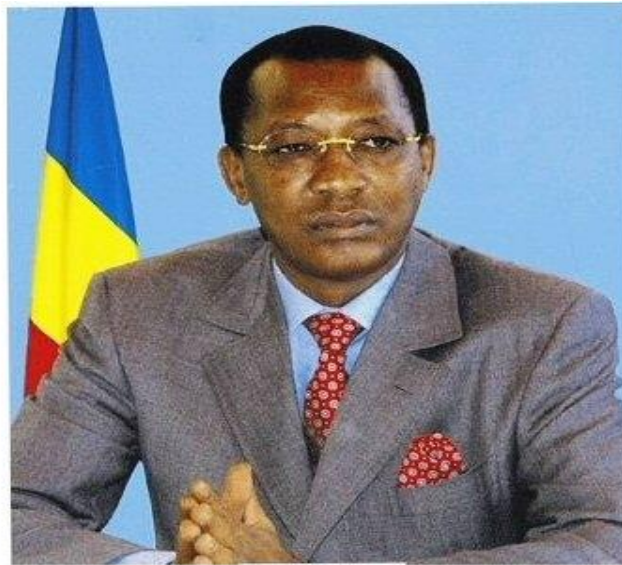


REPUBLIQUE DU TCHAD
UNITE –TRAVAIL-PROGRES



**PLAN STRATEGIQUE NATIONAL
POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA
COUVERTURE SANITAIRE
UNIVERSELLE DU TCHAD**

2017 - 2019



Son Excellence Idriss Deby ITNO
Président de la République du Tchad,
Chef de l'Etat

« Je reste convaincu qu'il ne peut y avoir de développement sans la santé, je doute qu'il soit possible de se développer sans disposer d'un esprit sain dans un corps sain. »

PREFACE

Le Tchad a adopté sa Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle le 3 septembre 2015. Par ailleurs, le Tchad a aussi élaboré en 2014 la Stratégie Nationale de la Protection Sociale. Conjointement, ces deux stratégies contribuent à l'amélioration du bien-être des populations tchadiennes.

Par ailleurs, le Tchad vient de finaliser le Plan Quinquennal de Développement 2016-2020 de la « vision 2030, le Tchad que nous voulons » (Septembre 2016), lequel sera présenté début janvier 2017 aux Partenaires Techniques et Financiers à Paris.

Les instances de mise en œuvre et de suivi de la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle ont été mises en place par l'Arrêté du Premier Ministre N°003/PR/PM/2016 du 12 janvier 2016 *portant création d'un cadre institutionnel de coordination pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle*. Par la signature de cet arrêté, le Premier Ministre, chef du Gouvernement, marquait ainsi la volonté du Tchad de faire de la Couverture Sanitaire Universelle une de ses priorités nationales.

Protéger tous les citoyens contre les risques financiers certes, mais il faut aussi qu'ils aient tous accès à des services de santé de qualité et qui les accueillent dans le respect de leur dignité humaine. Il faut aussi développer la solidarité nationale de telle sorte que les plus défavorisés de notre population ne soient plus confrontés à des dépenses pour leur santé qui les appauvrissent encore davantage.

Ce Plan Stratégique marque la première étape sur un chemin qui, nous le savons, sera long. Ce Plan est large, à l'instar notre compréhension de la Couverture Sanitaire Universelle : il embrasse les différentes facettes de la Couverture Sanitaire Universelle. Il est ambitieux car les actions prioritaires qui ont été retenues sont nombreuses. Sans doute, tout ne sera pas réaliser au cours de ce Plan Stratégie 2017-2019. A nos yeux, l'essentiel est que nous avancions résolument sur le chemin que nous avons défini dans ce Plan.

Ce Plan stratégique doit entraîner l'effort de tous. L'Etat, même dans le contexte économique actuellement difficile, ne manquera pas à ses devoirs. Mais nous devons compter aussi les collectivités locales qui se mettent en place progressivement dans le cadre de la décentralisation. Le secteur privé sans but lucratif mais aussi à but lucratif doit nous appuyer dans cette tâche. Il faudra aussi mobiliser la société civile dont le dynamisme n'est plus à démontrer. Nous pouvons enfin compter sur nos Partenaires Techniques et Financiers. Nous espérons qu'ils trouveront lors de la réunion de mobilisation des ressources des 6-7 décembre 2016 toutes les raisons de nous appuyer.

Enfin, si les populations sont les bénéficiaires de cette Couverture Sanitaire Universelle, elles doivent être aussi des membres actifs de cette mise en œuvre. Sans leur implication, nous ne pourrions rien ; mais nous savons qu'elles ne manqueront pas de nous apporter leur soutien.

Ce Plan Stratégique National pour la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle s'articule parfaitement avec le Plan Quinquennal de Développement 2016-2020 qui a retenu « *l'amélioration de la qualité de vie de la population tchadienne* » comme l'une de ses quatre orientations stratégiques.

Dans la préface du document de la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle, le Gouvernement comptait traduire cette Stratégie en un Plan Stratégique de mise en œuvre de la Couverture sanitaire universelle. Cette tâche a été confiée à la Cellule Interministérielle de Coordination de la Couverture Sanitaire Universelle. Celle-ci s'est attelée à la tâche, en y impliquant de nombreux cadres nationaux, et avec l'appui de nos Partenaires Techniques et Financiers dans le cadre du réseau P4H. Le document ci-après témoigne de leur succès. Qu'ils en soient ici pleinement remerciés au nom de l'ensemble du Gouvernement tchadien. Je voudrais en outre, remercier tout particulièrement la Coopération Suisse et l'Organisation Mondiale de la Santé qui nous ont accompagné tout au long de ce processus.

Le Premier Ministre, Chef du Gouvernement

PAHIMI PADACKE ALBERT

Table des Matières

Liste des sigles et abréviations.....	9
Messages-clés.....	10
Introduction.....	12
Partie I : Contexte.....	13
1. Aperçu général.....	13
2. Les mécanismes de suivi de la SN-CSU.....	19
Partie II : Les axes stratégiques.....	21
- <i>Axe stratégique 1 : Développer les mécanismes de protection contre les risques financiers.....</i>	<i>24</i>
- <i>Axe stratégique 2 : Utiliser les ressources plus efficacement et équitablement.....</i>	<i>31</i>
- <i>Axe stratégique 3 : Favoriser le partenariat public – privé.....</i>	<i>39</i>
- <i>Axe stratégique 4 : Prévenir les risques ayant une incidence sur la santé.....</i>	<i>41</i>
- <i>Axe stratégique 5 : Prendre davantage en compte les souhaits de la population.....</i>	<i>51</i>
- <i>Axe stratégique 6 : Mobiliser les ressources financières pour la CSU.....</i>	<i>56</i>
Renforcement de la Cellule Interministérielle de Coordination.....	62
Partie III : Les modalités et les outils de suivi du PNS-CSU 2017-2019.....	63
1. Les modalités de suivi de routine.....	63
2. Les indicateurs globaux de suivi de la CSU.....	65
3. L'évaluation de la CSU.....	71
4. Le rapport annuel.....	72
5. Le rôle des différents acteurs dans la mise en œuvre du PSN-CSU.....	72
Conclusion.....	73

LISTE DES SIGLES ETABRÉVIATIONS

CIC-SNCSU	Cellule Interministérielle de Coordination de la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle
CPE	Consultation Préventive des Enfants
CPN	Consultation Périnatale
CS	Centre de Santé
CTS	Comité Technique de Suivi
DS	District Sanitaire
DSR	Délégation Sanitaire Régionale
EDST	Enquête Démographique et de Santé du Tchad
FBR	Financement Basé sur les Résultats
IDH	Indice de Développement Humain
MAEIACI	Ministère des Affaires Etrangères, de l'Intégration Africaine et de la Coopération Internationale
MATGL	Ministère de l'Administration du Territoire et de la Gouvernance Locale
MEPD	Ministère de l'Economie et de la Planification du Développement
MFB	Ministères des Finances et du Budget
MFFSN	Ministère de la Femme, de la Famille et de la Solidarité Nationale
MFPE	Ministère de la Fonction Publique, de l'Emploi, chargé du Dialogue Social
MSP	Ministère de la Santé Publique
ODD	Objectif de Développement Durable
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNS	Politique Nationale de Santé
PRDS	Plan Régional de Développement Sanitaire
PTF	Partenaire Technique et Financier
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RH	Ressources Humaines
SARA	Service Availability and Readness Assesment
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
SNCSU	Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle
SNPS	Stratégie Nationale de Protection Sociale
UA	Union Africaine
ZR	Zone de Responsabilité

Messages-clés

Plutôt que de présenter un résumé du Plan Stratégique National pour la mise en œuvre de la CSU (PSN-CSU), il a été retenu de présenter les messages-clés qui le sous-tendent et qui en constituent les priorités. Ces messages-clés doivent en faciliter sa lecture et sa compréhension.

1. La Couverture Sanitaire Universelle constitue une priorité de plus en plus marquée du Gouvernement tchadien. Les plus hautes autorités du pays attendent, avec beaucoup d'espoir, que les actions, qui auront été retenues dans le PSN-CSU, se mettent en place sans délai ;
2. Le contexte économique est depuis peu devenu difficile, laissant peu de place pour des financements additionnels et invitant à réfléchir dans le cadre de réallocations budgétaires. Toutefois, le pays fera tout pour préserver et disponibiliser les ressources budgétaires pour la Couverture Sanitaire Universelle. Mais il peut aussi espérer des améliorations qu'il convient alors d'anticiper ;
3. La protection santé est un des éléments de la protection sociale dans son ensemble. En ce sens, la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle s'articule avec la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) ;
4. Ce Plan Stratégique National pour la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle s'articule parfaitement avec le Plan Quinquennal de Développement 2016-2020 qui a retenu « *l'amélioration de la qualité de vie de la population tchadienne* » comme l'une de ses quatre orientations stratégiques ;
5. Le PSN-CSU, à l'instar de la SN-CSU, adopte une approche globale de la CSU basée sur la vision suivante :
 - Que la population ait accès à des services de santé de qualité
 - En évitant de placer l'individu et sa famille dans une situation financièrement difficile
 - Mais aussi de protéger la population contre les risques ayant une incidence sur sa santéAvec une attention toute particulière pour la population la plus défavorisée dans un esprit **d'équité et de solidarité** ;
6. Le PSN-CSU présenté ici concerne la période 2017 – 2019. Il doit être compris comme une première étape sur un chemin qui sera nécessairement long ;

7. Malgré les mesures de gratuité et les quelques mécanismes de mutuelles de santé, le paiement direct impacte encore trop les populations, notamment les plus défavorisées. Aussi, le pays entend-il engager rapidement la mise en place d'un Dispositif d'Assurance Santé. Le pays a conscience qu'une telle action prendra du temps, mais qu'il faut résolument s'engager dans cette voie. Afin de protéger au mieux les individus, ce Dispositif d'Assurance Santé adoptera le tiers-payant comme un de ses principes de base ;
8. Le Tchad mettra en place un mécanisme de solidarité nationale afin que les plus démunis puissent aisément accéder aux services de santé sans qu'elles en supportent les conséquences financières ;
9. L'accent sera tout particulièrement mis sur l'accueil et l'écoute au niveau des formations sanitaires. Cette humanisation des soins est absolument nécessaire si l'on veut que les personnels de santé gagnent la confiance des populations ;
10. Fournir des soins de santé de qualité est indispensable pour protéger la population. Toutefois, la protection des individus doit aussi être comprise comme la protection contre tous les risques ayant une incidence sur la santé. Agir sur les déterminants de la santé est un challenge auquel on ne doit pas se soustraire ;
11. La Couverture Sanitaire Universelle n'est pas d'affaire de l'Etat seul. Tout le monde doit se sentir concerné : secteur privé, société civile, instances de la décentralisation avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers. Les populations n'en sont pas seulement les bénéficiaires : elles doivent aussi être des éléments actifs ;
12. Le pays s'assurera que les instances de coordination des actions (la CIC-CSU notamment) disposent des moyens nécessaires pour pleinement jouer leur rôle d'impulsion, de coordination, de suivi et d'évaluation des actions à mener.

Introduction

Le Tchad a adopté sa Stratégie Nationale sur la Couverture Sanitaire Universelle (SNCSU) le 3 septembre 2015. Cette stratégie se veut résolument articulée avec la Stratégie Nationale sur le Protection Sociale dont elle en est une composante.

Ce Plan Stratégique National pour la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle s'articule parfaitement avec le Plan Quinquennal de Développement 2016-2020 qui a retenu « *l'amélioration de la qualité de vie de la population tchadienne* » comme l'une de ses quatre orientations stratégiques ;

La vision globale de cette Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle est la suivante :

- Que la population ait accès à des services de santé de qualité
- En évitant de placer l'individu et sa famille dans une situation financièrement difficile
- Mais aussi de protéger la population contre les risques ayant une incidence sur sa santé
- Avec une attention toute particulière pour la population la plus défavorisée dans un esprit **d'équité et de solidarité**.

Cette stratégie détermine les grandes orientations pour les prochaines années. Le chemin sera long, mais le pays doit résolument s'engager sur ce chemin, dans un contexte économique qui n'est pas toujours favorable.

Le temps est maintenant venu de passer à la mise en œuvre de cette Stratégie. Cette mise en œuvre demande d'être coordonnée car les actions qui seront identifiées sont nombreuses et les acteurs qui devront être impliqués sont également nombreux et divers.

Dans le cadre de son mandat, il a demandé à la Cellule Interministérielle de Coordination de la SN-CSU d'élaborer un Plan Stratégique National pour la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle pour les prochaines années. Ce Plan a été élaboré en 2016 et est relatif à la période 2017 – 2019. Il s'agit d'un Plan National : il rassemble les actions de l'ensemble des acteurs concernés par la CSU - différents ministères, secteur privé, ONG, associations ainsi que Partenaires Techniques et Financiers.

Depuis longtemps, les Partenaires Techniques et Financiers accompagnent le pays pour la mise en œuvre de ses politiques et stratégies. Ils ont aidé à élaborer la Stratégie sur le Couverture Sanitaire Universelle. Nous comptons encore sur eux pour nous accompagner en appuyant le présent Plan Stratégique Nationale pour la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle.

Partie I

Aperçu général

Lorsqu'elle est confrontée à des problèmes de santé, la population tchadienne reste encore largement démunie : les barrières physiques, le poids des traditions, l'analphabétisme et les barrières financières des populations à l'accès aux soins demeurent importantes. L'offre de services de santé ne donne pas toute satisfaction aux populations et, enfin, les populations sont encore très fortement confrontées à divers risques qui ont un impact important sur leur santé. La population tchadienne est encore insuffisamment protégée face à ses problèmes de santé pour les raisons suivantes :

- L'offre de services de santé ne lui donne pas pleine satisfaction : les structures de santé sont insuffisantes et ne sont pas toujours fonctionnelles, la qualité des services n'est pas satisfaisante, les médicaments sont chers et parfois non disponibles, entraînant un recours aux médicaments de la rue dont la qualité met souvent la population en danger, les personnels de santé ne sont pas suffisamment formés et motivés, notamment pour mieux accueillir les patients. Par ailleurs, ce personnel s'adonne aux habitudes de paiement parallèle par les malades. Ces différents facteurs insécurisent le patient ;
- La population vit dans un environnement qui induit souvent des risques pour sa santé : la pollution dans les villes est de plus en plus importante, l'hygiène et l'assainissement du milieu posent de nombreux problèmes (eaux polluées, collecte des eaux usées, collecte des ordures ménagères, latrines et évacuation des matières fécales humaines et animales, etc.), l'alimentation à domicile est peu variée et celle de la rue est souvent risquée ;
- Le paiement direct au point de consommation préconisé par l'initiative de Bamako constitue un frein très important à l'accès aux soins : soit l'individu renonce à se soigner soit il est entraîné dans des *dépenses catastrophiques* avec des conséquences pour lui et toute sa famille. Les mécanismes d'assurance sont quasi inexistantes. Seules quelques mutuelles de santé ont vu le jour dans quelques régions du pays et le passage à échelle n'en est qu'à ses débuts. Enfin, les sociétés des assurances ne couvrent qu'un très faible pourcentage de la population tchadienne.

