



**Organisation
mondiale de la Santé**

ETUDE PORTANT SUR LES MECANISMES DE GRATUITE ET LEUR ARTICULATION AU DISPOSITIF D'ASSURANCE SANTE AU TCHAD

Décembre 2018

Bigéard, Mr Alexis – OMS/AFRO/HSS

09/01/2019

Contenu

1. Résumé de l'analyse et recommandations	3
2. Rappel du contexte de l'étude	5
3. Explication de la démarche de l'étude	6
4. Orientations générales de l'OMS sur le sujet	7
5. Description des gratuités au Tchad en 2018	9
5.1 Les gratuités classiques des programmes verticaux	9
5.2 La gratuité dans les programmes de santé maternelle	9
5.3 La gratuité ponctuelle issue d'une assistance spécifique	9
5.4 La gratuité de la dialyse	10
6. Fonctionnement des gratuités ciblées	11
7. Etat de la réflexion sur le panier de soins des régimes d'assurance santé	13
8. Opportunités relatives des prestations d'assurance maladie	14
9. Options de panier pour le démarrage du DAS	16
10. Scénario possible de démarrage du DAS	18
Liste des institutions rencontrées	23
Evolution du budget de la gratuité	0

1. Résumé de l'analyse et recommandations¹

1) Avantages et inconvénients de la gratuité ciblée recadrée

Avantages	Limites	Inconvénients
Simplicité	Irrégularité des financements	Imprévisibilité
Accès amélioré	Insuffisance de l'analyse des besoins	Iniquité distribution et utilisation
Baisse mortalité	Faiblesse du contrôle	Inefficacité
Cibles adéquates	Non prise en compte des actes et marge	Perte de revenus FOSA et agents

⇒ Il s'agit d'un dispositif « d'urgence » très instable qui aide mais n'enclenche pas de cercle vertueux, mais aussi d'une opportunité à capitaliser dans un nouveau dispositif.

2) Démarrage du Dispositif d'Assurance Maladie

- Avec un document de projet 2019-2021. Opérationnalisation plutôt après le vote de la loi.
- Entame par le régime 3 (démunis, cible 3 millions de personnes) : cible prioritaire ; opérations simplifiées ; maîtrise de la sélection adverse ; extension progressive.
- En fonction des financements de l'Etat (ex : même avec 1 milliard = couverture de 100.000 p)
- Dans un District de chacune des 23 régions (acceptabilité politique : démarrage « national »)
- Avec une unité de gestion au sein de la cellule CSU et des RH suffisantes ; favoriser l'utilisation de « IMIS » ou « OpenHIMIS » pour le SIG (Swiss TpH).
- En capitalisant l'expérience de l'ONG « BASE » et en favorisant le partenariat

3) Panier de soins de démarrage

Prise en charge de certaines des prestations suivantes sur un maximum de niveaux de la pyramide sanitaire pour un coût de panier de maximum 7.500 FCFA par personne et par an (si possible plutôt FCFA 5.000 /=-) : forfait CPN (cadre) ; Soins ambulatoires pour tous **ou** pour les enfants de moins de 5ans ; accouchements inclus césariennes ; urgences médicales / chirurgicales / gynécologiques.

4) Cohabitation avec la gratuité ciblée

Poursuite de la gratuité dans les Districts non couverts par le DAS ou non. Au minimum recadrage théorique de la gratuité dans les Districts de démarrage du DAS : sérum (anti venimeux et scorpion), transfusion sanguine ; prise en charge nutritionnelle (mais les deux dernières sont peu effectives).

5) Autres gratuités

Poursuite des gratuités des programmes verticaux (palu, TB, HIV/AIDS, MTN, vaccination), la gratuité de la dialyse si maintien de la décision politique (à stopper sinon), le Planning Familial.

6) Accompagnement du démarrage du DAS

¹ Ceci est le contenu du débriefing fait en fin de mission en interne et aux autorités.

Nécessité d'un appui rapproché à l'offre dans les zones de démarrage du DAS : sur le plateau technique ; la gestion de stock et la gestion financière. *Se pencher sur le un dispositif approprié.*

2. Rappel du contexte de l'étude

« Le Tchad a adopté une Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle (SN-CSU) en 2015, suivie en 2016 d'un Plan Stratégique National pour la mise en œuvre de la CSU. L'axe 1 de la SN-CSU prévoit de développer des mécanismes contre les risques financiers. Les réflexions au sein de la Cellule Interministérielle de Coordination (CIC) pour l'opérationnalisation de l'axe 1 ont permis d'élaborer un Dispositif d'Assurance Santé (DAS) validé par le Comité Technique de Suivi (CTS) et adopté par le Haut Comité Interministériel. Le DAS prévoit 3 régimes :

- Régime 1 des salariés pour les travailleurs des secteurs public et privé formel
- Régime 2 des indépendants pour le secteur semi-formel ou informel
- Régime 3 pour la prise en charge des personnes démunies

Le gouvernement a consenti d'énormes efforts pour développer des programmes de gratuités introduits en 2008.

Dans le but de rationaliser l'allocation des ressources et d'assurer la cohérence des interventions, il est apparu nécessaire d'analyser les programmes de gratuités dans le contexte de la mise en place du dispositif d'assurance santé. »²

Des Termes de Références ont donc été rédigés par la Cellule pour qu'un consultant international effectue ce travail. Finalement, l'OMS a proposé d'apporter un appui direct par son personnel.

En conséquence, le travail de l'OMS a été largement guidé par les recommandations de la Cellule. De celles-ci, on retiendra notamment souhait que l'appui de l'OMS s'inscrive dans un dialogue politique et dans une perspective de mise en œuvre rapide du DAS.

² Extrait de TdR rédigés pour la réalisation de la mission par un consultant.

3. Explication de la démarche de l'étude

La problématique de la coexistence des « gratuités » avec le futur dispositif d'assurance maladie a été abordée de la façon suivante :

Les « gratuités » d'une part, et l'assurance maladie d'autre part, ont été appréhendées du point de vue des trois dimensions du « cube » de l'OMS³ : prestations prises en charge, part de la prise en charge, et population bénéficiaire.

Pour ce qui concerne l'assurance maladie il a été constaté que les arbitrages n'étaient pas encore faits mais que certaines orientations ont été prises (ex : souhait d'un démarrage par le régime 3) et que certaines contraintes avaient été actées (notamment la limite des capacités de mobilisation de ressources et la disponibilité sous-optimal de l'offre de soins). Sur cette base, le développement du DAS a pu être envisagé la perspective d'un démarrage à court terme.

