

REPUBLIQUE DU TCHAD

Unité-Travail-Progrès Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale

RAPPORT DES COMPTES DE SANTÉ DU TCHAD-2018



Novembre 2021



Table des matières

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS	3
RESUME	6
REMERCIEMENTS	7
INTRODUCTION.....	8
I. OBJECTIFS DES COMPTES NATIONAUX DE SANTÉ	9
ii. CONTEXTE NATIONAL.....	10
II.1 Situation géographique du pays.....	10
II.2 Situation démographique	11
II.3 Situation socio-économique.....	12
II.4 Profil épidémiologique	14
II.4.1 Santé de la mère.....	14
II.4.2 Vaccination antitétanique	15
II.4.3 La Planification familiale.....	15
II.4.4 La santé des enfants	17
II.4.5 Le Traitement Préventif Intermittent chez la femme enceinte (TPI)	18
1.1. II.4.6 La santé des adolescents	19
II.4.7 La santé des personnes âgées et des personnes vivant avec handicap	19
III Organisation du système de santé.....	20
IV Financement de la santé	21
V. PROCESSUS DE MISE EN PLACE DE COMPTES NATIONAUX DE SANTE	22
V.1 Collecte de données	22
V.2 Saisie des données :	23
VI. METHODES ET SOURCES DE DONNEES	24
VI. 1. Définition et utilité des Comptes Nationaux de santé	24
VI.2. Cadre du système de la santé et comptes nationaux de santé.....	24
VI.3. Définition opérationnelle des concepts	25
VII. Difficultés et Limites de l'étude	27
VIII.1 Volume du financement de la santé.....	28
VIII.2 Dépenses courantes en santé	28
VIII.3 Source du financement du secteur de la santé	28
VIII.4 Dépenses courantes en santé	30
VIII.5 Régime de financement des soins de santé.....	31

VIII.6 Prestataires de soins de santé.....	32
VIII.7 : Dépenses courantes de santé des agents de financement aux prestataires de soins.....	33
VIII. 8 : Dépenses courantes de santé par facteurs de prestations de soins de santé.....	34
VIII. 9 Dépenses par sources de financement et les maladies et affections	35
VIII.10 Dépenses courantes de santé par provinces	39
IX. PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTE	43
CONCLUSION	44
Aux acteurs du secteurs privées	46
references BIBLIOGRAPHIquEs	47
EQUIPE D'ELABORATION	47

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : CATEGORIES ET PROPORTIONS DE POPULATIONS CIBLES SUR 5 ANNEES.....	11
TABLEAU 2 : INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES.....	12
TABLEAU 3: INDICATEURS DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
TABLEAU 13: LES INDICATEURS MACROECONOMIQUES CLES DES DEPENSES DE SANTE	44

Liste des figures

FIGURE 1:PRESENTATION SCHEMATIQUE DU SYSTEME DE FINANCEMENT DE LA SANTE.....	23
FIGURE 2 : LIENS ENTRE LES CADRES DES SYSTEMES DE LA SANTE ET LES COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE	25

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

AFD	Agence Française de Développement
BIRD	Banque Islamique pour la Reconstruction et le Développement
BMGF	Fondation Bill et Melinda Gates)
CEMAC	Communauté Economique et Monétaire de l’Afrique Centrale
CMDT	Cadre de Dépenses à Moyen Terme
CPA	Centrale Pharmaceutique d’Achats
CPN	Consultation Périnatale
CNS	Comptes nationaux de la santé
CSC	Cadre du Système de Santé
CSU	Couverture santé universelle
DCS	Dépenses Courantes de Santé
DGPL	Direction Générale de la Pharmacie et des Laboratoires
DS	District Sanitaire
DSIS	Direction du Système d’Information Sanitaire
DSR	Délégation Sanitaires Régionale
DTS	Dépenses Totales de Santé
ECOSIT	Enquête de la Consommation dans le Secteur Informel au Tchad
EDST- MICS	Enquête Démographique et de Santé au Tchad & Multiple Indicators Cluster Survey
ENASS	Ecole Nationale des Agents Sanitaire et Sociaux
FA	Agent de financement
FAD	Fonds Africain de Développement
FS	Recette de Régime de financement
HC	Fonctions
HF	Régime de Financement
HGRN	Hôpital Général de Référence Nationale
HK	Formation du Capital
HME	Hôpital de la Mère et de l’Enfant
HP	Prestataires
IDA	Association Internationale de Développement
IDH	Indice de Développement Humain
INSEED	Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques
ISBLSM	Institution Sans But Lucratif au Service du Ménage
ISF	Indice Synthétique de fécondité
KM2	Kilomètre carré

LFI	Loi de finances initiale
LFR	Loi de Finances Rectifiée
MSPSN	Ministère de la Santé publique et de la solidarité Nationale
nca	Non Classé Ailleurs
NV	Naissance vivante
OMD	Objectif du millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies de Lutte contre le SIDA
PAST	Programme d'Appui au Secteur de la Santé au Tchad
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PEV	Programme Elargie de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PRA	Pharmacies Régionales d'Approvisionnement
PTME	
RCA	République centrafricaine
RCS	Responsable du centre de santé
RGPH2	Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SHA :	
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
TBN	Taux Brut de Natalité
UE :	Union Européenne
UGP :	Unité de Gestion des Projets
UNICEF/	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VAT	Vaccination Anti Tétanos
VIH	Human Immunodeficiency Virus
ZR	Zone de Responsabilité

AVANT-PROPOS

Le Gouvernement du Tchad, par le biais du Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale, a adopté, depuis les années 2000, une série de réformes visant l'amélioration de l'accès de la population aux soins de santé de qualité en vue d'accélérer les progrès vers la couverture Santé universelle (CSU) à travers le renforcement du système de santé du pays.

C'est dans ce cadre que le Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale vient d'élaborer le 2^{ème} document des Comptes Nationaux de la Santé (CNS). La construction des comptes nationaux de santé, qui est classée comme une étude rétrospective, trouve son importance non seulement dans le besoin d'informations financières fiables pour la prise de décision dans le secteur de la santé, mais aussi et surtout dans la nécessité de cerner l'ensemble des mécanismes de financement du secteur.

