contrat standard sera élaboré. Il devra permettre des adaptations en fonction des prestataires et notamment des aspects suivants :

- **La nomenclature des actes** : pour faciliter le traitement des données liées aux prestations, une nomenclature des actes est à instaurer. Une étude commanditée par la CIC/SN-CSU est en cours et devra permettre de disposer d'informations requises pour coder les prestations couvertes par l'AMED ; sa validation et une note de vulgarisation devront intervenir avant le démarrage de l'AMED. Cette nomenclature devra s'imposer au prestataire et faire partie intégrante du système d'information de l'AMED ;
- La prise en charge du bénéficiaire par les prestataires
 - Un circuit de prise en charge du bénéficiaire de l'AMED devra être clairement identifié et communiqué au personnel de la FOSA et aux organisations intervenant dans la prise en charge des démunis. Des affiches visualisant ce circuit devront être imprimées et diffusées largement, surtout aux endroits de grande affluence du public (FOSA, mairies, églises, places du marché, écoles).
 - Une communication soutenue et utilisant différents mass média devra être faite pour que les bénéficiaires connaissent leurs droits aux prestations, mais aussi leurs

devoirs de citoyens à part entière, bénéficiant du soutien de l'ensemble de la Nation par la couverture de leurs besoins sanitaires. C'est un des rôles de la CIC – CSU d'assurer cette communication durant cette phase du « projet CSU ». Un plan de communication est déjà disponible.⁸³

3. La facturation

Mensuellement, la FOSA qui aura pris en charge un bénéficiaire de l'AMED devra adresser sa facture à l'OGD ou à la CNAS en fonction des clauses du conventionnement.

Pour augmenter les chances d'être payée à temps par la CNAS ou l'OGD la FOSA devra transmettre la facture des prestations fournies aux bénéficiaires AMED 5 jours au plus tard après la fin du mois facturé.

4. Le contrôle et paiement de la FOSA par l'OGD ou la CNAS

4.1 Les procédures de gestion des prestations (contrôle des droits, vérifications administratives, vérifications médico-techniques)

La réception de la facture émise par la FOSA est suivie d'un contrôle administratif (respect de l'échéance de transmission, complétude des pièces justificatives jointes) mais aussi technique (respect des protocoles médicaux et tarifs de soins) :

- Le contrôle médical et administratif :
 - A travers le système d'informations et gestion (openIMIS est l'outil retenu) il sera possible de faire un contrôle administratif automatisé ou non (contrôle des droits à priori et à posteriori, contrôle de la conformité des prestations⁸⁴) et contrôles médicaux en ligne en comparant par exemple les coûts et les prescriptions médicales avec les prestations.
 - Une vérification sur pièces et sur place peut s'avérer nécessaire : la vérification communautaire peut se faire par des OBC (vérifier la réalité des prestations); ce sera le rôle des médecins conseils de la CNAS ou des OGD. Il est à rappeler que le dispositif adopté par les mutuelles avait un mode de contrôle mixte avec implication de l'Equipe cadre de district et Médecin conseil, qui pourrait s'avérer adapté à l'AMED.
- Le contrôle de la qualité des prestations de soins ;
 - Différents systèmes peuvent être mis en place, d'un contrôle qualité basé sur les enquêtes de satisfaction des patients (qualité perçue) à la vérification de la qualité objective des soins sur base des normes. La vérification communautaire peut se faire par des OBC (vérifier aussi la réalité des prestations) ; la vérification de la qualité peut être confiée à des structures qui gèrent le FBR ;
 - Il ne faudrait pas perdre de vue que d'autres services tels le transport et la nourriture, principaux postes de dépenses pour les ménages et freins à l'accès aux soins devraient aussi faire l'objet d'un contrôle qualité.

⁸³ La Cellule Interministérielle de Coordination de la stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle, Plan Stratégique de Communication 2019-2023, N'Djamena, non daté

⁸⁴ Différent du contrôle de l'effectivité ou de la réalité des prestations qui consiste à entrer en contact avec le bénéficiaire pour lui demander de confirmer qu'il a de fait bénéficié des prestations. Le contrôle de la conformité des prestations examine si le manuel des opérations, au regard des protocoles de soins, a été respecté.

- Pour ne pas déclencher un dysfonctionnement dans la FOSA occasionné par les retards de paiement, les contrôles des prestations facturées devront avoir été faits trois semaines au plus tard à compter du jour de la réception de la facture de la FOSA.

4.2 Le paiement des prestataires

Le schéma suivant (Figure 26) décrit le circuit financier : virement des avances (en vert) à la CNAS par le Fonds Fiduciaire puis les dépenses correspondant aux prestations d'affiliation et de soins (en rouge). En effet, l'assurance suppose de disposer des fonds avant l'acte d'achat d'une prestation c'est ce qu'on appelle le cycle inversé de production. Ainsi, le cycle de financement des prestations devrait être basé sur des avances.

- Le paiement des prestataires devrait intervenir au plus tard 15 jours après le contrôle des factures. C'est dire qu'une durée de 45 jours en tout, à compter à partir du lendemain de la fin du mois facturé, est à prendre en compte dans la gestion des FOSA. Elle pourrait être significativement être réduite par les performances du système d'information de gestion, surtout s'il est déployé jusqu'au niveau de la FOSA, donc avec possibilité de transfert électronique des données entre FOSA et OGD/CNAS.
- Dans tous les cas, Il est important que les prestataires de soins rentrent dans leurs droits à temps pour bien prendre en charge les démunis dont certains sont très en bas de l'échelle sociale, avec risque d'être ignorés voire rejetés à la moindre insuffisance occasionnée par le dispositif qui paie pour eux.
- Afin d'assurer la traçabilité des fonds, les paiements seront bancarisés (comptes en banques, CEC) systématiquement (dans la mesure du possible, certaines structures très reculées pouvant éventuellement utiliser les paiements par téléphone : mobile money).

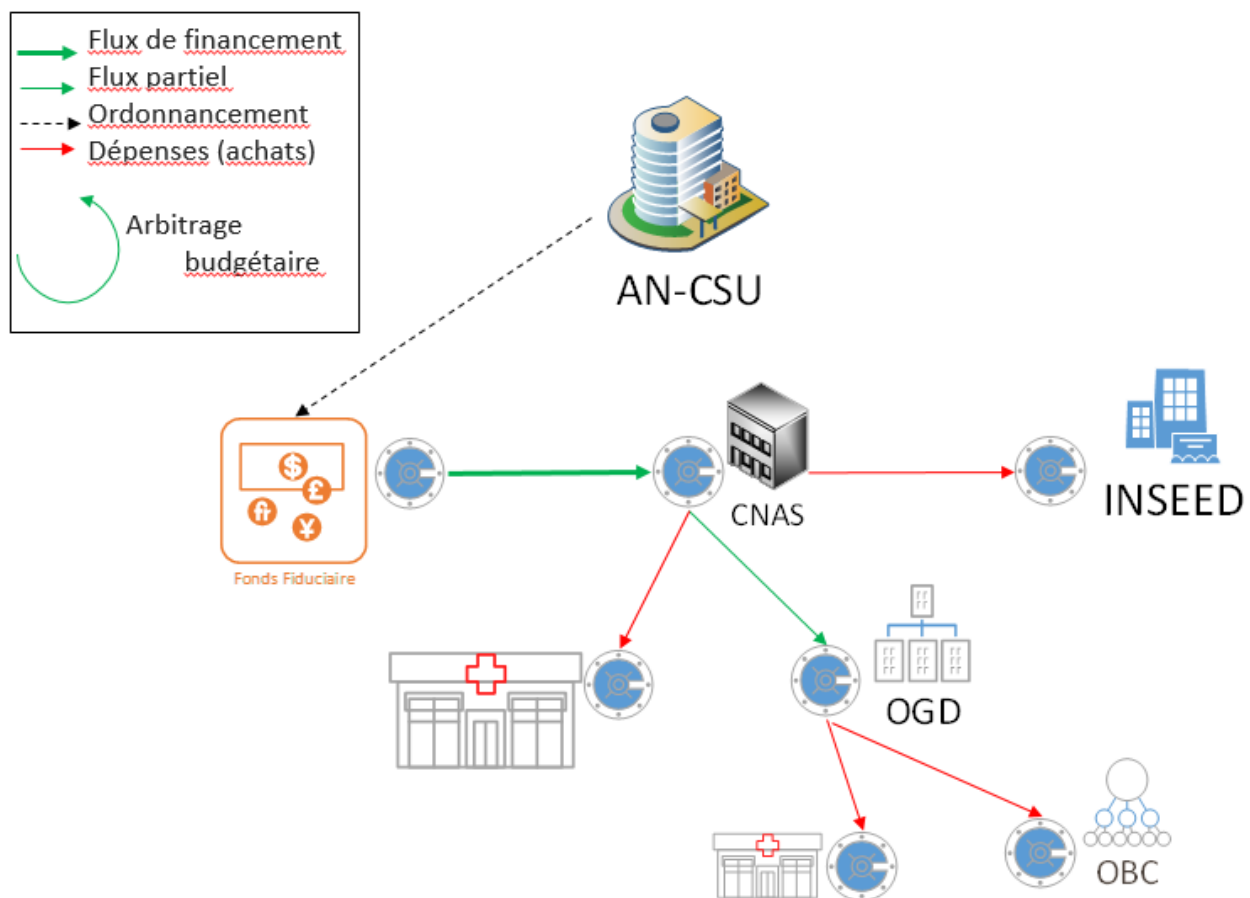
5. Le rapportage

L'acheteur des soins doit faire une analyse des consommations pour prendre des mesures correctrices mais aussi pour rendre compte de l'utilisation des fonds.

La production de tableaux en chiffres absolus mais aussi au moyen d'indicateurs d'utilisation et d'analyse rentre dans ce cadre. Les deux sont transmis aux instances de tutelle et de régulation ainsi qu'aux PTF.

Figure 26 : Circuit financier de l'achat des services

AMED : Circuit financier de l'achat des services



3.3.5 Estimation des besoins en ressources humaines pour l'achat de services

CNAS :

Voir 3.2.5 Estimation des besoins en ressources humaines pour la mise en commun des fonds et le partage des risques

Fonds fiduciaire (FF) :

Voir 3.2.5 Estimation des besoins en ressources humaines pour la mise en commun des fonds et le partage des risques.

Agence Nationale de pilotage de la CSU (AN-CSU) :

Voir 3.2.5 Estimation des besoins en ressources humaines pour la mise en commun des fonds et le partage des risques.

OGD

L'équipe d'un OGD pourrait être composée d'au moins par 4 personnels par province :

- 1 chef d'antenne ;
- 1 médecin conseil ;
- 1 Comptable ;
- 1 agent de saisie.

4. SYNTHÈSE

La partie précédente, structurée autour des trois fonctions du financement de la santé a permis, à partir de l'analyse du cadre institutionnel et des besoins fonctionnels, de dégager des propositions de schéma institutionnel, et de décrire les procédures et besoins en ressources humaines clés pour le démarrage de l'AMED.

L'étude a aussi essayé de répondre aux interrogations complémentaires posées par l'équipe de la CIC/SN-CSU lors des réunions de cadrage au début de la mission (voir 2 OBJECTIFS ET APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE). Seules les questions relatives aux coûts (quels seront les organismes qui vont gérer cela et quel panier de soins et à quel coût ? Faire une première estimation du coût du dispositif de gestion de l'AMED) restent en suspens compte tenu des incertitudes et décisions à prendre sur certains éléments à commencer par la définition du panier de soins de l'AMED, les protocoles de soins standardisés, les coûts y afférents et les tarifs des prestations.

A la fin de l'atelier intermédiaire, les participants avaient donné leur préférence à l'option suivante : institution rapide du Conseil d'Administration de la CNAS comme organisme gestionnaire (centrée sur la gestion de l'AMED) et délégation de la fonction d'achat de soins à une ONG, tout en demandant aux consultants d'étudier les avantages et les inconvénients des diverses options. Les consultants ont alors pris en compte les débats de l'atelier mais aussi les nouvelles informations d'importance transmises à la suite tel que le projet de décret « portant réorganisation d'un Cadre Institutionnel de Coordination pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de la Couverture Santé Universelle » et celui « portant modalités d'affectation des ressources à l'organisme de gestion de la Couverture Santé Universelle ». Ces textes ont nécessité des investigations complémentaires et un approfondissement des réflexions pour identifier le chemin le plus réaliste, efficace et pérenne pour le démarrage de l'AMED.

Cette partie présente le fruit de ces réflexions avec, dans un premier temps les constats et conclusions proposés pour opérationnaliser le régime 3 et dans un deuxième temps les recommandations à l'endroit des décideurs pour accompagner ce processus.

4.1 Principaux constats et conclusions

4.1.1 Un cadre institutionnel en construction

La politique contractuelle à la base du schéma institutionnel de l'AMED

La mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Couverture Santé Universelle au Tchad (SN-CSU) et plus particulièrement le Dispositif d'Assurance Santé (DAS) repose très fortement sur des rapports contractuels entre de multiples acteurs : il s'agit de définir les responsabilités, les droits et les devoirs des structures de décisions, de celles chargées de la mise en œuvre et des bénéficiaires à qui promesse est faite d'une protection face au risque de maladie.

La politique contractuelle en vigueur dans le secteur de la santé depuis 2001 apparaît à ce titre comme un guide essentiel pour l'opérationnalisation du DAS y compris lorsqu'il s'agit de définir le cadre institutionnel de l'AMED. Actualisé en 2014 après évaluation, le document de politique nationale de contractualisation dans le secteur de la santé comprend les 8 axes stratégiques suivants dont la formulation vise à « [...] expliciter les axes stratégiques possibles facilitant le

recours à la contractualisation dans le secteur de la santé au Tchad. » Le Tchad est alors cité comme « [...] *premier pays africain à adopter une politique nationale de contractualisation* [...] »⁸⁵

- Axe 1 : Assurer le meilleur exercice possible de la mission de service public par les prestataires de services de santé ;
- Axe 2: Assurer la réalisation des activités de santé par l'implication de tous les acteurs ;
- Axe 3: Améliorer la productivité des acteurs ; ceci inclut la recherche d'efficacité notamment à travers la « sous-traitance » ou « l'externalisation » qui doivent faire l'objet d'une attention particulière en ce qui concerne les aspects suivants :
 - Confidentialité (des données médicales) ;
 - Relations entre les personnels de l'Etat et ceux des sous-traitants (relations hiérarchiques), principe de réversibilité (possible mais difficile, il faut donc « *murir la réflexion avant de prendre la décision de sous-traiter* » ;
 - Compétition (« le code des marchés publics exige le recours à la compétition pour l'attribution de la sous-traitance. Au Tchad, le principe de dérogation motivée de l'OCMP corrige ces problèmes liés à la concurrence dans les zones reculées et enclavées. Toutefois, il faut s'assurer de la présence dans la zone de sous-traitants potentiels ayant les capacités réelles de cette sous-traitance ») ;
 - Suivi du contrat « qui s'inscrit à l'opposé de toute forme de désengagement. »
- Axe 4: Améliorer la performance des acteurs ;
- Axe 5: Améliorer les relations entre les institutions de financement et les prestataires de services de santé ; « le Tchad met progressivement en place divers mécanismes pour aller vers la couverture universelle en santé. On distingue [...] Les mécanismes d'assistance [...] Les mécanismes d'assurance [...] Le Ministère de la Santé Publique estime que la contractualisation reste l'outil adéquat pour formaliser les relations entre les assurances santé et les mutuelles de santé d'une part et les fournisseurs de soins d'autre part (secteur public et secteur privé). Il est aussi important non seulement de favoriser une relation de confiance entre les mutuelles de santé et/ou les assurances maladie, mais aussi qu'il y ait la satisfaction des bénéficiaires sur la qualité des soins qui ont fait l'objet des arrangements contractuels. En outre, le Ministère de la Santé doit veiller à ce que ces relations contractuelles qui s'établissent entre les mutuelles de santé et/ou assurances maladie et les prestataires publics ou privés s'inscrivent dans le respect de la politique nationale de santé, à savoir le respect du paquet minimum d'activités et les principes de référence –contre-référence. »
- AXE 6: Faciliter la coopération inter-institutions ;
- AXE 7 : Aider à la mise en place de la décentralisation ;
- AXE 8 : Mieux définir le rôle des institutions en appui technique et financier ;

La politique contractuelle permet en quelque sorte de mieux comprendre le cadre institutionnel proposé pour le démarrage de l'AMED et doit accompagner les acteurs chargés de son opérationnalisation.