Il existe par ailleurs encore une couche non négligeable de la population qui vit dans une situation de grande pauvreté. Cette frange de la population est exclue de tout : des services de santé, de la protection contre les risques financiers, de tout réseau social et familial.

Enfin les conflits dans les pays voisins ne sont pas entièrement éteints, entraînant des problèmes d'accès aux soins dans les zones concernées.

Quelques indicateurs (tirés essentiellement de l'enquête MICS/l'EDST 2014-2015) permettent de traduire l'insuffisance de la protection de la population tchadienne face aux problèmes de santé auxquels elle est confrontée :

1. *Etat de santé*

- L'espérance de vie à la naissance demeure faible : 52,9 ans en 2010
- La mortalité maternelle est de 860 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2014
- Le taux mortalité infantile est établi à 72 ‰ en 2014

2. *Maladies*

- En 2014, on a recensé 12305 cas de tuberculose
- En 2010, 6.470 cas de choléra ont été recensés
- En 2010, on a observé 2.729 cas de méningite
- 40% des enfants de moins de 5 ans présentent un retard de croissance

3. *Couverture en services de santé*

- Le taux d'accouchement assisté s'établit à 34% en 2014
 - Seulement 22% des accouchements ont eu lieu dans un établissement de soins en 2014
 - Le taux de consultations post natales est de 15,4%, en 2014
 - Les besoins non satisfaits en contraceptifs de 28,3% en 2004 sont passés à 23% en 2014
 - Les mariages précoces 69,1% avant l'âge de 18 ans et les grossesses précoces associés à un Indice Synthétique de Fécondité (ISF) de 6,4 enfants par femme augmentent considérablement les risques de décès maternel
 - La couverture vaccinale complète avant le premier anniversaire est de 25% en 2014. La couverture en BCG est de 60%.
 - La couverture en VAT 2 + des femmes enceintes est de 56% en 2014.
 - 44,2% de la population vit dans l'insécurité alimentaire et la malnutrition aigüe atteint le seuil critique de 15% dans la plupart des régions : près de 40% des enfants souffrent de la malnutrition chronique
 - 59.622 personnes vivant avec le VIH ont été prises en charge en 2015
 - L'indicateur de « densité de personnels médicaux de base » est de 2,74 professionnels de santé de base pour 10 000 habitants
- ... mais aucun cas de poliomyélite signalé depuis 2012

Malgré l'insuffisance de ses moyens financiers, l'Etat tchadien tente d'apporter des réponses à tous ces problèmes. Les mesures de la gratuité des soins, notamment au niveau des urgences, devaient permettre d'éviter le paiement direct des soins. Mais l'application de ces mesures n'est pas aisée : les recettes actuelles de l'Etat ne permettent pas toujours d'assurer ces mesures, et les personnels de santé se montrent parfois réticents. En outre, ces mesures, parce qu'elles ne prennent pas en compte les ressources des populations, ne sont pas équitables. L'offre en formation sanitaire s'améliore mais la qualité demeure problématique. La mise en place de la centrale d'achat des médicaments (CPA) a permis un meilleur approvisionnement en médicaments essentiels et génériques. Ces médicaments restent cependant chers pour le pouvoir d'achat de nombreux tchadiens obligeant ceux-ci à s'approvisionner dans la rue. Par ailleurs, la centrale pharmaceutique d'achat des médicaments ne concerne que le secteur public et privé à but non lucratif.

Malgré les revenus pétroliers et le contexte économique qui étaient favorables au cours de ces dernières années, le problème d'accès aux soins demeure. Des efforts importants ont été consentis par le gouvernement et ses partenaires pour améliorer l'accès aux soins (gratuité des soins, FBR, mutuelles, etc.) mais n'ont pas produit les effets escomptés. Aujourd'hui, en raison de la forte baisse des cours du pétrole, le Tchad est entré dans une période économiquement difficile. Ces difficultés impactent la vie des populations (retard dans le paiement des salaires) et le Budget de l'Etat (arrêt de nombreux chantiers de construction, coupes budgétaires, même si aujourd'hui le budget de la santé est affiché comme une des priorités dans le cadre de la préparation du budget 2017. Même s'il est permis de penser que cette situation pourra s'améliorer au cours des prochaines années, il est certain que les toutes prochaines années seront difficiles et que le financement de nouvelles actions ne sera accordé qu'au compte-goutte.

Pour pallier cette situation, l'Etat tchadien a donc pris la décision de mettre en chantier une Stratégie Nationale sur la Couverture Sanitaire Universelle (SN-CSU). Pour ce faire, il a reçu l'appui du Réseau Providing for Health (P4H). L'élaboration de cette SN-CSU a été confiée à un Comité Technique- CSU. Ce document a été officiellement approuvé le 3 septembre 2015 par la signature de Monsieur le Premier Ministre.

La protection contre les risques en matière de santé (ou couverture sanitaire universelle) est un des éléments de la protection sociale. En ce sens, la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle se doit d'être articulée avec la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) qui a été validée le 29 avril 2014. La SNCSU est en effet concernée par chacun des 4 axes de la SNPS¹.

¹ Ces 4 axes sont :

Axe 1. Assistance Sociale et action sociale : Fournir une assistance sociale aux groupes vulnérables en promouvant leur inclusion sociale

Axe 2. Sécurité Sociale et Emploi : Assurer un revenu minimum pour les personnes en âge de travailler, en favorisant l'emploi et une extension de la couverture de sécurité sociale ainsi qu'un accroissement du niveau des prestations

Axe 3. Sécurité Alimentaire et Nutrition : Veiller à ce que toute personne vivant au Tchad dispose suffisamment de nourriture de qualité pour pouvoir se nourrir normalement en tout temps afin de mener une vie active et saine.

Axe 4. Services sociaux de base : Faciliter l'accès aux services sociaux de base de qualité, notamment l'éducation et les soins de santé, particulièrement des personnes vulnérables

La Couverture Santé Universelle (CSU) doit être saisie dans sa globalité qui est multidimensionnelle, complexe et de longue haleine. La CSU est un but à atteindre, et, en même temps, il s'agit d'un processus qui se situe dans le temps avec une perspective de développement à long terme.

Ainsi, la vision globale de cette Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle est la suivante :

- Que la population ait accès à des services de santé de qualité
- En évitant de placer l'individu et sa famille dans une situation financièrement difficile
- Mais aussi de protéger la population contre les risques ayant une incidence sur sa santé

Avec une attention toute particulière pour la population la plus défavorisée dans un esprit **d'équité et de solidarité**.

Ainsi comprise, la Couverture Santé Universelle concerne plusieurs acteurs :

- au niveau de l'Etat, sous la coordination du Gouvernement, le Ministère en charge de la Santé (Ministère de la Santé Publique), Ministère en charge de l'action sociale (Ministère de la Femme, de la Famille et de la Solidarité Nationale), le Ministère en charge du Travail (Ministère de la Fonction Publique, de l'Emploi chargé du Dialogue Sociale), le Ministère en charge des Finances (Ministère des Finances et du Budget), Ministère en charge de la Planification (Ministère de l'Economie et de la Planification du Développement), mais aussi le Ministère de l'Administration du Territoire et de la Liberté Locale.
- les mairies et les régions ;
- les prestataires de services de santé
- les employeurs
- les associations professionnelles et syndicales,
- les ONG
- les mécanismes d'assurances santé
- les Partenaires Techniques et Financiers (PTF)

La SN-CSU permettra de coordonner les actions de toutes les parties prenantes concernées afin qu'elles puissent harmoniser leurs appuis pour contribuer à l'atteinte des objectifs de la CSU.

On l'aura compris, le cheminement vers la Couverture Santé Universelle demande du temps, mais il est important de s'engager dès à présent sur ce chemin. Par ailleurs, ce cheminement demandera à tout moment un engagement et une détermination sans faille des autorités politiques. À tout moment, il faudra faire des choix ; aussi, la stratégie, devra à différents moments du temps, être ajustée et révisée.

La SN-CSU vise à apporter une réponse holistique aux problèmes de protection en matière de santé pour toute la population. L'accent est mis sur l'équité et la solidarité : il est jugé intolérable que des pans entiers de la société n'aient pas accès à un socle de services de santé de base.

Cette Stratégie affiche résolument l'inter-sectorialité comme moyen d'obtenir des résultats. Aussi, le dispositif institutionnel qui est mis en place pour assurer la mise en œuvre de cette Stratégie en tient-il compte. La mise en œuvre de cette Stratégie est l'affaire de tous les acteurs concernés : ministères, collectivités territoriales décentralisées, associations professionnelles et syndicales, ONG, employeurs, églises, mécanismes d'assurance, avec l'appui des partenaires techniques et financiers.

Les mécanismes de suivi de la SN-CSU

Comme indiqué dans la SN-CSU, des instances ont été mises en place pour accompagner la mise en œuvre de la SN-CSU. L'arrêté interministériel 003/PR/PM/2016 du 12 janvier 2016 *portant création d'un cadre institutionnel de coordination pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle* a établi trois instances :

- Le Haut Comité Interministériel de la SN-CSU, chargé d'orienter, de coordonner et de prendre les décisions stratégiques en matière de couverture sanitaire universelle
- Le Comité Technique de Suivi, chargé de valider le travail de la Cellule Interministérielle de Coordination de la SN-CSU
- La Cellule Interministérielle de Coordination de la SN-CSU, chargée d'impulser les actions et activités nécessaires à la mise en œuvre de la CSU et d'en assurer le suivi de leur mise en œuvre.

Le Haut Comité Interministériel

Le Haut Comité Interministériel de la SN-CSU est un organe de décision. Il a pour mission d'orienter, de coordonner et de prendre des décisions stratégiques en matière de couverture sanitaire universelle et d'en apprécier l'évaluation.

Il est chargé entre autre de donner des orientations sur les politiques et stratégies de la couverture sanitaire universelle, de s'assurer de la cohérence des activités de la SN-CSU avec celles de la SNPS, de mobiliser des ressources nécessaires à la mise en œuvre de la CSU, de prendre des décisions sur les questions liées à la couverture sanitaire universelle, d'apprécier la mise en œuvre de la Stratégie Nationale sur la Couverture sanitaire universelle, de veiller à la coordination des actions de plaidoyer et de mobilisation des fonds d'appui à la promotion de la couverture sanitaire universelle, de veiller à la cohérence des programmes issus des axes stratégiques de la SN-CSU avec les priorités nationales, de veiller à la visibilité et aux impacts des programmes de couverture sanitaire universelle, enfin de veiller au bon fonctionnement du Comité Technique de Suivi de la SN-CSU.

Le Comité Technique de Suivi

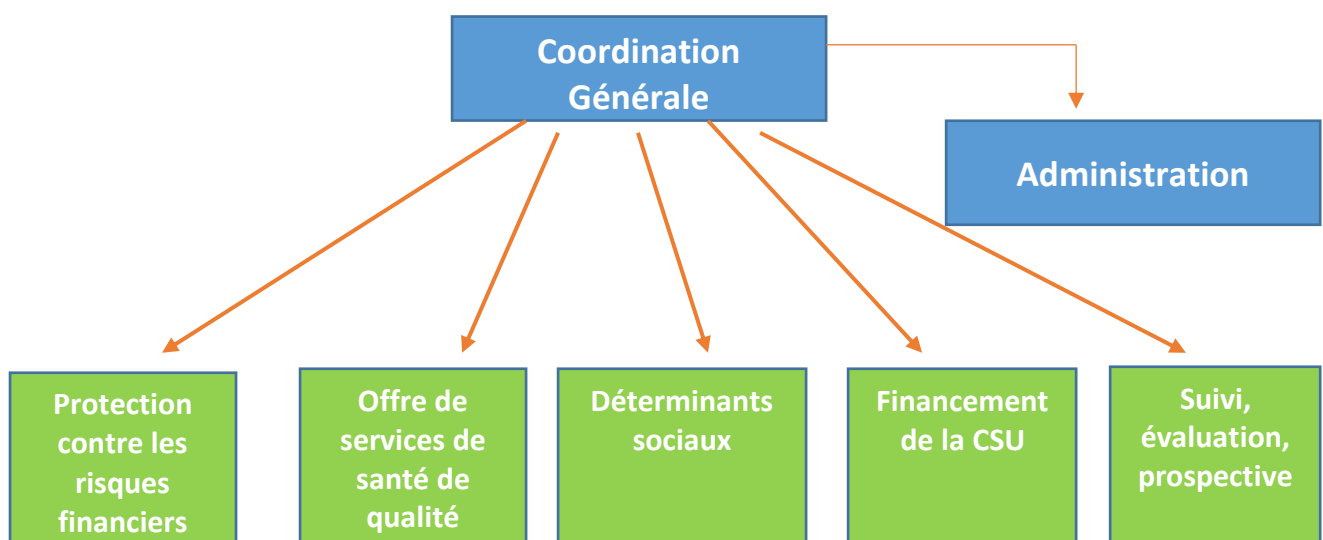
Le Comité Technique de Suivi est une instance qui rassemble les principaux responsables des activités CSU (directions concernées des Ministères directement impliqués, les partenaires techniques et financiers, les représentants des acteurs à but non lucratif et lucratif. Il a pour mission de préparer la réunion du Haut Comité Interministériel, de valider les plans d'action préparés par la Cellule Interministérielle de Coordination de la SN-CSU, d'impulser de nouvelles activités et de nouvelles sources de financement, d'assurer le suivi de la mise en

œuvre des activités de la SN-CSU, et d'apprécier le rapport annuel sur la mise en œuvre de la SN-CSU présenté par la Cellule Interministérielle de Coordination de la SN-CSU.

La Cellule Interministérielle de Coordination

La Cellule Interministérielle de Coordination de la SN-CSU est l'émanation des Ministères impliqués dans la SN-CSU à savoir le Ministère en charge de la Santé Publique, le Ministère des Finances et du Budget, le Ministère de l'Economie et de la Planification du Développement, le Ministère de la Fonction Publique et de l'Emploi chargé du Dialogue social, le Ministère de la Femme, de la Famille et de la Solidarité Nationale. Elle est la structure permanente de l'administration et a pour mandat de s'assurer de la mise en œuvre de la SN-CSU par les différents responsables des activités CSU. Elle assure l'information des différents acteurs sur la SN-CSU (diffusion de la SN-CSU, information sur les expériences des autres pays, etc.), elle élabore les plans d'action annuels et s'assure de leurs mises en œuvre, elle élabore et consolide toutes les dépenses publiques pour la CSU, elle s'assure de la cohérence des activités menées en amenant les différents acteurs à se concerter. Elle impulse également la faisabilité d'actions nouvelles et innovantes, l'implication de tous les acteurs concernés, y compris les populations aux différentes activités de mise en œuvre de la CSU, s'assure du financement prévu pour la CSU par les Partenaires Techniques et Financiers, coordonne la mise en place d'un plan de formation concernant la CSU notamment aux niveaux périphériques, élabore et alimente en information les indicateurs de suivi de la mise en œuvre de la CSU, articulés avec de la SNPS, assure le suivi/évaluation des plans opérationnels annuels; enfin élabore le 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.

La CIC-CSU est structurée comme suivi :



La Coordination Générale est constituée d'un Coordonnateur et d'un Coordonnateur adjoint

L'administration est constituée d'un Administrateur-gestionnaire et d'une secrétaire

Le département « Protection contre les risques financiers couvre les actions de l'axe stratégique 1. Il est placé sous la responsabilité du cadre détaché du Ministère de la Fonction publique, de l'Emploi, Chargé du Dialogue social

Le département « Offre de services de santé de qualité » couvre les actions de l'axe stratégique 2 et de l'axe stratégique 3. Il est placé sous la responsabilité du cadre détaché du Ministère de la Santé Publique

Le département « Déterminants sociaux » couvre les actions de l'axe stratégique 4 et de l'axe stratégique 5. Il est placé sous la responsabilité du cadre détaché du Ministère de la Femme, de la Famille et de la Solidarité Nationale

Le département « Financement de la CSU » couvre les actions de l'axe stratégique 6. Il est placé sous la responsabilité du cadre détaché du Ministère des Finances et du Budget

Le département « Suivi, évaluation et prospective » est transversal et s'intéresse au suivi de la CSU. Il est placé sous la responsabilité du cadre détaché du Ministère de l'Economie et de la Planification du Développement.