Les Comptes nationaux de la santé (CNS) sont d'une importance capitale pour le suivi et l'évaluation de l'utilisation des ressources financières en vue de d'atteindre les objectifs et de respecter les engagements nationaux et internationaux. En effet, le rapport des comptes indique le niveau des dépenses de santé et analyse les tendances de leurs différentes composantes. Il fait ressortir la contribution des différentes catégories d'acteurs et les mécanismes de financement qui interviennent aussi bien dans le processus de mobilisation et de gestion des fonds que dans l'offre et l'utilisation des services de santé.

Le présent rapport des comptes nationaux de la santé constitue une source d'informations pour les décideurs politiques et tous les intervenants dans le secteur de la santé. Tout en saluant les efforts consentis par les différents acteurs à l'élaboration dudit document, je vous exhorte à une large diffusion pour une utilisation, efficace, efficiente et équitable des ressources disponibles.

Le Ministre de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale

وزير الصحة العامة والتضامن الوطني

Dr. ABDOULAYE SABRE FADOU

د / عبد الله صابر فضل

RESUME

L'élaboration des Comptes nationaux de santé est un exercice annuel conduit par le Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale avec l'appui technique et financier de ses partenaires. La méthodologie appliquée est celle du standard international du système des comptes ou System Health Account (SHA) 2011, rendant comparables les données collectées des pays qui ont le même niveau de développement. Le rapport des CNS 2018 a été élaboré dans le cadre d'un processus participatif dont la dernière étape est son adoption ^par le comité de pilotage. L'analyse des résultats obtenus sur la base des données collectées a permis de dégager les principaux indicateurs qui permettent d'apprécier le financement de la santé au Tchad :

- La Dépense totale de santé (DTS) est estimée à 281,37 milliards de FCFA
- La Dépense courante de santé (DCS) est évaluée à 280,08 milliards de FCFA
- Les dépenses en investissement sont évaluées à 0,55 milliards de FCFA
- Le régime de l'administration publique 84,21 milliards de FCFA
- L'analyse des dépenses par prestataires de soins de santé présente un système d'offre caractérisé respectivement par les hôpitaux, les prestataires de soins de santé ambulatoires et des soins préventifs avec respectivement 48,48 milliards, 25,95 milliards et 34,90 milliards de FCFA des dépenses courantes de santé.

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale vient d'élaborer le deuxième document des comptes nationaux de santé. Les résultats des comptes nationaux de santé de 2018 fournissent des informations financières fiables pour la prise de décision de mobilisation et d'allocation efficace, et équitable des ressources dans le secteur de la santé, ainsi que des orientations pour une utilisation efficiente. L'élaboration des comptes nationaux de santé 2018 a requis la participation de nombreux partenaires. C'est dans ce sens que, nous adressons nos remerciements à tous nos partenaires techniques et financiers et plus particulièrement à l'Agence Française de Développement (AFD), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds mondial ainsi que la Coopération Suisse pour leurs appuis multiformes.

Nos remerciements vont également à l'endroit des programmes, des projets, des différents services du Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale, d'autres Ministères (en charge du Plan, des Finances, administration du territoire et de la Fonction Publique) et institutions de l'Etat, la société civile, le secteur privé et les ONGs pour leur disponibilité et leur participation active au processus d'élaboration des Comptes nationaux de santé.

L'élaboration de ce document n'aurait pu être possible sans le travail assidu des comités (pilotage et technique).

Puissent les résultats de ces comptes servir de base factuelle pour orienter la prise de décision dans le secteur de la santé.

INTRODUCTION

Le Gouvernement du Tchad, par le biais du Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale (MSPSN), a adopté depuis les années 2000, une série de réformes visant l'amélioration de l'accès de la population aux soins de santé de qualité en vue d'accélérer les progrès vers la Couverture Santé Universelle (CSU) à travers le renforcement du système de santé du pays.

Toutes ces réformes doivent être appuyées par des informations détaillées et fiables sur les sources et les usages des fonds destinés à la santé afin d'améliorer la performance de son système, d'où l'importance que revêtent les Comptes nationaux de santé. En effet, les Comptes nationaux de santé sont l'un des comptes satellites de la comptabilité nationale qui retracent le flux financier dans le domaine de la Santé. Ce faisant, les Comptes nationaux de la santé fournissent une description exhaustive des flux financiers du système de santé. Ils indiquent l'origine, l'utilisation des ressources et permettent également d'évaluer l'efficacité des politiques publiques en faveur de la santé et leur impact dans le temps.

L'élaboration des Comptes nationaux de santé constitue un processus continu et permanent au service de la planification, de la prise de décision et des études liées aux réformes éventuelles. Ce rapport est le deuxième exercice du Tchad et permet de disposer d'une vue globale des financements, ainsi que les contributions effectives des différents intervenants et la répartition des ressources sur les divers domaines d'intervention. Il permet ainsi au pays de disposer d'une série d'indicateurs permettant le suivi temporel de l'évolution des dépenses de santé sur la période.

Ce rapport donne une vue d'ensemble du contexte du système de santé et la méthodologie ayant servi à la production des Comptes nationaux de santé dégageant les principales évolutions des dépenses de santé observées en 2018. Aussi, il fait un rappel de la définition des principaux agrégats des Comptes nationaux de santé avant de présenter les résultats globaux des comptes. Le rapport fait également un focus sur les dépenses par maladies, groupes de maladie et par domaines. Il se termine par la formulation des recommandations en vue d'améliorer le financement de la santé.

I. OBJECTIFS DES COMPTES NATIONAUX DE SANTÉ

Les comptes nationaux de santé (CNS) ont pour objectifs de :

- ✓ Fournir une description exhaustive des flux financiers du système de santé ;
- ✓ Indiquer l'origine des ressources et la façon dont elles sont utilisées ;
- ✓ Évaluer l'efficacité des politiques publiques en faveur de la santé et leurs impacts dans le temps ;
- ✓ Analyser les données de certaines interventions sanitaires telles que le paludisme, le VIH/SIDA, la Tuberculose, la santé de la reproduction, etc.

Les interrelations entre les différentes entités intervenant dans le financement de la santé peuvent être représentées selon le schéma ci-dessous.

L'analyse des flux des dépenses entre les différentes entités permet d'évaluer l'efficacité des interventions , leur impact dans le temps et l'utilisation des ressources afin de corriger les déséquilibres du financement du système de santé.