Le cadre institutionnel intersectoriel : des blocages à lever

La coordination pour la mise en œuvre de la SN-CSU est confiée à trois organes : le Haut-Comité de la SN-CSU (HC-CSU) oriente, coordonne et prend les décisions stratégiques ; le Comité technique de suivi de la SN-CSU (CT-CSU), prépare les réunions du HC-CSU, impulse de

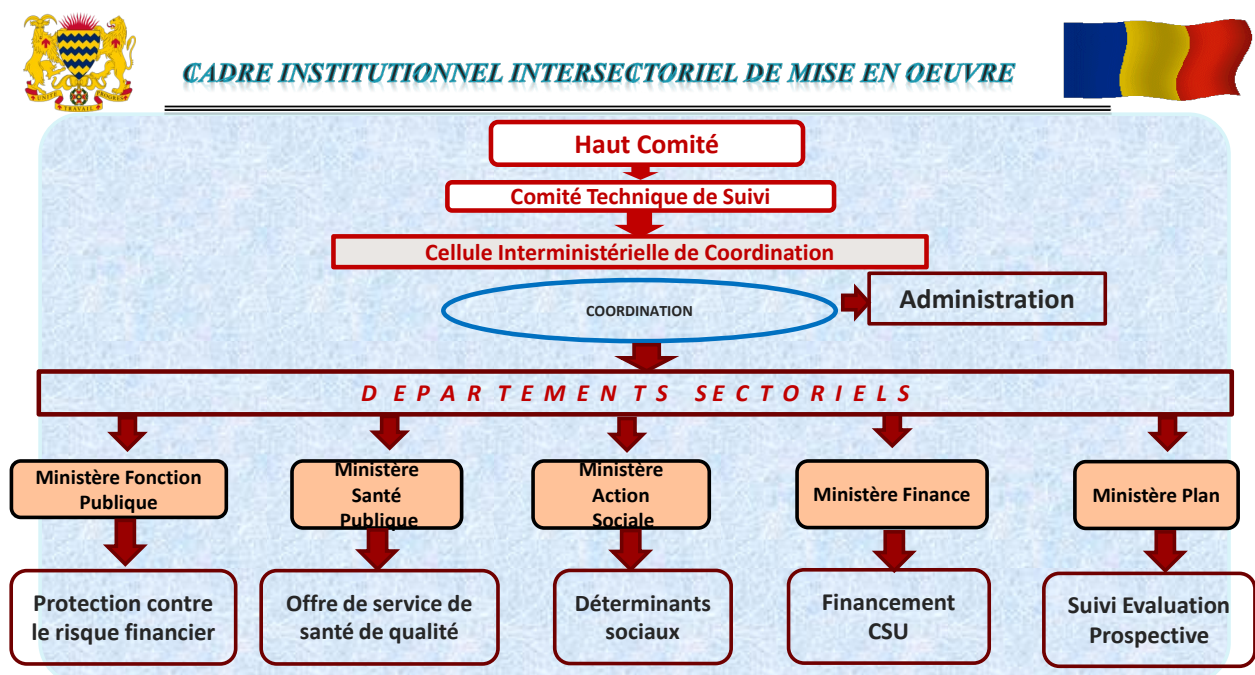
⁸⁵ Politique nationale de contractualisation dans le secteur de la santé au Tchad, juillet 2014.

nouvelles activités et sources de financement, assure le suivi des activités de la SN-CSU et apprécie le rapport de la CIC/SN-CSU ; tandis que la Cellule interministérielle de Coordination de la SN-CSU (CIC/SN-CSU) assure la mise en œuvre de la SN-CSU⁸⁶.

Le cadre institutionnel présenté en Figure 27 ci-après illustre la composition de l'équipe de la CIC/SN-CSU à travers les représentations Ministérielles, les fonctionnaires de chaque département étant détachés auprès de la CIC/SN-CSU.

Cependant, en relisant le texte en vigueur qui régit le cadre institutionnel de coordination pour la mise en œuvre de la SN-CSU (Arrêté N°4295/PR/PM/2017), on constate des différences majeures avec les réalités institutionnelles actuelles. Par exemple, le HC-CSU est présidé par le Premier Ministre dont la fonction n'existe plus ; certes le Secrétaire Général du Gouvernement devrait pouvoir assumer ce rôle de coordination intersectorielle mais en a-t-il été saisi ? On observe d'autres différences dans les dénominations des Ministères : le Ministère de la Femme, de la protection de la Petite Enfance et de la Solidarité Nationale devrait siéger au HC-CSU mais on ne retrouve pas ce ministère à la CIC/SN-CSU où est plutôt cité à sa place le Ministère de l'Action Sociale (Figure 27). Les attributions étant bien définies, il n'y a pas de doute que chaque personne détachée à la CIC/SN-CSU joue son rôle mais la question de l'appropriation par les Ministères peut être posée.

Figure 27 : Cadre institutionnel intersectoriel de mise en œuvre de la Stratégie Nationale de CSU



Source : Présentation CIC/SN-CSU, Atelier Intermédiaire de l'étude « Définir le cadre institutionnel du régime AMED », 18 février 2021

Toute la mise en œuvre de la SN-CSU paraît reposer sur la seule CIC/SN-CSU qui par ailleurs n'a pas reçu toutes les subventions prévues pour son fonctionnement.

⁸⁶ Arrêté N°4295/PR/PM/2017 Portant modification de l'Arrêté N°003/PR/PM/2016 Portant création d'un cadre institutionnel de coordination pour la mise en œuvre de la SN-CSU.

La CIC/SN-CSU est soumise à une forte pression de la part du gouvernement pour pouvoir annoncer le lancement du Régime 3 qui se fait attendre. Malgré cette directive politique on n'observe pas de mobilisation forte des ministères concernés.

Même si une accélération des prises d'initiative du MSPSN a été observée avec l'arrivée du Ministre de la Santé actuel, on a l'impression que (i) les Cadres de la CIC/SN-CSU sont seuls à porter la charge de faire avancer les choses et que (ii) le HC-CSU qui est interministériel, en l'absence de Premier Ministre (poste supprimé), n'a pas été informé ou n'a pas pu résoudre les blocages inhérents à la mobilisation des taxes dédiées entre autres.

Ces différences liées aux évolutions constitutionnelles et des portefeuilles ministériels peuvent être sources de blocage.

Cela montre au moins la nécessité d'actualiser les textes qui régissent la coordination de la mise en œuvre de la SN-CSU au plus près des réalités et si possible en parant aux éventuels changements d'attributions entre les ministères (plutôt désigné « le Ministère en charge de » que « le Ministère de »).

Dans les faits les blocages sont réels surtout sur la question de la mobilisation des ressources si bien qu'une des recommandations de l'atelier intermédiaire est de **proposer la mise en place d'un cadre de concertation permanent et régulier** entre le Ministère des Finances et du Budget (MFB), le Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale (MSPSN) et l'Assemblée Nationale (AN). L'analyse des motivations possibles de ces deux ministères pour lancer le régime 3 permet de préciser les choses.

Motivations du MSPSN pour démarrer l'AMED

Si on regarde objectivement les motivations qu'aurait le MSPSN à démarrer le Régime 3, on ne trouve que l'injonction politique de faire et l'envie d'appliquer une des dispositions figurant dans le PNDS.

En revanche, les raisons de ne pas le faire sont nombreuses :

- La réallocation des programmes de gratuité pourrait être difficile à gérer ;
- Avec la mise en place d'un mécanisme d'achat, la redevabilité des services de santé publics dont il est responsable s'exprimera davantage ;
- Dans le même temps, il pourrait ne pas bénéficier des ressources additionnelles nécessaires pour améliorer la qualité des soins délivrés aux bénéficiaires des 3 Régimes.

Motivations du MFB pour démarrer l'AMED

Si l'on regarde objectivement les motivations qu'aurait le MFB à démarrer le Régime 3, on ne trouve que l'injonction politique de le faire.

En revanche, les raisons de ne pas le faire sont aussi nombreuses :

- Les difficultés du MFB à tenir les engagements pris par les autres Ministères sont connues. Elles se traduisent par des arbitrages sur les priorités de dépenses qui sont réalisés selon des critères variables et non maîtrisables ;

- Les marges de manœuvre sont réduites du fait que la majorité des dépenses budgétaires liées au MSPSN sont allouées aux dépenses courantes, en particulier des charges de personnels (62,1% en 2016-2017)⁸⁷ ;
- Les taxes affectées à la CSU ne sont pas toutes nouvelles, celles qui existaient et qui sont à présent affectées à la CSU représentent une baisse potentielle de recettes pour le budget de l'Etat le jour où elles seront effectivement mobilisées pour la CSU ; ce qui rendra les arbitrages budgétaires et de trésorerie encore plus difficiles ;
- Le MFB a vu son assiette fiscale augmenter avec les nouvelles taxes dédiées à la CSU, sans avoir de charges nouvelles à supporter jusque-là (les recettes correspondantes n'étant pas mobilisées pour la CSU, elles tombent dans le compte unique du Trésor). Cette situation est particulièrement dangereuse si elle devait se prolonger, car au moment où il sera tenu d'allouer le produit de ces taxes à la CSU, il sera logiquement tenté de les considérer comme des dépenses supplémentaires.

Renforcer le leadership dans le portage de la volonté présidentielle

Le renforcement du leadership est une mesure à prendre à court terme en vue de renforcer la capacité de la CIC/SN-CSU et du HC-CSU à mobiliser le MSPSN, le MFB et les autres Ministères pour la levée effective des fonds..

C'est le sens de la recommandation N°10 de l'atelier intermédiaire : « *accélérer le rattachement de la CIC/SN-CSU à la Présidence* ».

En même temps, il devrait être possible de solliciter une réunion du HC-CSU (ou à défaut et en l'absence de Président du HC, une réunion du CT-CSU) afin de débloquer cette situation, sur la base d'arguments clairement présentés qui poseraient les termes d'une l'alternative à la situation actuelle et en faveur du démarrage de l'AMED. Il est proposé d'élaborer une note technique destinée aux décideurs ; celle-ci pourra être basée sur les éléments qui figurent explicitement dans ce rapport. Elle résoudrait également le problème des responsabilités entre la CNAS non encore en place mais légitimée par la loi ad hoc et la CIC/SN-CSU qui est actuellement à l'œuvre mais sur base d'un décret et non d'une loi.

De l'opportunité d'intégrer des représentants des bénéficiaires dans le montage institutionnel du Régime 3

Cette disposition a pour but de donner aux bénéficiaires les moyens d'exprimer leur satisfaction, de participer à la gouvernance du Régime 3, c'est-à-dire de participer aux décisions et d'avoir un droit de regard sur la gestion.

C'est donc un moyen de leur donner confiance dans l'effectivité de la couverture santé annoncée.

Les formes suivantes de participation des assurés au régime 3 sont identifiées.

- La participation au Conseil d'administration de la CNAS :
- Le projet de Décret de la CNAS à prévu comme « représentants de assujettis » : « Un (01) représentant de la chefferie traditionnelle ; Un (1) représentant du patronat ; Un (1) représentant des Syndicats des travailleurs ; Un (1) représentant des organisations de la société civile. » Notons que l'AMED comprend différentes catégories qui pourraient nécessiter des représentations différentes ou du moins requérir l'unanimité pour désigner

⁸⁷ Dr. TAPSOBA Yann et Mr. TAPSOBA Ludovic, pour les bureaux d'études GENGER et CREDES, Analyse approfondie de situation en vue de l'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé pour la couverture santé universelle (SNFS-CSU) au Tchad, N'Djamena, Août 2020 (rapport provisoire).

un représentant commun de la société civile (démunies, étudiants, prisonniers, orphelins, vulnérables) ;

- Cette représentation pourrait être organisée, au travers des ONG qui prennent en charge ces différents publics. Même si des précautions sont prises pour expliquer les limites de leur responsabilité, ils seront exposés à un risque réputationnel. Pour ces raisons, il est logique qu'une place leur soit faite dans le montage institutionnel pour qu'ils contribuent en amont à la chaîne de mise en œuvre.
- **La participation au Fonds fiduciaire** : outre les représentants de l'Etat et des PTF, il est proposé une représentation des bénéficiaires comme suit au Comité de gestion : Représentants du patronat lorsque le régime 1 sera en place ; Représentants des salariés lorsque le régime 1 sera en place ; Représentants des bénéficiaires-contributeurs du régime 2 lorsqu'il sera en place ; Représentants des bénéficiaires de l'AMED (voir 3.2.3 Proposition d'un schéma institutionnel pour la mise en commun des fonds et le partage des risques).

4.1.2 Démarrage par étapes

Le démarrage d'un système d'assurance santé d'un pays implique une prise en compte des orientations données mais aussi des conditions structurelles et infrastructurelles, des techniques à mettre en œuvre et des ressources disponibles et à mobiliser pour ce faire et plus encore du facteur temporel.

Aucun système d'assurance santé national ne s'est mis en place en quelques mois ou années (pas moins de 5 ans), et le chemin déjà parcouru par le Tchad depuis la feuille de route CSU de 2011 est à saluer : un cadre de coordination, certes perfectible, existe et il a permis, surtout avec la CIC/SN-CSU, de poser les premières pièces de ce que sera l'assurance santé des tchadiens une fois que les conditions auront été réunies.

Le gouvernement ne s'y est pas trompé et le principe d'un démarrage progressif est acté, avec tout d'abord le choix du démarrage par un régime, l'AMED, avant les deux autres, puis par le choix d'un démarrage limité à quelques provinces et districts pour progressivement étendre la couverture sur le plan national.