La mise en œuvre ou opérationnalisation de la SN-CSU induit par conséquent que soit élaboré un **Plan National Stratégique de Mise en Œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle (PNS-CSU)**. L'objectif d'un tel PNS-CSU est d'assurer l'opérationnalisation de la Stratégie Nationale sur la Couverture Sanitaire Universelle (SN-CSU). Il a été retenu que ce PNS-CSU porterait sur la période 2017 – 2019.

C'est l'objet du présent document.

Ce PNS-CSU a été élaboré sous la responsabilité de la Cellule Interministérielle de Coordination de la mise en œuvre de la CSU, avec l'implication des différents acteurs concernés par la CSU. Il ne s'agit donc pas du Plan Stratégique National de la CIC-CSU mais du Plan Stratégique Nationale du pays pour la mise en œuvre de sa SN-CSU.

Partie II

Modalités d'élaboration de ce PNS-CSU

Rappelons que la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle (SN-CSU) a été adoptée le 3 septembre 2015.

L'arrêté interministériel 003/PR/PM/2016 du 12 janvier 2016 portant création d'un cadre institutionnel de coordination pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle a établi trois instances :

- Le Haut Comité Interministériel de la SN-CSU, chargé d'orienter, de coordonner et de prendre les décisions stratégiques en matière de couverture sanitaire universelle
- Le Comité Technique de Suivi, chargé de valider le travail de la Cellule Interministérielle de Coordination de la SN-CSU
- La Cellule Interministérielle de Coordination de la SN-CSU, chargée d'impulser les actions et activités nécessaires à la mise en œuvre de la CSU et d'en assurer le suivi.

La CIC-SNCSU a été réellement effective à partir d'avril 2016. Elle a alors immédiatement mis en chantier l'élaboration du présent Plan National Stratégique pour la mise en œuvre de la CSU. Ce Plan identifie toutes les actions qui devront être mises en place pour une mise en œuvre effective et coordonnée de la CSU.

Afin de mener à bien sa tâche, la CIC-SNCSU a :

- bénéficié de l'appui perlé d'un consultant international ainsi que de divers appuis des partenaires au développement ;
- organisé différentes rencontres ; notamment l'atelier des 16 et 17 juin 2016 dont l'objectif était d'impliquer les principaux acteurs de la CSU dans l'élaboration de ce Plan stratégique
- organisé un atelier avec le Comité Technique de Suivi, élargi à certaines personnes-ressources, les 10, 11 et 12 octobre 2016 afin de finaliser la rédaction de ce Plan et de le valider techniquement .

Afin de préparer la Réunion de mobilisation des Ressource pour la mise en œuvre de la CSU, le CIC-SNCSU a travaillé en étroite collaboration avec le réseau P4H au niveau mondial.

Le Plan National Stratégique 2017-2019 de la CSU vise globalement à contribuer à l'atteinte de la couverture sanitaire universelle. Ce Plan permettra de rendre opérationnelle la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle, laquelle affirme la vision de la Couverture

Sanitaire Universelle. Ainsi, la Couverture Sanitaire Universelle est un but à atteindre de la protection sociale en santé dont les dimensions sont :

- Que la population ait accès à des services de santé de qualité
- En évitant de placer l'individu et sa famille dans une situation financière et humaine difficile
- Mais aussi de protéger la population contre les risques ayant une incidence sur sa santé
- Avec une attention toute particulière pour la population la plus défavorisée (équité, solidarité)

Cette vision est basée sur un certain nombre de valeurs :

- **Solidarité.** Les mécanismes de partage des risques et de mise en commun des ressources sont fondés sur les valeurs de solidarité et d'entraide mutuelle afin que les bien-portants contribuent au financement de la prise en charge des malades, les catégories sociales les plus aisées contribuent au financement de la prise en charge des services de santé au bénéfice des catégories les plus pauvres ;
- **Équité.** L'équité va servir de principe de base pour assurer l'inclusion sociale des indigents et des groupes vulnérables et l'équité d'accès aux soins. La progressivité dans le financement de la santé va être assurée avec le développement de systèmes d'information permettant de graduer les cotisations sur la base de la capacité des ménages à payer pour les soins de santé ;
- **Qualité.** Le paquet minimum de services garantis dans le cadre de la CSU est conçu pour répondre aux standards de qualité. Les services de santé du paquet minimum sont identifiés pour répondre aux besoins et préférences des populations, contribuer à une meilleure santé des bénéficiaires, et protéger les ménages contre les risques financiers associés à la maladie.
- **Efficienc**e. Les ressources de la CSU de base sont utilisées pour assurer des services de qualité aux bénéficiaires à travers l'alignement des modalités de paiement des prestataires sur la prestation de services de santé de qualité, le renforcement de la pyramide sanitaire et la minimisation des fuites et des charges administratives ;
- **Bonne gouvernance.** Les relations entre les acteurs sont fondées sur la transparence, la Redevabilité et le leadership à plusieurs niveaux pour soutenir la confiance entre les acteurs et en respectant l'autonomie, la responsabilisation et la participation des acteurs ;
- **Partenariat.** Le partenariat entre l'Etat, les Collectivités Locales, les Communautés de Base et la Société Civile dans les efforts vers la CSU de base est soutenu par les principes de solidarité. Les valeurs et principes de base ci-dessus vont guider la conception, la mise en œuvre, l'évaluation et l'adaptation cumulative des systèmes et des mécanismes de financement et de couverture du risque maladie sur la base des expériences pour assurer la pérennité financière et institutionnelle des

améliorations de l'accessibilité, de la protection financière dans la santé et de l'état de santé des populations employées dans le secteur informel et rural.

Le présent Plan National Stratégique est basé sur les axes stratégiques de la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle et décliné en plusieurs **actions** prioritaires.

La notion d'action est donc au centre de ce Plan Stratégique

Définitions

Une action peut être définie ainsi : « c'est ce que l'on veut mettre en place pour atteindre un objectif donné »

Par exemple : « Amélioration de l'accueil dans les formations sanitaires »

L'action ne doit pas être confondue avec l'activité : c'est ce qui doit être fait pour que l'action atteigne ses résultats.

Ainsi, la réalisation de cette action entraînera peut-être plusieurs activités : 1. « formation à l'accueil pour les personnels de ces formations sanitaires », 2. « Evaluation de cet accueil lors de la supervision », et, 3. « Enquête, sur ce point, auprès des usagers des formations sanitaires » .

Les activités ne seront pas définies au niveau du PSN-CSU ; elles devront l'être par contre au niveau des Plans Opérationnels.

Rappelons que ces six (06) axes stratégiques sont les suivants :

- 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 en compte les souhaits de la population ;
- AXE 6. Mobiliser les ressources financières pour la couverture universelle.

Il sera appelé Plan Stratégique National de mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle (PSN-CSU) et porte sur la période 2017-2019. C'est un plan triennal glissant, à savoir qu'il sera révisé chaque année. Son opérationnalisation fera l'objet de Plans opérationnels annuels qui définiront les activités qui seront menées au cours de l'année considérée.

En résumé, la démarche du Tchad est la suivante :

Etape 1 : Le Tchad a élaboré sa SN-CSU qui a été validée le 3 septembre 2015 ;

Etape 2 : Le Tchad a élaboré son Plan Stratégique national CSU basé sur les actions à mener pour atteindre un objectif donné : il s'agit du présent document ;

Etape 3 : Sur la base de son Plan Stratégique National – CSU, le Tchad a réuni ses PTFs pour leur demander de se positionner par rapport aux actions définies dans ce Plan

Stratégique et d'indiquer leur disponibilité à affecter des ressources pour la réalisation de ces actions. Cette réunion de positionnement et de mobilisation des ressources se sera tenue les 6 et 7 décembre 2016 ;

Etape 4 : Sur la base de ces positionnements, l'administration tchadienne se rapprochera des PTFs pour élaborer avec eux les Plans opérationnels annuels définissant les activités à mener ainsi que leur budgétisation.

Articulation entre le Plan Stratégique National pour la mise en œuvre de la CSU et le Plan Quinquennal de Développement 2016 – 2020

La « *vision 2030, le Tchad que nous voulons* » dont le Plan Quinquennal de Développement 2016-2020 est la traduction s'inscrit parfaitement dans la logique de la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle et du Plan Stratégique National pour la mise en œuvre de la CSU. Comme le Plan Quinquennal de Développement, la Couverture Sanitaire universelle vise à ce que tous les tchadiens aient un accès aux services sociaux de base.

Plus particulièrement, le Plan Stratégique National pour la mise en œuvre de la CSU est en phase avec l'axe 4 intitulé « *L'amélioration de la qualité de vie de la population tchadienne* », et, notamment :

- Impact 4.1 : *Les ressources naturelles sont préservées et l'environnement est assaini* où sont abordées les questions de l'eau, du drainage, de l'assainissement et de la salubrité, ainsi que la lutte contre la pollution qui sont autant de déterminants de la santé qui sont développés dans le Plan Stratégique National pour la CSU ;
- Impact 4.2 : *L'état de santé des populations est amélioré, dans lequel il est indiqué la nécessité de « améliorer l'offre de services de santé de qualité » et de « mettre en œuvre la couverture sanitaire universelle »* qui constitue aussi un élément important du Plan Stratégique National pour la CSU

Cependant, le Plan Quinquennal de Développement, parce qu'il s'agit d'un plan national couvrant l'ensemble des secteurs, ne peut pas aller dans les détails pour chacun des secteurs et domaines. Aussi, le Plan Stratégique National pour la CSU doit-il être considéré comme un document qui vient compléter et approfondir le Plan Quinquennal de Développement sur un domaine en particulier -celui de la Couverture Sanitaire Universelle- avec sa spécificité de l'intersectorialité qui constitue l'originalité de la CSU.

AXE STRATEGIQUE I : Développer les mécanismes contre les risques financiers

Il s'agit de protéger, autant que faire se peut, les individus et leur famille contre les risques financiers qu'ils encourent lorsqu'ils s'adressent aux services de santé. Toutefois, la formulation de cet axe 1 met davantage l'accent sur les moyens que sur l'objectif à atteindre, lequel sera donc formulé ainsi « Réduire les barrières financières de l'accès aux soins ».

Trois groupes d'actions ont été retenus : ces groupes sont largement séquentiels.

GROUPE 1 : ELABORATION ET MISE EN PLACE DU DISPOSITIF D'ASSURANCE SANTE (DAS)

Dans ce groupe 1, les actions suivantes ont été retenues :

Action 1 : Elaboration et validation du Dispositif d'Assurance santé

Aujourd'hui, malgré les efforts de l'Etat, avec l'appui de ses PTFs, l'accès aux soins de santé n'est pas gratuit : les formations sanitaires demandent aux usagers de payer pour avoir accès à certains soins. Les conséquences sont que soit les populations renoncent à se soigner parce qu'elles ne peuvent pas faire face à la dépense soit font face à des dépenses qui peuvent s'avérer catastrophiques et pousser les populations les plus pauvres dans la pauvreté.

Certes, le Gouvernement a mis en place des mécanismes de gratuité, notamment :

- *Gratuité de soins basée sur certaines activités préventives et curatives au niveau des Centres de santé.* Elle a été instaurée pour réduire les inégalités et faciliter l'accès à des problèmes de santé spécifiques : CPN, accouchements normaux, PTME, antipaludéens, ARV, et la gratuité ciblée des femmes enceintes et enfants de 0 à 5 ans. Cette gratuité est généralement mise en place dans le cadre de programmes verticaux ;
- *Gratuité des soins d'urgences chirurgicales, obstétricales et médicales.* La gratuité des soins d'urgences chirurgicales, obstétricales et médicales, a été introduite en 2008 dans les hôpitaux.

A l'avenir, le Tchad souhaite limiter le recours à ces mécanismes de gratuité. Seules certaines gratuités pourraient être maintenues correspondant à des problèmes de santé spécifiques et faisant l'objet de financements particuliers au travers de programmes verticaux : ARV, Tuberculose, etc.

Objectif : le Tchad souhaite que le paiement des prestataires de services de santé n'ait pas d'incidence sur les populations, en les amenant soit à renoncer à se soigner soit à faire face à des dépenses potentiellement catastrophiques.

Stratégie : l'outil permettant de concilier paiement des prestataires et non incidence néfaste pour les populations consiste à recourir à l'**Assurance**, c'est-à-dire à mettre en place des mécanismes de prépaiement avec un esprit de solidarité et de mutualisation des risques. Tout le monde doit donc, à très court terme, être affilié à un régime d'assurance.

A terme, tout tchadien doit être couvert par une assurance qui prendra en charge les paiements demandés par le prestataire de services de santé de sorte qu'il ne subisse pas les effets de ce

paiement demandé. La modalité de cette prise en charge est le « Tiers-payant », à savoir que c'est l'assurance qui rembourse directement le prestataire de services de santé (l'utilisateur n'ayant ainsi pas à faire l'avance de la dépense). Toutefois, cette prise en charge par l'assurance ne sera pas totale : une partie du tarif demandé demeurera à la charge de l'utilisateur : ce que l'on appelle le ticket modérateur ou co-paiement. Celui-ci sera différent selon le niveau de la pyramide sanitaire (nul au niveau CS et s'élevant progressivement au fur et à mesure que l'on monte dans la pyramide sanitaire). Ce co-paiement pourra en outre être différent selon les items du panier de soins pris en charge.

La population du Tchad est rangée en trois catégories :

- Catégorie 1 : La population pour laquelle on peut exiger qu'elle soit couverte par une assurance *Santé*. Cette population est celle du secteur formel privé et de la fonction publique. Cette population sera amenée à cotiser obligatoirement à une instance d'assurance (employeur et employé) ;
- Catégorie 2 : La population qui dispose de revenus, certes modestes, mais qui est en capacité de payer une cotisation d'assurance ; il est cependant difficile, au moins aujourd'hui, de rendre cette cotisation obligatoire pour cette population. Ce secteur « semi-formel » est aujourd'hui la cible des mutuelles de santé, mais aussi d'assurances privées (en nombre limité) ;
- Catégorie 3 : Une population pauvre, voire extrêmement pauvre, qui n'a pas les moyens de payer une cotisation pour accéder à une assurance santé. Il s'agit donc de la population « **affiliable** » par prise en charge, avec éventuellement une participation symbolique de sa part ;

Ainsi, seront créés trois régimes :

- Régime 1 : L'assurance Santé Obligatoire pour le secteur formel (fonctionnaires et entreprises) ;
- Régime 2 : L'assurance Santé Volontaire pour le secteur semi-formel
- Régime 3 : L'assurance Santé par prise en charge des personnes pauvres

La question de la gestion de ces trois régimes est encore ouverte : seront-ils autonomes ou gérés par une seule instance ? Plusieurs options sont possibles.

Ce sont sur ces bases que la Tchad souhaite construire son dispositif d'assurance santé. Il y a encore beaucoup de points sur lesquels des décisions doivent être prises. C'est le but de cette action 1.

Une fois qu'il aura été techniquement établi, ce dispositif d'assurance santé devra être officiellement validé par le Gouvernement et présenté aux représentants de la population notamment à l'Assemblée Nationale.

Action 2 : Elaboration des textes juridiques permettant l'opérationnalisation du DAS

Une fois le dispositif DAS arrêté et validé, celui-ci doit être consacré dans des textes juridiques.

Il s'agira alors d'arrêter une stratégie : faut-il passer par l'élaboration d'une loi suivie de décrets d'application ou au contraire de commencer par un décret qui pourra ensuite être repris dans une loi ? La prise en compte des contraintes de temps est importante dans le choix qui sera retenu.