Par ailleurs, pour apporter de la cohérence et de la complémentarité dans les mécanismes (gratuité / assurance maladie) l'opportunité relative d'une prise en charge par la demande (en tiers-payant) ou par l'offre (par allocation de ressources issues de la Tutelle) a été prise en considération. Dans la littérature sur le financement de la santé, cette opportunité relative est renvoyée à l'alignement des fonctions du financement de la santé : il s'agit d'assurer la distribution des fonctions de mobilisation de ressources, de mise en commun de ces ressources et de l'achat des prestations par les *mécanismes* de sorte que les performances du *système* de financement de la santé soient les meilleures (en termes d'équité, d'efficience, et de qualité). Notre démarche est fondée sur ce savoir scientifique il est abordé de manière très pratique, notamment à [la section 8](#) de ce rapport.

Enfin, la réalité devrait être prise en compte : les limites de la fonctionnalité des gratuités, les aspects de gouvernance, ou encore les déterminants politiques, sont autant de conditions de l'environnement qui définissent une particularité nationale tchadienne. Ces considérations ont été intégrées pour proposer un scénario de démarrage du DAS qui capitalise sur l'expérience de la gratuité et cohabite éventuellement avec elle pour un glissement du système actuel vers un système plus performant et capable d'enclencher un cercle vertueux.

Le travail ayant été réalisé par un staff de l'OMS, il a pu s'inscrire immédiatement dans un dialogue politique. Ainsi le nombre important de rencontres effectuées⁴ a eu pour vocation non seulement de récolter des informations et des avis, mais aussi de développer des propositions consensuelles et appropriées. De même les résultats des débriefings réalisés au plus haut niveau ont été immédiatement intégrés dans le présent rapport.

³ Cf. rapport mondial sur la santé 2010, illustration de la Couverture Sanitaire Universelle.

⁴ Cf. liste des institutions rencontrées en annexe.

4. Orientations générales de l’OMS sur le sujet

« Une politique de gratuité peut être un moyen efficace d’étendre la couverture dans un contexte où les ressources sont contraintes. Elle peut ainsi faire partie d’une stratégie nationale de financement de la santé et agir comme un catalyseur d’une dynamique vers la CSU, sous réserve d’être bien conçue, bien mise en œuvre, et d’intégrer des mécanismes de suivi afin de répondre rapidement en cas d’identification d’un problème de mise en œuvre ou d’un souci d’équité. C’est en pratique une politique d’extension du panier de soins qui met la priorité sur certains services /certains groupes de population, mais peut aussi servir comme une porte d’entrée pour promouvoir et se focaliser sur la levée de fonds et l’alignement des systèmes de paiement des prestataires sur les priorités d’allocation du pays. (...)

Afin que ces politiques « tiennent leurs promesses », il faut mettre en place un certain nombre de mesures préparatoires et complémentaires. Premièrement, il est nécessaire de mobiliser des ressources financières suffisantes et s’assurer de leur allocation au niveau des prestataires de soins. Ceci est une condition nécessaire pour compenser les pertes financière induites par l’abolition des frais d’utilisation. Deuxièmement, les mécanismes de paiement des prestataires pour ces services doivent être en place avant même le lancement de la politique de gratuité, de manière à ce que les services gratuits promis puissent être effectivement délivrés, et que les personnels de santé soient motivés pour répondre à la demande accrue de services de santé attendue et garantir une plus grande redevabilité aux usagers. Troisièmement, des efforts sont nécessaires afin d’améliorer et de rendre disponibles les services de santé et de les rapprocher des populations les plus distantes et les plus vulnérables. Des mesures en ce sens incluent l’attribution d’une plus grande autonomie aux prestataires de soins en matière de gestion des ressources mises à leur disposition, tout en leur imposant des règles de redevabilité accrue. Enfin, il est nécessaire de mettre en place des mesures d’accompagnement qui visent à lever les barrières existantes du côté de la demande (...).

Néanmoins, les politiques de gratuité ne peuvent jouer qu’un rôle transitoire dans la voie des pays vers la CSU. A ce jour, très peu de pays ont réussi à élargir la palette de services fournis gratuitement à un panier plus large de services essentiels. Il n’existe que peu d’évidence scientifique sur comment garantir le passage des politiques de gratuité à un ensemble de réformes plus ambitieux afin de garantir de vrais progrès durables vers la CSU. Ceci doit devenir un axe de recherche prioritaire pour les années à venir. A moyen terme, une des options est de structurer les politiques de gratuité en un mécanisme d’achat explicite géré par une agence d’achat qui perçoit des transferts budgétaires et dont le rôle est d’acheter des services de santé au nom de toute ou une partie de la population. Si, par exemple, il existe une caisse d’assurance maladie, cela pourrait amener à l’intégration de la responsabilité d’acheter les services rendus gratuitement à la population dans le panier de soins gérés par cette caisse, tout en s’assurant que les services sont délivrés à tous, et pas seulement aux cotisants de cette caisse.(...)

Les décideurs politiques doivent chercher des synergies dans la mise en œuvre et s’assurer que des initiatives spécifiques, comme celles de la gratuité, peuvent enclencher la dynamique de changement attendue (ex : amélioration des méthodes de paiement des prestataires, se basant sur un système d’information unifié) qui peut graduellement mener à une architecture cohérente du système de financement de la santé.

En conclusion, une politique de gratuité qui se focalise sur des services spécifiques ou des groupes de population facilement identifiables (par exemple les femmes enceintes ou les enfants de moins de cinq ans), peut-être moins favorable aux plus pauvres qu’une politique d’exemption ciblée ou une initiative de transfert d’argent basée sur une évaluation des ressources ou des revenus des populations ciblées. Néanmoins, d’un point de vue pratique, ces politiques de gratuité peuvent

s'avérer plus facile à mettre en œuvre. Dans la conception d'une politique, des arbitrages doivent être considérés entre la situation idéale et ce qui est faisable, et sur les implications de designs alternatifs en termes d'équité dans l'utilisation des services et de protection financière. Une attention particulière doit être donnée au remplacement des incitatifs pour le personnel de santé quand les paiements directs par le patient sont abolis. Pour peu qu'elles soient intégrées dans une vision stratégique plus large et bien séquencée, les politiques de gratuité peuvent être un instrument effectif vers des réformes plus larges orientées vers la CSU. »⁵

⁵ Mathauer I, Mathivet B, Kutzin J. Les politiques de « gratuité » : Opportunités et risques en marche vers la Couverture Sanitaire Universelle. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence :CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <http://apps.who.int/iris>

5. Description des gratuités au Tchad en 2018

Conformément aux TdR de l'étude et à la note de politique de l'OMS qui ont été rappelés ici, les « gratuités » objets de la présente étude sont les gratuités ciblées qui dans le cas du Tchad à ce jour (Décembre 2018), sont spécifiées dans l'arrêté n°008/PR/PM/MSP/SG/DGAS/DOSS/SGSC/2018 du 02 Janvier 2018 relatif au recadrage de la gratuité de soins au Tchad. Le cas de ces gratuités est donc approfondi spécifiquement au [chapitre suivant](#).