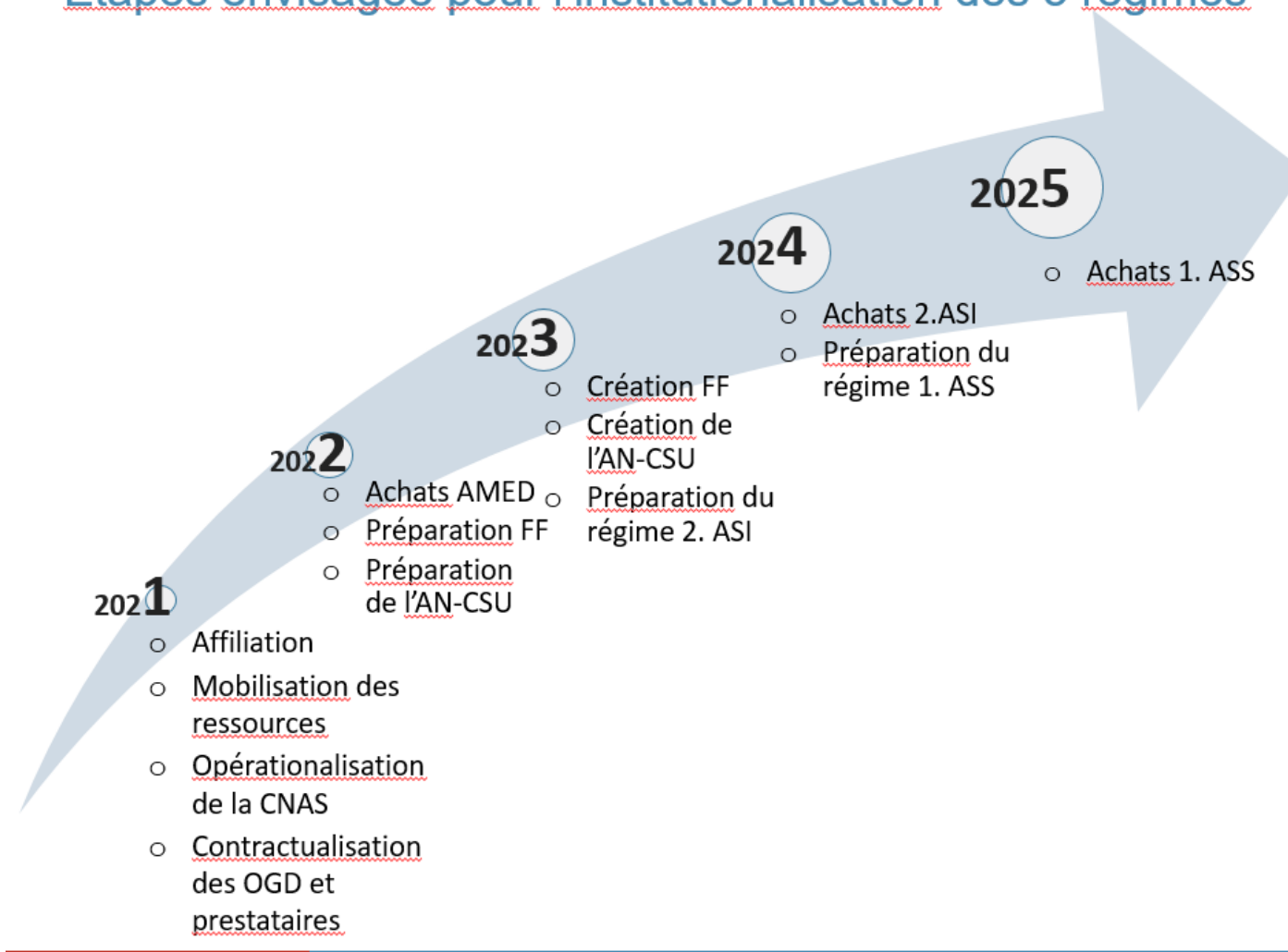
La proposition de cadre institutionnel pour le démarrage de l'AMED suit ce principe car c'est à la fois un gage pour la réussite et surtout un rempart face à un échec qui, s'il avait lieu, condamnerait, pour de nombreuses années, le pays à l'inertie en ce qui concerne sa stratégie nationale de CSU.

Cinq étapes, de 2021 à 2025, sont identifiées à partir du démarrage de l'AMED jusqu'à l'intégration des deux autres régimes, avec à titre indicatif, une année pour la mise en œuvre de chaque étape. Le résumé chronologique de ce déploiement est présenté en Figure 28 puis, chaque étape est présentée plus en détail avec les schémas institutionnels correspondants.

- Etape 1 : démarrage des affiliations de l'AMED
- Etape 2 : démarrage des prises en charge de l'AMED
- Etape 3 : consolidation du régime AMED avec la création du Fonds Fiduciaire
- Etape 4 : extension du DAS à l'ASI (régime 2)
- Etape 5 : extension du DAS à l'ASS (régime 1)

Figure 28 : Etapes pour l'institutionnalisation des 3 régimes

Etapes envisagées pour l'institutionnalisation des 3 régimes



D'autres options peuvent bien sûr être envisagées selon les possibilités offertes sur le plan du financement et du développement institutionnel. Ainsi il pourrait être décidé d'inverser le planning de démarrage entre régime 1 et 2, mais dans ce cas il conviendrait d'anticiper le subventionnement des régimes 2 et 3 par le 1 dans le calcul des cotisations si cette option de mutualisation des ressources était retenue. Aussi un démarrage rapide du régime 1 dès 2022 pourrait être choisi tout en maintenant comme proposé ici le démarrage du régime 2 en 2024 pour toujours viser la prise en charge de tous les régimes en 2025 même si ce pas dans toutes les zones géographiques et pour toutes les personnes cibles de chaque régime.

Etape 1 : Démarrage des affiliations de l'AMED

Le démarrage des affiliations de l'AMED suppose des préalables dont la prise de décisions concernant le schéma institutionnel pour le démarrage de l'AMED pour lequel ce rapport présente une proposition mais qui devrait se refléter et être adaptée dans la **note technique** recommandée en partie 3.1.5 (Estimation des besoins en ressources humaines pour la levée de fonds et la mobilisation des ressources). La Figure 29 permet de situer l'étape d'affiliation dans ce processus.

Avant de finaliser cette note technique les 4 études en finalisation en ce début 2021 (Stratégie de ciblage ; Fonds fiduciaire ; Nomenclature des prestations ; Cadre institutionnel, objet du présent rapport) devraient être validées pour permettre des analyses plus fines s

Les conditions nécessaires au démarrage des prises en charge se poursuivent car elle prendront du temps pour être réunies (on peut citer entre autres les actions suivantes essentielles pour que la CNAS soit opérationnelle : Décret portant organisation et fonctionnement de la CNAS ; Recrutement du personnel ; Adoption des procédures de gestion administratives, financières et comptables ; Mobilisation des ressources ; Choix du panier de prestations couvertes ; Coût et tarifs des prestations ; contractualisation OGD ; conventionnement avec les prestataires ; mise en œuvre de la stratégie de communication de la CSU ; Affiliation ;Etc).

Il est proposé de commencer l'affiliation tout en poursuivant la préparation des conditions précitées pour la prise en charge ; alors la répartition des rôles serait la suivante tel que présenté en Figure 30. Trois sous fonctions importantes sont mentionnées à savoir : l'identification des assurés ; l'informatisation, c'est-à-dire le fait de disposer des équipements, d'un serveur, du logiciel openIMIS ; et de constituer une base de données, puis l'immatriculation avec l'attribution d'une carte avec numéro individuel unique à chaque bénéficiaire des prestations de l'AMED. L'étape suivante non mentionnée ici suppose une validation des éléments de la base de données surtout après vérification de l'équilibre entre recettes et dépenses estimées.

Figure 29 : Etapes du processus de démarrage de l'AMED

AMED : étapes du processus de démarrage (étape 1)

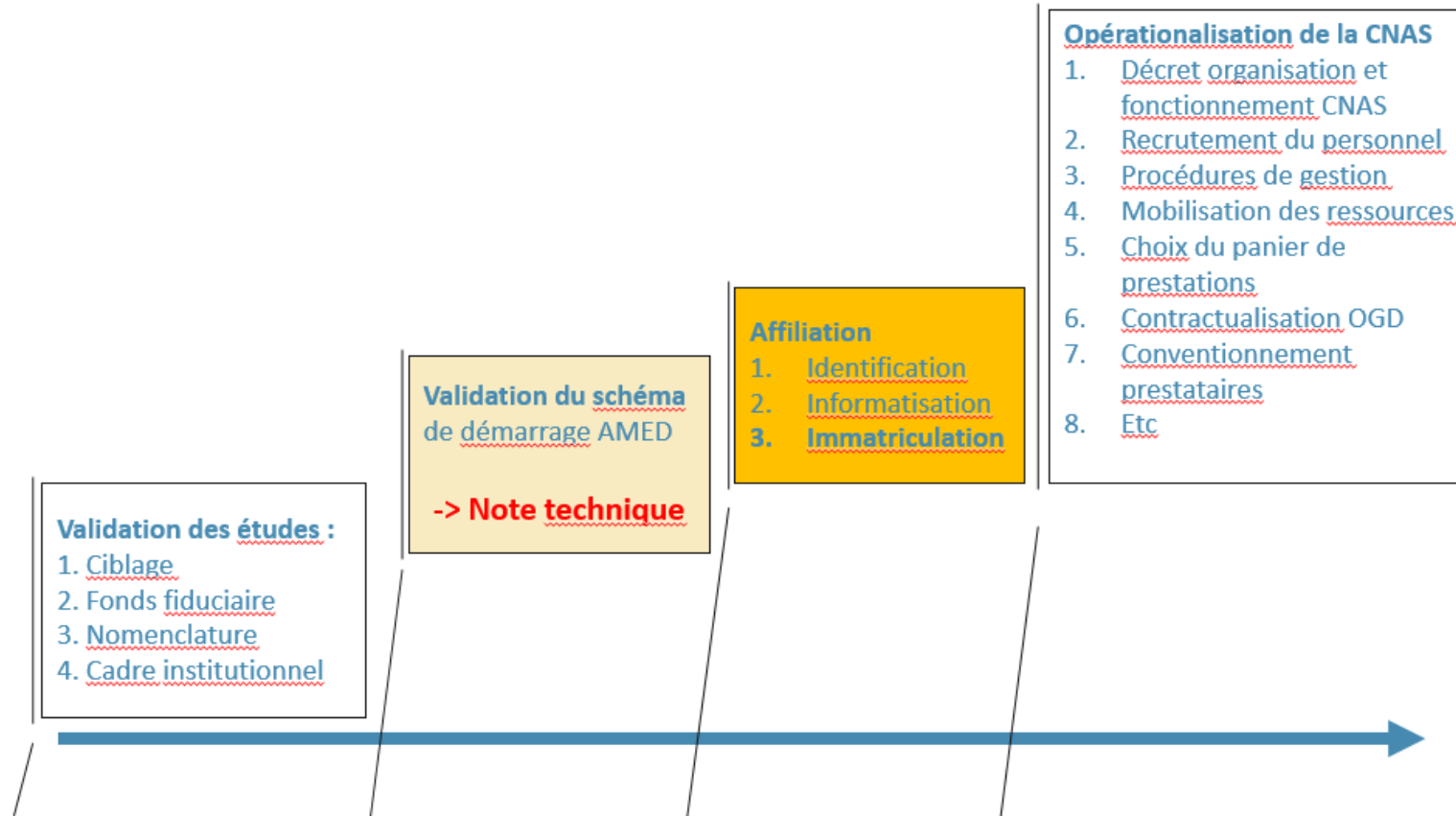
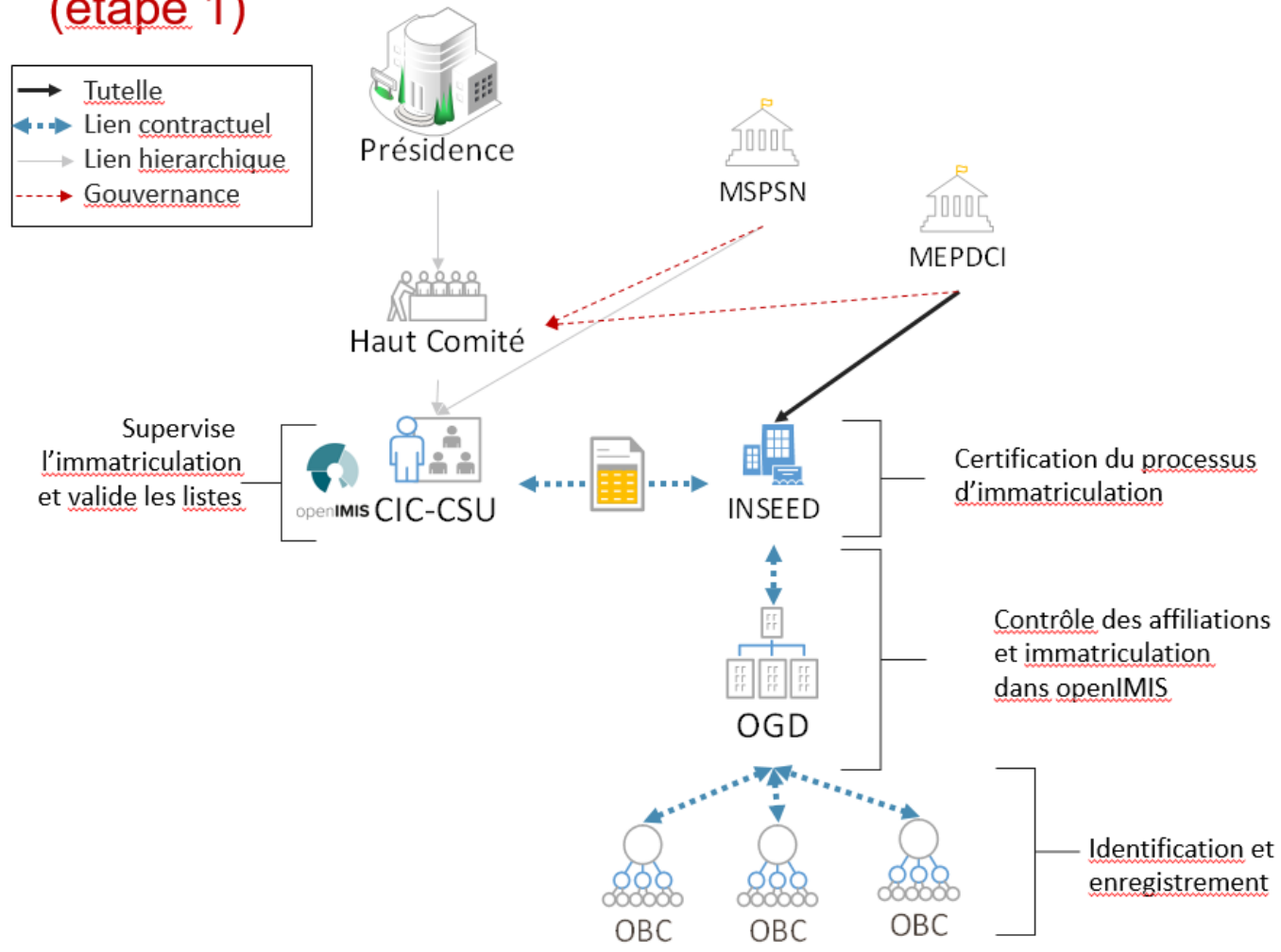


Figure 30 : Schéma institutionnel de démarrage des affiliations AMED (étape 1)

AMED : Schéma institutionnel du démarrage des affiliations (étape 1)



Le schéma ci-dessus (Figure 30) décrit cette première étape (l'affiliation) qui peut être mise en œuvre avec les responsabilités suivantes :

- Le Haut-comité (HC) valide le schéma de démarrage AMED et la procédure d'affiliation. Il est rattaché à la Présidence. Le HC lui est rattaché du fait que le rôle du Président du HC prévu pour le Premier Ministre étant de fait reporté sur le Ministre d'Etat , Secrétaire Général de la Présidence de la République⁸⁸ .
- La Présidence est chargée de la promulgation des textes réglementaires nécessaires ; au besoin après consultation de la Commission ad hoc de l'Assemblée Nationale.
- La CIC/SN-CSU, actuellement rattachée au MSPSN (Directeur Général), est chargée de proposer la procédure d'affiliation complète et de s'équiper d'un serveur et des ressources humaines nécessaires (administrateur réseau, technicien de maintenance) pour héberger et gérer de manière transitoire la base de données.
- L'INSEED est contracté par la CIC/SN-CSU / MSPSN comme organisme compétent et habilité pour contrôler et certifier le processus d'identification des démunis (pour le démarrage au moins).

Le processus d'établissement de la base de données des assurés AMED sera constitué comme suit :

1. Les OBC établissent les listes au niveau communautaire qu'elles transmettent aux OGD qui les ont contractualisés ;
2. Les OGD (contractés par INSEED pour d'identification des démunis) informatisent sous openIMIS et entrent les numéros d'immatriculation selon la codification prévue ;
3. INSEED contrôle et certifie le processus d'identification suivi par les OGD ;
4. La CIC/SN-CSU supervise l'immatriculation, elle prévalide les listes selon le budget disponible et fait approuver sa proposition par le HC;
5. Le CIC/SN-CSU rend compte, trimestriellement, au HC et au MSPSN sur l'avancement du processus.