Une fois que la stratégie aura été retenue, il faut rédiger les textes correspondants. Il est suggéré que, pour préparer ces textes, une Commission interministérielle (les 5 ministères impliqués dans la CSU, Primature, Présidence, Assemblée Nationale) soit instituée dont la mission sera de conduire l'élaboration de ces textes et leur adoption. Cette Commission pourra être appuyée par une expertise spécifique.

Action 3 : Mise en place de toutes les instances prévues dans les textes juridiques

Une fois les textes adoptés, il faut mettre en place les instances qui auront été retenues : création de ces instances, nomination de leurs dirigeants, modalités de fonctionnement, établissement de leur budget de fonctionnement, etc.

A cette étape, il sera important de définir le phasage de la mise en place de ces instances sur le territoire national.

Action 4 : Développement des Mutuelles de santé

Dans le cadre du DAS, les mutuelles de santé auront une place importante. Ces mutuelles existent déjà mais restent encore peu nombreuses. Il faudra veiller à leur développement, dans la logique de la stratégie récemment adoptée : Memorandum « Appui à la promotion des mutuelles de santé au sud du Tchad » entre la Coopération Suisse et le Ministère de l'Economie et de la Planification du Développement, signé le 29 juillet 2010. Il convient également d'étendre le développement des mutuelles à l'échelle nationale en fonction des capacités et des dispositifs institutionnels existants et de mettre en place des Fédérations ou Unions de ces mutuelles afin d'harmoniser leurs pratiques.

GROUPE 2 : MISE EN PLACE DES MODALITES DE FONCTIONNEMENT DES INSTANCES DU DAS

Une fois que les étapes ci-dessus auront été franchies, il faudra que les instances mises en place entrent en négociations avec l'offre de services de santé (à savoir le Ministère de la Santé Publique) et avec les représentants des prestataires privés de services de santé. Les actions suivantes doivent être conduites :

Action 5 : Définition du paquet de soins pris en charge par les mécanismes d'assurances et des tarifs y afférant

Cette négociation entre les deux parties prenantes portera sur les points suivants :

- Il faudra définir le paquet de soins qui sera pris en charge au niveau de chacun des mécanismes d'assurance retenus dans le DAS, avec une question importante à trancher : est-ce que ce paquet doit être identique pour chacun des mécanismes ou peut-il y avoir des différences, au risque de créer des inégalités ;
- Il faudra ensuite s'entendre sur les tarifs qui sont retenus pour servir de base à la prise en charge ;
- Il faudra également décider s'il y a co-paiement, c'est-à-dire si la population doit s'acquitter d'un ticket modérateur ou si la prise en charge est à 100% ;

- Enfin, il faudra définir les modalités de cette prise en charge par l'assurance : tiers-payant ou autres modalités.

Action 6 : Elaboration des mécanismes de ciblage des personnes bénéficiaires de la Caisse de Solidarité Nationale

Les personnes qui relèveront de la Régime de Solidarité Nationale doivent être identifiées. Il conviendra de rechercher le mécanisme à la fois le plus efficace et le moins coûteux. Il conviendra de travailler ici en étroite collaboration avec la SNPS qui procède aussi à ce type de ciblage, mais également d'impliquer les mairies dans cette tâche : si cette solution était retenue, il faudrait élaborer un texte juridique stipulant que cette tâche relève des mairies.

Action 7 : Elaboration des mécanismes organisant la relation entre les mécanismes d'assurance et les prestataires de services de santé

Les mécanismes d'assurance qui auront été mis en place doivent nécessairement développer des relations avec l'offre de services de santé ; Ces relations seront basées sur une réglementation qui s'imposera à tous les mécanismes d'assurance ou bien préférera-t-on passer par la contractualisation. Si la deuxième option est retenue, il s'agira ici d'arrêter une stratégie pour l'établissement de ces relations contractuelles : doivent-elles être développées avec chaque prestataire de services de santé ou au travers de conventions-cadre pour tous les prestataires ou par groupe de prestataires ?

GROUPE 3 : MESURES D'ACCOMPAGNEMENT

Enfin, afin d'accompagner toutes ces actions, l'action suivante devra être conduite :

Action 8 : Mise en place d'un plan de formation pour les acteurs (mécanismes d'assurance et prestataires) chargés la mise en œuvre du DAS

Toutes les parties prenantes au dispositif DAS, mais aussi les populations et leurs représentants, devront être tout d'abord informés et, pour une partie d'entre eux, formés.

La mise en place de l'ensemble des actions prévues dans cet axe stratégique prendront sans doute plusieurs années. Mais il est important de s'engager sur cette voie dès à présent. Le rythme d'évolution de cette mise en œuvre dépendra aussi des moyens financiers qui pourront être mobilisés, notamment des moyens tchadiens : cf. axe stratégique 6 ci-dessous.

AXE STRATEGIQUE I : Développer les mécanismes contre les risques financiers

N°	ACTIONS A MENER	Indicateur Objectivement Vérifiable	RESPONSABLES	TYPE D'APPUI
1	Elaboration et validation du Dispositif d'Assurance santé	Document disponible et validé	CIC-CSU et les 5 ministères concernés, sous la Présidence du PM	Afin d'assurer la cohérence de ces actions, il serait souhaitable de disposer d'un seul appui technique et financier un PTF pour ces trois actions
2	Elaboration des textes juridiques permettant l'opérationnalisation du DAS	Textes juridiques (loi et décrets) adopté et en vigueur	CIC-CSU et les ministères concernés	
3.	Mise en place de toutes les instances prévues dans les textes juridiques	Nominations : CA, DG	MSP, MFPE, Instances du DAS	
4	Développement des mutuelles de santé	- Nombre d'adhérents aux mutuelles -Taux de couverture par les mutuelles	MSP, MFPE MFFSN, communautés, ONGs	Appui des PTFS pour la mise en place de nouvelles mutuelles de santé
5	Définition du paquet de soins pris en charge par les mécanismes d'assurances et des tarifs y afférant	Paquets de soins définis Tarifs officiels établis	MSP, Caisses et prestataires privés	Etude sur les options possibles

6	Elaboration des mécanismes de ciblage des personnes bénéficiaires de la Caisse de Solidarité Nationale	<ul style="list-style-type: none"> - existence des mécanismes de ciblage et d'identification - Nombre d'indigents identifiés et pris en charge 	MSP, MFFSN	Assistance technique de court terme
7	Elaboration des mécanismes organisant la relation entre les mécanismes d'assurance et les prestataires de services de santé	Modèles de contrats établis	MSP, instances du DAS	Assistance technique sur la contractualisation
8	Elaboration d'un plan de formation pour les acteurs (mécanismes d'assurance et prestataires) chargés la mise en œuvre du DAS	Modules de formation établis Nombre des personnes formées	Coordination des divisions de formation concernées, CIC-CSU	Appui technique

AXE STRATEGIQUE 2 : Utiliser les ressources plus efficacement et équitablement

Dans la SN-CSU, l'axe stratégique 2 est intitulé « **Utiliser les ressources plus efficacement et équitablement** ». Afin d'être plus concret et opérationnel, il convient de préciser ce qui est attendu au niveau de cet axe 2. Dans l'axe 1, l'objectif est que l'individu ait le moins à faire face à des barrières financières pour accéder à des soins. Dans l'axe 2, l'individu souhaite trouver en face de lui :

- une offre effective de services de santé de qualité de proximité;
- une offre diversifiée qui permet le choix aux populations ;
- une offre de services de santé (publique et privée) dans laquelle il a confiance et qui n'abusera pas de lui

Cet axe stratégique concerne presque exclusivement le MSP et par conséquent de nombreuses actions sont prises en compte dans le PNDS 2013-2015 et seront prises en compte dans le futur PNDS du MSP. On ne les reprendra donc pas ici, mais il convient de rappeler que les actions qui visent à mieux couvrir le territoire en formations sanitaires (notamment de premier niveau), à doter ces formations en personnels en nombre suffisant et de qualité, à rendre disponible le médicament dans toutes les formations sanitaires, contribuent à la couverture sanitaire universelle. Les actions qui sont déjà prévues au niveau du PNDS du MSP sont nombreuses. Du PNDS 2013-2015, on retiendra les actions suivantes :

- *Action 1 : Mettre aux normes de qualité les formations sanitaires existantes en matière de personnels et d'équipement ;*
- *Action 2 : Poursuivre l'implantation des formations sanitaires selon la carte sanitaire afin d'assurer une couverture du territoire la meilleure possible ;*
- *Action 3 : Poursuivre le recrutement et la mise en place des ressources humaines de qualité dans les formations sanitaires ;*
- *Action 4 : Rendre disponible en permanence les médicaments de qualité dans toutes les structures sanitaires.*

L'individu est au centre de la CSU. Il s'agit de considérer les actions sur l'offre de services de santé qui ont un impact sur la protection des individus. Le système de santé est au cœur du PNDS : au contraire, au niveau de la CSU, le système de santé est au service de l'individu.

On retiendra, dans ce Plan, des actions qui ne sont pas réellement ou insuffisamment prévues dans le PNDS et qui le compléteront :

Action 1 : Amélioration de l'accueil et de l'écoute du patient dans les formations sanitaires

Les populations sont très sensibles à l'accueil qui leur est fait dans les formations sanitaires. Nombreux sont les exemples où ces populations se plaignent de cet accueil par les personnels soignants et non soignants. C'est ce qui est généralement appelé

« humanisation des soins ». Il conviendra donc d'identifier et de mettre en place les moyens de cette amélioration. Il faudra donc former chaque personnel à l'accueil des patients ; mais il faudra aussi s'assurer des moyens par lesquels faire respecter ces apprentissages.

Etre bien accueilli ne suffit cependant pas. Le patient veut aussi être écouté. Cela signifie que les professionnels doivent être à l'écoute de leur patient et ne pas simplement être celui qui sait. Le patient doit pouvoir exprimer ses craintes, exprimer ses souhaits. Le personnel de santé ne doit pas être une machine à soigner. Cette dimension doit aussi être renforcée au niveau des formations sanitaires.

La formation à l'accueil doit en outre figurer en bonne place dans les programmes de formation dans toutes les écoles de santé et les facultés de médecine. Il faut donc élaborer les modules de formation et s'assurer de leur inclusion dans les programmes de formation. Il est également important que ces notions d'accueil soient prises en compte au moment des stages de formation dans les formations sanitaires, et fassent partie de l'évaluation des stages.

Action 2 : Poursuite de la mise en œuvre du Financement Basé sur les résultats (FBR) en mettant l'accent sur les indicateurs de qualité

Les populations sont sensibles à la qualité des soins. De plus en plus, le FBR met l'accent sur cette qualité des soins et va ainsi dans le sens du souhait des populations. Il est important que les critères de mesure de la qualité des soins correspondent le mieux possible aux souhaits des populations et que, par conséquent, les populations soient impliquées dans l'identification de ces critères de qualité.

Action 3 : Réduction de l'engorgement des hôpitaux en faisant respecter le système de référence/contre-référence

Les populations sont souvent victimes de l'engorgement des hôpitaux. Les causes en sont nombreuses : insuffisance des personnels, non-respect du système de référence/contre-référence notamment. Il faut montrer à ces populations, et ce n'est pas toujours facile, que le respect de ce système est à leur avantage. Il est ainsi souhaitable que le respect de ce système de référence /contre-référence fasse partie des indicateurs retenus dans le FBR.

Action 4 : Lutte contre le marché illicite des médicaments dans la rue

Ce sujet est délicat ; d'un côté, les services de santé sont conscients des effets néfastes de la vente de médicaments dans la rue ; mais d'un autre côté, les populations n'y sont pas si hostiles et décident d'y recourir. Ainsi, l'interdiction, qui de toutes les façons est difficile à faire respecter, n'est pas nécessairement ce qui est attendu par les populations. Elles souhaitent plutôt que ce marché soit « encadré » afin que les abus les plus manifestes soient évités. Il conviendra de rechercher les moyens de mieux impliquer les populations dans la lutte contre les abus de ce marché.

Action 5 : Donner vie à la décentralisation dans le domaine de la santé et de ses déterminants, notamment les communes, dont les élus sont des représentants des populations

La Loi 33 (2006) parle du transfert de compétences en matière de santé entre le MSP et les municipalités. En l'absence de décrets d'application de cette Loi, la Mairie de N'Djamena a élaboré un Protocole d'Entente entre le MSP et la Mairie afin d'étendre et d'approfondir la coopération en matière de santé. IL permettra de faire progresser, grâce à des activités conjointes, l'échange d'expérience dans le but de favoriser la qualité de vie et la santé des populations. Sur la base de cette expérience en cours, il s'agira d'examiner son extension à d'autres communes.

Par ailleurs, il faudra aussi tenir compte de l'évolution en cours de discussion, depuis la dernière élection présidentielle, vers un Etat fédéral. Ce fédéralisme aurait indéniablement des incidences sur la mise en place de la couverture sanitaire universelle.

Action 6 : Implication des populations (au travers des communes) dans l'élaboration de la carte sanitaire et la gestion des formations sanitaires

Une des actions du Protocole d'Entente ci-dessus concerne une meilleure implication des populations dans l'élaboration de la carte sanitaire et dans la gestion des formations sanitaires notamment des centres de santé et des hôpitaux de district. Il est ainsi envisagé que la mairie soit représentée à ce niveau afin de mieux faire prévaloir les souhaits des populations.

Action 7 : Mise en place les agents de santé communautaire

Les agents de santé communautaire sont des relais importants entre la communauté et les services de santé. Proches des populations, ils en connaissent bien les besoins. Il s'agira ici de renforcer la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC : 2015-2018).

Action 8 : Initialisation du développement des réseaux de soins

La création des réseaux de soins permettra d'assurer la continuité des soins. La *continuité* des soins est l'un des éléments clés de la qualité des services. Elle désigne la façon selon laquelle un patient perçoit la série de services qu'il reçoit, comme une succession d'événements connexes, cohérents et compatibles avec ses besoins et sa situation personnelle. La *fragmentation* des services de santé ainsi que le manque de *coordination* entre professionnels entraînent une rupture de ce continuum des soins.

La continuité des soins traduit la prise en charge des malades depuis le premier recours jusqu'aux soins spécialisés dont ils ont besoin. Une organisation et coordination de ce système de continuum est nécessaire au sein du système de santé pour réduire les temps perdus de recherche de soins les plus adaptés à chaque cas de maladie et aussi

accélérer la prise en charge par des personnels soignants qui sont bien informés sur chaque cas. L'efficacité de cette continuité des soins est importante pour la satisfaction du patient. L'objectif consiste à mieux coordonner la chaîne des intervenants autour du patient. Le Tchad, afin d'apporter une meilleure prise en charge globale du patient, devra progressivement mettre en place des réseaux de soins.

Action 9 : Contrôle du secteur privé, y compris les tradipraticiens, afin d'éviter les abus préjudiciables à la population

Si le secteur privé apporte majoritairement à la population des soins de santé dans lesquelles les populations ont confiance, il est aussi des cas où malheureusement certains praticiens abusent des populations. L'inspection régulière de ces praticiens doit être renforcée. Afin d'être efficace, cette inspection doit s'appuyer sur les organes représentatifs de ces praticiens (Ordres, Associations, Syndicats, etc.), mais aussi sur les populations en mettant en place un dispositif permettant de recueillir les plaintes.

Action 10 : Obligation de tous les prestataires (publics comme privés) à mieux collaborer avec les ONG/Associations et le monde scolaire

De nombreuses associations ont un impact important sur la santé des populations : ces associations mènent des actions qui sont bénéfiques à la santé. De même, le monde scolaire est un facteur important pour la santé de la population, notamment au travers des activités de sensibilisations.

Cependant, ces différents acteurs ne disposent pas toujours de compétences techniques suffisantes pour mener efficacement leurs actions. Il convient donc de s'assurer que les prestataires de services de santé, publics comme privés, viennent en appui à ces acteurs. Cette collaboration doit être renforcée.