D'autres « gratuités » existent en effet au Tchad à ce jour, qui participent à la réflexion sur l'articulation avec le DAS. Parfois elles font partie de la politique de gratuité (ciblée –recadrée) et parfois lui préexiste (dans le cadre de programmes verticaux).

5.1 Les gratuités classiques des programmes verticaux

A l'instar de la plupart des pays de la région, certains programmes appuyés par des partenaires spécifiques assurent la gratuité de prestations pour l'ensemble de la population. En particulier on trouvera au Tchad comme ailleurs que les prestations sont gratuites pour ce qui concerne le planning familial, la plupart des vaccinations, le traitement du VIH/SIDA, le traitement de la tuberculose, ou encore le traitement de maladies tropicales négligées (ex : ver de guinée).

Le paludisme rentre partiellement dans ce cadre, dans la mesure où certains intrants sont gratuits grâce à l'appui de partenaires, historiquement (en particulier les TdR et les moustiquaires). Le rôle des partenaires a d'ailleurs été important pour l'intégration du paludisme au titre des prestations de la gratuité ciblée et recadrée.

5.2 La gratuité dans les programmes de santé maternelle

Les intrants essentiels de la santé maternelle sont fournis par le FNUAP au Ministère de la Santé (oxytocine, sulfate de magnésium, nisoprostol) qui a la latitude de les rendre disponibles gratuitement ou non à la population. En l'occurrence les produits sont gratuits pour la population, aujourd'hui dans le cadre de la gratuité ciblée recadrée puisque les accouchements en font partie.

La CPN n'est plus explicitement « gratuite » dans le recadrage de la gratuité, car le dernier arrêté ne parle que des « kits » comme si les gratuités ne s'appliquaient plus aux actes. Pourtant il est compris par tous que les actes sont toujours « gratuits » pour tout ce qui concerne les prestations de l'arrêté. Il en va de même pour la prise en charge des accouchements.

5.3 La gratuité ponctuelle issue d'une assistance spécifique

Certains partenaires (Unicef par exemple) vont distribuer des intrants et des biens matériels au Ministère de la Santé ou directement aux formations sanitaires, laissant à l'autorité la discrétion de les mettre à disposition de la population gratuitement ou non. Ces actions ponctuelles sont également le propre d'ONG internationales.

Il est toujours très difficile d'évaluer ces actions qui relèvent d'avantage de l'humanitaire au sens de la substitution (et parfois même de l'urgence).

5.4 La gratuité de la dialyse

La gratuité de la dialyse n'a d'autre fondement légal que le discours des autorités au plus haut niveau. Elle est actée dans les faits et défendue avec force par les bénéficiaires. Le coût des prises en charges est assez pharamineux pour l'hôpital national de référence : avec une facture de 26 à 30 millions par personne concernée par an et un total d'environ 550 millions par an, la dialyse « gratuite » est un fardeau sans équivalent pour l'hôpital.

Selon le Ministre de la Santé, il sera très difficile de poursuivre cette facilité d'exemption dans le futur car le rapport entre le nombre de personnes prises en charge et le coût pour la société est difficilement acceptable dans un contexte de ressources rares.

6. Fonctionnement des gratuités ciblées

La gratuité ciblée existe au Tchad depuis 2008-2009, avec son service dédié au Ministère de la Santé depuis 2010. Il ne s'agit pas ici d'en faire l'historique mais au contraire de prendre une photographie de la situation actuelle (2018).

Comme mentionné plus haut, la politique de gratuité actuelle est inscrite dans une disposition légale qui a restreint son champ d'application à des kits :

Niveau	Cible	Moyen
Centres de Santé	Enfants de 0 à 5 ans et Femmes Enceintes	Kit de Centres de Santé Kit de produits de prise en charge nutritionnelle
	Femmes enceintes	Kit pour la césarienne
Hôpitaux	Cas des urgences	Kit de prise en charge des urgences de laparatomie, fractures ouvertes et drainage thoracique
	Sécurité transfusionnelle	Kit de transfusion sanguine
	Cas de paludisme grave	Kit de prise en charge d'urgence du paludisme plus examen de laboratoire (TdR et Goutte épaisse)
	Cas de morsure de serpent	Sérum antivénimeux
	Cas de piqûre de scorpion	Sérum anti-scorpion
	Cas des fistules	Kits fistules

Comme signalé plus haut, on observe un *lais* entre le texte qui limite la gratuité à des intrants et la compréhension par les prestataires : la prise en charge gratuite des actes ne semble pas avoir été caduque dans les faits.

La fonctionnalité de la gratuité définie par le texte dépend tout de même de la distribution des intrants. En l'absence d'intrants, certains prestataires disent prendre en charge gratuitement les patients sur leurs fonds propres (mise à disposition à titre gratuit d'intrants achetés par la formation sanitaire), mais beaucoup avouent qu'ils n'ont d'autres choix que de prescrire au patient et retournent donc au recouvrement des coûts. Dans le cas spécifique des urgences, le dilemme est plus délicat encore. Il est vrai que la gratuité des urgences a été décidée spécifiquement pour éviter les décès pour cause de barrière financière immédiate, mais la décision de gratuité sans mise à disposition d'intrants renvoie le patient et la formation sanitaire à la situation d'origine, avec un poids moral supplémentaire pour le prestataire qui doit appliquer un engagement de l'Etat non tenu.