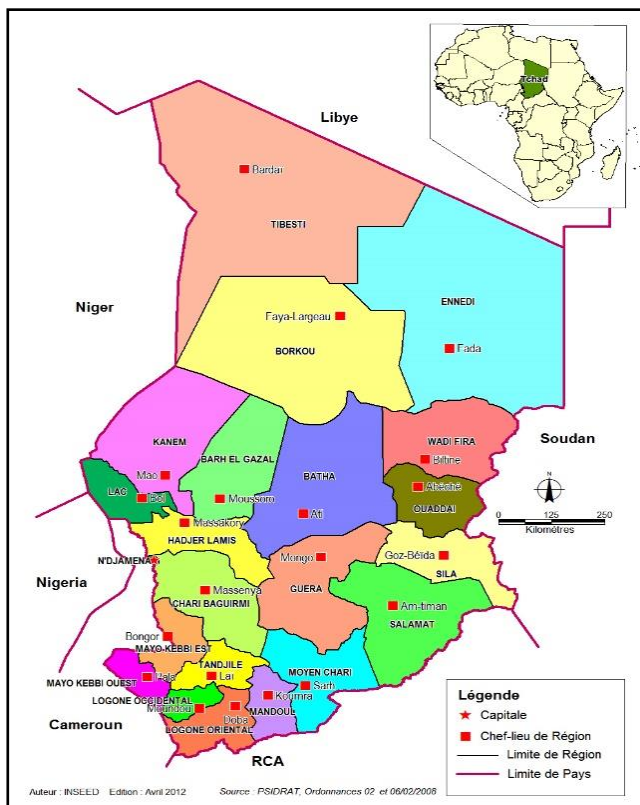
II. CONTEXTE NATIONAL

II.1 Situation géographique du pays

Le Tchad est un pays continental, classé 5^{ième} parmi les pays les plus vastes du continent africain. Situé entre les 8^{ième} et 14^{ième} degrés de latitude Nord et les 14^{ième} et 24^{ième} degré de longitude Est, il couvre une superficie de 1 284 000 km². Il est limité au Nord par la Libye, à l'Est par le Soudan, au Sud par la République Centrafricaine et à l'Ouest par le Niger, le Nigeria et le Cameroun.

Le Tchad est découpé en trois zones climatiques. Le Nord est une zone saharienne vaste (60% du territoire national) avec un climat désertique et une pluviométrie inférieure à 200 mm par an. Le Sud est une zone soudanienne (10% du territoire national) assez fortement pluvieuse

(Pluviométrie entre 800 et 1200 mm par an), avec certaines régions quasiment inaccessibles pendant la saison des pluies. On trouve entre les deux, une zone sahélienne (30% du territoire



national) avec une pluviométrie comprise entre 200 et 800 mm. N'Djamena, la capitale, est située dans cette zone. Du fait de cette répartition climatique, on trouve au sud une végétation abondante avec des savanes arborées diminuant graduellement en allant vers le nord pour laisser la place à la savane puis au désert (avec quelques oueds).

L'hydrographie et le relief du Tchad font de ce pays un véritable bassin, bordé à l'Est et au Nord par des montagnes, on trouve également des montagnes au Sud-ouest. La cuvette sédimentaire du Tchad est occupée par de nombreux lacs, dont le principal, le Lac Tchad alimenté à 90% par le fleuve Chari (1200 km) et le Logone (1000 km). Ces lacs et cours d'eau

permanents entraînent une humidité constante. Au centre-est, on trouve de nombreux cours d'eau intermittents qui tendent à disparaître. Sur les 23 Provinces que compte le pays, 10 sont enclavées en partie en saison pluvieuse. Il s'agit d'une partie du Salamat, du Ouaddaï, du Guéra, du Moyen Chari, de Hadjer Lamis, du Lac, des deux Mayo-Kebbi et de la Tandjilé.

II.2 Situation démographique

La population du Tchad, selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH2) de 2009, était de 11.039.873 habitants. Elle est estimée en 2016 à 14.107.527 habitants parmi lesquels les hommes représentent 49,4% contre 50,6% pour les femmes. La population du Tchad est très jeune : les moins de 25 ans représentent 68% du total de la population tandis que les plus de 60 ans représentent 4,5%. Selon le milieu de résidence, 21,9% de la population vit en milieu urbain, 78,1% en milieu rural dont 3,4% sont des nomades.

La densité moyenne de la population est relativement faible (10,65 hab. /km²). Mise à part la région de Ndjamena qui est une particularité (2 356,72 hab. /km²), la densité de la population varie de 0,40 hab. /km² au Borkou-Tibesti à 95,67 hab. /km² au Logone occidental. Les Délégations sanitaires régionales (DSR) des Mayo Kebbi Ouest et Est, de la Tandjilé, du Mandoul et du Logone occidental ont une densité largement au-dessus de la moyenne nationale. Il s'agit essentiellement des régions qui offrent des conditions socioéconomiques favorables à l'implantation humaine. En effet, cette partie du pays reçoit au moins 1 000 mm de pluie par an et elle est drainée par 2 grands fleuves. Elle dispose d'une végétation abondante et des sols relativement riches. A l'opposé, les DSR du Kanem (5,70), du Salamat (5,41), du Batha (6,59), du Barh El Gazal (6,26), de l'Ennedi (0,98) affichent une densité nettement en dessous de la moyenne nationale. Cela s'explique en partie par le caractère désertique de ces régions à l'exception du Salamat.

Le taux d'accroissement moyen annuel de la population est de 3,5%. Selon les résultats du recensement, les naissances attendues représentent 4,1%, les grossesses 4,23%, les nourrissons de 0-11 mois 3,7%, les enfants de 0-59 mois 20,20%, les jeunes de moins de 15 ans 50,6% et les femmes en âge de procréer 21,76% (*Source*: PNDS3).

Tableau 1 : Catégories et proportions de populations cibles sur 5 années.

	Population Totale	Grossesses attendues	Naissances attendues	Nourrissons de 0-11 mois	Enfants de 0-59 mois	Jeunes de moins de 15 ans	Jeune et Adolescent de 10 à 24 ans	Femmes en âge de procréer
		4,23%	4,10%	3,70%	20,20%	50,60%	18,20%	21,76%
2017	15 778 415	667 427	646 915	583 801	3143858	7 983 879	2 871 672	3 433 383
2018	16 346 438	691 454	670 204	604 818	3301980	8 271 298	2 975 052	3 556 985
2019	16 934 910	716 347	694 331	626 592	3420852	8 569 064	3 082 154	3 685 036
2020	17 544 566	742 135	719 327	649 149	3544002	8 877 551	3 193 111	3 817 698
2021	18 176 171	768 852	745 223	672 518	3671587	9 197 142	3 308 063	3 955 135

Source : DSIS

Le Tchad est peuplé d'une **mosaïque de 256 ethnies**, regroupées en douze principaux groupes linguistiques inégalement réparties sur l'ensemble du territoire. Le français et l'arabe sont les deux langues officielles. Les religions pratiquées au Tchad sont l'islam, le christianisme et l'animisme.