Action 11 : Amélioration de la collaboration avec les syndicats afin d'éviter la rupture du service

Le cadre de dialogue Social (CDS) entre les corporations des professionnels de la santé mis en place par le patronat sera mis à contribution pour assurer la continuité des services et des soins. Les syndicats de personnels de santé doivent être en mesure de défendre au mieux les personnels de santé. Toutefois, compte tenu de la spécificité de la santé, ils ne doivent pas être des freins au fonctionnement régulier des services de santé. Il faut ainsi élaborer des mécanismes, qui préviennent, autant que faire se peut, cette non-continuité du fonctionnement des formations sanitaires. Deux stratégies peuvent être invoquées. La première s'appuie sur des mécanismes de réquisitions : il s'agit alors de disposer d'un texte réglementaire qui encadre la réquisition des personnels dans les formations sanitaires. Mais il est possible aussi d'envisager de recourir à la concertation : là encore des textes doivent encadrer cette concertation.

Action 12 : Amélioration de l'intégration des agents sociaux dans les services de santé

A l'instar des agents de santé communautaire, les agents sociaux doivent prendre en compte les besoins des populations, notamment les plus défavorisées. Au travers d'institutions sociales spécifiques, ils peuvent conseiller et orienter les populations. Lorsqu'ils sont positionnés dans les formations sanitaires, la place de ces agents sociaux doit être bien définie et acceptée par le monde médical.

AXE II: UTILISER LES RESSOURCES PLUS EFFICACEMENT ET EQUITABLEMENT

N°	ACTIONS A MENER	Indicateurs Objectivement Vérifiables	RESPONSABLES	TYPE D'APPUI
1.	Amélioration de l'accueil et de l'écoute du patient dans les formations sanitaires	Existence de matériaux de formation Nombre de formations à l'accueil réalisées Nombre de malades satisfaits (enquête) Insertion dans les Curricula des écoles et facultés réalisée	MSP, Prestataires privés	Assistance technique pour l'élaboration des modules de formation (la même pour les deux actions)
2.	Poursuite de la mise en œuvre du FBR en mettant l'accent sur les indicateurs de qualité	Prise en compte de la qualité dans les indicateurs FBR	MSP	A déterminer avec les PTFs apportant leur appui au FBR

3	Réduction de l'engorgement des hôpitaux	Création d'un indicateur d'engorgement des hôpitaux Nombre de références non pertinentes	MSP (y compris les hôpitaux)	
4	Lutte contre le marché illicite des médicaments dans la rue	Quantité de médicament saisis et détruits	MSP, Ordre des Pharmaciens	
5	Donner vie à la décentralisation dans le domaine de la santé et de ses déterminants	Nombre de protocoles d'entente signés et mis en œuvre entre le MSP et les communes Nombre d'agents de santé communautaires	MSP, Mairie de N'Djamena, MATGL	Compléments au PSUN dans le cadre du Protocole d'entente
6	Implication des populations (au travers des communes) dans l'élaboration de la carte sanitaire et la gestion des formations sanitaires	Nombre de structures de cogestion comprenant des représentants de la commune Nombre de cartes sanitaires élaborées avec les communes Textes sur les COSAN révisés	MSP, Mairie de N'Djamena, MATGL	Compléments au PSUN dans le cadre du Protocole d'entente
7	Mise en place les agents de santé communautaire	Nombre de villages disposant d'agents de santé communautaire	MSP, Mairie	
8	Initialisation du développement des réseaux de soins	Nombre de réseaux de soins existants	MSP	Etude sur la faisabilité et sur la définition des domaines

9	Contrôle du secteur privé, y compris les tradipraticiens, afin d'éviter les abus préjudiciables à la population	Existence de textes normatifs réglementant le secteur % des tradipraticiens du secteur Privé enregistrés et contrôlés	MSP, Mairie	
10	Amener tous les prestataires (publics comme privés) à mieux collaborer avec les ONG/Associations et le monde scolaire	% des prestataires publics, privés qui ont signé un contrat de collaboration les ONGs/Associations et le monde scolaire	MSP, Secteur privé, société civile	Appui en matière de contractualisation
11	Amélioration de la collaboration avec les syndicats afin d'éviter la rupture du service	Nombre de réunions tenues avec les responsables des syndicats afin d'éviter la rupture de service	MSP, MFPE	
12	Amélioration de l'intégration des agents sociaux dans les services de santé		MSP, MFFSN	

AXE STRATEGIQUE 3 : Favoriser le partenariat public-privé pour renforcer l'offre de services de santé

Le partenariat public – privé peut être vu de diverses manières. Au niveau de la Couverture Sanitaire Universelle, il s'agit d'envisager l'intérêt que les populations peuvent tirer de ce partenariat :

- Le partenariat peut tout d'abord être vu sous l'angle de la diversification de l'offre de services de santé. Pour la population, il est important d'avoir en face d'elle plusieurs opportunités de soins qui lui permet, autant que faire se peut, un choix du prestataire qui lui convient le mieux pour des raisons qui leur sont propres ;
- La population sera sensible au fait d'avoir en face d'elle des prestataires de services de santé publics et privés qui collaborent entre eux pour lui apporter la meilleure offre possible ;
- La population est intéressée de voir que les prestataires de services de santé, publics comme privés, collaborent avec les mécanismes d'assurance qu'ils soient privés (mutuelles de santé) ou publics (caisses publiques à créer (cf. axe 1)). Ceci particulièrement important pour la mise en place du tiers-payant qui est un choix important de la SN-CSU.

Afin d'arriver à ces résultats, on mettra en place les actions suivantes :

Action 1 : Faciliter le développement du secteur privé à but lucratif et non lucratif en harmonie avec le secteur public

Aujourd'hui, comme cela est stipulé dans la Politique Nationale de Santé, le secteur privé a toute latitude pour se développer. Toutefois, il s'agira de mettre en place des mesures incitatives à ce développement : facilitation à l'installation, exonérations diverses, détachement de personnels du secteur public, accès aux formations organisées par le secteur public, etc. Ainsi, plus le secteur privé sera diversifié, plus la population aura un choix qui correspondra au mieux à ses besoins.

Mais il faut aussi veiller à ce que ce développement se fasse en harmonie avec le secteur public. Ainsi, il s'agit de renforcer les mécanismes qui évitent des concurrences inutiles et coûteuses : par exemple, une carte sanitaire rigoureuse, englobant public et privé, doit permettre d'éviter une offre surabondante à certains endroits et insuffisante à d'autres endroits.

Action 2 : Amener le secteur privé à mieux collaborer à la mise en œuvre de la mission de service public

Comme l'indique la Politique Nationale de Contractualisation, le Ministère de la Santé Publique peut promouvoir différentes formes de contractualisation qui permettront de mettre en place ces collaborations :

- **contrats de collaboration** avec certaines de ces formations sanitaires pour la réalisation concertée de certaines activités de santé publique : campagne de vaccination, lutte contre le paludisme, dépistage du VIH-SIDA, suivi de la femme enceinte, etc. Ces contrats viseront à mettre en commun les approches de santé publique de sorte à faire sortir les formations sanitaires privées à but lucratif de leur approche souvent trop ciblée sur le curatif ;
- **contrats portant sur l'encadrement de certains tarifs** : pour des services prioritaires, ces formations sanitaires s'engageront contractuellement sur le respect de tarifs négociés avec le Ministère de la Santé Publique et se rapprochant de ceux du secteur public. En contrepartie, des aides spécifiques seront négociées. Autant que possible, il sera fait appel à une approche par des conventions-cadres auxquelles adhéreront les formations sanitaires qui les souhaitent ;
- **contrats de coopération** : le Ministère de la Santé publique encouragera ses formations sanitaires à développer des contrats de coopération avec des formations sanitaires privées à but lucratif. Les domaines envisageables sont nombreux et doivent toujours faire l'objet d'une étude au cas par cas : activités de la sous-traitance, examens de laboratoire et radiologie, partage de médecins spécialistes, etc. Ces contrats porteront également sur les tarifs de ces activités.

Afin de développer efficacement ces collaborations et cette coopération, il est essentiel que le Ministère de la Santé Publique puisse compter sur l'appui des différents Ordres et organisations professionnelles (médecins, pharmaciens, para médicaux, sages-femmes). Cet appui doit s'organiser à tous les stades de la relation contractuelle : en amont, afin qu'ils sensibilisent les formations sanitaires privées à but lucratif sur l'intérêt de ces approches, au cours de l'élaboration d'une relation contractuelle en participant aux négociations, en aval en participant au suivi d'un contrat, notamment afin de résoudre les éventuels incompréhensions et conflits.

Action 3 : Améliorer la collaboration entre prestataires publics et privés d'une part et les mécanismes d'assurance privés et publics pour la mise en place du tiers-payant

La mise en place du tiers-payant constitue un élément fondamental de la SN-CSU : celui-ci permet à l'individu d'accéder aux services de santé sans en supporter les conséquences financières. Ce tiers-payant ne sera pas réservé au seul secteur public. Le secteur privé, tant au niveau des prestataires de services de santé que des mécanismes privés d'assurance devront le mettre en place.

Cette stratégie demande qu'il soit recouru à un mécanisme contractuel plutôt que règlementaire. Afin d'éviter la multiplication des arrangements contractuels, il sera préférable de passer par le recours aux conventions-cadre.

AXE III: Favoriser le partenariat public-privé pour renforcer l'offre de services de santé

N°	ACTIONS A MENER	Indicateur Objectivement Vérifiable	RESPONSABLES	TYPE D'APPUI
1	Faciliter le développement du secteur privé à but lucratif et non lucratif en harmonie avec le secteur public	Secteur privé pris en compte dans la carte sanitaire	MSP, secteur privé, Mairie	Appui dans le cadre du Protocole d'entente
2.	Amener le secteur privé à mieux collaborer à la mise en œuvre de la mission de service public	Outils contractuels élaborés	MSP, secteur privé	
3.	Améliorer la collaboration entre prestataires publics et privés d'une part et les mécanismes d'assurance privés et publics pour la mise en place du tiers- payant	Outils contractuels élaborés	MSP, secteur privé, institutions du DAS	Etude sur les mécanismes du tiers-payant

AXE STRATEGIQUE 4 : Prévenir les risques ayant une incidence sur la santé

Dans la SN-CSU, cet axe stratégique 4 est intitulé « Prévenir les risques ayant une incidence sur la santé ». Dans leur vie quotidienne, les individus sont exposés à un certain nombre de risques dont plusieurs peuvent avoir une incidence sur leur santé. Ces risques s'appellent aussi les déterminants de la santé. L'Etat et les collectivités territoriales décentralisées (article 13 de la constitution) ont le devoir de protéger les individus contre ces risques.

Cette orientation stratégique est la plus intersectorielle et multi-acteurs de toute la SN-CSU. Elle demande l'implication des acteurs suivants :

- Les Ministères mènent ou devraient mener des actions dans ce sens : Le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de la Femme, de la Famille et de la Solidarité Nationale, , le Ministère en charge de l'Agriculture, le Ministère en charge de l'Environnement et des pêches, le Ministère en charge du Commerce et de l'Artisanat, le Ministère de l'Eau et Assainissement, le Ministère en charge des Infrastructures, le Ministère en charge de la Sécurité, etc.
- La société civile dont le rôle et les moyens doivent être renforcés ;
- Les Communes qui doivent voir leurs actions développées mais aussi mieux coordonnées avec les Ministères concernés.

La coordination de tous ces acteurs intervenants est essentielle. Il est du rôle de la Cellule Interministérielle de Coordination (CIC-CSU) de jouer ce rôle : elle doit amener tous les acteurs autour de la table afin de trouver les synergies qui aboutiront aux meilleurs résultats pour les actions prioritaires qui auront été retenues.

Les actions possibles sont quasiment infinies : il s'agit par conséquent d'identifier des actions prioritaires à mener dans les meilleurs délais.

Action 1 : Prévention des accidents de la circulation

Les accidents de la route sont très nombreux au Tchad et entraînent des risques importants pour la santé de la population. Il faut renforcer ou mettre en place des mécanismes de prévention :

- Réactiver le port du casque obligatoire pour les usagers des engins à deux roues et contraindre à la ceinture de sécurité pour les automobilistes ;
- Limiter l'excès de vitesse ;
- Réprimer la conduite en état d'ébriété ;
- Construire les routes et les voies urbaines selon les normes ;
- Réactualiser le code de la route, le vulgariser et le faire respecter ;
- Concevoir les plans de circulation pour les centres urbains et péri-urbains.

Certes, les mesures à mettre en place ne sont pas toujours aisées (l'exemple du port obligatoire du casque pour les deux roues le montre bien). Mais il faut s'atteler à cette mise en place en combinant des mesures faisant appel à la répression et à l'incitation. L'expérience des pays de la région africaine ne sont pas nombreuses mais on peut néanmoins s'en inspirer.

Action 2 : Contrôle de l'hygiène et de l'assainissement dans les établissements agro-alimentaires (débits de boissons et restaurants, alimentations, marchés, hôtels)

La collaboration entre le MSP les Communes, le Ministère de l'élevage (SECOQDA) et le Ministère de l'Eau et Assainissement est tout à fait essentielle. Le MSP, mais aussi d'autres ministères, sont nécessairement responsables de l'établissement des normes. Par contre, le contrôle revient soit entièrement aux municipalités soit au MSP avec les municipalités. Le contrôle comporte deux aspects. L'inspection tout d'abord qui consiste à contrôler ces établissements de sorte à identifier les manquements. La sanction d'autre part qui consiste à faire respecter les décisions qui auront été prises suite à l'inspection. Il s'agira ici de se référer au code d'hygiène (Loi 14) et au code de l'eau (Loi 16). Une formule de collaboration sera mise en place. Il sera nécessaire de développer les ressources humaines dans ces domaines qui sont très insuffisantes au niveau du Ministère de la santé comme dans les municipalités.

Action 3 : Gestion des déchets solides et liquides de type domestique, industriel et hospitalier

Les déchets solides et liquides de type domestique sont source de nombreuses maladies. A leur niveau, les populations peuvent être des agents de cette gestion : il faut les sensibiliser à gérer leurs ordures ménagères et à ne pas les jeter n'importe où. Il en va de même au niveau des institutions qui doivent gérer leurs rejets. Mais il faut aussi que le service municipal assure la collecte et la destruction de ces ordures ménagères et les rejets de ces institutions.

Au niveau des hôpitaux la gestion des déchets hospitaliers constitue un risque majeur pour les populations. Il revient au MSP et aux Communes de prendre toutes les mesures pour le respect des normes établies. Le MSP devra renforcer les compétences du personnel de santé sur la gestion des déchets médicaux.

Il faut que le service municipal assure la collecte et la destruction de ces ordures ménagères et des rejets de ces institutions. Il devra disposer d'un plan de gestion des déchets solides et liquides et veiller à son exécution.

Action 4 : Interdiction de fumer dans les lieux publics : tabagisme passif. Il s'agit ici de trouver les meilleurs moyens pour que la loi existante soit appliquée

Pour être efficace, constat au manquement (non-respect de la réglementation en vigueur) et sanction doivent être simultanés. La sanction doit s'appliquer aux individus qui ne respectent pas cette mesure mais aussi aux institutions dans lesquelles ces manquements se produisent. La sensibilisation doit être développée à l'égard de la population entière sur le respect de la réglementation et les risques liés au tabac.

Action 5 : Lutte contre les vecteurs de maladies parasitaires (moustiques, mouches, blattes, rats)

Là encore, les municipalités doivent collaborer avec les différents niveaux de la pyramide sanitaire du MSP. La mise en place de commissions conjointes permettra de mener à bien cette action.

Action 6 : Lutte contre les épidémies

Le pays est encore trop souvent confronté à des épidémies, notamment le choléra, la rougeole, la méningite, le paludisme. Pour faire face à ces épidémies, le MSP a mis en place une organisation à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Toutefois, les municipalités jouent aussi un grand rôle dans ce domaine. Au travers de leurs services municipaux, elles peuvent collaborer à cette lutte.