Le principal problème tient au financement de la gratuité. Historiquement, l'Etat a fait de gros efforts, mettant à disposition une subvention allant jusqu'à CFA 5,3 millions au plus fort (2013)⁶. Le plus souvent, les subventions semblent avoir été décaissées, même si avec un certain retard. A partir de 2013 cependant, les dettes de l'Etat sur la gratuité se sont accumulées à la Centrale d'Achat⁷. Les intrants ont été fournis dans un premier temps, puis les versements et livraisons ont cessé en 2016, date à partir de laquelle les montants ont été engagés mais non virés. Entre 2016 et 2018, les montants prévues étaient pourtant plus proche du milliard, mais les montants n'ont pu être décaissés et les achats réalisés qu'avec l'aide de l'AFD dans le cadre de son appui budgétaire, et avec

⁶ Cf. annexe : montant prévue par la LoF année après année

⁷ Elles ont atteints jusqu'à près de FCFA 10 milliards et sont encore aujourd'hui de près de 5 milliards.

beaucoup de retard : deux fois 0,55 milliards ont été virés à la CPA en Janvier 2018 (soit le budget gratuité de 2017) et 1,375 milliards en avril 2018 (soit le budget gratuité de 2016).

La mission a pu constater au niveau des prestataires qu'aucune livraison n'avaient été faite (en dehors des sérums) depuis 2016, et à la CPA que des tonnes d'intrants étaient arrivés qui attendaient d'être disséminés sur le territoire.

Evidemment la problématique de la disponibilité des finances en général, de leur prédictibilité, du maintien des montants et même de leur hauteur suffisante est une source de problèmes énorme qui perturbe la mise en œuvre et toute analyse.

A ce souci majeur s'ajoute d'autres défis liés au dispositif tel qu'il existe. En particulier, en l'absence d'une unité de gestion de la gratuité suffisamment renforcée et dotée de moyens, il est très difficile d'avoir un système qui réponde aux besoins, qui contrôle l'utilisation, bref, un système apprenant.

L'analyse a été partagée au plus haut niveau, où il s'est avéré que la réflexion est bien avancée. De fait, le Ministère de la Santé ne voit pas d'avenir à la politique de gratuité actuelle. Il en reconnaît le désordre, l'inefficience et l'iniquité. Surtout, il acte le manque de moyen de l'Etat qui ne lui permet pas de prétendre à une telle politique aujourd'hui. Il est clair que les gratuités décrétées ne se montent pas à 1 ou 5 milliards, mais nécessiterait des dizaines de milliards ou plus pour fonctionner à plein régime.

7. Etat de la réflexion sur le panier de soins des régimes d'assurance santé

En Décembre 2018, les discussions se poursuivent sur les paniers de soins des régimes. Une chose est certaine, c'est que les régimes sont établis de sorte à offrir un panier différent, même si l'on conçoit l'opportunité d'une convergence (par le haut) à terme⁸.

A ce stade, la cellule présente donc plusieurs options de panier pour les différents régimes. Il s'agit d'une base incrémentée allant jusqu'à la prise en charge de l'ensemble des prestations disponibles sur l'ensemble de la pyramide sanitaire. En fait, la base est envisagée notamment pour le régime 3 (sous financement d'Etat exclusif), alors que pour le régime 1 (pour le secteur formel) seul un régime complet est envisagé.

La base en question - soit l'option de panier la moins ambitieuse - se trouve être la suivante⁹ :



Selon les estimations de la Cellule, cette base coûterait environ FCFA 4.000/= pcpa (par personne et par an). En ajoutant les soins ambulatoires au niveau des Centres de Santé, le montant est évalué à FCFA 4.900/= pcpa¹⁰.

Dans ces conditions on voit que la réflexion est déjà acquise à l'idée d'une sorte de transfert de la gratuité à un régime d'assurance maladie.

⁸ Cf. « document d'orientation du dispositif d'assurance santé au Tchad » du 6 Avril 2017, p8.

⁹ Présentation par la Cellule en atelier du 11/12/2018

¹⁰ D'après échanges du 9/01/2019 avec l'assistant technique de la Cellule.

8. Opportunités relatives des prestations d'assurance maladie

Dans l'optique d'une sorte de « transfert » des prestations de la gratuité vers le DAS, il est bon d'avoir à l'esprit un certain nombre d'enseignements. Nous en partageons deux ici, qui nous ont permis d'avancer substantiellement dans le débat avec les parties prenantes dans le cours de la mission :

Les services des programmes de santé publique ne peuvent être transférés à un mécanisme d'assurance maladie que dans certaines conditions :

« Dans de nombreux pays, une part considérable du financement du système de santé provient de « programmes de santé publique » tels que ceux concernant le VIH, la tuberculose ou la vaccination. La plupart des services financés par ces programmes sont fournis à des clients individuels. C'est pourquoi certains pays disposant d'agences nationales d'assurance maladie ont décidé (et d'autres envisagent) de les utiliser au lieu des programmes pour « acheter » ces services. Bien que l'utilisation des compétences et des méthodes d'achat de la caisse d'assurance à ces services de programme prioritaire présente un avantage potentiel, la décision de le faire dans un pays donné nécessite une analyse spécifique de plusieurs facteurs, notamment des compétences réelles de l'organisme. Cependant, si un pays décide de suivre cette approche, il y a certaines choses essentielles à retenir :

- *Le transfert de fonds d'un programme tel que le VIH ou la tuberculose au fonds national d'assurance ne signifie pas que le programme disparaît. Ce ne sont que les fonds destinés à la composante « services » qui doivent être transférés; les fonctions de stratégie restent par exemple dans le programme.*
- *Ce transfert de fonds implique également de s'assurer que l'organisme d'assurance maladie est responsable de l'achat de ces services pour la population. (...)*
- *Plus important encore, le mot « assurance » ne signifie pas que les services du programme prioritaire sont réservés aux personnes qui étaient auparavant « assurées ». La nature de ces services, et en particulier les avantages sociaux très vastes du contrôle des maladies transmissibles, signifient que ceux-ci doivent constituer un droit universel. En effet, cela peut être une étape importante vers la CSU; même si d'autres services ne peuvent concerner que des groupes d'assurés définis, des services tels que la vaccination et la lutte contre la tuberculose et le VIH doivent être accessibles à tous ceux qui en ont besoin. En conséquence, l'organisme d'assurance peut commencer à gérer le financement (et, surtout, les données) de services destinés à l'ensemble de la population. »¹¹*

Ainsi les prestations de soins fournies dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose, la Vaccination, la lutte contre la Malnutrition, ne sont qu'une petite partie de programmes de santé publique qui requièrent un très fort engagement de la Tutelle, de nombreuses activités d'accompagnement, et le tout de manière intégrées. Confier le paiement de la prise en charge à un organisme d'assurance maladie signifie découpler l'achat de la prestation à l'allocation des ressources et moyens des mesures connexes (telles que formation, supervision, sensibilisation, etc...), ce qui n'es pas forcément une facilité car il faut assurer la cohérence de l'ensemble. Cela

¹¹ « Quelques questions et réponses sur les réformes de financement de la santé pour la CSU », WHO/HQ/HFG, document en cours d'élaboration (Décembre 2018).

signifie également responsabiliser les prestataires dans l'accès aux intrants, ce qui peut s'avérer un choix sous-optimal lorsque les canaux de distribution sont encore très verticaux, que l'accès au marché est compliqué, ainsi que le contrôle de la qualité des produits finalement remis aux patients.