Le tableau suivant reprend quelques indicateurs démographiques.

Tableau 2 : Indicateurs démographiques

Indice synthétique de fécondité (ISF)		6,4
Taux brut de natalité (TBN)		3,6 %
Age moyen au premier rapport sexuel pour les filles		16.2
Femmes de 15-19 ans qui sont déjà mères ou enceintes		36%
% de grossesses attendus		4,23%
% d'accouchements attendus		4,1%
Taux de mortalité néonatale (décès pour 1000 naissances)		34 ‰‰
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1000)		133 ‰‰
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)		860 pour 100 000
Espérance de vie à la naissance	Homme	51,6 ans RGPH2
	Femme	53,4 ans RGPH2

Source : EDST-MICS 2014-2015

II.3 Situation socio-économique

Ayant rejoint le groupe des pays producteurs de pétrole en 2003, le Tchad est devenu fortement dépendant de cette ressource. Avant l'avènement de « l'ère pétrolière », l'économie tchadienne reposait essentiellement sur l'agriculture et l'élevage. Le produit intérieur brut (PIB) en parité pouvoir d'achat (PPA) s'élève à 1941 \$ en 2017. A partir de 2015, l'économie du pays a commencé à être fortement touchée par la chute des cours du baril du pétrole et une dégradation du contexte sécuritaire dans le bassin du lac Tchad.

L'élevage et l'agriculture ainsi que le commerce sont les autres secteurs porteurs de l'économie. L'industrie manufacturière occupe une place marginale (1,3% du PIB) et repose essentiellement sur le sucre et le coton (on estime que plus de deux millions de personnes vivent directement ou indirectement du coton).

Les dépenses du secteur santé sont en pleine régression de manière générale depuis 2014 avec une forte chute en 2015 tandis que les besoins de la population sont croissants d'une part et d'autre part l'adoption de la déclaration d'Abuja par les pays, exige des dépenses de santé plus importantes (15% du budget global de l'Etat alloué au secteur de la santé). Les dépenses de santé par habitant sont d'environ 4 000 FCFA (\$7), loin du minimum entre 17 130 FCFA (\$30) à 22 840 FCFA (\$40) pour les pays à faible revenu recommandé par l'OMS ;

En dépit de la mise en œuvre de différentes stratégies de développement, le Tchad reste l'un des pays les plus pauvres au monde. En effet, selon l'Indice de Développement Humain (IDH), il est classé au 187^{ème} rang sur 189 en 2018 contre 184^{ème} en 2014.

L'instabilité régionale met le Tchad dans une situation socio-économique et humanitaire difficile. Ainsi, le pays accueille des centaines de milliers de réfugiés (environ 700.000 en 2018) en provenance de la République Centrafricaine, du Soudan (Darfour), du Nigéria et du Niger

Les projets de développement dépendant des ressources pétrolières comme les infrastructures sont très affectés et certains sont suspendus à cause de manque des ressources. Les secteurs des services ont ressenti les effets de la détérioration du contexte sécuritaire, de la forte réduction des dépenses publiques et de l'accumulation de la dette vis-à-vis des fournisseurs.

Sur le plan régional, le Tchad est membre de la Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC) composée de six (6) Etats qui sont : le Tchad, la RCA, le Gabon, le Congo Brazzaville, la Guinée Equatoriale et le Cameroun qui partagent une monnaie commune, le franc CFA arrimé à l'Euro. Il est également membre de la Communauté Economique des Etats d'Afrique Centrale (CEEAC) dont l'intégration économique des onze (11) Etats membres (les six pays de la CEMAC plus l'Angola, le Burundi, la République Démocratique du Congo, Sao Tome et Principe et le Rwanda) tarde à se mettre en place.

Enfin, l'instabilité régionale met le Tchad dans une situation socio-économique et humanitaire difficile. Le pays accueille des centaines de milliers de réfugiés (environ 550.000 en 2015) en provenance de la République Centrafricaine, du Soudan (Darfour), du Nigéria et du Niger.

II.4 Profil épidémiologique

II.4.1 Santé de la mère

Au niveau national, les principaux indicateurs de la santé maternelle, se rapportent à la couverture en CPN, les accouchements assistés, la CPoN, etc.

Ainsi, pour l'année 2018, la couverture en CPN 1 est de 50,07 %. On note cependant de nombreuses déperditions qui entraînent une baisse de la couverture en CPN4 + qui n'est que 12,47%. Au titre des soins préventifs, la couverture en TPI1 était de 39,11%. Celle du déparasitage au Mebendazole est de 51,20%. Pour prévenir le tétanos, les femmes doivent bénéficier d'au moins 2 doses de vaccin antitétanique. En 2018, ce sont 69,32% des femmes enceintes qui ont reçu au moins 2 doses de VAT.

Concernant les accouchements assistés, la couverture était de 27,96% tandis que le taux de césarienne n'est que 2,96%. On note également une faible couverture en complications des accouchements reçus et pris en charge estimée à 3,57%. De nombreuses femmes ayant accouché dans les structures de santé ne reviennent pas à la consultation postnatale. En 2018, la couverture en soins postnatals n'est que de 10,52%. Au total 221 329 femmes ont sollicité une méthode moderne de contraception. La létalité obstétricale reste élevée par rapport à la norme (<1%). Au Tchad, elle est estimée 2,31% en 2018.