Modalités de collaboration :

1. Niveau central du MSP : La Commune (notamment celle de la ville de N'Djaména) continuera à être membre du comité national de lutte contre les épidémies, mais d'une manière plus active vue ses nouvelles fonctions qui lui sont confiées dans le domaine de la santé ;
2. Niveau régional : la Commune est actuellement membre du comité régional de lutte contre les épidémies ; à l'avenir, elle sera en position de co-responsable du comité régional de lutte contre les épidémies ;
3. Niveau communal : actuellement, il n'existe pas d'instance de lutte contre les épidémies au niveau communal ; à l'avenir, un comité communal de lutte contre les épidémies sera créé et la Commune d'arrondissement sera en position de co-responsable de cette entité avec le district sanitaire.

Action 7 : Lutte contre les risques liés au travail : identification et priorisation des actions à mener

Les risques liés au travail ayant une incidence sur la santé des populations sont extrêmement nombreux. Si une priorité devait être établie, peut-être serait opportun de commencer par le monde du bâtiment et des travaux publics. Il s'agirait d'établir certaines réglementations, réalistes et applicables, de sorte à prévenir ces travailleurs contre les risques les plus patents.

Action 8 : Contrôle de la consommation de la drogue et de l'alcool de manière excessive, surtout chez les jeunes et les femmes enceintes

La consommation de la drogue et de l'alcool est en augmentation dans le pays et est cause de nombreux problèmes de santé. La lutte contre ce fléau, qui touche tout particulièrement les populations défavorisées, passe par trois canaux complémentaires :

- La sensibilisation

- La pénalisation non pas tant des consommateurs mais plutôt celles des fournisseurs
- Le renforcement des associations de la société civile qui travaillent dans le domaine

Là encore, les mesures à prendre ne sont pas évidentes. Mais la CSU doit être un moyen de renforcer la prise de conscience de l'importance de faire quelque chose. Une loi est en cours d'adoption et il faudra accélérer le processus d'adoption.

Action 9 : Réduction de l'incidence des catastrophes naturelles et anthropiques (inondations- sécheresse, feu de brousse, invasion acridienne, etc.) sur la santé des populations

Il faut, autant que faire se peut, mettre en place des mesures pour éviter les catastrophes naturelles et anthropiques mais il faut aussi mettre en place des mécanismes pour en atténuer les effets lorsqu'elles se produisent. Les conséquences des catastrophes naturelles et anthropiques sont nombreuses : on pense généralement aux conséquences économiques (perte de revenus) et humaines. Mais ces catastrophes naturelles ont aussi un impact sur la santé des populations. Les inondations entraînent par exemple le développement de parasites (moustiques) qui vont entraîner l'augmentation du paludisme, mais aussi le développement de diarrhées par la contamination des eaux de boisson. Il faudra accélérer la validation et l'exécution du plan national de réduction des risques des catastrophes, mettre en place un centre des opérations d'urgence en santé publique et veiller au respect des normes de construction des bâtiments d'habitation et industrielle.

Action 10 : Lutte contre les animaux domestiques pouvant transmettre des maladies graves

Les animaux domestiques, lorsqu'ils sont malades, peuvent entraîner des maladies graves dans la population. Notamment lorsqu'il s'agit d'animaux errants (chiens, chats, singes etc.). La solution consiste à abattre ces animaux et à vacciner ceux qui ne sont pas malades. Cette action demande une collaboration étroite entre les municipalités (service de l'hygiène) et des services vétérinaires de l'Etat.

La demande de protection de la part de la population est grande. Elle a peur d'en être victime et elle demande aux autorités de prendre les mesures qui s'imposent.

Action 11 : Lutte contre la pollution sous toutes ses formes

La pollution peut prendre diverses formes et les incidences sur la santé sont de mieux en mieux documentées. Prenons trois domaines :

- La pollution atmosphérique : pollution par les rejets des véhicules à moteur, pollution de l'air par les rejets des entreprises ;
- La pollution par la contamination de l'eau ;
- La pollution par le recours à des traitements en agriculture. L'incidence se produit au niveau du consommateur (d'où le développement de l'agriculture

biologique) mais aussi au niveau du monde agricole (développement de maladies professionnelles).

Les différentes grandes réunions au niveau mondial et régional, dont on observe le développement au cours des dernières années, ont contribué à la prise de conscience de l'importance de la pollution sur la santé des populations. Il convient donc de mettre en place des relais de ces réunions au niveau du pays et appliquer les textes et lois portant protection de l'environnement.

Action 12 : Lutte contre toutes les formes de violence (physique et psychique) et les mutilations génitales féminines

Ce domaine est particulièrement mis en exergue au niveau des Objectifs du Développement Durable (ODD). On voit bien qu'à la base, il ne s'agit pas d'un problème de santé, mais en même temps, on mesure l'incidence que ces problèmes sociaux et culturels ont sur la santé de la population et sur les femmes en particulier. Ce sont là des problèmes qui relèvent du Ministère en charge de la Femme ; mais il est important que celui-ci travaille en coordination avec le MSP et les associations de la société civile.

Action 13 : Adoption d'un texte (Directive ? Loi ? Décret ?) obligeant tout acteur de la vie économique, en préalable à un investissement important de sa part, à prendre l'avis des ministères concernés

Toute construction d'envergure aura nécessairement des impacts sur la santé des populations (par exemples, la construction d'une route, d'un aéroport, d'un barrage sur l'eau, d'un bâtiment industriel, d'un bâtiment public, etc.). Dans la très grande majorité des cas, ces constructions sont réalisées sans que les incidences sur la santé des populations n'aient été envisagées. Par des mesures règlementaires appropriées, il conviendrait que l'avis du MSP, du Ministère de l'Environnement et des Pêches, du MATUH, soit systématiquement obtenu avant que cette construction puisse voir le jour.

Toutes ces actions montrent à l'évidence l'implication simultanée de nombreux acteurs : ministères, municipalités, société civile (associations, ONG), secteur privé. La coordination de tous ces acteurs doit être organisée. Il s'agit par conséquent de mettre en place des instances de coordination et de concertation de tous les acteurs concernés afin d'amener ces acteurs à mieux collaborer. Sans ces instances, il y a en effet un grand risque que ces acteurs continuent comme aujourd'hui leurs actions chacun de leur côté avec une efficacité limitée.

AXE STRATÉGIQUE 4 : Prévenir les risques ayant une incidence sur la santé

N°	ACTIONS A MENER	Indicateurs Objectivement Vérifiables	RESPONSABLES	TYPE D'APPUI
1	Prévention des accidents de la circulation	Nombre d'accidents de la route (variation par rapport à l'année précédente)	Ministères des Infrastructures, Ministère de la sécurité Publique et les Communes	Appuis techniques et financiers dans le cadre du Protocole d'entente
2	Contrôle de l'hygiène et de l'assainissement dans les établissements agro-alimentaires (débits de boissons et restaurants, alimentations, marchés, hôtels)	Nombre de contrôles réalisés	MSP, Communes, MEA, Ministère de l'Elevage (CECOQDA)	
3.	Gestion des déchets solides et liquides de type domestique et hospitalier	Tonnage des déchets éliminé, propreté du milieu	MSP, les Communes et les associations des quartiers	
4.	Interdiction de fumer dans les lieux publics	Nombre de manquements constatés	MSP, Ministère l'Administration et du Développement Local et	

			les associations de la société civile.	
5	Lutte contre les vecteurs de maladies parasitaires (moustiques, mouches, blattes, rats)	Pourcentage de personnes dormant sous une MII	MSP et les Communes	
6	Lutte contre les épidémies	Nombre de campagne organisé par le Comité de lutte contre les épidémies	MSP et les Communes	
7	Lutte contre les risques liés au travail	Nombre d'accidents du travail	Ministère de la Fonction Publique, Mini. Des Infrastructures, le MSP, les Communes etc.	
8	Contrôle de la consommation de la drogue et de l'alcool de manière excessive	Réduction de la consommation de la drogue et de l'alcool	MSP, les Associations de la société civile et le Ministère de la Sécurité	
9	Réduction de l'incidence des catastrophes naturelles et an trophique	Nombre	MATUH, MSP, Mini. Affaires sociales, Infrastructures, les Communes, Mini. Environnement, Mini. Agriculture etc.	
10	Lutte contre les animaux domestiques pouvant transmettre des maladies graves	- Nombre d'animaux malade abattus,	Mini. Elevage, MSP et les MSP	

		- Nombre d'animaux non malades vaccinés	
11	Lutte contre la pollution sous toutes ses formes	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre des textes élaborés et mis en application, - Nombre d'études d'impact environnemental réalisées - Nombre des installations respectant les normes environnementales 	<p>Comités de coordination Ministère de l'environnement du territoire</p> <p>Ministère des infrastructures et du désenclavement, MSP</p>
12	Lutte contre toutes les formes de violence (physique et psychique) et les mutilations génitales féminines	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de textes élaborés et mis en application - Nombre d'exciseuses ayant déposé leur couteau 	<p>Ministère de la Femme, de la Famille et de la Solidarité Nationale MSP Association de la Société civile</p>
13	Adoption d'un texte (Directive ? Loi ? Décret ?) obligeant tout acteur de la vie économique, en préalable à un	Nombre d'études d'impact environnement et social réalisées	Ministère de l'environnement et des Pêches, Ministère de

	investissement important de sa part, à prendre l'avis du MSP		l'aménagement du territoire Ministère des infrastructures Ministère de l'environnement et des Pêches, Ministère de l'aménagement du territoire Ministère des infrastructures	
--	---	--	--	--

AXE STRATEGIQUE 5 : Prendre davantage en compte les souhaits de la population

Dans la SN-CSU, cette orientation stratégique 5 est intitulée « Prendre davantage en compte les souhaits de la population ». L'individu sera rassuré s'il sait que :

- On le tient informé de la CSU ;
- L'offre de services de santé, les mécanismes de protection contre les risques financiers et les actions sur les déterminants de la santé tiennent compte de ses souhaits.

Pour cela, la population doit être impliquée à toutes les étapes du processus de mise en œuvre de la CSU.

Les actions sont les suivantes :

Action 1 : Mettre en place des campagnes de sensibilisation/information sur la CSU

La Couverture sanitaire Universelle est un concept encore assez mal connu et ce, à tous les niveaux de la société. Il faut que la CSU soit mieux connue de tous :

- Les populations : l'objectif n'est pas que chaque citoyen devient un expert en CSU ; néanmoins la population doit connaître les grands principes de la CSU : elle en est la première concernée. Des campagnes d'information doivent être organisées, utilisant tous les médias à disposition ;
- Mais il faut aussi s'appuyer sur tous les relais de communication : leaders traditionnels et religieux, décideurs politiques (y compris locaux), société civile. Ces relais sont en lien direct avec les populations. Ce n'est que lorsqu'ils connaîtront bien eux-mêmes la CSU qu'ils seront à même de bien jouer leur rôle.

Action 2 : Renforcer les mécanismes de lutte contre la corruption

Les populations se plaignent très souvent de la corruption lorsqu'elles fréquentent les formations sanitaires. Cette corruption peut prendre des formes diverses : dessous de table, favoritisme, passe-droits, etc. Les formations sanitaires mais aussi l'administration sanitaire locale doivent tout mettre en œuvre pour lutter contre ces abus qui indisposent fortement les populations. Les actions à mener sont notamment :

- L'application des sanctions qui sont prévues ;
- Les mécanismes d'assurance qui peuvent contribuer à cette lutte en exigeant des formations sanitaires un comportement exemplaire ;
- Le FBR qui peut également introduire la lutte contre la corruption parmi ses critères de paiement ;
- Mais il faut aussi faciliter l'implication des populations contre ces différentes formes de corruption. En effet, les populations qui en sont victimes restent généralement passives parce qu'elles ne savent pas comment dénoncer les abus dont elles sont victimes. Les populations doivent par conséquent être mieux impliquées dans la lutte contre ces corruptions.

Action 3 : Mener périodiquement auprès des populations des enquêtes spécifiques pour mieux connaître leurs souhaits

Le malade est avant tout une personne. Certes, le personnel de santé doit être en mesure, compte-tenu du diagnostic qu'il a posé, de proposer la solution la meilleure possible au problème de santé de chaque personne, mais le malade a aussi des attentes. Trop souvent les institutions pensent pour les individus : elles ont le savoir technique et médical et prennent ces seuls éléments en compte dans le traitement de la maladie. Elles oublient que la population doit être en mesure d'exprimer ces besoins., alors que son devoir est de servir les gens et les écouter. La maltraitance médicale commence dès qu'un praticien reçoit un malade en se comportant comme s'il lui était supérieur. C'est une posture qui sous-tend que le médecin peut dire et faire ce qu'il veut

Des enquêtes de satisfaction doivent donc être menées périodiquement afin que la population puisse exprimer ces besoins.

Ces enquêtes doivent porter tant sur les services de santé que sur les mécanismes d'assurance. Afin de minimiser les coûts de telles enquêtes, il sera opportun de se greffer sur les enquêtes déjà en cours telles que les enquêtes sur les Privations Multidimensionnelles et la Vulnérabilité au Tchad conduites par l'INSEED.

Action 4 : Veiller à une bonne visibilité de la Charte du patient dans les hôpitaux

La Charte du patient a été établie et doit être affichée dans tous les hôpitaux du pays. Il faut s'assurer que cette disposition est bien appliquée, y compris au niveau du secteur privé. Mais il faut aussi s'assurer que les populations connaissent bien cette Charte et ses implications. Il faut aussi s'assurer que les personnels de santé la respectent.

Action 5 : Définir et mettre en place des mécanismes de recueil et de prise en compte des plaintes des usagers, mais aussi de leurs suggestions d'amélioration

Il s'agit là, avec l'information et la redevabilité, d'un aspect important de la bonne gouvernance du processus de la CSU, qui donnera confiance à la population. Pour ce faire, les mécanismes à développer :

- devront permettre aux usagers de pouvoir aisément exprimer leurs plaintes ;
- devront aussi permettre la remontée de ces plaintes au niveau requis ou auprès des institutions où elles peuvent être effectivement prises en compte. En effet il ne suffit pas d'avoir des systèmes de recueil ou d'enregistrement des plaintes, mais encore faut-il que ces plaintes soient traitées en vue de résolution ;
- en même temps, ces mécanismes devront être conçus de manière à ce qu'ils soient en mesure de protéger les usagers contre les représailles possibles des prestataires ou acteurs visés.

Parmi ces plaintes, une attention toute particulière devra être accordée aux manquements à la conscience professionnelle et aux erreurs médicales. Il faudra tout d'abord définir les mécanismes pour la reconnaissance d'une erreur médicale ou d'un manquement à la conscience professionnelle. Ensuite, les populations doivent pouvoir, lorsque ces éléments sont avérés, se tourner vers la justice pour demander réparation du préjudice. Enfin, les sanctions à l'encontre de la personne ayant commis ces actes avérés doivent être prises.

N°	ACTIONS A MENER	Indicateurs Objectivement Vérifiables	RESPONSABLES	TYPE D'APPUI
1	Mettre en place des campagnes de sensibilisation/information sur la CSU	Nombre de campagnes organisées, Nombre de populations cibles touchées	CIC-CSU	Appui technique à la CIC-CSU
2.	Renforcer les mécanismes de lutte contre la corruption	Nombre de mécanismes de lutte renforcés, Nombre d'enquêtes réalisées concernant la corruption, Nombre de sanctions prises à l'égard de la corruption	Inspection générale des Ministères Inspection d'état à la Présidence, Cours des comptes	Rapport par un consultant sur les possibilités
3.	Mener périodiquement auprès des populations des enquêtes spécifiques pour mieux connaître leurs souhaits	Nombre d'Enquêtes réalisées, Nombre de mesures prises qui tiennent compte des résultats de ces enquêtes	CIC-CSU, MSP, MFFSN, MFPE	Réalisation d'une enquête
4.	Veiller à une bonne visibilité de la Charte du patient dans les hôpitaux	Charte affichée dans toutes les formations sanitaires publiques et privées Connaissance de l'affichage et du contenu de la charte par le personnel des hôpitaux	CIC-CSU, Responsables des hôpitaux	

5.	Définir et mettre en place des mécanismes de recueil et de prise en compte des plaintes des usagers, mais aussi de leurs suggestions d'amélioration	Liste des Mécanismes identifiés et mis en place Mesures prises qui tiennent compte des plaintes des usagers recueillies	MSP	Assistance technique de court terme
----	--	--	-----	-------------------------------------

AXE : STRATEGIQUE 6 : Mobiliser les ressources financières pour la CSU

Dans le document de la SN-CSU, cet axe stratégique 6 est intitulé « Mobiliser les ressources financières pour la CSU ». Il ne s'agit toutefois pas de ne considérer que les ressources nouvelles, mais au contraire l'ensemble des ressources pour la CSU : certaines sont déjà existantes, d'autres sont nouvelles.