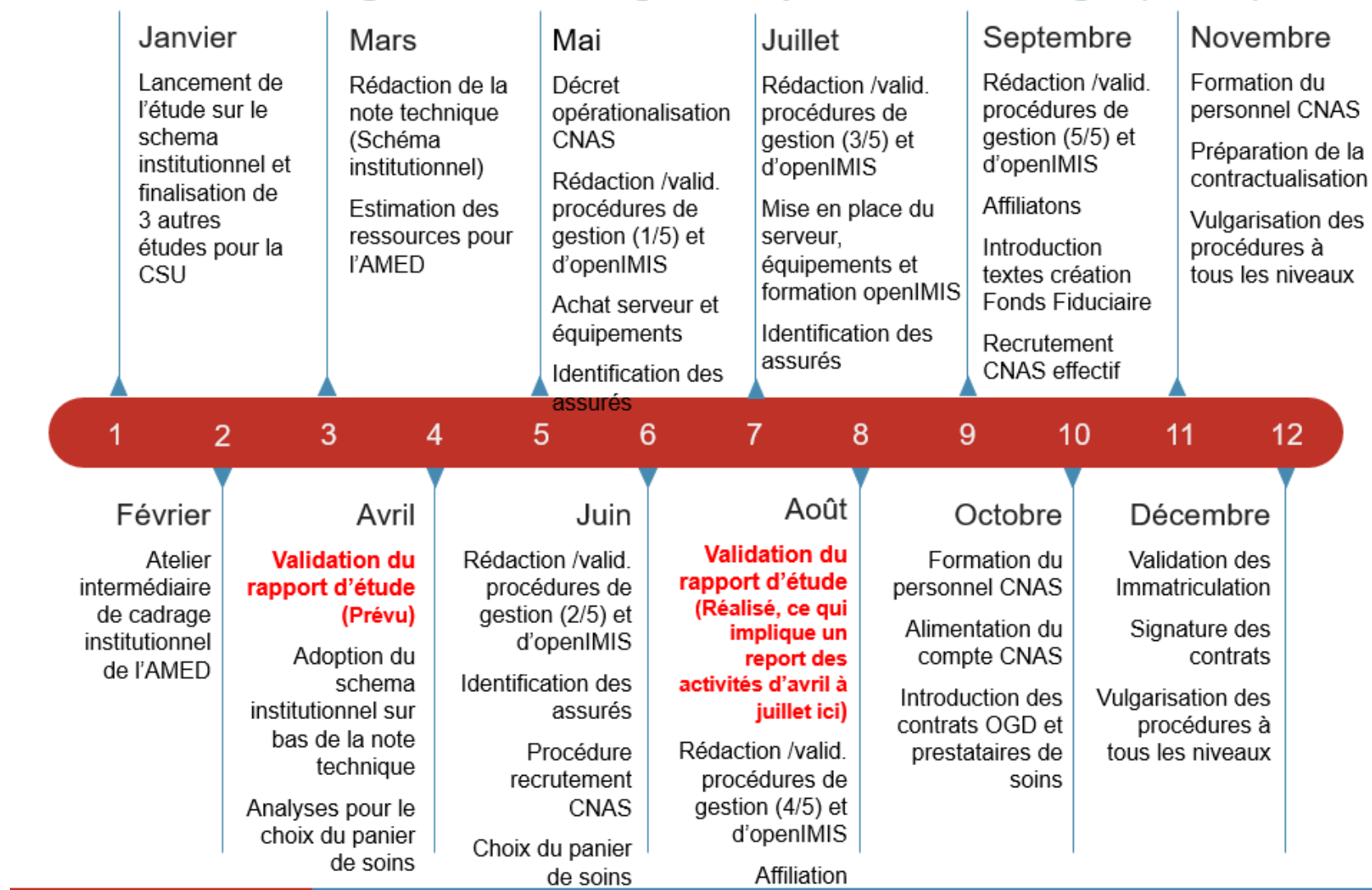
Etape 2 : Démarrage des prises en charge de l'AMED

Cette étape prévoit de répondre à la demande de démarrage rapide en prenant en compte de manière réaliste les analyses déjà effectuées. C'est ainsi que le planning de démarrage est établi pour toute l'année 2021 qui doit permettre de conduire au démarrage des prises en charge début 2022 s'il est respecté (voir Figure 31)

⁸⁸ Le MESGP est le Président du Comité de Pilotage du Projet Régional REDISSE IV pour le Tchad

Figure 31 : Planning de démarrage des prises en charge de l'AMED (année 2021)

AMED : Planning de démarrage des prises en charge (2021)



A partir de la fin d'année 2021 et le début de 2022 il devrait être ainsi possible de matérialiser dans les faits le schéma institutionnel présenté ci-après en Figure 32. Dans ce schéma les rôles sont distribués comme suit⁸⁹ :

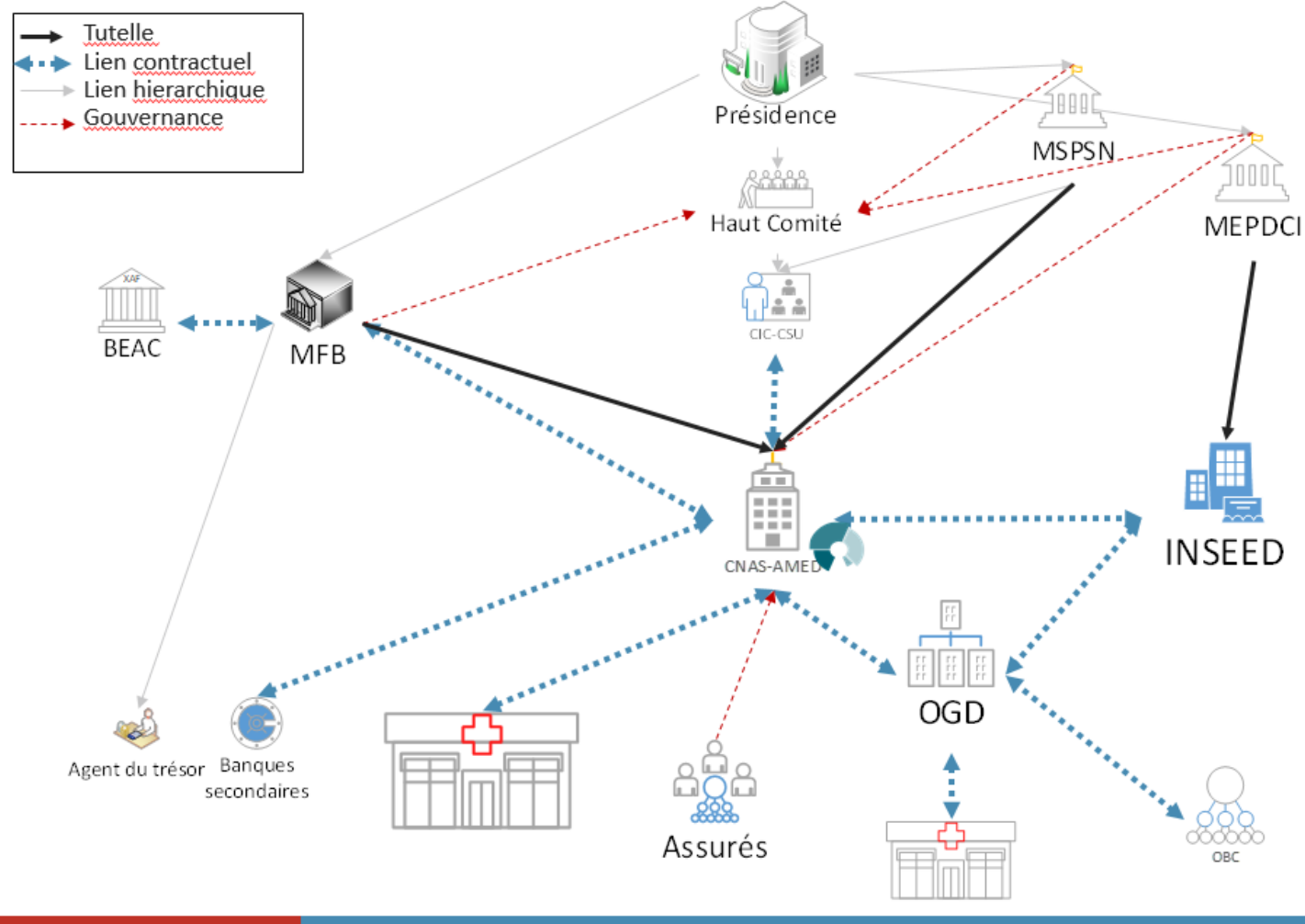
- La CNAS-AMED est mise en place suivant les orientations données car c'est l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie habilité, créé par la Loi (Voir 3.2.4 Description des procédures clés pour la mise en commun des fonds et le partage des risques). Son Conseil d'Administration est composé de compétences diverses et complémentaires lui permettant d'assurer la gouvernance effective (administrative et technique) de la CNAS.
- La **Tutelle** de la CNAS relève légalement du MSPSN. Cependant, comme expliqué dans le schéma institutionnel pour l'achat de services (voir 3.3.3) il est suggéré d'ajuster le statut de la CNAS en proposant une double tutelle (administrative et financière au MFB et technique au MSPSN)⁹⁰. Il faut ajuster la loi pour cela. Si cela n'est pas possible à cette étape le prévoir à la suivante.
- La CNAS reçoit des financements des banques secondaires qui reversent directement les taxes CSU et une autre partie, non collectée par les banques provient du Trésor (MFB, voir 3.1.2 Examen des besoins fonctionnels pour la levée de fonds et la mobilisation des ressources). Eventuellement le MFB affecte des ressources sur budget de l'Etat à la CNAS (investissements par exemple, ou financement de la gratuité).
- La CNAS gère les fonds (taxes CSU dans leur ensemble, budget de l'Etat) dans l'attente de la création du FF ; des réserves sont constituées pour préparer le démarrage des autres régimes et garantir l'équilibre financier des régimes. La CNAS peut gérer la relation contractuelle avec les grands hôpitaux nationaux voire de province selon la capacité des OGD présents localement ou non. Les structures sanitaires des niveaux périphériques (district) et primaires (Centres de santé) sont couvertes par les OGD.
- L'OGD gère les fonctions qui lui sont déléguées par la CNAS. Certaines OGD peuvent avoir à gérer seulement l'affiliation et d'autres seulement l'achat des prestations tout comme certaines peuvent gérer les deux fonctions (de l'affiliation au paiement).
- Les OGD peuvent sous-traiter des OBC de type « mutuelles de santé » pour l'affiliation et la délivrance des supports d'identification.
- L'INSEED assure la certification du respect de la Méthodologie de ciblage et le renforcement de capacités dans ce domaine auprès de OGD voire des OBC.
- Les représentants des usagers siègent au CA de la CNAS. Une proposition figure dans le projet de Décret portant organisation et fonctionnement de la CNAS qui a prévu au titre des représentants des assujettis (article 6) :
 - Un (01) représentant de la chefferie traditionnelle ;
 - Un (1) représentant du patronat ;
 - Un (1) représentant des Syndicats des travailleurs ;
 - Un (1) représentant des organisations de la société civile.

⁸⁹ Certains liens dits contractuels illustrent simplement une relation entre deux entités (par exemple MFB–CNAS du fait du flux financier entre les deux institutions ou CNAS–CIC/SN-CSU du fait du rôle de régulateur joué par la CIC/SN-CSU. Gouvernance : dans le HC et le CA de la CNAS il y a d'autres représentants non mentionnés sur les schémas compte tenu de l'espace disponible.

⁹⁰ La tutelle est une forme de pouvoir exercé par une personne morale de droit public, appelée autorité de tutelle, sur une autre : collectivité publique, établissement public, ou établissement privé d'intérêt public. Elle est l'autorité qui attribue les missions à cette organisation, lui attribue les ressources ou les lui autorise et la contrôle. C'est la tutelle qui doit veiller à ce que l'organisation « sous-tutelle », soit en mesure de remplir ses missions : (i) En veillant à l'adéquation d'organisation avec la mission ou fonction déléguée, (ii) En définissant précisément le périmètre de la délégation (ce qui doit être fait), (iii) En lui allouant les ressources ou à défaut en l'autorisant à le faire. La tutelle caractérise le contrôle exercé par l'administration publique, garante du bon fonctionnement d'un organe contractuellement placé sous son autorité : Ce contrôle peut être technique ou administratif. Certains établissements publics peuvent être placés sous la tutelle de plusieurs ministres, on parle alors de double tutelle ou de tutelle multiple. Dans tous les cas, comme elle suppose un contrôle des actes de la structure sous tutelle, l'autorité de tutelle dispose tout au moins d'un droit d'information.

Figure 32 : Schéma institutionnel de démarrage des prises en charge de l'AMED (étape 2)

AMED : Schéma institutionnel lors du démarrage des prises en charge (étape 2)



Etape 3 : Consolidation du régime AMED avec la création du Fonds Fiduciaire et de l'Agence Nationale de pilotage de la CSU (AN-CSU)

Cette étape consacre (voir Figure 33) :

1. La création de l'Agence nationale de pilotage de la CSU ;
2. L'arrivée du Fonds Fiduciaire (FF) dans le cadre institutionnel.

L'Agence Nationale de pilotage de la CSU

- L'Agence Nationale de pilotage de la CSU (AN-CSU) fusionne le HC et la CIC/SN-CSU pour allier compétences et autorité dans les fonctions de gouvernance et de la régulation du DAS (voir 3.2.3 Proposition d'un schéma institutionnel pour la mise en commun des fonds et le partage des risques).
- Il s'agit d'un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière et de gestion placé naturellement sous la tutelle de la Présidence de la République pour consacrer son intersectorialité : différents Ministères siègent à son conseil d'administration et elle représente l'Etat dans la gouvernance du Fonds Fiduciaire.
- La relation contractuelle entre l'AN-CSU et la CNAS illustre la régulation de la CNAS.

Le Fonds Fiduciaire

- Le FF est un instrument de mise en commun des fonds publics et privés.
- La mise en place du FF prendra du temps afin d'élaborer une gouvernance et des procédures de gestion agréées par les différentes parties prenantes, c'est pourquoi la fonction de mise en commun a été dévolue de manière transitoire à la CNAS. Le FF vient soulager la CNAS de cette fonction pour lui permettre de se concentrer sur son cœur de métier, l'achat de soins.
- Il s'agit d'un établissement public doté de la personnalité morale et jouissant de l'autonomie financière et de gestion, avec un Comité de gestion du FF comprenant en son sein les représentants de l'Etat, ceux des partenaires techniques et financiers (PTF) et des usagers.
- C'est un instrument de canalisation de tous les financements qui dispose de procédures de gestion compatibles avec celles des PTF et de la gestion assurantielle : il permet de recevoir les fonds des diverses sources (Budget de l'Etat, taxes spécifiques et PTF) et de les réaffecter aux organismes impliqués dans la mise en œuvre de la CSU dont l'AMED ; avec la gestion des avances à la CNAS pour la fonction d'achat des prestations ;
- Le FF est placé sous la tutelle de l'AN-CSU.