L'assurance maladie a intérêt à couvrir des ensembles de prestations

L'assurance maladie doit pouvoir contrôler les prix et contrôler les prestations remboursées. Pour contrôler les prix, son meilleur atout reste la négociation de modalités de paiement qui transfèrent le risque au prestataire. Par exemple le forfait arrange l'assureur qui connaît par avance le coût des prestations qu'il rembourse, alors que le paiement à l'acte le met à la merci des variations de prix et de l'inflation des dépenses, notamment du fait du risque de sur-prescription. Pour cette raison, l'assureur préfère garantir des prestations de prix plus ou moins homogènes, dont il négocie le tarif de remboursement avec le prestataire.

Pour contrôler les prestations, il utilise le monitoring (suivi des informations) et les services d'un médecin-conseil. La logique est pourtant d'abord financière, car il ne remplace par la Tutelle des services de santé qui seuls sont responsables de la qualité des soins. Ainsi l'assureur ne déplace son médecin-conseil que lorsqu'il a des signaux, que ce soit des dérives financières ou des plaintes des assurés. Il n'est que dans ces cas-là que l'assureur vérifie le rapport entre le diagnostic et la prescription. Dans ces circonstances, l'assureur préférera ne pas avoir à entrer dans des questions de diagnostics. Ainsi pour un raison d'efficacité, vérifier qu'une prestation est effectivement éligible à un remboursement ne peut être envisagé qu'à distance sauf dans des cas rares et chers. Or nous le savons, au Tchad comme dans la plupart des pays de la sous-région, beaucoup de traitements sont faits sur la base de symptômes et les diagnostics sont faits, éventuellement, a posteriori des soins. Dans ces circonstances (diagnostic incertain et engagements de dépenses nécessaires pour des examens avant tout diagnostic), comment envisager une prise en charge du paludisme mais pas d'une infection ?

Ce qui précède est expliqué pour démontrer que le panier de prestations de l'assurance maladie gagne à ne pas être éclaté mais consolidé par blocs de prestations, à la fois dans la façon dont elles sont prises en charge et dans leur homogénéité de coût.

Pour tout dire, il n'est pas opportun de transférer la gratuité de la prise en charge du paludisme seul. Il faut davantage envisager la prise en charge des soins externes, d'hospitalisation ou de chirurgie à tel ou tel niveau de la pyramide sanitaire.

9. Options de panier pour le démarrage du DAS

Avec tout ce qui précède, nous avons retenu un ensemble de prestations qui pourraient être éligibles au démarrage du DAS, qui se fera pour les personnes démunies ou vulnérables. Le fait de démarrer par cette couche de population a encore une conséquence au niveau de ce chapitre : cette catégorie de population ne peut pas payer de co-paiement, car le moindre débours sera une barrière financière à l'accès. Or le co-paiement est un bon moyen de faire baisser le coût du panier car il agit à la fois sur le montant des prestations (par soustraction) et sur la fréquence d'utilisation des prestations (c'est un frein au « hasard moral »).

L'objectif de ce chapitre est effectivement de (donner les moyens pour) proposer un panier de soins qui soit le mieux positionné en termes de priorités de santé publique et le plus adapté aux attentes des populations, mais aussi le plus généreux possible et le moins coûteux possible.

Pour mémoire, le coût du panier de soins est proposé « par personne et par an » (ou dans le jargon « per capita per annum » ou *pcpa*). Il tient compte du coût moyen des prestations, de la fréquence d'utilisation des prestations, et des frais de gestion (et de réserve).

L'expérience internationale montre que l'assurance maladie universelle doit être financée par un mix de cotisations et de recettes fiscales. Mieux, l'OMS considère aujourd'hui que les perspectives de prélèvement de cotisations sont extrêmement limitées dans un contexte où le secteur informel prédomine largement :

« Dans la très grande majorité des pays à revenu faible et intermédiaire-inférieur qui ont essayé de collecter des contributions auprès de personnes du secteur informel (soit pour contribuer à un système national d'assurance-maladie ou à des systèmes à base communautaire), la participation et la collecte de recettes de cette source a été minime. Dans le régime national d'assurance maladie du Ghana, par exemple, les recettes provenant des contributions individuelles ne représentent tout au plus que 4,5% environ du revenu total du régime. La majeure partie des revenus du régime (généralement plus de 70% par an) provient de la part réservée de la taxe sur la valeur ajoutée, le reste provenant des cotisations de sécurité sociale déduites des salaires des travailleurs du secteur formel. Parce que le Ghana exige la contribution de ceux du secteur informel qui ne sont pas considérés comme pauvres, une couverture de ceux du secteur informel - autres que ceux appartenant à un groupe (soins maternels gratuits, enfants de moins de 18 ans, personnes de plus de 70 ans) bénéficiant de couverture entièrement subventionnée - est très faible par rapport à leur part dans la population totale.

Même lorsque les contributions sont subventionnées, la population du secteur informel a tendance à être peu enrôlé. En fait, seuls deux pays ont atteint des taux de participation élevés dans un système comprenant des contributions. Il s'agit du programme d'assurance maladie communautaire en Chine et de l'assurance maladie communautaire au Rwanda. Qu'est-ce qui fait d'eux des exceptions ?