Les actions à mener sont :

Action 1 : Connaissance du budget de l'Etat actuellement consacré à la CSU

Il s'agit de faire une étude qui consiste à aller rechercher dans tous les ministères (principalement les 5 ministères concernés par la CSU), les dépenses que l'on peut considérer comme des dépenses ayant trait à la CSU. Cette étude demande en préalable que soit défini ce qu'est une dépenses CSU par rapport à une dépense pour la santé.

Action 2 : Connaissance des dépenses actuelles affectées aux mécanismes d'assistance

Les mécanismes actuels de gratuité sont nombreux et divers : notamment, gratuité des soins d'urgence, gratuité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5ans, gratuité pour certaines maladies endémiques et épidémiques (au travers des programmes verticaux), gratuité pour les fonctionnaires. Les montants financiers pour couvrir cette gratuité ne sont pas bien connus. Il convient donc de réaliser une étude permettant de connaître les montants financiers relatifs à chacun de ces mécanismes. Une telle étude constitue en effet un préalable pour connaître les montants qui sont potentiellement ré-orientables vers les instances qui seront en charge de la solidarité nationale pour une affiliation par prise en charge des plus démunis.

Action 3 : Financements innovants

Les ressources classiques de l'Etat (budget de fonctionnement) seront sans doute insuffisantes pour financer la solidarité nationale. A l'instar de ce qui se fait dans d'autres pays, il sera nécessaire de mettre en place des financements innovants, c'est-à-dire des taxes nouvelles affectées spécifiquement à cette solidarité nationale. Pour cela, il convient :

- Dans un premier, d'étudier la faisabilité des différents financements innovants potentiels (quels types de taxes ?), de chiffrer, selon différentes hypothèses, les montants ainsi récupérables, et enfin de procéder au choix retenu avec le Ministère des Finances et du Budget ;
- Dans un deuxième temps, il faut définir les modalités de collecte de ces fonds : qui en est en charge de cette collecte et selon quelles modalités ;
- Enfin, il faut définir les mécanismes par lesquels ces fonds seront transférés aux mécanismes en charge de la solidarité nationale.

Action 4 : Contribution des municipalités

La décentralisation est en cours au Tchad, notamment avec la mise en place des municipalités. La Loi 33 leur confie des responsabilités en matière de santé. Certes, les budgets de ces municipalités sont limités et dépendent encore largement des dotations en provenance du Budget de l'Etat. Toutefois, dès à présent, elles sont présentes dans la réalisation de certaines activités, notamment au niveau des déterminants de la santé (cf. Axe 4). Mais elles peuvent aussi jouer un rôle au niveau des mécanismes de solidarité nationale : il s'agira alors d'étudier les contributions potentielles des municipalités dans la mise en place de la solidarité nationale : par exemple, responsabilité pour l'identification des plus démunis, prise en charge de l'affiliation de certains de ces plus démunis.

Action 5 : Définition et mise en place d'un mécanisme de parrainage

Les mécanismes de « parrainage » seront développés. Il faut entendre par là la possibilité pour un individu ou une institution (mécanisme d'assurances par exemple) ou une association de la diaspora implantée dans un pays du nord de prendre en charge la cotisation d'assurance santé de tchadiens vivant au Tchad². Pour qu'un tel mécanisme voie le jour, il convient d'en étudier la faisabilité : notamment l'implication d'une ONG au Tchad pour la promotion et la collecte des fonds et leur transfert vers le mécanisme en charge de la solidarité nationale.

Action 6 : Inclusion du Budget de l'Etat pour la CSU dans la Loi de Finances et dans le CDMT

Des dispositions devront être prises pour que le Budget de l'Etat pour la CSU (tel que défini dans l'action 1 ci-dessus) figure dans la Loi de Finances et dans le Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT). Une telle disposition permettra à l'Assemblée Nationale, et par conséquent aux représentants de la population, d'être informée de l'effort de la nation pour la CSU.

Action 7 : Connaissance de l'effort des PTFs pour la CSU

La CSU est devenue, notamment depuis l'adoption de la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle, une priorité du pays. Ainsi, le Tchad sollicitera ses Partenaires Techniques et Financiers à soutenir ses efforts pour la mise en place de la CSU. La réunion de mobilisation des ressources des 6 et 7 décembre 2016 autour du présent Plan stratégique doit y contribuer.

Toutefois, dès à présent, les PTFs, dans leurs budgets et projets, mènent des actions qui ont un lien avec la CSU. Il leur sera demandé de mieux indiquer ces efforts, de sorte à mieux connaître l'effort déjà engagé pour la CSU.

² Il existe des expériences dans certains pays notamment pour l'éducation des enfants.

Action 8 : Mise en place d'un dispositif permettant d'élaborer les « Comptes Nationaux de la CSU »

A terme, il serait utile que toutes les informations ci-dessus soient compilées dans des « Comptes nationaux de la CSU ». Pour cela, il convient en préalable, d'adapter la méthodologie retenue pour les Comptes nationaux de la santé.

Là encore, les mécanismes identifiés au niveau de cet axe stratégique prendront du temps avant de se mettre en place. Par ailleurs, la situation économique tchadienne est telle que, au moins pour les toutes prochaines années, les disponibilités financières nouvelles ne pourront pas être mobilisées. En conséquence, pendant ces années, il faudra davantage mettre l'accent sur la **réallocation** des ressources existantes, par exemple, celles actuellement mobilisées par les différents mécanismes de gratuité.

AXE : VI : Mobiliser les ressources financières pour la CSU

	Actions à mener	Indicateurs Objectivement Vérifiables	Responsable	Types d'appui attendus des PTFs
1.	Connaissance du budget de l'Etat actuellement consacré à la CSU	% budget consacré à la CSU	MSP, MFB	Etude par un consultant court terme
2.	Connaissance des dépenses actuelles affectées aux mécanismes d'assistance	% dépenses affectées aux mécanismes d'assistance	MSP, MFB	Etude par un consultant court terme
	Financements innovants	Nombre de financements innovants potentiels	CIC-CSU MSP, MFB, AN	Etude montrant les différentes options et leurs chiffrements
3.	Contribution des municipalités	Nombre d'impôts nouveaux potentiels	MSP, MFB, MATGL	Etude montrant les différentes options et leurs chiffrements
4.	Définition et mise en place d'un mécanisme de parrainage	Mécanisme de parrainage effectif	MSP, MAEIACI	Etude de faisabilité
5.	Inclusion du Budget de l'Etat pour la CSU dans la Loi de Finances et dans le CDMT	Budget pour la CSU pris en compte dans le budget de l'Etat	MSP, MFB	Appui technique d'un spécialiste en finances publiques
6.	Connaissance de l'effort des PTFs pour la CSU	Directive élaborée	MSP, MFB, MAEIACI	

7.	Mise en place d'un dispositif permettant d'élaborer les « Comptes Nationaux de la CSU »	Existence d'un dispositif, Rapport sur les comptes nationaux	CIC6CSU, MSP, MFB	Appui d'un consultant court terme spécialiste des comptes nationaux de la santé
----	--	--	-------------------	---

Dans le document de la SN-CSU, cet axe stratégique 6 « Mobiliser les ressources financières pour la CSU ». Là encore l'intitulé est réducteur ; en effet, « mobiliser » laisse à penser que l'on ne considère que les ressources nouvelles ; or, il s'agit ici d'envisager l'ensemble des ressources pour la CSU, certaines sont déjà existantes, d'autres sont nouvelles.

RENFORCEMENT DE LA CELLULE INTERMINISTERIELLE DE COORDINATION

Les actions identifiées dans chacun des axes stratégiques ci-dessus seront mises en œuvre par chacun des acteurs concernés. Le rôle de la CIC-CSU est de s'assurer que les actions identifiées se mettent bien en place -et, dans un certain nombre de cas, son rôle consiste à impulser cette mise en place. Ensuite son rôle consiste à suivre cette mise en place et à en rendre compte. Ce rôle a été défini par l'Arrêté Interministériel N°003/PR/PM/2016 du 12 janvier 2016 portant création d'un cadre institutionnel de coordination pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle.

Afin qu'elle soit pleinement en mesure de remplir ses tâches, cette Cellule doit disposer des capacités nécessaires. Il s'agit d'une Cellule de création récente (début 2016) ; ces capacités se mettent en place progressivement. Aujourd'hui les capacités techniques et financières de cette Cellule sont encore insuffisantes.

- L'Etat doit jouer son rôle : puisque la CSU est une priorité nationale, celle-ci doit se concrétiser dans son appui à cette Cellule qui est la condition du succès de la mise en œuvre de ce Plan stratégique. Son budget de fonctionnement courant sera pris en compte au sein du budget du Ministère de la Santé Publique ;
- Cette Cellule devrait aussi compter sur l'appui des Partenaires Techniques et Financiers. Ils ont contribué à son lancement : notamment l'OMS et la Coopération Suisse dans le cadre de P4H. Il serait souhaitable que cet effort soit poursuivi, selon des modalités qu'il conviendra de définir. Un assistant technique long terme affecté exclusivement à la CIC-CSU serait souhaitable.

Partie III

LES MODALITES ET OUTILS DE SUIVI DU PSN-CSU 2017 - 2019

La deuxième partie de ce PSN-CSU a permis de définir des actions qui seront nécessaires pour la mise en œuvre de la CSU au cours des prochaines années. A partir de l'année 2017, ces actions vont se mettre en place progressivement à travers des plans d'action opérationnels. Il conviendra alors d'établir des mécanismes et des outils pour leur suivi.

Cette troisième partie présente ces mécanismes et outils de suivi. Elle présente également le rôle de chacun des acteurs impliqués dans ce suivi, et, tout particulièrement, celui de la Cellule Interministérielle de Coordination pour la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle.

1. Les modalités de suivi de routine

Grâce à ce Plan Stratégique National pour la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire universelle (PSN-CSU), le pays aura défini ce qui doit être mis en place pour atteindre les objectifs définis et les résultats escomptés. Immédiatement, doivent être mis en place les mécanismes pour voir comment cela se passe. Ce suivi au quotidien est important pour observer si les résultats fixés sont bien au rendez-vous, mais aussi, sans attendre ces résultats, de voir comment se déroule le processus de leur mise en œuvre afin d'identifier les problèmes rencontrés et de proposer, sans attendre, les correctifs qui s'imposent.

Pour cela, il est retenu que des rencontres périodiques seront organisées. Ainsi, pour chacun des 6 sous-plans du PSN-CSU :

- Une rencontre sera organisée, l'une en juillet de l'année considérée et l'autre en janvier de l'année suivante ;
- Cette rencontre, sous la coordination de la CIC-CSU, rassemblera d'une part les principaux acteurs concernés par chacun des sous-plans et d'autre part les membres du Comité Technique de Suivi ;
- Ces rencontres permettront d'évaluer les activités semestrielles et annuelles ;
- Le rapport de ces réunions sera porté à la connaissance du Haut Comité Interministériel de la SN-CSU pour action si nécessaire.

Ces rencontres devront être préparées par la CIC-CSU. Celle-ci rassemblera préalablement toutes les informations nécessaires auprès des différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre de l'axe stratégique concerné. Pour cela, elle sera sans doute amenée à aller sur le terrain afin de se rendre compte de l'état d'avancement des activités qui auront été retenues dans les plans opérationnels.

A la fin de chaque année de mise en œuvre du PSN-CSU, la CIC-CSU devra procéder au renseignement de chacun des Indicateurs Objectivement Vérifiables (IOV) retenus pour chacune des actions afin d'apprécier leur évolution.

2. Les indicateurs globaux de suivi de la CSU

Pour chacune des actions retenues dans ce PSN-CSU, la partie II a défini des Indicateurs Objectivement Vérifiables. Ces indicateurs permettent de rendre compte de l'évolution de la mise en œuvre de la CSU. Ce sont essentiellement des indicateurs de processus ou d'extrants (produits, livrables selon les différentes terminologies). Ils sont spécifiques à une action donnée.

Il s'agit maintenant d'avoir des outils pour rendre compte globalement de la Couverture Sanitaire Universelle et de ses effets. Pour cela, un certain nombre d'indicateurs globaux ont été définis et retenus : 26 indicateurs.

Pour procéder à leur choix, cinq sources ont été considérées :

1. **Les Objectifs du Millénaire pour le Développement -OMD.** Ces objectifs, au nombre de 8, ont été adoptés en 2000 avec 2015 pour horizon. Parmi ces huit objectifs, trois concernent la santé et la CSU :
 - Objectif 4: Réduire la mortalité infantile**, avec pour objectif spécifique, « Réduire de 2/3 le taux de mortalité des enfants de – 5 ans »
 - Objectif 5: Améliorer la santé maternelle**, avec pour objectifs spécifiques, « Réduire de ¾ le taux de mortalité maternelle », et, « Rendre l'accès à la médecine procréative universel »
 - Objectif 6: Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies**, avec pour objectifs spécifiques, « Assurer l'accès aux traitements contre le VIH/SIDA », et, pour le paludisme, « Inverser la tendance ».
2. **Les Objectifs du développement durable – ODD.** Ces objectifs, au nombre de 17, ont été adoptés en 2015 avec 2030 pour horizon. Parmi ces 17 objectifs, trois concernés plus particulièrement la santé et la CSU :
 - **Objectif 3: Bonne santé et bien être: « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». ».** Il s'agit de l'objectif le plus directement en lien avec la santé ; les deux suivants sont davantage relatifs aux déterminants de la santé.
 - Objectif 2: Faim « zéro »: « Eliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable »,** avec, notamment, les questions de malnutrition et de retard de croissance.

Objectif 6: Eau propre et assainissement : « Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement », avec, par exemple, « Assurer un accès de tous à des services d'assainissement et d'hygiène adéquat et mettre fin à la défécation en plein air ».

3. **Le document de l'OMS et de la Banque mondiale intitulé « La Couverture Universelle en Santé : suivi des progrès à l'échelle nationale et mondial. Cadre, mesures et objectifs » Mai 2014.** Ce document propose un certain nombre d'indicateurs globaux pour le suivi de la Couverture Sanitaire Universelle.
4. **Le document intitulé « Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base » 2015.** Ce document a été élaboré par l'OMS, mais avec la collaboration d'une vingtaine d'institutions et pays. Ce document tient compte explicitement des OMD et des ODD ainsi que de la Couverture Sanitaire Universelle.
5. **L'agenda 2063 de l'Union Africaine** qui présente une démarche assez proche de celle des ODD.

Partant de ces sources, 26 indicateurs globaux ont été retenus ; ils permettront de mieux apprécier l'influence de la CSU. Certes, les liens entre chacun de ces indicateurs et la mise en œuvre de la CSU ne sont pas directs. Il faut par conséquent les considérer globalement comme un faisceau de preuve de l'influence de la CSU. Seules des évaluations précises et détaillées permettront d'affirmer ces liens de causalité.

Ces indicateurs globaux sont consignés dans le tableau ci-après. Chaque indicateur est identifié par son intitulé. La définition qui en est donnée est celle qui figure dans le document « **Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base » 2015**. Par ailleurs, la colonne « Année de base » est relative à la dernière année pour laquelle on dispose, à ce jour, de l'information. Ce tableau fixe le point de départ : chaque année, il devra être renseigné afin de voir l'évolution dans le temps.