II.4.2 Vaccination antitétanique

Tableau 3: Couverture vaccinale VAT2+ en 2018

DSP	VAT2+		
	Grossesses Attendues	Femmes enceintes Vaccinées	Couverture Vaccinale
Barh El Gazal	19596	12 742	65,02
Batha	36925	35 708	96,70
Borkou	7101	1 072	15,10
Chari Baguirmi	45769	27 670	60,46
Ennedi Est	8974	2 611	29,10
Ennedi Ouest	4595	3 101	67,49
Guéra	40768	29 523	72,42
Hadjer Lamis	48441	28 944	59,75
Kanem	26978	16 082	59,61
Lac	35114	20 069	57,15
Logone Occidental	55614	41 723	75,02
Logone Oriental	61248	52 076	85,02
Mandoul	58085	50 587	87,09
Mayo kebbi Est	61737	43 917	71,14
Mayo kebbi Ouest	43669	30 831	70,60
Moyen Chari	45250	27 674	61,16
N'Djaména	87732	58 399	66,57
Ouaddaï	57743	40 761	70,59
Salamat	23422	12 296	52,50
Sila	35880	18 184	50,68
Tandjilé	51302	44 965	87,65
Tibesti	1838	470	25,57
Wadi Fira	42037	24 311	57,83
TCHAD	899820	623716	69,32

Source : SDSIS

Le constat d'ordre général montre une couverture en VAT2 et + de 69,32%.

II.4.3 La Planification familiale

Depuis plusieurs années, de nombreux bailleurs de fonds et des Gouvernements concentrent leur attention sur la planification familiale en Afrique subsaharienne, tant pour améliorer la santé maternelle et infantile que pour renforcer le développement économique et social. La plupart des experts reconnaissent que l'Afrique subsaharienne est en transition démographique et enregistre une réduction du nombre de naissances par femme, encore que le recours à la planification familiale ait enregistré une augmentation lente et demeure aujourd'hui relativement faible. Le mariage précoce, la pression sociale pour avoir beaucoup d'enfants et un accès limité à l'éducation sont les facteurs qui empêchent la fécondité de diminuer plus rapidement.

Au Tchad, en dépit des actions menées par le MSP et ses partenaires, la prévalence contraceptive en 2018 qui est de 3,5 % reste parmi les plus faibles au monde. Le Tchad se heurte à des nombreux obstacles qui empêchent de faire progresser plus rapidement l'utilisation du PF. Ces facteurs sont : la crise sécuritaire, des ruptures de stock fréquentes et systématiques des produits et l'allocation limitée des ressources nationales en faveur de la planification familiale. De nos jours, divers acteurs (IPPF, ASTBEF, AMASOT, etc.) interviennent dans ce domaine pour le rendre le plus performant possible.

Ainsi, un total de 124 535 utilisatrices a été enregistré en matière de PF au cours de l'année 2018 (y compris ASTBEF).

Le tableau ci-après montre les différentes données recueillies cette année de deux sources différentes couvrant l'ensemble du pays en matière d'utilisation du planning familial.

Les facteurs à l'origine de cette forte mortalité sont entre autres : (i) l'âge de la femme (plus de grossesses précoces et/ou tardives : avant 18 ans et au-delà de 35 ans) ; (ii) le nombre élevé de grossesses (plus de 6 par femme) ; (iii) les grossesses rapprochées (moins de 2 ans entre 2 naissances) ; (iv) le faible pouvoir d'achat des ménages ; (v) l'éloignement du centre de santé ou le manque de routes pour atteindre les formations sanitaires ; (vi) l'ignorance des signes de danger de la grossesse par les femmes, les familles, les accoucheuses traditionnelles et les communautés; (vii) le statut de la femme ; (viii) la qualité insuffisante des services obstétricaux (la plupart des accouchements sont faits par le personnel non formé) ; (ix) le manque de sensibilisation en faveur de la santé de reproduction ; (x) l'analphabétisme ; (xi) les us et coutume, (xii) l'insuffisance ou manque de couverture en services de SONU, etc.

Couverture en soins prénatals recentrés

Pour que les soins prénatals soient efficaces, ils doivent être effectués à un stade précoce de la grossesse et se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande à cet effet au moins quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse.

La couverture en CPN_r au Tchad en 2018, s'établit à 50,07%. Globalement, elle est relativement faible. On note cependant une forte déperdition comme en témoigne la couverture en CPN₄₊ estimée à 12,47%. Le Tableau ci-dessous présente les données concernant le nombre de visites prénatales effectuées par les femmes enceintes.

Tableau 4: Utilisation et couverture en CPN en 2018

DSP	Grossesses Attendues	TYPES DE CPN			
		CPN 1	CPN 4 et +	Couverture CPN 1	Couverture CPN 4
Barh El Gazal	19596	5676	816	28,97	4,16
Batha	36925	11244	3660	30,45	9,91
Borkou	7101	1056	163	14,87	2,30
Chari Baguirmi	45769	8325	1513	18,19	3,31

Ennedi Est	8974	1638	590	18,25	6,57
Ennedi Ouest	4595	594	13	12,93	0,28
Guéra	40768	23763	6322	58,29	15,51
Hadjer Lamis	48441	16219	1124	33,48	2,32
Kanem	26978	18651	2209	69,13	8,19
Lac	35114	13374	2658	38,09	7,57
Logone Occidental	55614	45576	10464	81,95	18,82
Logone Oriental	61248	46690	14443	76,23	23,58
Mandoul	58085	35335	8769	60,83	15,10
Mayo Kebbi Est	61737	35807	11730	58,00	19,00
Mayo Kebbi O	43669	35302	9814	80,84	22,47
Moyen Chari	45250	29421	10379	65,02	22,94
Ndjamena	87732	18198	2706	20,74	3,08
Ouaddaï	57743	33020	8221	57,18	14,24
Salamat	23422	8568	959	36,58	4,09
Sila	35880	18670	6279	52,03	17,50
Tandjilé	51302	20659	5844	40,27	11,39
Tibesti	1838	176	70	9,58	3,81
Wadi Fira	42037	22610	3478	53,79	8,27
TOTAL	899 818	450 572	112 224	50,07	12,47

Source : SDSIS, 2018.

L'analyse spatiale révèle des grandes disparités entre les provinces surtout entre celles de l'extrême nord et du reste du pays. En effet, les DSP du Logone Occidental et du Mayo-Kebbi Ouest dépassent les autres provinces en matière de CPN1 avec des taux respectivement de 81,95% et 80,84% et le Tibesti se classe au dernier rang des provinces avec un taux de 9,58%. Par contre pour la CPN4+, le Logone Oriental avec 23,58%, le Moyen chari avec 22,94% et le Mayo-Kebbi Ouest avec 22,47% occupent les premières places des provinces. L'Ennedi Ouest occupe la dernière place avec un taux de 0,28%.