Etape 4 : Extension du dispositif d'assurance santé (DAS) à l'ASI (régime 2)

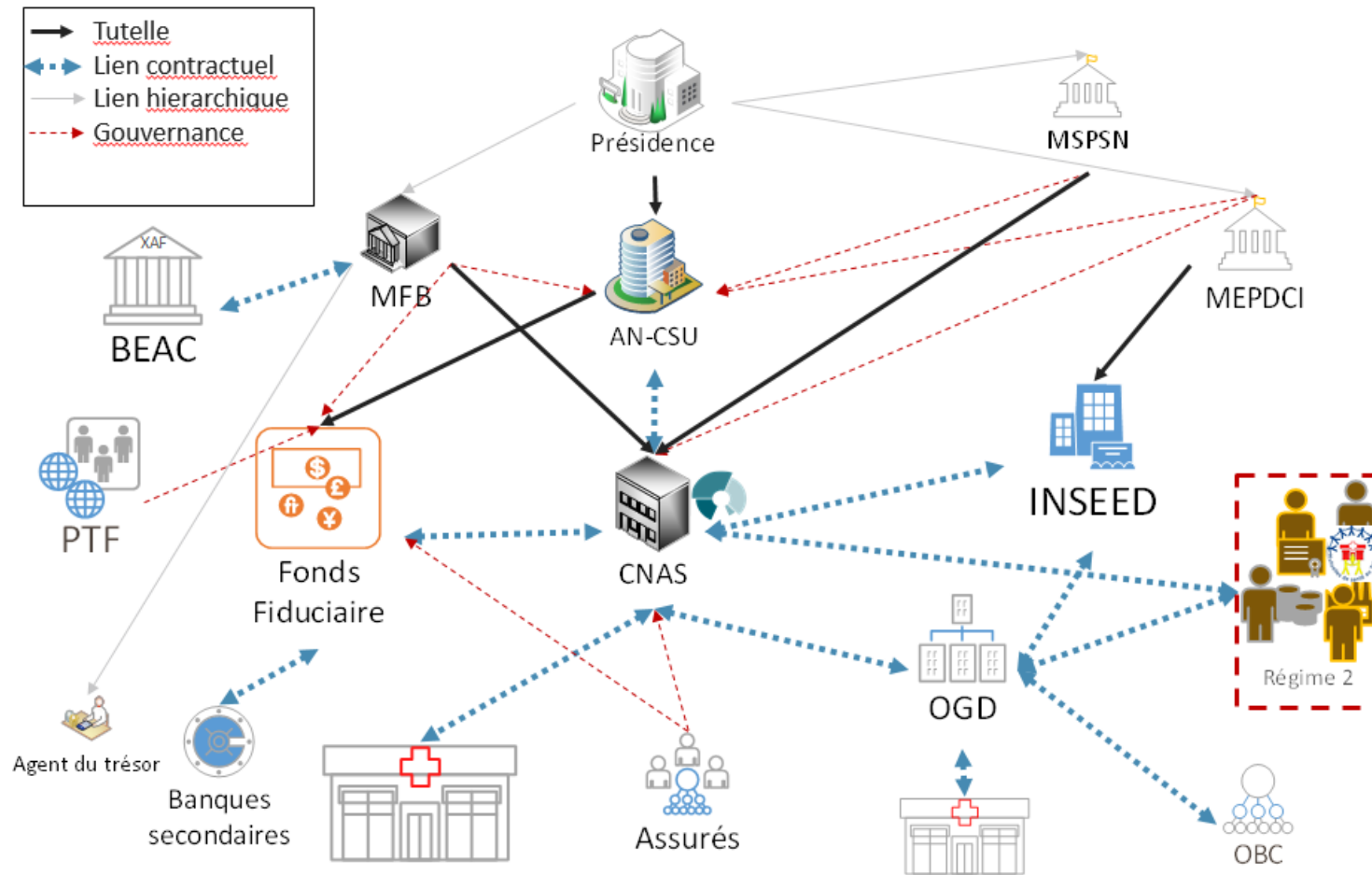
Le démarrage du régime 2 avant le régime 1 se justifie par le fait que l'existence des mutuelles de santé qui ont ouvert la voie à l'affiliation possible d'une grande majorité de la population, vivant en zone rurale et de revenus tirés de l'économie informelle. Les mutuelles de santé ont montré comment il est possible de toucher ces personnes ou familles qui ne sont pas assurables collectivement de manière automatique. Il serait donc logique de commencer là où il y a déjà une expérience en l'occurrence plutôt avec le régime 2 que le régime 1, mais il ne faut pas exclure un démarrage simultané des étapes 4 et 5 si toutes les conditions sont réunies pour faire face à cet accroissement de l'activité à tous les niveaux : levée et mobilisation des ressources, mise en commun et achat des services.

Le schéma suivant symbolise l'arrivée du régime 2 avec le logo des mutuelles de santé (voir Figure 34). Dans ce schéma :

- L'Agence Nationale de pilotage de la CSU (AN-CSU) fusionne le HC et la CIC/SN-CSU pour allier compétences et autorité dans les fonctions de gouvernance et de la régulation du DAS (voir 3.2.3 Proposition d'un schéma institutionnel pour la mise en commun des fonds et le partage des risques).
- L'AN-CSU est établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière et de gestion placé sous la tutelle de la Présidence de la République pour consacrer son intersectorialité : différents Ministères siègent à son conseil d'administration et elle représente l'Etat dans la gouvernance du Fonds Fiduciaire.
- La relation contractuelle entre l'AN-CSU et la CNAS illustre la régulation de la CNAS.
- Tandis que la fonction de mise en commun a été transférée au FF à l'étape précédente, la CNAS élargit ici ses fonctions à la gestion du régime 2.
- Les organismes de gestion du régime 2 peuvent participer à l'affiliation des démunis sur mandat du CNAS et/ou OGD comme les autres OBC.
- S'agissant de la mutualisation des ressources entre les régimes, qui n'est pas actuellement définie, il est permis de proposer les principes de gouvernance suivants :
- La CNAS établit des projections actuarielles concernant l'équilibre financier de chaque régime et fait des propositions de péréquation entre les régimes ;
- L'AN-CSU arbitre et valide les projections dont la CNAS devra garantir la réalisation, dans un but d'équilibre financier ;
- Le FF met les ressources à disposition de la CNAS sur ordonnancement de l'AN-CSU.

Figure 34 :Schéma institutionnel de l'AMED étendu au régime 2 (étape 4)

AMED : Schéma institutionnel étendu au régime 2 (étape 4)



Etape 5 : Extension du dispositif d'assurance santé à l'ASS (régime 1)

Avec l'ajout du régime 1 aux Régimes gérés par la CNAS de nouvelles institutions apparaissent dans le schéma qui communique à la CNAS les listes d'assurés (voir Figure 35 page suivante) :

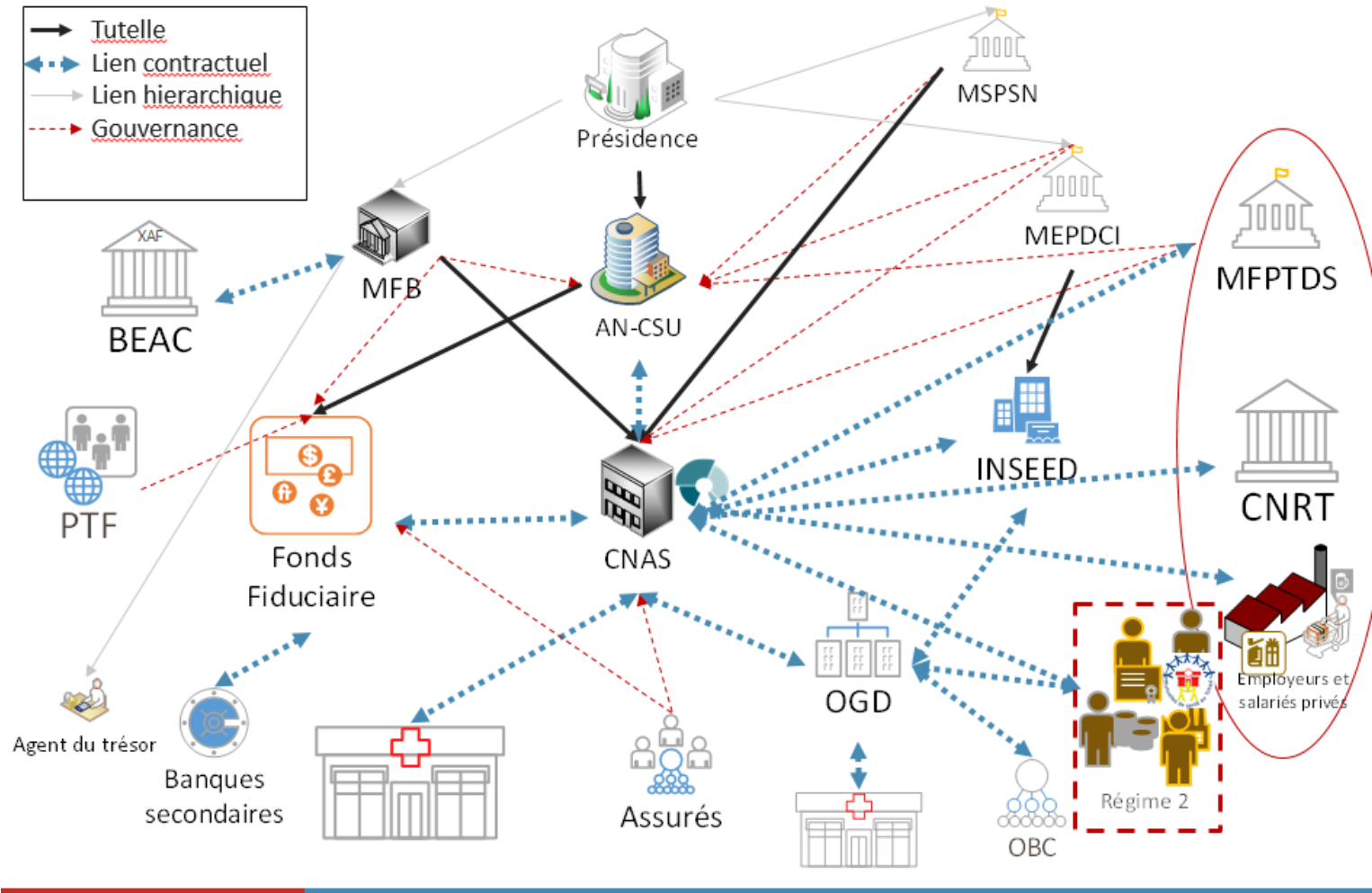
- Le Ministère de la fonction publique, du travail et du dialogue social (MFPTDS) pour les employés de la fonction publique ;
- La Caisse Nationale des Retraités du Tchad (CNRT) ;
- Les employeurs du secteur privé (CNPS).

La CNAS devra s'assurer du rapprochement des listes des assurés avec les financements provenant des sources gérées par le FF dont ces trois catégories devraient faire partie.

Avec cette étape « d'arrivée » c'est l'opérationnalisation complète du DAS tel que consacré dans la Loi CSU qui se dessine. Ce schéma n'est qu'une figure simplifiée des multiples interactions entre de nombreux acteurs qu'il faudra associer à la construction du DAS pour sa réussite.

Figure 35 : Schéma institutionnel de l'AMED étendu au régime 1 (étape 5)

AMED : Schéma institutionnel étendu au régime 1 (étape 5)



4.2 Recommandations pour un démarrage réussi de l'AMED

Les recommandations suivantes sont formulées par les consultants à l'endroit des décideurs pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Couverture Santé universelle et sont remises au commanditaire de l'étude à savoir la CIC/SN-CSU qui pourra s'en saisir pour faire progresser le démarrage de l'AMED.

1. **Rédiger une note technique pour le Haut Comité sur les conditions essentielles** pour un démarrage réussi de l'AMED :
 - Préciser les responsabilités des acteurs principaux (CIC/SN-CSU et CNAS notamment) ;
 - **Vulgariser le cadre institutionnel** selon les 3 fonctions du financement de la santé et en montrant le chemin (étapes) pour le démarrage de l'AMED et le lien avec les autres régimes ;
 - Indiquer les points devant être décidés ou devant recevoir les orientations du Haut Comité.

2. **Organiser une réunion du Haut Comité visant des prises de décision et des orientations pour le démarrage de l'AMED** (Suivant la note technique) :
 - **Décisions sur le principe de démarrage progressif et à une échelle la plus réduite possible** pour se donner la chance d'éviter un échec lié à un démarrage précipité et non maîtrisé : Circonscrire à un **périmètre géographique** donné (District(s)) car l'AMED fonctionne sur la base de structures sanitaires conventionnées et donc gérées dans une même entité (par l'équipe cadre du District, garante de l'application de la politique nationale de santé dans sa zone de responsabilité) ; Là où il y a une **présence des partenaires soutenant efficacement l'offre de soins** (avec mécanisme d'achat de la performance) et des OGD pressenties ; **Cibler les personnes reconnues économiquement démunies résidant dans les districts de démarrage en priorité** ; les orphelins et les prisonniers pourraient être couverts s'ils résident dans les districts de démarrage ; les étudiants pouvant n'être pris en charge que dans un deuxième temps de développement de l'AMED ; S'assurer de démarrer avec un **panier de prestations finançable** ;
 - **Décisions pour la mobilisation effective des fonds CSU** dont : circuit des taxes affectées, ouverture de comptes, sécurisation / sanctuarisation des fonds en vue des dépenses à faire pour le démarrage et les prises en charge des assurés à venir) ; Mobiliser des ressources financières et humaines conséquentes pour la vulgarisation du processus de mise en œuvre de l'AMED en particulier et du DAS en général en mettant en œuvre le plan de communication de la CIC/SN-CSU afin d'accompagner progressivement le processus de développement de la SN-CSU au Tchad et d'éviter des interprétations ou des campagnes de dénigrement qui pourraient nuire à la confiance des tous les acteurs dans le système, qui demandera dans tous les cas des efforts soutenus sur le long terme pour pouvoir porter les fruits espérés.
 - **Décisions ou orientations sur le panier de prestations, les coûts et les tarifs selon les ressources prévisibles** notamment : principes pour la mutualisation inter-régimes, prestations différenciées ou uniformes entre les régimes, composition du panier de prestations AMED, acter l'importance d'inclure le transport et la nourriture en cas d'hospitalisation là où les conditions seront réunies et dans un second temps, la priorité devant être donnée aux soins de santé et à la fonctionnalité du système de prise en charge

avant d'ajouter ces prestations essentielles mais qui amènent des défis structurels supplémentaires ;

- Décisions sur le **schéma de démarrage AMED et la procédure d'affiliation** ;
- **Orientations pour la création du Fonds Fiduciaire et de l'Agence Nationale de Pilotage de la CSU** (FF et AN-CSU) au plus tard en 2022 : faire voter une Loi complémentaire pour faciliter la mise en place de l'AMED, la nouvelle loi créant le FF et l'AN-CSU ;
- **Décisions sur le projet de Décret portant organisation et fonctionnement de la CNAS** en intégrant une phase transitoire centrée sur l'AMED et avec des rôles bien définis entre la CNAS, la CIC/SN-CSU, le HC et les futures structures (FF et AN-CSU) ainsi que la double tutelle MFB / MSPSN (notamment il faudrait préciser que ce n'est pas la CNAS qui fait la répartition des ressources) ; en intégrant tout ce que les lois CSU et CNAS ne disent pas et qui est nécessaire au démarrage de l'AMED (dont l'harmonisation des dispositions de la Loi CSU et la Loi CNAS concernant le périmètre des taxes affectées à la CSU car les 6 axes de la CSU sont en principe concernés et non seulement les 3 régimes) ; le Décret devra affirmer la possibilité de contracter des structures associatives au même titre que les structures coopératives et mutualistes en précision de la Loi CSU, sans quoi les OGD pressentis ne pourront pas être contractés ; introduire la label OGD-CSU ;
- **Décisions sur le label OGD-CSU** : pour réussir le démarrage de la CSU, versus AMED, il faudra s'entourer de compétences probantes en matière d'identification des bénéficiaires et d'achat des prestations. Labelliser le concept de « OGD » est de nature à y concourir

3. Rédiger le document de programmation opérationnelle incluant dès que possible les actions suivantes essentielles en vue de la prise en charge des assurés :

- **Manuel de procédures des opérations** : gestion des prestations AMED ; Ne pas démarrer sans les manuels techniques et de procédures validés ;
- **Manuel des procédures administratives, comptables et financières** ; Ne pas démarrer sans les manuels techniques et de procédures validés ;
- **Mise en œuvre de la procédure d'affiliation** : identification, informatisation, immatriculation ;
- **Programme de renforcement des capacités** : plan de formation avec indicateurs, budgété, programmé dans le temps : CIC, CNAS, OGD.
- **Identification et contractualisation des OGD** : appel d'offres, sélection, conventionnement ; Recruter les OGD par zones de responsabilités et en fonction de leurs expériences dans ces zones : dans leur déploiement sur le terrain, privilégier les Provinces où l'OGD a déjà travaillé (mais si elle n'y a pas laissé de mauvais souvenirs...)