- *La couverture de la population est toujours financée essentiellement par des sources publiques (y compris des sources de donateurs dans le cas du Rwanda). Les contributions individuelles des assurés sont complémentaires. Par exemple, en Chine, la contribution du gouvernement au système qui est déclenchée par un individu inscrit est environ quatre fois supérieure au montant de la contribution individuelle (le gouvernement paie 80%, la personne paie 20%).*
- *Dans chaque cas, la participation individuelle est soit obligatoire (Rwanda), soit de facto obligatoire (Chine); pas volontaire.*

- Les autorités locales jouent un rôle essentiel en tant qu'intermédiaires actifs dans le processus, car elles sont tenues responsables de la réalisation de taux de scolarisation élevés pour leurs populations.
- Le contexte politique de ces deux pays permet au gouvernement central (a) d'adopter un comportement «direct» des gouvernements locaux et (b) d'appliquer un dispositif obligatoire, de manière difficilement reproductible dans des pays dotés de systèmes politiques différents.

Ainsi, pour une approche contributive au travail, elle semble toujours nécessiter un engagement politique très fort et un financement public pour atteindre des taux de couverture élevés. De nombreux autres pays ont essayé l'approche contributive, mais même avec des taux de subvention allant jusqu'à 50%, ils n'ont pas généré de taux de participation élevés. »¹²

Ceci signifie qu'une condition pour que le Tchad mette en place une assurance maladie universelle tient à sa capacité à utiliser des recettes fiscales pour couvrir 50% à 90% du montant total de son chiffre d'affaire. A titre d'illustration, si le coût du panier de soins est de FCFA 10.000/= pcpa, le montant du chiffre d'affaire d'une assurance maladie pour 14 millions d'individus serait aujourd'hui de 140 milliards, et l'Etat devrait s'engager à termes pour au moins 70 à 100 milliards. Bien entendu, l'assurance maladie se déploie sur des décennies, mais il est bon de comprendre par ces quelques données que le panier de démarrage du DAS doit être le plus bas possible, plus près de FCFA 5.000/= pcpa que de FCFA 10.000/= ¹³.

Pour ce qui concerne les prestations, nous proposons une liste dans laquelle il faudra puiser pour constituer un panier. Le montant sera calculé par l'actuaire assistant technique auprès de la cellule CSU pour chaque ligne de prestation. Il s'agira de faire son « marché » en fonction des priorités relatives des prestations et du montant total du panier auquel on veut se limiter

Prestation	Niveau de prise en charge
Soins externe pour tous	1 ^{er} niveau
Soins externe pour tous	Second niveau
Soins externe pour tous	Niveau tertiaire
Soins externes pour les moins de 5 ans	1 ^{er} niveau
Soins externes pour les moins de 5 ans	Second niveau
Soins externes pour les moins de 5 ans	Niveau tertiaire
Accouchements	Tous niveaux ¹⁴
Césarienne	Tous niveaux
Prise en charge des urgences médicales jusqu'à 3 jours	Tous niveaux
Prise en charge des urgences chirurgicales jusqu'à 3 jours	Tous niveaux
Prise en charge des urgences gynécologiques jusqu'à 3 jours	Tous niveaux
CPN minima (avec prestations minimales)¹⁵	1 ^{er} niveau
CPN maximum	1 ^{er} et second niveaux

¹² « Quelques questions et réponses sur les réformes de financement de la santé pour la CSU », WHO/HQ/HFG, document en cours d'élaboration (Décembre 2018).

¹³ Pour mémoire, il est prévu de FCFA 6.500 au Mali, était estimé à 12.500 au Bénin avec le RAMU, a été évalué à 9.100 (avec réserves basses) puis 12.000 (avec constitution de réserves importantes) au Burkina, mais il a été estimé à plus de 25.000 dans le cas des assurances du secteur formel du Mali, du Togo et de Mauritanie.

¹⁴ « Tous niveaux » inclut la restriction de référence obligatoire

¹⁵ Il s'agira de définir deux forfaits CPN qui comprendront plus ou moins de biens et services.

10. Scénario possible de démarrage du DAS

En résumé, la mise en œuvre du DAS à court terme et l’articulation avec les gratuités peut se faire ainsi :

1	Calcul des prestations présélectionnées pour le panier DAS du régime 3
2	Choix du panier de soins pour le panier DAS (régime 3)
3	Adoption de la Loi sur le DAS
4	Constitution d’une unité de projet au sein de la Cellule CSU
5	Acquisition d’une ligne DAS dans la LOF pour quelques milliards
6	Contractualisation de l’identification des indigents (méthodologie et opérations)
7	Démarrage du dispositif dans un District de chacune des 23 régions
8	Contractualisation possible du suivi-évaluation (approche de recherche-action)
9	Arrêt de la politique des gratuités au niveau des Districts du DAS ou de tout le territoire
10	Accompagnement de la demande par un appui spécifique à l’offre

1. Comme expliqué au chapitre précédent, l’assistant technique actuairien au sein de la cellule CUS va mettre un chiffre en face de chacune des prestations présélectionnées pour le panier de soins du régime 3. Ce chiffre correspond au coût de chaque prestation par personne et par an. Une attention particulière sera mise sur l’estimation des taux d’utilisation des soins¹⁶.
2. Le choix du panier de soins se fera par un arbitrage des autorités. Nous suggérons que le choix se fasse dans la limite d’un montant de FCFA 7.500/= per capita per annum. En fait, un panier suffisamment attractif à un coût de **FCFA 5.000/= par personne et par an** serait idéal pour démarrer¹⁷.
3. La loi « sur la CSU » en préparation concerne le DAS. Elle donnera un cadre juridique au démarrage qui renforcera la légitimité des opérations¹⁸.

¹⁶ Les taux augmentent avec la levée de la barrière financière mais n’atteignent pas forcément les besoins ; certaines expériences au Tchad (cf. BASE) montrent en effet que d’autres barrières existent et sont parfois très fortes, notamment sur l’utilisation des services de santé de la reproduction (barrières culturelles et barrière d’accès physique en particulier). Nos échanges avec l’actuaire AT à la Cellule sont allés dans ce sens récemment de sorte que les évaluations à venir, comme celles présentées [infra](#), seront inférieures à celles présentées jusqu’à présent au niveau de la Cellule. Par contre, il faudra envisager l’augmentation progressive des coûts (cf. point suivant).

¹⁷ Dans le cas spécifique du Tchad qui démarrera avec des fréquences d’utilisation relativement basses, il s’agit de se donner une marge de manœuvre au financement en anticipant sur l’évolution du coût du panier de soins induit en particulier par l’augmentation progressive de la fréquence d’utilisation. Donc pour ceci et ce qui précède, bien qu’ayant mentionné les chiffres de <7.500 ; 10.000> lors des débriefings de la mission, nous suggérons aujourd’hui une fourchette inférieure, à <5.000 ; 7.500>.