II.4.4 La santé des enfants

Entre 2004 et 2014, le taux de mortalité néonatale est passé de 48‰ à 34‰ pour une cible Objectif du millénaire pour le développement (OMD) fixée à 12‰. Le taux de mortalité infantile est passé de 102‰ à 72‰ soit une réduction moyenne annuelle de 3%. La mortalité des enfants de moins de 5 ans est passée de 163 à 133‰ sur la même période, soit 1.8% de réduction moyenne annuelle. La cible OMD était de 64‰. Toutefois, ces taux restent encore élevés. Cette situation est due au fait que les soins essentiels au nouveau-né sont très peu développés dans les formations sanitaires surtout celles du niveau périphérique. Seuls 74% des CS sont dotés de moyens de transport pour une évacuation rapide vers un hôpital.

Les taux de mortalité chez les enfants sont légèrement plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain. Si on considère le taux de mortalité infanto-juvénile, les écarts sont importants entre les régions : Il est plus faible dans le Wadi Fira (67‰) et beaucoup plus élevé dans le Logone

Oriental (230%). Il est plus faible parmi les ménages de quintiles de biens économiques les plus élevés que parmi ceux des ménages des quintiles les plus faibles.

Enfin, un intervalle inter génésique d'au moins 36 mois entre les naissances réduit le risque de mortalité infanto-juvénile : les enfants qui naissent moins de deux ans après la naissance précédente présentent le taux de mortalité le plus élevé (192‰ contre 71‰ pour les enfants qui naissent plus de 4 ans après la naissance précédente). Au Tchad 30% des enfants sont nés moins de 2 ans après la naissance précédente.

II.4.5 Le Traitement Préventif Intermittent chez la femme enceinte (TPI)

Il faut relever que la distribution de la Sulfadoxine/Pyriméthamine aux femmes enceintes s'est faite dans toutes les formations sanitaires du pays. Sur les 450 572 femmes venues à la CPN 1, 351 960 ont reçu le TPI 1, soit 94,62%, et 349 976 ont reçu le TPI 4, soit 94,09%.

Tableau 5: Répartition du traitement préventif intermittent

DSP	Grossesses Attendues	Traitements Préventifs						
		TPI 1	TPI 2	TPI 3	TPI 4	FAF	MEB	MILDA
Barh El Gazal	23 422	39721	76894	152786	304005	0	0	0
Batha	19 596	13978	11830	7872	9212	0	0	9242
Borkou	36 925	480	192	72	0	1343	268	0
Chari Baguirmi	7 101	14136	9615	5372	1956	0	0	7903
Ennedi Est	35 880	1689	3256	829	5797	0	0	193
Ennedi Ouest	51 302	560	567	635	1513	0	0	29
Guéra	45 769	21530	15906	10775	0	55704	2271	12904
Hadjer Lamis	8 974	14802	9439	4727	1628	0	0	4896
Kanem	4 595	14389	9076	4470	5366	57	94	4168
Lac	40 768	16824	10489	5175	1464	3343	0	5117
Logone Occident	48 441	17792	13345	7607	2956	48013	15258	11296
Logone Oriental	26 978	41936	31130	16685	0	112406	40760	0
Mandoul	35 114	30445	28895	14149	6078	38736	12646	5254
Mayo Kebbi Est	55 614	3563	2476	1467	0	23018	5429	2637
Mayo Kebbi O	61 248	30552	23837	13933	6533	0	0	11072
Moyen Chari	58 085	18100	11949	8430	0	57796	27271	15410
Ndjamena	57 743	3748	2534	1388	0	11050	2368	3804
Ouaddaï	61 737	14918	9239	7244	0	56980	28586	15541
Salamat	43 669	4197	1655	549	0	7943	5975	6352
Sila	1 838	13111	8803	4812	1508	0	0	659
Tandjilé	45 250	15745	9057	6797	0	56166	13573	9611
Tibesti	42 037	0	0	0	0	0	0	0
Wadi Fira	87 732	19744	13799	6389	1960	38401	15864	11574
TOTAL	899 818	351 960	303 983	282 163	349 976	510 956	170 363	137 662

1.1. II.4.6 La santé des adolescents

La population du Tchad est relativement jeune. Les moins de 25 ans représentent 68% du total de la population. Par rapport à la sexualité des jeunes, l'âge médian à la première union des femmes de 25 à 49 ans est de 16,1 ans contre 22,8 ans chez les hommes. Chez les adolescents, 36% des femmes de 15 à 19 ans ont commencé leur vie féconde et 30% ont déjà un enfant. Cette entrée précoce dans la vie féconde, facilitée par un niveau d'instruction faible (62% des femmes n'ont aucun niveau d'instruction), favorise la morbidité et la mortalité chez la femme. A cela s'ajoutent les facteurs socioculturels dont le mariage précoce des filles avant l'âge de 15 ans dans certaines régions du pays. En effet 52% des adolescentes sont mariées à 16 ans et 71% des filles ont déjà un enfant à 19 ans. Cette situation a amené les hautes autorités du pays à prendre l'Ordonnance N°006/PR/2015 portant Interdiction du Mariage d'Enfants avant 18 ans.

Selon l'enquête STEPS WISE de 2008, la prévalence du tabagisme chez les jeunes est de 11,2 % et celle de l'alcoolisme est de 17%. L'enquête GYTS de 2008 réalisée par le MSP en collaboration avec l'OMS sur le tabagisme chez les jeunes en milieux scolaires publics et privés indique une tendance à la hausse.

La Médecine Scolaire cherche à mettre à la disposition des jeunes des milieux scolaires quelques services de santé génésique avec l'implication des pairs éducateurs mais cela reste très limité. Il en est de même de la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme et les drogues.

On note cependant que la politique de santé des adolescents n'est pas très développée. Le cadre législatif n'est pas défini et on ne dispose pas d'informations sur les différents indicateurs de la santé des adolescents.

II.4.7 La santé des personnes âgées et des personnes vivant avec handicap

Il n'existe pas encore de véritables statistiques nationales sur la morbidité chez les personnes âgées et sur la prévalence et l'incidence des incapacités et des handicaps au Tchad. Selon le rapport mondial sur le handicap de l'OMS et de la Banque Mondiale, les personnes handicapées représentent environ 15% de la population mondiale et 80% d'entre elles vivent dans des pays à ressources limitées.

Le MSPSN ne dispose pas, pour ces deux sous-groupes de population, d'un programme spécifique. Ces Programmes seront mis en place dans le cadre du présent PNDS.