ANNEXES

Annexe 1 : Termes de référence	130
Annexe 2 : Références documentaires	140
Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées	143
Annexe 4 : Déroulement temporel de l'étude	145
Annexe 5 : Résumé des dépenses de gratuité des soins en 2020 (source : MSPSN).....	146
Annexe 6 : Présentation des OGD potentielles rencontrées	147

Annexe 1 : Termes de référence

Version ajustée (en jaune) par la GIZ le 13.01.2021

Terms of reference (ToRs) for the procurement of services below the EU threshold



Define the institutional framework of the AMED scheme, according to its functions and operational processes.	Project number/ cost centre: 20.2155.8-109.00
---	---

1. Context.....	2
2. Objectives.....	3
3. Deliverables.....	4
4. Concept.....	5
Technical-methodological concept	5
Project management of the contractor.....	7
5. Qualifications	7
Team leader	8
Expert 1.....	8
Expert 2.....	8
6. Costing requirements	9
Assignment of personnel.....	9
Travel.....	9
Other costs.....	9
Flexible remuneration item	9
7. Requirements on the format of the bid.....	9
8. Anti Discrimination clause	10

1. Context

Over the last few years, Chad has embarked upon a process to set up a sustainable health financing system and introduced a three-pillar health insurance system as part of its UHC legislation (Act. No. 035/PR/2019). The three pillars consist of a) contribution-based scheme for the formal sector, b) contribution-based scheme for the self-employed (informal sector) and c) non-contributory, tax-funded scheme for the identified poor. As part of the envisioned gradual implementation of these schemes and to assess the institutional and technical constraints, the Government of Chad decided to start by piloting the third scheme, "Assistance médicale pour les personnes reconnues économiquement démunies" (AMED), in 23 health districts in total (one district per province). The pilot will serve to anticipate possible problems and shortcomings and make possible adjustments before the setup of permanent structures and coverage expansion to the rest of the country. The goal is to initially focus on the purchasing function as part of a sequenced approach before tackling broader issues such as pooling or increased revenue raising to finance expansion of coverage to the other schemes. Thereby, the ground shall be laid for future efforts to align benefit package, harmonize the provider payment system as well as standardize patient registration, verification and billing system across the three schemes. This process is monitored by the UHC Inter-ministerial Committee (CIC-CSU) which manages necessary preparatory works for the establishment of the AMED scheme and defines technical details for the implementation of the scheme, including the development of an implementation roadmap.

The health system in Chad is to a large extent financed by private households in the form of out-of-pocket-payments (58%) paid directly by the patient during the utilization of health services. This large amount of out-of-pocket spending represents a worrisome gap in financial protection as direct payments for health services can lead to impoverishment and become an access barrier for those in need of medical attention. A number of targeted free service programs and community-based health insurance exist in selected districts to cover the poor and marginalized. However, these social health protection interventions remain limited and highly fragmented, and often fail to provide the necessary financial protection against catastrophic spending. In setting up the AMED scheme, the CIC-CSU decided to build up on relevant experience and advice from actors on the ground.

Against this background, the CIC-CSU requested support from the P4H Network to provide technical assistance to support the reform process, in particular in assisting with the development of the institutional and organizational setup (and associated business processes) of the AMED scheme. The here described assignment is commissioned to address these needs and demands. The purpose is to provide technical specifications for the organization and management of the AMED scheme. The assignment shall thus specify the governing and management structures, operations, requirements for human resources and the functional and hierarchical relationships in the scheme. The institutional setup and management functions will lay the ground for the customization of openIMIS – as requested by the MoH – to support the purchaser in allocating funds according to population needs and provider performance, to design and adapt payment methods as well as to monitor provider behaviour. The institutional setup and esp. purchasing arrangements shall be designed and evaluated with a system perspective, rather than optimizing the purchasing function of the AMED scheme only.

The assignment is commissioned by the Providing for Health (P4H) Network. P4H is a multi-stakeholder and -level network, advancing the development of sustainable and equitable health financing systems and social health protection in countries. The role of the P4H Network is to act as an honest broker among all involved development partners to build coherent frameworks for countries to accelerate progress towards Universal Health Coverage (UHC),

while allowing for a customized response to countries' agendas. As such, P4H country networks ensure the identification of country needs and gaps, the dissemination of relevant information, and joint working based on national priorities.

2. Objectives

The UHC legislation in Chad stipulates the establishment of a "National Health Insurance and Solidarity Fund" in charge of managing the three health insurance schemes. Ahead of creating this permanent structure and defining all operational processes, it is planned to put in place an intermediary mechanism to lead the AMED start-up phase. The CIC/CSU will take on this supervisory role for all aspects related to technical and operational management.

The overall objective is to propose an institutional and organizational setup as well as broadly define key business processes for the AMED scheme that the Government of Chad intends to pilot as part of its three scheme UHC legislation. The contractor shall conduct a desk review and field visits to consult key stakeholders (see Chapter 4). In summary, the objectives include:

- Evaluation of the envisioned institutional arrangements of AMED scheme and stock taking of existing structures' added value and contribution to the management of the envisioned NHIS;
- Identification of the functional needs of AMED scheme based on official documentation and ongoing discussions at the level of the CIC-CSU;
- Proposal of the institutional scheme for the start-up of AMED and its evolution towards the NHIF, including its oversight mechanisms, stakeholder participation and clear accountability and reporting lines;
- Description of key business procedures required for the start of the AMED scheme;
- Estimation of resource requirements (human resources) for the implementation of all required system functions.

Detailed objectives:

- Assess the contribution of existing health financing arrangements on the ground and identify the potential and assets of each actor for the management of the AMED scheme. The UHC law stipulates that certain health financing functions shall be delegated to regional and local structures with relevant experience. These include but are not limited to: *Centre de Promotion et Management* of the community-based health insurance operated by the District Support project (PMS funded by SDC) and the health service procurement fund managed by the NGO *Bureau d'Assistance en Santé et Environnement (BASE)*.
 - o Identify NGOs and other actors active in health financing and community-based health insurances;
 - o Evaluate the added value and contribution of these NGOs and actors with reference to the functions of health financing (resource mobilization, risk pooling and the purchase of services);
 - o Evaluate the capacities of the ICC/CSU to supervise the implementation phase of the AMED scheme and assess the option of attaching an AMED Management Unit to the ICC/CSU.
- Analyze the functional needs of the AMED scheme, considering its non-contributory setup, the need to delegate certain management functions to third parties at central/ decentralized level and the need to pilot selected provider payment methods to make an informed decision at the end of pilot phase of the scheme. The analysis shall consider the following functions:

- o Membership management (incl. social marketing, enrolment, databases, member identification systems, patient satisfaction, etc.)
 - o Fund management (Budgeting, claims processing, asset management, actuarial analysis, etc.)
 - o Quality management
 - o Operational management
 - o Provider management (registration, contracting, payment processes, claims verification, medical review, performance management, etc.)
 - This shall include recommendations for remuneration mechanisms of health care providers having in mind their sustainability, operational costs and incentives for desirable behavior of all actors. Prerequisites, such as increased provider autonomy, purchaser-provider split with associated contracting and processing capacities, shall be considered.
- Based on a critical evaluation of the choices made by the UHC steering bodies and outlined in the government documents, propose a preliminary design of the institutional and organizational structure of the AMED scheme. The proposal shall include structures at central and decentralized level and define their general responsibilities (including but not limited to aspects such as: strategy, operational and financial oversight, governance, operational and financial management, stakeholder relations). Special consideration should be given to:
- o The intermediary entity responsible for the technical management of the scheme (ahead of the creation of NHIF). Options include: the CIC-CSU; management unit attached to the CIC-CSU; separate management unit attached to other institution;;
 - o The central and decentralized services of the entity responsible for financial risk management and respective roles;
 - o The entity in charge of managing the Trust Fund (subject to separate analysis) and its relationship with the entity in charge of financial risk management;
 - o The role of the ministries (in particular the MoH and MoF) in the proposed setup;
 - o The role of the UHC governing bodies (Technical Monitoring Committee, *High Committee*);
 - o Purchasing functions to be delegated to a third party (at local level) or be done centrally (such as audit and monitoring activities;)
- Develop a simplified business process description (title, subtitle, objective) for the implementation of all required functions. The description should be mapped against the functions and organizational structure of the scheme.

This assignment shall not look at the question of the benefit package's financial sustainability or at the service availability and quality and therefore attractiveness of the AMED scheme (influencing operational sustainability). These questions are of key significance, but neither is of immediate relevance for the focus of the assignment. Existing costing studies analysing multiple scenarios of population and service coverage can be used as price reference to inform the process of setting provider payment methods and rates.

3. Deliverables

The contractor shall complete the assignment in three phases:

- a) The preparation of the assignment jointly with the CIC/CSU team assisted by P4H network partners. This preparation will allow to:
 - o Specify technical details and address requests and concerns of the contractor;

- o Validate the approach proposed by the contractor;
- b) The interview and data collection phase consisting of:
 - o Gathering available documentation;
 - o Identifying the institutions to be contacted;
 - o Organizing and conducting the interviews;
- c) The data analysis and reporting phase consisting of:
 - o Reviewing the collected data and information;
 - o Drafting the analysis report incl. main findings, conclusions and recommendations;
 - o Presenting the report and facilitating a consultation procedure and comments from all relevant stakeholders.

Deliverable	Deadline
Preparation phase	
Inception meeting with national/ international partners	-
Inception report containing the following (5-10 pages): Detailed workplan with planned methodology, timeline, field movement plan, documentation to be reviewed	January 2021
Data collection phase	
Desk review	-
Interviews with stakeholders in N'Djamena	-
Interviews with stakeholders outside N'Djamena	-
Summary report with key take-aways and challenges faced	February 2021
Data analysis and reporting phase	
Submission of Draft Report (incl. main findings, conclusions, recommendations) (35-50 pages)	March 2021
Validation workshop: Presentation and Discussion of Draft Report: Agenda and ppt presentation	March 2021
Adaptation based on review and discussion in the validation workshop: Submission of Final Report	April 2021

Period of assignment: From **22.12.2021 until 29.04.2021.**

4. Concept

In the bid, the bidder is required to show how the objectives defined in Chapter Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. are to be achieved, if applicable under consideration of further specific method-related requirements (technical-methodological concept).

Technical-methodological concept

Strategy: The bidder is required to consider the tasks to be performed with reference to the objectives of the services put out to tender (see Chapter 2). Following this, the bidder presents and justifies the strategy with which it intends to provide the services for which it is responsible.

The bidder is required to present the actors relevant for the services for which it is responsible and describe the cooperation with them.

The contractor will conduct the assignment under the technical supervision of the CIC/CSU. He/ she shall:

- Report regularly to the national partner on the progress of the assignment;
- Consult and work in collaboration with all involved national partners as well as discuss with them the proposals for improvement;
- Ensure the applicability of the proposals formulated in the Chadian context;
- Facilitate ownership by national partners and an effective knowledge transfer.

To fulfil the objectives listed in Chapter 2, the contractor shall review existing evidence and literature on the health system and health insurance in Chad as well as government documents, including but not limited to the UHC Strategy, UHC law and implementation decrees, health insurance scheme orientation document, AMED scheme implementation roadmap and actuarial simulations on the scheme's cost.

The contractor shall conduct key informant interviews with various stakeholders about their perspective on the envisioned health financing scheme, system challenges as well as challenges faced in implementation of health insurance and recommendations for the national scale-up. The contractor is required to address the concerns and needs of all stakeholders in a participatory and inclusive manner. Interviews shall include but not be limited to informants from the following institutions:

Categories	Institutions	Number of interviewees
Ministries		
Santé Publique et solidarité nationale	Direction générale Ressources Partenariat	01
	Direction générale offre de soins	01
	Unité de gestion Projets	01
Finances et Budget	Direction du budget	01
	Tbd	01
	Tbd	01
Economie et développement	Direction générale du ministère	01
	Secrétariat permanent des ONG et associations humanitaires (SPONGAH)	01
Health Projects	Programme Gratuité ciblée	01
	Programme Paludisme	01
	Programme VIH/Sida	01
	Programme tuberculose	01

NGOs	Bureau d'Assistance en Santé et Environnement (BASE)	01
	Centre de promotion et de gestion des mutuelles de santé (CPG)	01
Health facilities	One national hospital, one regional hospital, two district hospitals and two primary care facilities	06
Regional authorities	At least two municipalities in the pilot zone	02
Development Partners	WHO	01
	SDC	01
	AFD	01
	World Bank	01
	P4H Focal Point Chad	01

Project management of the contractor

The bidder is required to explain its approach for coordination with the GIZ project.

- The contractor is responsible for selecting, preparing, training and steering the experts (international and national, short and long term) assigned to perform the advisory tasks.
- The contractor manages costs and expenditures, accounting processes and invoicing in line with the requirements of GIZ.
- The contractor reports regularly to GIZ in accordance with the AVB of the Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH from 2018

5. Qualifications

The bidder is required to provide personnel who are suited to filling the positions described, on the basis of their CVs (see Chapter 7), the range of tasks involved and the required qualifications. The below specified qualifications represent the requirements to reach the maximum number of points.

The assignment will require a team of international and national consultants having a mix of the following expertise:

- Design of health financing policies and health insurance with experience at the implementation level;
- Management of enrolment, provider payment, contracting of providers and claims processing;
- Information management system for health insurance;

- Familiar with the health system in Chad.

The team consists of:

- Expert with a focus on planning and implementation of health financing policies (Team Lead, international);
- Expert with a focus on health insurance information systems (Expert 1, international);
- Expert with a focus on health and public finance (Expert 2, national).

Team leader

- Education/training (2.1.1): University qualification (Master or PhD) in Health Economics, Actuarial Science with a focus on health insurance, Public Finance, Public Policy and Administration, or related;
- Language (2.1.2): Good business language skills in English and French.
- General professional experience (2.1.3): 10 years of professional experience in health financing, health systems development and implementation of health insurance systems, preferably for the informal sector;
- Specific professional experience (2.1.4): 10 years in concept development for improving access of poor people to health services;
- Leadership/management experience (2.1.5): 6 years of management/leadership experience in projects related to health insurance and financing of health services;
- Regional experience (2.1.6): 5 years of experience in projects in Sub-Saharan Africa, of which 3 years in projects in Chad;
- Development Cooperation (DC) experience (2.1.7): 6 years of experience in DC projects;
- Other (2.1.8): Experience in decentralisation and community participation.

Expert 1

- Education/training (2.2.1): University qualification (Bachelor or Master) in Health Economics, Data science with a focus on health, information systems;
- Language (2.2.2): Good business language skills in English and French;
- General professional experience (2.2.3): 5 years in design and implementation of management information systems for health insurance;
- Specific professional experience (2.2.4): 3 years in the setup of health insurance management systems in the African context;
- Regional experience (2.2.6): Have a good knowledge of the functioning of the Chadian health system;

Expert 2

- Education/training (2.3.1): University qualification (Master or PhD) in Health Economics, Medicine with proven experience in health systems management, Public Finance;
- Language (2.3.2): Good business language skills in French;
- General professional experience (2.3.3): 5 years professional experience in healthcare management;
- Specific professional experience (2.3.4): 5 years professional experience in setting up and monitoring health financing mechanisms in Chad;
- Regional experience (2.3.6): 5 years of experience in the Chadian health system;

6. Costing requirements

Assignment of personnel

For deliverables a), b) and c):

Team leader: Assignment for 29 expert days (including 9 days + 1 day contract amendment + 19 days option c)

Expert 1: Assignment for 24 expert days (including 9 days + 6 days contract amendment + 9 days option c)

Expert 2: Assignment for 20 expert days (including 9 days + 1 days contract amendment + 10 days option c)

Travel

As part of his/her activities, the contractor may carry out short-term missions to selected provinces. These missions shall not exceed a total of 33 calendar days.