¹⁸ Ceci étant, le démarrage du DAS peut sans doute se faire même sans attendre l’adoption de cette loi (un Arrêté ou un Décret peut suffire). D’autant que le démarrage proposé, par les démunis (régime 3), ne nécessite pas de levée de cotisation et n’implique pas d’obligation pour des assujettis (l’obligation est davantage à l’endroit de l’Etat qui doit être en mesure de fournir le service d’assurance et, pour les démunis et le secteur informel, son financement).

4. Le démarrage du DAS à petite échelle ne nécessite pas la création d'une agence spécialisée (une « Caisse d'Assurance Maladie », qui est prévue par le projet de Loi susmentionné). Un tel établissement requière des démarches administratives lourdes, il s'agit d'un dispositif coûteux et complexe, et il n'a pas lieu d'être pour couvrir quelques centaines de milliers de bénéficiaires qui de surcroît de contribuent pas.

La Cellule CSU présente l'avantage d'être une structure intersectorielle qui peut jouer le rôle équivalent à celui du Conseil d'Administration d'une Agence, elle jouit d'une autonomie financière et elle dispose d'un compte privé. Par contre, elle n'a pas la capacité de mise en œuvre. Il s'agit de la doter en personnel spécialisé pour le démarrage du DAS de sorte qu'elle joue le rôle de la Caisse d'Assurance Maladie avant la montée à l'échelle de la couverture et des prises en charge.

Certaines conditions doivent être réunies pour que ce dispositif fonctionne. En particulier, on s'assurera que l'équipe de gestion est compétente et bénéficie d'un leadership en son sein ; également, on s'assurera de la mise en place des conditions de redevabilité de ce leadership vis-à-vis de la coordination de la Cellule ; encore, un double contrôle interne et externe de la gestion financière de la mise en œuvre devra être assuré. L'équipe envisagée au démarrage devra compter sur un responsable spécialiste du sujet¹⁹, un IT, et d'un certain nombre d'agents pour assurer les fonctions essentielles de formations et suivi sur le terrain, de monitoring, de gestion financière, de suivi de l'identification des indigents, et de relation avec l'offre de soins.

Pour ce qui concerne l'outil de suivi intégré de gestion, nous recommandons fortement que le Ministère de la Santé et la cellule CSU prenne attache avec le Swiss TPH et son projet IMIS²⁰. En effet l'institut Tropical et de Santé Publique Suisse développe un produit adaptable qui a déjà fait ses preuves²¹ ainsi qu'une version opensource, et le rôle important que joue la coopération suisse dans l'appui à la CSU au Tchad est une opportunité supplémentaire pour une collaboration avec cet Institut basé à Bâle.

5. Comme expliqué précédemment, l'avantage de démarrer le DAS dans les conditions suscitées est de pouvoir adapter l'évolution de la couverture à la mise à disposition de moyens financiers par l'Etat. Il s'agira donc de démarrer à partir des moyens dégagés effectivement par l'Etat. Pour un démarrage, une ligne doit être inscrite dans la loi des Finances, même si elle n'est que de quelques milliards. Comme il s'agit de passer de la politique de gratuité au DAS, cette ligne doit pouvoir être acquise.

Suggestion a été faite de développer, sur la base des recommandations de cette mission, un document de projet dont l'essence pourra être partagé en rencontre du 24²². Cette voie de plaidoyer spécifique au Tchad permettra de faire valoir par exemple 1 milliard pour 2019 et 3

¹⁹ Typiquement une personne avec 10 ans d'expérience à différentes fonctions en assurance maladie à base communautaire au Tchad

²⁰ <https://www.swisstph.ch/en/about/scih/sysu/health-economics-and-financing/imis/?#c9551>

²¹ En Tanzanie, au Cameroun, etc...

²² Il s'agit des rencontres sur la santé tenues par la partie nationale et les PTF avec son Excellence le Président de la République. Ceci a été envisagé lors de la mission, avec une perspective réaliste en termes de timing pour la rencontre du 24 Février.

pour 2020, sur la base des capacités et de la chronologie proposées pour la mise en œuvre, en parallèle du dialogue national sur le budget en cours (LOF) et à venir (LFR).

6. Un enjeu crucial et compliqué de la proposition concerne l'identification des indigents. De nombreux acteurs considèrent la tâche pratiquement impossible au Tchad. En fait, celle tâche ne peut pas être évitée car elle est déjà inscrite dans le projet de DAS : elle est nécessaire pour la mise en place du régime 3. La situation au Tchad est telle que la tâche devra être adaptée au contexte local²³. Ainsi il ne s'agit pas de dire que l'identification des plus pauvres ne fait pas sens pour la population ou qu'elle n'est pas acceptable pour elle, mais de vérifier sur le terrain les conditions dans lesquelles cette catégorisation peut être faite, ou non. S'il s'avère qu'en certains lieux elle n'est pas socialement ou politiquement acceptable, la pertinence d'appliquer le régime 3 ou 2 à l'ensemble de la population formelle de la zone sera remontée au niveau national.

Pour ce qui concerne la faisabilité technique, l'expérience internationale est extrêmement riche en la matière. Par contre, il s'agit d'ingénierie et d'un travail terrain avec les communautés et leurs représentations traditionnelles ou administratives, soit un investissement en temps et financier substantiel. En l'occurrence ni la Cellule ni son unité de gestion n'a intérêt à s'occuper du sujet directement, aussi nous avisons de procéder sur le sujet à une contractualisation en externe. Il peut d'ailleurs d'agir de contractualisations au pluriel, s'il s'avère que différents acteurs sont mieux placés pour traiter de ces questions dans différentes zones. Parmi les acteurs mentionnés lors de la mission, nous avons relevé le travail effectué par la Banque Mondiale, le rôle possible de l'Institut National de la Statistique, ou encore l'expérience du CIDR et celle de l'ONG BASE. L'idée est de convenir de termes de contrat par lequel la Cellule confie l'identification, à savoir sa méthodologie et son effectuation, à une organisation expérimentée et/ou présente sur le terrain.