II.4.8 La santé des populations Nomades et Insulaires

Le Programme national pour la santé des populations nomades, insulaires et des zones d'accès difficiles (PNSN) a été créé en 2014 et a été lancé officiellement en 2016. Il a pour objectif de favoriser l'accès aux Soins de Santé Primaire aux populations Nomades, Insulaires et des Zones d'Accès Difficile pour faire face aux obstacles spécifiques que connaissent ces populations. Le projet intervient chez les nomades, les insulaires, les populations des zones d'accès difficile,

dans les camps des réfugiés et des camps des déplacés avec un programme intégré de santé humaine et animale. Le PNSN vient en appui aux CNS pour les activités préventives comme le PEV, la CPN recentrées...

III Organisation du système de santé

Le système de santé tchadien est de type pyramidal à trois (3) niveaux : un niveau central, un niveau intermédiaire et un niveau périphérique. Il repose sur le développement des districts sanitaires.

Le niveau central comprend un Conseil National de Santé, les services centraux du Ministère de la Santé Publique, les programmes nationaux, les institutions nationales dont l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN), l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME), l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS) et la Centrale Pharmaceutique d'Achats (CPA). A ce niveau, notons l'existence de l'Hôpital de la Renaissance qui offre des soins d'un niveau tertiaire élevé en complément aux structures nationales du même niveau. L'hôpital de la Renaissance est géré actuellement par un Groupe privé dans le cadre d'une contractualisation entre le Gouvernement et ce Groupe.

Le niveau central a pour rôle la conception et l'orientation de la politique sanitaire du pays et la mobilisation des ressources. Il est chargé de coordonner les aides extérieures, de superviser, évaluer et contrôler la mise en œuvre des programmes nationaux. Le niveau intermédiaire comprend les Conseils Provinciaux de Santé, les 23 Délégations Sanitaires Provinciales (DSP) calquées sur les Provinces Administratives, les Etablissements Publics Hospitaliers des Provinces (hôpital régional de référence), les Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement (PPA) et les Ecoles Provinciales de formation. Le niveau intermédiaire est chargé de la coordination de la mise en œuvre de la politique de santé. Il apporte un appui technique au niveau périphérique. Le DS est chargé de la mise en œuvre des activités définies par la politique sanitaire. Le centre de santé offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) qui comprend des activités préventives, curatives et promotionnelles et de gestion, tandis que l'hôpital de district prend en charge le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) dont les complications maternelles et néonatales. Chaque DS comprend des Etablissements de soins qui sont l'hôpital de District situé au chef-lieu du département ou de la sous-préfecture et les Centres de santé. Les 1744 centres de santé (CS) sont des structures de premier échelon ou premier recours de l'offre de soins. Les 107 hôpitaux de district (HD) sont des structures de soins de deuxième échelon ou de second recours. Ils constituent le premier niveau de référence.

). Les activités de santé sont étendues au niveau communautaire sous forme de stratégies avancées et de stratégies mobiles, ainsi que des activités à base communautaire impliquant des agents de santé communautaire qui sont placés sous la supervision des Responsables des Centres de Santé (RCS). Le secteur du médicament et des réactifs est organisé au niveau national autour de la Direction Générale de la Pharmacie, des Médicaments et des Laboratoires (DGPMML). La chaîne d'approvisionnement des médicaments et des réactifs, pour le secteur public et le secteur privé non lucratif, est assurée par la Centrale Pharmaceutique d'Achats au

niveau national et par les Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement (PPA) au niveau des régions. Le secteur privé libéral se ravitaille au niveau des grossistes répartiteurs. L'offre de soins traditionnels est fournie par une large diversité de prestataires de médecine traditionnelle. D'une manière générale, l'accès aux médicaments est limité. Cette situation est due aux ruptures fréquentes des stocks de médicaments dans les établissements de santé et leur cherté encourage la création d'un marché parallèle et illicite de produits pharmaceutiques très souvent contrefaits. La gouvernance du système de santé met en jeu plusieurs acteurs qui peuvent être répartis dans les catégories suivantes : le secteur public ou Etatique, le secteur privé lucratif (cabinets de soins, cliniques, ...), les organisations multilatérales et bilatérales, le secteur associatif et/ou confessionnel, et la population (organisations communautaires et leaders communautaires). Les activités du secteur de la santé sont soutenues par celles d'autres secteurs (Education, Elevage, Eau, Transports, Enseignement Supérieur, l'Action Sociale, Défense Nationale, etc.).

IV Financement de la santé

Le secteur de la santé publique est financé par : (i) l'Etat, (ii) les partenaires et (iii) les ménages. Cependant, seules une partie de financements de l'Etat et ceux des partenaires sont inscrits dans le budget du Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale.

Cependant, le financement du secteur de la santé est analysé à travers les Dépenses Totales de Santé (DTS); le système de collecte des fonds ; les mécanismes de mise en commun et protection contre les risques ; les modalités d'achat, ainsi que l'efficacité et l'équité dans la répartition des ressources.

IV.1. Dépenses totales de santé

Les DTS regroupent les dépenses effectuées par l'Etat, les partenaires, les ménages et les privés (Entreprises et Assurances...). Les dépenses totales de santé sont la somme des dépenses de santé publiques et privées. Il couvre la fourniture de services de santé (préventifs et curatifs), les activités de planification familiale, les activités de nutrition et l'aide d'urgence conçues pour la santé, mais n'inclut pas la fourniture d'eau et d'assainissement.

Ces dépenses sont estimées par l'Organisation Mondiale de la Santé pour un montant 29 Dollars américains en 2018 par habitants/an. Une estimation du taux de conversion : 1 USD=500Fcfa.

IV. 2. Système de collecte de Fonds

Comme signalé précédemment,

L'Etat finance les dépenses de santé en grande partie à travers l'allocation d'un budget au MSPSN. La loi des finances répartit annuellement le Budget Général de l'Etat aux différents départements ministériels notamment celui de la santé sur la base du Cadre des Dépenses à

Moyen Terme (CDMT) central, tout en tenant compte des priorités et orientations nationales, ainsi que du contexte macroéconomique du pays. Outre, le financement de l'Etat, le MSPSN bénéficie des financements des partenaires sous forme de dons et de prêts. Le secteur privé contribue directement à travers l'achat et l'offre de soins. Quant aux ménages, ils participent à travers le paiement direct et/ou les mutuelles et assurances santé.