Other costs

- Visa costs
- Covid-19 test costs

Flexible remuneration item

A maximum of EUR 5.000 can be specified as a flexible remuneration item.

7. Requirements on the format of the bid

The structure of the bid must correspond to the structure of the ToRs. In particular, the detailed structure of the concept (Chapter 3) is to be organised in accordance with the positively weighted criteria in the assessment grid (not with zero). It must be legible (font size 11 or larger) and clearly formulated. The bid is drawn up in English.

The complete bid shall not exceed 10 pages (excluding CVs).

The CVs of the personnel proposed in accordance with Chapter Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. of the ToRs must be submitted using the format specified in the terms and conditions for application. The CVs shall not exceed 4 pages. The CVs must clearly show the position and job the proposed person held in the reference project and for how long.

If one of the maximum page lengths is exceeded, the content appearing after the cut-off point will not be included in the assessment.

Please calculate your price bid based exactly on the aforementioned costing requirements. In the contract the contractor has no claim to fully exhaust the days/travel/workshops/ budgets. The number of days/travel/workshops and the budget amount shall be agreed in the contract as 'up to' amounts. The specifications for pricing are defined in the price schedule.

8. Anti Discrimination clause

The article 7 "Anti-discrimination clause" of the present contract shall be replaced as follows:

"1. "The organization must generally refrain from incitement to violence or hatred and from wrongful discrimination against persons or groups of persons on the grounds of race, ethnic origin or religion. Such obligation applies to all of the organisation's activities, including those falling outside the framework of the present contract."

2. Any breach of the obligation set out in paragraph 1 shall entitle the FDFA to terminate this contract with immediate effect and to demand the reimbursement of all or part of the contribution paid by the FDFA in accordance with paragraph 3 below.

3. a) The FDFA is entitled, subject to the principle of proportionality, to demand the reimbursement of the contribution unless the funds granted were used in the proper manner for the activities specified in this contract prior to the breach of contract.

b) If the breach of contract has occurred outside the framework of the present contract, the FDFA is entitled to demand the reimbursement of the contribution on the condition set out in paragraph a) above and, additionally, on the condition that the funds granted have not already been irrevocably committed by contractual agreement.

4. The obligation described in paragraph 1 must be included in all service and grant agreements concluded by the organization for the execution of the present project. In grant agreements the organization shall provide for termination and the recovery of funds in accordance with the provisions in paragraphs 2 and 3. In service agreements, the organization shall provide for a contractual penalty for breaches of the obligation described in paragraph 1."

Annexe 2 : Références documentaires

AHMAT ABDERAHIM ABBO, Etude pour CIC/SN-CSU, Stratégie de ciblage des personnes économiquement démunies dans le cadre de la mise en œuvre de la couverture santé universelle au Tchad, N'Djamena, janvier 2021 (rapport provisoire)

Alexis BIGEARD, OMS/AFRO/HSS, Définir le cadre institutionnel de l'AMED - Rapport intermédiaire, avril 2021

Arrêté N°003/PR/PM/2016 portant création d'un cadre institutionnel de Coordination pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Couverture Sanitaire Universelle

Arrêté N°4295/PR/PM/2017 portant modification de l'Arrêté N°003/PR/PM/2016 portant création d'un cadre institutionnel de Coordination pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Couverture Sanitaire Universelle, et article 8 de l'Arrêté N°003/PR/PM/2016.

Arrêté N°489/PR/MSPSN/2020 Instituant le mécanisme de Financement basé sur la Performance dans les Districts sanitaires au Tchad.

Cellule Interministérielle de Coordination de la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle, Plan Stratégique de Communication 2019-2023, N'Djamena, non daté

Cellule Interministérielle de Coordination de la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle, Options de paniers de soins pour le régime AMED et les coûts, 2019

Comité Technique de Suivi de la Stratégie Nationale CSU, Document d'orientation du dispositif d'assurance santé au Tchad, 6 Avril 2017

Conférence Interafricaine de la prévoyance sociale (C.I.PRE.S.) - Fiche technique les ratios économiques et de gestion

Consortium CPG-RS/BASE, pour une CSU inclusive et participative au Tchad, plan d'actions du consortium CPG-RS/BASE pour l'année 2020

CPG-RS, Note de synthèse sur le Centre de Promotion et de Gestion des Risques Sociaux, non publié

Décret N°419/PR/MTPTHU/2000 fixant les taux et les modalités de recouvrement des ressources du Fonds d'Entretien Routier (FER) du 14 septembre 2000.

Diane McIntyre, Joseph Kutzin, Organisation Mondiale de la Santé, Diagnostic pour le financement de la santé : les bases de l'élaboration d'une stratégie nationale, OMS, 2017

Dr. TAPSOBA Yann et Mr. TAPSOBA Ludovic, pour les bureaux d'études GENGER et CREDES, Analyse approfondie de situation en vue de l'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé pour la couverture santé universelle (SNFS-CSU) au Tchad, N'Djamena, Août 2020 (rapport provisoire)

Etude GENGER et AEDES, Analyse approfondie de situation en vue de l'élaboration de la stratégie nationale de financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle (SNFS-CSU) au Tchad (document de présentation lors de la restitution de cette étude, MSPSN, juillet 2020)

Initiative openIMIS, site internet, <http://www.openimis.org/fr>

INSEED, Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples 2014-2015, Septembre 2015

INSEED, Quatrième Enquête sur les Conditions de vie des ménages et la Pauvreté au Tchad (ECOSIT 4), Rapport principal sur le profil pauvreté, Juin 2020

Letourmy Alain, Nouhou Hamadou, Evaluation troisième phase du programme « promotion des mutuelles de santé au Tchad », menée pour le compte de la DDC, N'Djamena, mai 2019

Loi de finance rectificative (LFR) 2020

Loi N°014/PR/2000 portant création du Fonds d'Entretien Routier (FER) du 17 août 2000.

Loi N°026/PR/2020 portant création de la Caisse Nationale d'Assurance Santé (CNAS), du 31 décembre 2020

Loi N°035/PR/2019 Instituant une Couverture Santé Universelle au Tchad, du 5 août 2019

Lois de finance initiale (LFI) 2018, 2019, 2020, 2021

Michel VIGNEUL, Les mécanismes de la gratuité et leur financement. Identification des financements innovants. Gestion du financement, Avril 2017

Ministère de l'Economie et de la Planification du Développement, Plan National de Développement 2017-2021

Ministère de la Santé Publique, Annuaire des statistiques sanitaires TOME A, 31^{ème} EDITION, année 2017, Juin 2018

Ministère de la Santé Publique, Annuaire des statistiques sanitaires TOME A, 32^{ème} EDITION, année 2018, Juillet 2020
Ministère de la Santé Publique, Document de démarrage du régime 3 du dispositif d'assurance santé de la couverture santé universelle, Septembre 2020

Ministère de la Santé Publique, Note d'information N° 269/PR/MSPSN/SE/IG/2020 portant rappel du paquet de gratuité des soins

Ministère de la Santé Publique, Plan National de Développement Sanitaire (PND3 : 2018-2021), Ndjamena, janvier 2018

Ministère de la Santé Publique, Plan Stratégique national pour la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle du Tchad, 2017-2019

Ministère de la Santé Publique, Politique nationale de contractualisation dans le secteur de la santé au Tchad, juillet 2014.

Ministère de la Santé Publique, Politique nationale de santé 2016-2030, MSP, Mars 2016

Ministère de la Santé Publique, Rapport d'enquête sur la Disponibilité et capacités opérationnelles des services de santé, SARA 2019

Ministère de la Santé Publique, Rapport SNPS, Novembre 2020

Ministère de l'éducation nationale, Rapport d'état du système éducatif national du Tchad: éléments d'analyse pour une refondation de l'école, 2016

Ministère des Finances et du Budget, Cadre de dépenses à Moyen Terme 2019-2022

Ministère des finances et du Budget, Note sur la situation des finances publiques et de la dette au 30 juin 2020

Ministère des Finances et du Budget, Rapport d'exécution du budget général de l'Etat qu Quatrième trimestre 2019

Ministère des Finances et du Budget, Rapport de cadrage macroéconomique et budgétaire 2018-2021, juillet 2018

Organisation Mondiale de la Santé, Analytical guide to assess a mixed provider payment system, Avril 2019

Organisation Mondiale de la Santé, L'achat stratégique en vue de la Couverture Sanitaire Universelle: Libérer le potentiel, Réunion mondiale résumé et messages clés, 25-27 avril 2017, Genève, Suisse

Organisation Mondiale de la Santé, La gouvernance de l'achat et des méthodes de paiement, comment aller vers un achat stratégique pour la couverture sanitaire universelle en Tunisie ?, 2020

Organisation Mondiale de la Santé, site internet, https://www.who.int/health_financing/fr/

Organisation Mondiale de la Santé/AFRO/HSS, BIGEARD Alexis, Définir le cadre institutionnel de l'AMED - Rapport intermédiaire, mars 2021, N'Djamena, Décembre 2018

PACTE entre les PTF et le gouvernement 2019-2021

Présentation du Projet de renforcement de la performance du système de santé (P172504), Health Nutrition Population GP, Mars 2021

Primature, Stratégie nationale de la couverture sanitaire universelle au Tchad, septembre 2015

RAMED – Maroc, Dahir n° 1-02-296 du 25 rejev 1423 (3 octobre 2002) portant promulgation de la loi n° 65-00 portant code de la couverture médicale de base, Article 55.

Serge Mayaka, Pascal Bemadjingar, AEDES, Ministère de la Santé Publique, Mission d'analyse des coûts unitaires des prestations, Rapport final, octobre 2014

Stratégie Nationale de Protection Sociale Révisée, SNPS (2022-2026), Version Pré-validée du 23 décembre 2020

Annexe 3 : Liste des personnes rencontrées

Catégories et sous catégories	Direction/ organisation	Nb prévus	Rencontrés
1. Ministères et institutions publiques			
1.1 Santé publique et Solidarité Nationale	Direction générale Ressources Partenariat	1	1
	Cabinet du Ministre de la SPSN en amont pour expliquer l'étude et les travaux en cours	1	Non
	Direction générale offre de soins	1	1
	Unité de gestion Projets	1	1
	Ordre des médecins	1	1
1.2 Finances et Budget	Direction du budget	1	1
	Direction du trésor	1	Non
1.3 Economie et Développement	Direction générale du ministère	1	Non
	Secrétariat permanent des ONG et affaires humanitaires (SPONGAH) afin de connaître les missions dévoluent aux ONG et analyser la question des réfugiés et populations hôtes.	1	Non
	INSEED	1	Non
	Direction en charge de filets sociaux	1	1
1.4 Projets et programmes de santé nationaux	CIC/SN-CSU : Département du suivi-évaluation (Représentants du plan) et Département financement de la Santé (Représentant du Min. Finances) et coordinateurs	3	1
	Programme Gratuité ciblée	1	1
	Programme Paludisme	1	1
	Programme VIH/Sida	1	1
	Programme tuberculose	1	1
	Programme tabac	1	1
	Programme FBR	1	1
	Coordination PASST 2	1	1
2. Organisations Non Gouvernementales (ONG)	Bureau d'Appui en Santé et Environnement (BASE)	1	1
	Centre de promotion et de gestion des mutuelles de santé (CPG-RS)	1	1
	Centre de Support en Santé Internationale (CSSI)	1	1

Catégories et sous catégories	Direction/ organisation	Nb prévus	Rencontrés
	Programme d'appui aux districts sanitaires (PADS)	1	1
	Agence pour le Développement Economique et social (ADES)	1	1
3. Formations sanitaires	2 hôpitaux nationaux (HGRN et CHU Bon Samaritain qui prend en charge les démunis), 3 hôpitaux provinciaux, 3 hôpitaux de districts 3 centres de santé	11	Ok (11) HGRN CHU 3HD 3HP 3CS
4. Autorités provinciales	Municipalités (communes / rencontrer les maires) dans chaque province visitée + N'Djaména (4)	4	4
	Délégation Sanitaire provinciale (DSP) et Médecins chefs de districts visités	6	3 DSP 3 MCD
5. Partenaires au développement	DDC	1	1
	AFD	1	1
	DUE	1	Non
	Banque Mondiale	1	1
	Point focal P4H	1	1
	OMS	1	1
	UNICEF	1	Non
	UNFPA	1	Non
	UNHCR	1	1
TOTAL		56	46

Annexe 4 : Déroulement temporel de l'étude

En préparation (planning ajusté)


Tableau du planning et des livrables																									
Livrables	Echéance	Planning																							
		Décembre				Janvier				Février				Mars				Avril							
		S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4				
A. DISPOSITION FIXE																									
Réception des TdR																									
Préparation de l'offre																									
Envoi de l'offre																									
Analyse de l'offre																									
Décision de GIZ et feedback																									
Signature du contrat																									
Finalisation des préparatifs : liste des contacts, outils, ...																									
a) Phase de préparation																									
Réunions à distance avec les partenaires nationaux/ internationaux - Atelier de lancement avec le CIC-CSU /Partenaires (DDC, AFD, OMS, UNICEF, ...) : 02 jours (Jour 1 : Inventaire de la littérature ; Jour 2 : Validation de la méthodologie des consultants (proposition du consultant)																									
Rapport initial contenant les éléments suivants (5-10 pages) : Plan de travail détaillé avec la méthodologie prévue, le calendrier, le plan de travail sur le terrain, la documentation à examiner	13.01.2021																								
Validation CIC et GIZ	13.01.2021																								
b) Phase de collecte de données																									
Travail de bureau																									
Entretiens avec les parties prenantes à N'Djamena	S3 de février																								
Entretiens avec les parties prenantes en dehors de N'Djamena																									
Rapport de synthèse avec les principales conclusions et les défis rencontrés (à partager 1 semaine avant l'atelier intermédiaire)	11.02.2021																								
Atelier intermédiaire : 1,5 jours avec sous-groupes (financement, ...)	18 et 19.02.2021																								
B. DISPOSITION OPTIONNELLE																									
c) Phase d'analyse et de rapportage																									
Soumission du rapport intermédiaire (incluant les principaux constats, conclusions, et recommandations)	08.04.2021																								
Collecte de feedback - Atelier de validation du rapport intermédiaire																									
Adaptation basée sur les feedbacks																									
Soumission du rapport final	30.04.2022																								

ANNEXE 5 : Résumé des dépenses de gratuité des soins en 2020 (source : MSPSN)