7. La question de la vitesse d'extension du DAS sera d'abord celle de la mise à disposition de fonds par l'Etat pour subventionner le secteur informel, pauvre et non pauvre (non cotisant et cotisant partiellement). De ce point de vue, et également du point de vue de la logique d'apprentissage, les techniciens en appelleraient facilement à un démarrage du DAS dans une zone géographique limitée. Cependant, comme cela a été clairement affirmé au Comité des Directeurs tenu pendant la période de la mission, le Ministère de la Santé ne veut plus répéter les expériences « pilotes ». Aussi, nous suggérons le démarrage par le régime 3 sur l'ensemble du territoire, pour des raisons « politiques » (ou « d'acceptabilité nationale »). Mais pour rester sur des perspectives réalistes, il s'agira de démarrer dans un District seulement dans chacune des 23 régions. Et encore, ces 23 Districts n'auront pas besoin de démarrer les activités le même jour. L'idée est que la Cellule s'engage à démarrer le dispositif de DAS pour le régime 3 dans les 23 régions au cours de la période 2019-2020.

²³ Dans un certain nombre de pays la tendance est à l'harmonisation de la méthodologie d'identification des indigents. Mais souvent il s'agit de répondre de manière standard à une problématique qui se pose dans différents secteurs, non pas de répondre à une problématique qui se poserait de manière différente dans différentes zones géographiques. Dans le contexte tchadien et aux vues de la logique de recherche-action dans laquelle doit s'inscrire le DAS, nous suggérons fortement de ne pas aller d'abord à l'harmonisation mais plutôt de favoriser le dialogue local sur ce type de questions.

8. L'expérience en matière d'assurance maladie en Afrique au moins montre qu'il est important de démarrer. La fébrilité prévaut souvent qui concerne la capacité de l'Etat à financer l'assurance maladie universelle, ou encore la capacité de l'institution en charge d'assurer une gestion transparente. Si ces deux raisons sont compréhensibles, on observe aussi beaucoup d'atermoiements au compte de préparations techniques, sans que ces préparations n'apportent toujours les réponses tranchées aux débats techniques. De fait, l'assurance maladie n'est pas faite pour être dessinée dans tous ses contours sur le papier ou dans une salle de réunion. L'assurance maladie doit apprendre de l'expérience terrain, d'autant que les hommes en charge eux-mêmes sont souvent confrontés à des défis qu'ils n'ont jamais eu l'opportunité de traiter. La réaction des populations, celle des agents de santé, leur apprentissage progressif du dispositif, le changement culturel qu'est le tiers-payant, la logique de contractualisation entre l'offre et la demande, les ajustements des procédures et outils, les réévaluations des dépenses, l'utilisation progressive des tableaux de bord, sont autant de domaines et de situations qui évoluent de manière interdépendante et dans un apprentissage collectif de longue durée avec beaucoup de surprises et de rattrapages au démarrage. Aussi, s'il faut se donner les moyens de démarrer en connaissances de causes, il faut aussi anticiper que le système doit faire son propre apprentissage.

Afin de réussir la DAS, il faut donc instituer un véritable système apprenant. Celui-ci doit être interne du point de vue de la responsabilité : le leadership de l'unité de gestion ainsi que la Cellule doivent avoir leurs tableaux de bord et faire un suivi stratégique et technique rapproché. La présence de l'assistance technique auprès de la cellule sera très utile. De plus, le système apprenant peut se nourrir d'une analyse externe. En l'occurrence, l'ONG BASE rencontrée dans le cadre de la mission pourrait faire une proposition pour un contrat de suivi de la mise en œuvre dans une logique d'apprentissage par les faits. Ce genre de contrat pourrait être très bien considéré par un PTF qui pourrait envisager son financement²⁴.

9. Que devient alors la politique de gratuité ciblée et recadrée ? Dans le cadre des rencontres avec les plus hautes autorités du Ministère de la Santé, nous avons compris que l'arrêt de la politique pouvait être envisagé. Le Ministère connaît parfaitement les limites du dispositif actuel, mais encore il acte le manque de disponibilité des fonds au niveau national aujourd'hui pour assurer l'ambition de la gratuité. Enfin, le DAS est envisagé comme un meilleur dispositif, à la fois sur le plan de la gestion (tiers-payant avec gestion du risque) et sur le plan de l'équité (catégorisation de la population pour une exemption de paiement ciblée, contrairement à la politique de la gratuité). Si la politique de gratuité cesse, il n'y a pas de risque de superposition de droits dans les zones de démarrage du DAS. Cependant, si la gratuité ne cesse pas ou pas tout de suite, il faut envisager qu'elle soit aménagée dans les zones de démarrage du DAS. Spécifiquement, la distribution gratuite de sérums peut continuer, et les efforts pour mettre gratuitement à disposition la prise en charge de la lutte contre la malnutrition pourront perdurer. Par contre, ces Districts qui les premiers abriteront le régime 3 ne devront plus recevoir les kits de gratuité pour les accouchements, le paludisme ou les urgences, afin de laisser le champ libre au dispositif de tiers-payant.

²⁴ Nous pensons notamment à l'AFD dans le cadre du projet I3S.

10. Dans les zones de démarrage du DAS (régime 3), les conditions de prise en charge des patients devront être améliorées. Pour ce faire, il s'agira d'une part pour le Ministère de la Santé d'assurer un minimum de conditions au démarrage, d'autre part pour la Cellule CSU de concevoir les conditions du dialogue avec le Ministère de la santé sur le suivi de la qualité des prises en charge. Outre le plateau technique et la disponibilité du personnel, les aspects sensibles de l'offre de soins dans le cadre de la mise en place du DAS seront la gestion des intrants, et donc la gestion financière. Des rapports réguliers de l'unité de gestion au Ministère de la Santé devront être faits sur les conditions de prise en charge des bénéficiaires, à charge pour la Cellule de démontrer sa capacité à faire évoluer son sujet, au creuset de ce rapport « demande-offre », qu'est la CSU.

Liste des institutions rencontrées

Equipe de la Cellule Interministérielle de la CSU
Hôpital de District de Mandalia et Centre de Santé associé
Hôpital de District de Massaguet
Hôpital régional de l'Amitié
Hôpital Général de la Référence Nationale
Cabinet / Ministère de la Santé
DAF / Ministère de la Santé
DOSS / Ministère de la Santé
Projet de Renforcement des Services de Santé Maternelle et Infantile
Centrale Pharmaceutique d'Achats
Direction des Investissement / Budget / Ministère des Finances
PNUD
Unicef
UNFA
DUE
SDC
AFD
Projet PASST 2
CIDR
Bureau d'Appui Santé et Environnement