Comme dans le document indiqué ci-dessus, ces indicateurs sont rangés en quatre catégories :

- Etat de santé ; ces indicateurs sont considérés comme des indicateurs d'« impact »
- Facteurs de risque : ces indicateurs sont considérés comme des indicateurs de « Résultats »
- Couverture par les services : ces indicateurs sont considérés comme des indicateurs d'« extrants », c'est-à-dire de produits ou de livrables
- Système de santé, y compris le financement : ces indicateurs sont considérés comme des indicateurs « intrants / Processus »

Indicateurs de suivi de la CSU retenus au Tchad

Intitulé de l'indicateur	Définition de l'indicateur	Année de base
I. Etat de santé		
1. Espérance de vie à la naissance	Nombre moyen d'années qu'un nouveau-né pourrait espérer vivre compte tenu des taux de mortalité selon le sexe et l'âge au moment de sa naissance, pour une année donnée, dans un pays, territoire, ou zone géographique donnée	52,9 ans
2. Taux de mortalité de l'enfant de moins de 5 ans	Probabilité pour un enfant né à un endroit spécifique à une année donnée de mourir avant d'avoir atteint l'âge de cinq ans, compte tenu des taux de mortalité selon l'âge sur la période considérée	72 ‰ (EDS/MICS 2014/2015)
3. Taux de mortalité maternelle	Nombre annuel de décès de femmes, en raison de causes liées à la grossesse ou aggravées par la grossesse ou sa prise en charge (sauf causes accidentelles), survenant pendant la grossesse ou l'accouchement ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse, quelle que soit la durée de la grossesse ou le type de grossesse, pour 100 000 naissances vivantes, sur une période donnée	860 pour 100 000 naissances vivantes (EDS/MICS 2014/2015)
4. Taux de fécondité des adolescentes	Nombre annuel de nouveau-nés dont la mère est âgée de 15 à 19 ans, pour 1 000 femmes dans cette tranche d'âge	179,4 pour 1000 adolescents (EDS-MICS 2014/2015)
II. Facteurs de risques		
5. Incidence d'un faible poids de naissance chez les nouveau-nés	Pourcentage des naissances vivantes pour lesquelles le nouveau-né pèse moins de 2.500g	7%
6. Enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance	Pourcentage des enfants de moins de cinq ans dont le rapport taille/âge est inférieur de deux (-2) écarts-types à la médiane des Normes de croissance de l'enfant de l'OMS	40%

<p>7. Consommation de tabac chez des personnes de 18 ans ou plus</p>	<p>Prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les personnes de 18 ans ou plus, standardisée selon l'âge. Les « produits du tabac a fumer » comprennent la consommation de cigarettes, bidis, cigares, cheroots, pipes, chicha (narguilé, ou pipe a eau), objets a fumer de fine coupe (tabac a rouler), krekets, et tout autre forme de tabac a fumer.</p> <p>Le « tabac sans fumée » comprend la consommation de tabac a priser ou de tabac a chiquer sec, humidifié, ou en pate, sous toutes leurs formes (en rouleaux, en feuilles, en carotte), produits dissolvables, gul, poudre dentifrice rouge, snus, chimo, gutkha, khaini, gudakhu, zarda, quiwam, dohra, tuibur, nasway, naas/naswar, shammah, chique de betel, toombak, pan masala (chique de betel), iq'mik, mishri, tapkeer, tombol et tout autre produit du tabac qui est renifle, garde dans la bouche, ou mâché</p>	<p>33% des jeunes de 16 à 30 ans fument</p> <p>11,2% des tchadiens sont des fumeurs actuels (enquête StepWise 2008)</p>
<p>8. Prévalence de la violence infligée par le partenaire intime</p>	<p>Pourcentage des femmes de 15 à 49 ans ayant subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur partenaire intime au cours des 12 derniers mois</p>	<p>15%</p>
<p>9. Population utilisant un service d'eau de boisson géré de manière sûre</p>	<p>Population utilisant une source d'approvisionnement de base en eau de boisson (eau sous conduite arrivant dans l'habitation, la cour ou la parcelle ; robinets publics ou bornes-fontaines ; forages ou puits tubes ; puits ordinaires protégés ; sources protégées, eau de pluie recueillie dans des réservoirs) qui est située dans des locaux accessibles chaque fois que nécessaire ; exempte de contamination fécale (et de contamination par des produits chimiques prioritaires) et/ou règlementée par une autorité compétente</p>	<p>Proportion population utilisant source d'eau améliorée : 56.1% (EDS/MICS 2014-2015)</p>
<p>10. Population utilisant un service</p>	<p>Population utilisant une installation d'assainissement de base (toilettes munies d'une</p>	<p>Proportion population</p>

<p>d'assainissement géré de manière sûre</p>	<p>chasse d'eau automatique ou manuelle vers un réseau d'égout, une fosse septique ou une fosse ordinaire ; latrines améliorées a fosse ventilée ; latrines a fosse avec dalle ; et toilettes a compostage) qui n'est pas partagée avec d'autres ménages, et dont les excréta sont stockés en toute sécurité sur place (par exemple dans une latrine a fosse scellée jusqu'a ce qu'ils puissent être manipulés ou recyclés sans danger, par exemple sous la forme d'intrants agricoles) ou acheminés de manière sûre vers un site déterminé d'élimination ou de traitement en toute sécurité (par exemple, station de traitement) ou collectes de manière hygiénique dans les fosses septiques ou les latrines au moyen d'un camion vidangeur ou d'un équipement de ce type limitant le contact humain puis transportés vers un site déterminé (tel qu'une station de traitement ou un site de collecte des déchets solides)</p>	<p>utilisant des installations sanitaires améliorées : 8.2% (EDS/MICS 2014-2015)</p>
<p>III. Couverture par les services</p>		
<p>11. Couverture du traitement antirétroviral (TAR)</p>	<p>Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui sont actuellement sous TAR parmi le nombre total estimé d'enfants et d'adultes vivant avec le VIH</p>	<p>37% CNLS</p>
<p>12. Taux de détection des cas de tuberculose</p>	<p>Pourcentage des cas de tuberculose nouveaux et en rechute estimés qui sont détectés pendant une année donnée conformément à la stratégie internationale de lutte contre la tuberculose. Le terme « détection des cas », tel qu'on l'utilise ici, signifie que la tuberculose est diagnostiquée chez un patient et fait l'objet d'une déclaration dans le système de surveillance national, et ensuite à l'OMS. Le terme « taux » est utilisé pour des raisons historiques. L'indicateur est en fait un ratio (exprime en pourcentage) et non un taux</p>	<p>151 pour 100.000 habitant (PNT)</p>

13. Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide	Pourcentage de la population dans les régions d'endémie palustre ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	33,3%
14. Couverture par les soins anténatals	Pourcentage des femmes de 15-49 ans ayant donné naissance à un nouveau-né vivant sur une période donnée, qui ont bénéficié d'au moins 4 consultations anténatales pendant leur grossesse	31%
15. Taux de prévalence de la contraception	Pourcentage des femmes de 15 à 49 ans, mariées ou en couple, qui utilisent ou dont le partenaire sexuel utilise à l'heure actuelle au moins une méthode contraceptive, quelle que soit la méthode utilisée	5,4% (EDS – MICS 2014/2015)
16. Taux de couverture vaccinale, par vaccin, pour chaque vaccin prévu dans le programme national	Pourcentage de la population ciblée ayant reçu la dernière dose recommandée pour chaque vaccin recommande dans le programme national, par vaccin. Cette définition devrait inclure tous les vaccins prévus dans le programme de vaccination systématique d'un pays (par exemple Bacille de Calmette–Guerin (BCG) ; poliomyélite ; vaccin antipneumococcique conjugué (VPC) ; rotavirus ; vaccin contre diphtérie, tétanos, coqueluche-hépatite B-Haemophilus influenzae type B (DTC-HepB- Hib) ; rougeole (MCV) ; rubéole ; papillomavirus humain (VPH) ; anatoxine tétanique (TT) ; grippe ; et autres tels que déterminés par le programme national)	25%
17. Taux de mortalité due aux accidents de la circulation	Nombre de décès par des traumatismes mortels dus à des accidents de la circulation, pour 100.000 habitants	Non disponible
IV. Systèmes de santé		
18. Accès aux services de santé	Pourcentage de personnes vivant à 5 km d'un établissement de santé (nombre total d'établissements de santé pour 10 000 habitants)	
19. Disponibilité des médicaments traceurs	Sur 10 médicaments traceurs	

20. Naissances assistées par du personnel de santé qualifié	Pourcentage des naissances vivantes assistées par du personnel de santé qualifié pendant une période donnée	35,23% (DSIS 2013)
21. Dépenses en santé directes en pourcentage des dépenses en santé courantes	Part des dépenses en santé courantes supportée directement par les ménages (« en % du total des dépenses en santé courantes », il s'agit des dépenses directes des ménages)	52,2%
22. Ratio des dépenses en santé catastrophiques - pour les 40% des ménages les plus pauvres - pour les 20% des ménages les plus riches	Proportion de la population confrontée à des dépenses en santé catastrophiques. Dépenses en santé directes dépassant 40 % du revenu du ménage net des besoins de subsistance	Non disponible
23. Ratio de l'appauvrissement dû aux dépenses en santé directes - pour les 40% des ménages les plus pauvres - pour les 20% des ménages les plus riches	Proportion de la population (ou sous-population) confrontée à un appauvrissement dû aux dépenses en santé directes	Non disponible
24. Dépenses en santé courantes totales en pourcentage du PIB	Dépenses en santé courantes totales en pourcentage du produit intérieur brut (« en % du PIB »)	
25. Budget de la santé dans le budget de l'Etat		5,5% en 2015 6,4% en 2016 LFR
26. Temps de riposte à une épidémie		

Certains indicateurs ont été retenus, bien qu'ils ne soient pas renseignés actuellement pour le Tchad. Ils ont été retenus parce qu'ils sont jugés comme absolument essentiels pour apprécier

l'effet de la CSU. En conséquence, il conviendra, sous l'impulsion de la CIC-CSU, de mettre en chantier leur calcul.

Par ailleurs, il sera procédé au calcul de l'index de Wagstaff³. Cet index tient compte des deux dimensions essentielles de la couverture sanitaire universelle : que chacun, sans tenir compte de sa capacité à payer, puisse obtenir les services de santé (curatifs et préventifs) dont il a besoin et que personne ne souffre des conséquences financières de cet accès aux services de santé.

3. L'évaluation de la CSU

Bien que l'approche par les indicateurs globaux de la CSU soit nécessaire, elle n'est pas suffisante pour apprécier pleinement l'effet de la CSU : il faudra alors mettre en chantier des évaluations. Il convient toutefois de distinguer clairement suivi et évaluation.

Définitions

Suivi : Un processus continu de collecte et d'analyse d'informations pour apprécier comment un projet (un programme ou une politique) est mis en œuvre, en comparant avec les performances attendues

Evaluation : Une mesure, aussi systématique et objective que possible, des résultats d'un projet, d'un programme ou d'une politique, en vue de déterminer sa pertinence, et sa cohérence, l'efficacité de sa mise en œuvre, son efficacité et son impact ainsi que la pérennité des effets obtenus

Progressivement, il devra être mis en chantier des études d'évaluation de la CSU. Deux types d'études devront être initiés :

. Sur le fonctionnement des mécanismes mis en place tout d'abord : il s'agira d'évaluer comment les actions définies ont été mises en place afin de déterminer pourquoi certains résultats n'ont pas été atteints comme escomptés. Il faudra alors en tirer les conséquences et mettre en place les correctifs qui s'imposent ;

. Sur les résultats atteints du fait de la CSU : il faudra étudier si les résultats atteints sont bien le fait des actions mises en œuvre dans le cadre de la CSU. En effet, comme c'est fréquemment le cas dans de telles situations, un résultat donné peut venir de plusieurs facteurs.

4. Le rapport annuel

³ Measuring Progress Towards Universal Health Coverage With An Application to 24 Developing Countries, Adam Wagstaff Daniel Cotlear Patrick Hoang-Vu Eozenou Leander R. Buisman, The World Bank, Policy Research Working Paper 7470, 2015

Il sera important que, chaque année, un rapport annuel soit établi sur la mise en œuvre de la CSU. Ce rapport annuel devra être élaboré par la CIC-CSU et validé par le Comité Technique de Suivi et par le Haut Comité interministériel. Ce rapport annuel fera le point sur les actions menées, sur les résultats obtenus, sur les difficultés rencontrées et les mesures prises pour les solutionner.

Ce rapport annuel sera rendu public afin que tous les acteurs concernés, notamment le Gouvernement, ainsi qu'à la société civile, la presse et la population dans son ensemble, prennent connaissance de l'état d'avancement de la CSU au Tchad.

Ce rapport annuel devra également être présenté par le Haut Comité à l'Assemblée Nationale, laquelle doit être tenue informée d'un tel document.

5. Le rôle des différents acteurs dans la mise en œuvre du PSN-CSU

La mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle doit être l'affaire de nombreux acteurs dans le pays :

- La Cellule d'Interministérielle de Coordination de la mise en œuvre de la CSU (CIC-CSU) occupe une place centrale dans ce dispositif. La CIC-CSU tout d'abord est responsable de l'élaboration du PSN-CSU et de sa mise à jour régulière. Elle doit le faire en concertation étroite avec tous les acteurs concernés en les impliquant autant que faire se peut dans l'élaboration du PSN-CSU. La qualité de ce plan et sa mise en œuvre effective en dépendent largement. Par ailleurs, la CIC-CSU est responsable du suivi du PSN-CSU. C'est elle qui doit collecter toutes les informations sur la mise en œuvre de la CSU et qui doit porter à la connaissance du Haut Comité Interministériel, à travers du Comité Technique de Suivi, le bilan de cette mise en œuvre en soulignant particulièrement les points qui demandent des correctifs ou des réorientations. Par contre, la CIC-CSU n'est pas responsable de la mise en œuvre des actions qui ont été définies ;
- 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 ;
- Les Partenaires Techniques et Financiers ont également un rôle important à jouer. Ils devront faire de la CSU une de leur première priorité. Ils devront indiquer comment leurs apports contribuent à la mise en œuvre de la CSU. A court terme, et tel qu'indiquer dans le PSN-CSU, ils sont sollicités pour répondre à la mise en œuvre de certaines des actions identifiées.

Conclusion

Après avoir adopté sa Stratégie Nationale sur la Couverture Sanitaire Universelle, le Tchad dispose maintenant d'un Plan Stratégique National pour la mise en œuvre de la Couverture Sanitaire Universelle.

Ce Plan stratégique engage la nation tchadienne toute entière sur le chemin de la Couverture Sanitaire Universelle. Il doit être compris comme une première étape sur un chemin qui sera nécessairement long. Ce Plan stratégique comporte de nombreuses actions : il ne sera sans doute pas possible de les réaliser toutes au cours de ce plan triennal. Il faudra établir des priorités. Celles-ci dépendront notamment de deux éléments :

- Les moyens financiers dont dispose l'Etat tchadien. A court terme, les perspectives budgétaires ne sont pas favorables : la baisse des cours du baril de pétrole impose des contraintes fortes sur le budget de l'Etat. A court terme, même si la volonté politique est bien présente, le recours à des ressources nouvelles est difficile à mettre en place. Il faudra par conséquent réfléchir, pour cette période de court terme, dans le cadre d'une **réallocation** des ressources existantes. Des marges de manœuvre existent mais elles doivent être identifiées et exploitées avec minutie. Mais dans le même temps, il n'est pas interdit de réfléchir à moyen terme et d'identifier les opportunités qui pourront se présenter de sorte que, le moment venu, ces opportunités puissent être exploitées sans délai ;
- Ces priorités dépendront aussi beaucoup de nos partenaires techniques et financiers. Nous pouvons compter sur l'appui de nos partenaires techniques et financiers. Mais ils doivent aussi nous aider à identifier ces priorités et à les mettre en œuvre. Sur la base du Plan stratégique ici présenté, et sur la base de leur positionnement lors de la réunion de mobilisation des ressources des 6 et 7 décembre 2016, s'engageront donc le plus rapidement possible des discussions et des négociations pour définir précisément les appuis que comptent nous apporter ces Partenaires Techniques et Financiers, et ainsi contribuer à une meilleure protection sociale en santé pour l'ensemble de la population, et, tout particulièrement, la plus défavorisée.