RÉSUMÉ DES DÉPENSES DE LA GRATUITÉ DES SOINS ANNÉE 2020

N°	Départements Sanitaires Provinciaux	Kits PEC Césarienne	Kits PEC Pédiatrique	Serum antivenéreux antitétaniques	Serum antivenéreux antitétaniques	MIGS	Méd ant Leishmaniose	Kits laparotomie	Kits diagnostics thoraciques	Kits vaccines ouvertures	Total	Pourcentage:
1	DSSPS N'Djaména	201 892 825	72 523 118	-	-	46 096 732	-	4 196 734	4 871 019	1 528 733	271 430 274	100,00%
2	Prin. R. Ghazal	7 783 816	3 255 407	-	-	20 904 937	-	-	-	-	31 893 800	11,38%
3	Rakha	26 209 240	6 574 600	-	1 598 806	28 056 826	-	-	-	-	36 484 652	13,45%
4	Rekha	5 472 188	2 371 013	26 701 500	-	5 201 299	-	-	-	-	100 263 980	36,94%
5	Ubar-Bagirmi	13 584 136	7 328 211	-	4 279 033	28 606 796	-	429 212	405 932	-	59 209 410	21,47%
6	Ennedi Est	6 780 077	3 428 613	21 237 100	-	4 401 029	-	-	-	-	35 846 819	12,93%
7	Ennedi Ouest	5 472 108	2 350 729	54 889 070	738 121	6 031 429	-	-	-	-	67 779 835	24,63%
8	Haoua	22 308 972	8 832 124	1 577 220	11 309 514	24 725 846	-	-	-	-	69 651 334	25,41%
9	Haoua-Lemps	24 048 557	4 875 761	-	-	20 407 016	-	-	-	-	72 402 078	26,37%
10	Kara	9 500 585	3 025 532	-	-	68 923 901	-	-	-	-	81 450 018	29,75%
11	Lac	26 494 742	7 420 960	-	-	37 402 834	-	-	-	-	65 274 555	23,90%
12	Logone Occidental	48 247 205	25 642 341	-	3 446 445	89 034 490	-	475 932	1 014 306	383 748	159 046 921	57,80%
13	Logone Orientale	31 250 540	18 933 853	-	4 926 805	57 213 511	-	435 212	403 922	-	119 183 423	43,33%
14	Mahoul	39 109 738	22 305 859	-	8 444 038	31 357 405	-	123 212	-	191 874	69 833 754	25,37%
15	Mako-Kébi Est	36 337 938	23 177 031	-	4 751 952	55 072 982	-	-	-	-	103 281 963	37,62%
16	Mako-Kébi Ouest	22 559 272	8 825 114	-	7 047 653	48 111 433	-	-	-	-	91 887 482	33,53%
17	Moyen-Chari	56 433 431	28 788 265	-	-	36 528 575	-	676 202	1 014 806	383 748	117 426 230	42,63%
18	Ouaddai	55 143 470	18 581 175	-	-	34 654 195	-	476 902	1 014 806	383 748	109 900 894	39,47%
19	Salamat	21 945 596	5 122 712	-	-	17 624 157	-	-	-	-	44 592 817	16,21%
20	Salamat	16 135 170	6 041 745	-	-	16 528 895	-	-	-	-	38 705 810	14,08%
21	Tandjilé	21 922 977	9 366 542	-	7 825 537	46 411 433	-	-	-	-	87 530 489	31,70%
22	Tchad	4 328 151	3 538 302	9 289 740	-	3 850 909	16 702 738	-	-	-	37 094 400	13,50%
23	Wadi Fira	2 123 780	6 249 390	-	2 214 363	30 807 275	-	-	-	-	38 220 288	13,90%
24	YAN	-	-	5 220 250	3 203 831	4 991 09	-	-	-	-	13 415 180	4,87%
25	Préfecture de N'ga	-	-	271 020	-	-	-	-	-	-	271 020	0,10%
26	DCR	-	-	679 050	-	-	-	-	-	-	679 050	0,25%
27	DSS-MF	-	-	271 820	123 020	-	-	-	-	-	394 840	1,44%
28	DSSP	-	-	-	738 121	-	-	-	-	-	738 121	0,27%
	TOTAL	635 281 392	258 192 485	190 944 600	61 677 119	758 079 827	16 702 738	6 915 084	8 727 231	3 261 857	1 933 982 433	100,00%

DSS/S



Dr Yank-mady, Akoua Dikou
DSS/S

21/01/2021

Annexe 6 : Présentation des OGD potentielles rencontrées

L'équipe du projet PMS et le CPG-RS

Le CPG-RS (Centre de Promotion et de Gestion des Risques sociaux) est une Association créée par les Cadres du projet PMS (Promotion de Mutuelles de Santé) formés par le CIDR sur une période de 10 ans principalement avec l'appui financier de la Coopération Suisse. Le CPG-RS s'est institutionnalisé comme association locale en septembre 2019.

A l'actif de l'équipe du PMS / CPG-RS on relève^{91 92} les acquis suivants :

- Création de 7 Mutuelles de Districts qui assurent les fonctions de **mobilisation des fonds internes, leur mise en commun et l'achat des soins**, intervenant dans 5 Provinces du Tchad : Danamadji, Sarh (Province du Moyen Chari), Koumra (Province du Mandoul), Gounou Gaya (Province de Mayo-Kebbi est), Pala Province du Mayo-Kebbi ouest), Bébédjà et Doba, (Province du Logone Oriental). Au cours de la période, plus 100 000 adhérents ont cotisé pour couvrir 400 000 bénéficiaires (assurés). Plus de 70 formations sanitaires ont été conventionnées et plus de 300 000 prestations ont été contrôlées avant d'être payées
- Une Fédération Interprovinciale des Mutuelles de Santé au Tchad (FEIMUSAT) a vu le jour en octobre 2018 regroupant les 7 Mutuelles de Districts en activités. Elle est amenée à prendre le relais de l'appui du PMS dans le domaine de l'adhésion des membres, de l'animation de la vie associative, du contrôle financier des mutuelles ; FEMUSAT est membre fondateur de la Plateforme des Acteurs Mutualistes de l'Afrique Centrale (PAMAC) ayant son siège social à Bujumbura au Burundi
- Au cours de la dernière phase du projet, les cadres du CPG-RS ont développé un partenariat technique avec **OpenIMIS**, pour dématérialiser les opérations d'adhésion des membres des mutuelles et de paiement des prestataires. Il s'agit d'un enjeu stratégique important pour un passage à l'échelle ;
- Des **cadres nationaux ont été formés aux différents métiers de l'assurance** (marketing social et éducation à la prévoyance, gestion des risques maladie, gestion des relations avec les prestataires).

Les constats suivants sont issus du rapport d'évaluation externe du PMS⁹³ :

- « Les domaines essentiels de son intervention sont la sensibilisation, la négociation de la contractualisation, la gestion du risque. Le CPG-RS établit le lien entre les mutuelles de district et œuvre à la construction du mouvement mutualiste (Fédération des mutuelles de santé au Tchad / FEMUSAT, fédération inter provinciale) ».
- « Il faut noter que le CPG-RS n'a pas, pour l'instant d'intervention directe dans les fonctions de financement (collecte, pooling, achat de services). La collecte est de la responsabilité des sections mutualistes, le pooling est du ressort des mutuelles de santé, ainsi que l'achat de services. Les mutuelles vérifient les factures (avec l'aide des médecins conseil) et payent les prestataires. Le CPG supervise évidemment ces procédures et, pour toute question médicale, le médecin-conseil du CPG est sollicité.

⁹¹ CPG, Note de synthèse sur le Centre de Promotion et de Gestion des Risques Sociaux, non publié, 04 pages

⁹² Pour une CSU inclusive et participative au Tchad, Plan d'actions du consortium CPG-RC/BASE pour l'année 2020

⁹³ Letourmy Alain, Nouhou Hamadou, Evaluation troisième phase du programme « promotion des mutuelles de santé au Tchad », menée pour le compte de la DDC, N'Djamena, mai 2019, p.10

Certes, la contractualisation a été négociée et préparée par le CPG, mais il lui reste sans doute à acquérir un savoir-faire pratique pour être complètement acheteur de services ».

- « L'équipe de projet a acquis une compétence importante sur les questions techniques relatives au fonctionnement des mutuelles et au financement de type assurantiel. A ce titre, elle peut être utilisée dans un cadre plus général que l'appui au réseau. Elle en aura l'occasion avec la création de la FEMUSAT. »

•

Depuis fin 2019, le CPG-RS a suspendu ses activités à cause de l'arrêt des financements de la Coopération Suisse et reste dans l'attente des subventions du gouvernement non versé à ce jour (le gouvernement s'est engagé en 2017 à subventionner le PMS à hauteur de 300 M FCFA et il resterait 175 M de FCFA à verser).

Par conséquent, le personnel s'est dispersé et les mutuelles ont suspendu leurs activités à de rares exceptions près (la mutuelle de Bémouli qui a repris ses activités sur autorisation du Délégué Sanitaire Provincial, cette mutuelle jouit d'une dynamique particulière et du regard bienveillant de la paroisse catholique qui a contribué à l'émergence du centre de santé communautaire à la base de cette dynamique communautaire).

Des opportunités s'offrent au CPG-RS avec notamment :

- L'élaboration d'un concept de projet visant la mise en place d'un **Centre d'Achat Stratégique de Soins (CASS)** début 2020 en consortium avec BASE (voir plus loin) ;
- L'appui au redémarrage des activités des mutuelles de santé dans les zones d'intervention du PADS (Moyen Chari) qui est en cours d'examen.

Le BASE

Le Bureau d'Appui Santé et Environnement (BASE) est une Organisation Non Gouvernementale (ONG) créée le 1er juillet 1996, selon un concept de réseau implanté dans divers pays, dans le but de favoriser l'émergence d'une société prospère, citoyenne, innovante, juste et équitable et responsable de la construction de son devenir. Depuis 1996, en investissant les domaines de la santé et l'environnement, BASE s'emploie à développer les compétences de réflexion et d'action pour transformer le fonctionnement de la société en vue du bien-être individuel et collectif, de la paix, de l'équité et d'une citoyenneté engagée. Ses **Expériences en achat de soins peuvent être résumées comme suit :**

- **De mars 2016 à décembre 2020 :** Conception et mise en œuvre d'un système d'achat de soins maternels et infantiles dans 18 centres santé des provinces du Logone Occidental : élaboration de guides, définition du paquet de soins, des tarifs opposables, du système de contrôle des facturations, de paiement et de reporting et du suivi des effets sur les consommations du public cible. Capitalisation des résultats.
- **De mars 2019 à nos jours :** Conception et mise en œuvre d'un système d'achat de soins maternels et infantiles dans 45 centres santé des provinces du Logone Oriental et Mandoul : élaboration de guides, définition du paquet de soins, des tarifs opposables, élaboration et mise en place des outils d'achats de soins, système de contrôle des facturations, de paiement et de reporting ,
- **Janvier 2021 :** Conception d'un système d'achat de soins maternels dans un premier temps et infantiles à partir de janvier 2022 dans 11 centres santé du district d'Abougoudam dans la province du Ouaddaï : élaboration de guides, définition du paquet de soins, des tarifs opposables, élaboration et mise en place des outils d'achat de soins, système de contrôle des facturations, de paiement et de reporting. Le démarrage des achats est prévu pour avril 2021.

- En cours de préparation :
- Des discussions ont été entamées avec Premières Urgences, membre d'un consortium avec BASE dans la mise en œuvre du projet SAN dans le district d'Abéché, afin de lancer un système d'achat de soins maternels et infantiles à partir de juillet 2022 dans 29 centres santé ;
- BASE a conceptualisé en consortium avec le CPG-RS un projet visant à terme la création d'un **Centre d'Achat Stratégique de Soins** (CASS, voir plus loin).

BASE est en train de préparer son Plan d'Orientation Stratégique (POS 2021-2025) et entend inscrire dans sa stratégie de financement de la santé **les achats de soins comme métier à part entière** et compte développer une expertise de micro-assurance santé à court et moyen terme.

Le CSSI

Créé en 1996, le Centre de Support en Santé Internationale (CSSI) reflète une longue histoire de présence au Tchad d'une institution internationale qui est l'Institut Tropical Suisse (ITS) devenu aujourd'hui Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH). En juillet 1996, avec l'autonomisation de son Bureau d'Appui Santé et Environnement (BASE), l'ITS a conservé au Tchad sa présence à travers le CSSI comme son bureau local avec une autonomie de gestion aux mains d'une équipe entièrement tchadienne.

Le 28 février 2006, le CSSI a obtenu, du Ministère de l'Administration du Territoire, son autorisation de fonctionner comme association sous le folio n°2180. Il est reconnu comme ONG le 12 mai 2006 sous le numéro 05/DONG/2006. Le CSSI est une organisation à but non lucratif et apolitique, son siège social est à N'Djamena.

Le CSSI intervient dans le domaine de la santé publique avec les principales activités suivantes :

- Développement de e-santé et promotion du e-One / m-One ;
- Etudes et recherches opérationnelles ;
- Développement des activités de laboratoire et de diagnostic médical ;
- Mise en place d'un laboratoire type santé publique pour accompagner la recherche et la formation ainsi que le diagnostic courant au profit du grand public ;
- Promotion de la santé communautaire ;
- Promotion de la santé des populations mobiles ;
- Gestion de système de Santé Unique (One Health)

Expériences en achat de soins

Le CSSI a une spécialité dans l'**achat des performances** (financement basé sur les résultats).

Dans ce cadre, il a eu à gérer l'achat des indicateurs de résultats dans les projets dédiés au Tchad tant au niveau national que Provincial (Batha, Guéra, Mandoul et Tandjilé) en RCA et au Cameroun (Région de l'Extrême Nord). Les principales réalisations dans ce domaine sont :

- Appui au lancement du FBR, au travers du développement des outils FBR et de la formation des utilisateurs ;

- Appui à la mise en œuvre du FBR (contractualisation et vérification et paiement des prestataires) ;
- Formation en FBR et coaching des acteurs impliqués ;
- Création du portail FBR pour la collecte des indicateurs prestés ;
- Vérification et contre-vérification des données FBR ;
- Appui aux Organisations à Base Communautaire (OBC) chargées de **contrôler la qualité des prestations**.

En RCA 5^e République Centrafricaine), le CSSI en consortium avec le bureau d'étude belge AEDES et l'ONG rwandaise HDP (Health Development and Performance) est présélectionné pour le recrutement d'un prestataire de services devant agir en qualité d'agence d'achat de performance et de renforcement des capacités (AAPRC) dans les régions sanitaires 4 et 5.

ADES

L'Agence de Développement Economique et Social (ADES) est une ONG de développement et d'action humanitaire fondée en 1993 au Tchad et reconnue organisme d'utilité publique.

ADES intervient dans les domaines de développement, de l'urgence, de la réhabilitation, de la prévention des conflits et de la culture de la paix pour les populations dans le besoin avec une présence au Tchad, en République Démocratique du Congo, au Cameroun, au Niger et au Mali, avec environ 800 collaborateurs.

Axes d'intervention :

- Développement ;
- Urgence ;
- Réhabilitation ;

Les interventions en santé d'ADES concernent plus spécifiquement la délivrance de prestations de soins, notamment depuis plus de 7 ans en qualité de sous-traitant du HCR. L'organisation n'affiche pas en tant que telle d'expérience en matière d'achat de services.

Le projet de Centre d'Achat Stratégique de Soins (CASS)

Le BASE et le CPG-RS partageant des savoirs-faire complémentaires et intervenant dans le même secteur de l'accès durable aux soins santé, ont décidé de créer un consortium dont l'objet est de mutualiser les ressources humaines, les compétences et les savoir-faire spécifiques à chaque membre pour promouvoir le concept d'Achat stratégique de Soins au Tchad en s'inscrivant dans la stratégie de CSU adoptée par le Gouvernement.

Les deux organisations ont élaboré un document conceptuel visant les objectifs suivants⁹⁴ :

- L'objectif principal de l'action est d'assurer la continuité de la fonction achat de soins au profit des mutualistes et des personnes vulnérables dans la perspective de la mise en œuvre des Régimes 2 et 3 de la CSU au Tchad.
- Objectifs spécifiques :
 1. Renforcer les capacités du mouvement mutualiste dans les 6 Provinces ;

⁹⁴ Pour une CSU inclusive et participative au Tchad, plan d'actions du consortium CPG-RS/BASE pour l'année 2020

2. Augmenter l'accessibilité des personnes vulnérables aux services de soins ;
3. Promouvoir la mise en place d'un **Centre d'Achat Stratégique de Soins (CASS)**.

Ce projet répondrait directement aux besoins de l'AMED, avec un CASS comme organisme délégué, le consortium indiquant pouvoir affilier 50'000 personnes démunies au travers des mutuelles dans leurs zones d'intervention et directement 100'000 autres dans 16 autres districts du pays.

Le projet est resté au stade conceptuel, est resté au stade conceptuel faute de partenaire financier et de demande formelle de contractualisation pour la CSU, mais les deux organisations confirment à priori leur intérêt et disponibilité à le mettre en œuvre sous la forme initiale ou aménagée compte tenu des dernières évolutions institutionnelles et des besoins stratégiques pour le démarrage de l'AMED.