IV .3 Couverture Santé Universelle

Dans le cadre du programme de développement durable adopté par les Nations Unies en Septembre 2015, le Tchad s'est engagé à atteindre la Couverture santé universelle (CSU). Dans ce sens le Gouvernement a élaboré une Stratégie Nationale de Couverture Santé Universelle (SN-CSU) et a entamé une série de réformes qui doit aboutir à la mise en œuvre de la CSU.

V. PROCESSUS DE MISE EN PLACE DE COMPTES NATIONAUX DE SANTE

Dans le cadre de l'élaboration des comptes nationaux de santé au Tchad, le Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale avec l'appui des partenaires a mis en place deux Comités (Pilotage et Technique) chargés de conduire le Processus de construction des Comptes nationaux de santé au Tchad pour l'année 2018.

Les activités préparatoires d'élaboration des CNS 2018 ont débuté d'abord par une formation des membres du Comité technique sur l'outil SHA2011 avec la mobilisation d'expertise internationale après la participation du pays à un atelier régional à Libreville au Gabon en 2019. Après la formation, l'équipe technique a été chargée de préparer les outils de collecte, d'identifier les sources de données (Bailleurs, ONG, Assurances, Employeur et Gouvernements), et de former le sous-comité sur l'Outil SHA 2011, en charge de la collecte et de traitement de données. Les questionnaires ont été adaptés, validés et pré-test a été effectué à N'Djamena.

Sur la base des outils le Comité technique a réalisé la collecte des données malgré les difficultés dues à la survenance de la pandémie de Covid-19. Il faut souligner que les équipes de collecte ont dû interrompre leurs activités compte tenu des mesures prises pour la lutte contre la pandémie de Covid-19.

V.1 Collecte de données

La collecte des données a consisté d'abord à l'utilisation des informations des sources primaires pour renseigner la base avec un maximum d'informations concernant la construction des Comptes nationaux de santé au Tchad. Il s'agissait de faire la collecte directement auprès des fournisseurs des données en utilisant les questionnaires. La collecte a concerné les entités suivantes : Gouvernement (services de l'Etat), Prestataires privés, bailleurs de fonds, ONGs/Associations, les sociétés d'assurances et Employeurs.

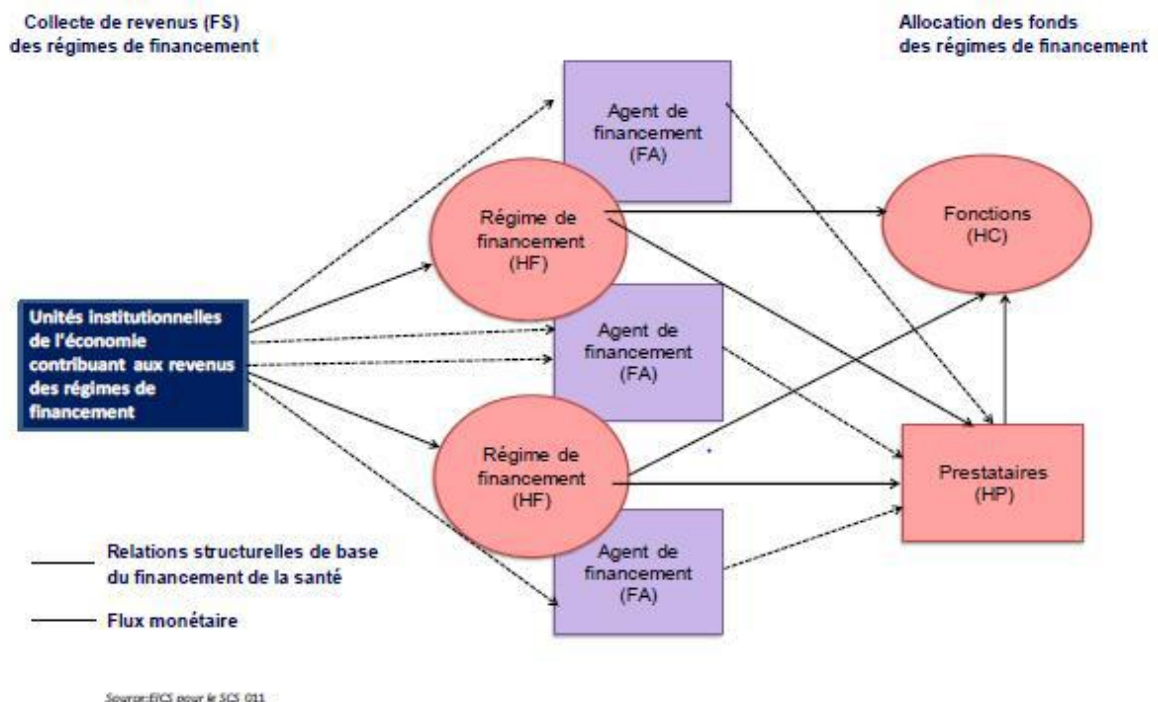
Données de sources primaires : Les données des sources primaires des partenaires, des ONGs, et des mutuelles de santé ont été préalablement organisées autour des questionnaires de l'outil

HAPT suivant la nomenclature du système des comptes nationaux de la santé. Les différentes triangulations des données appliquées ont permis de supprimer les doublons dans le souci de comparer les données des bailleurs avec les sources internationales.

V.2 Saisie des données :

Après la collecte des données, l'équipe a procédé à l'apurement et à la saisie des données. L'outil de production des comptes nationaux de la santé (HAPT) a servi de base pour le codage des données. Cet outil renferme plusieurs modules organisés autour des différentes sources de données. Toutes les données ont été importées dans l'outil et codifiées suivant la classification internationale du système des comptes de santé (ICHA) 2011. La codification a consisté à attribuer à chaque ligne de dépense, les codes correspondants aux dimensions du financement du SHA 2011 (FS, HF, FS. RI, FA, HP, HC, FP, DIS, Age, Sexe et PNDS). Des clés de répartition ont été utilisées pour répartir les dépenses transversales suivant plusieurs centres d'intérêt. Ces clés proviennent principalement de l'exploitation des données épidémiologiques. Les tableaux croisés des dépenses globales, par maladie et par caractéristiques des bénéficiaires ont été produits. Ces tableaux ont servi de base à l'analyse du rapport des comptes nationaux de la santé 2018 suivant le plan d'analyse adopté par l'équipe technique.

Figure 1:Présentation schématique du système de financement de la santé



VI. METHODES ET SOURCES DE DONNEES

VI. 1. Définition et utilité des Comptes Nationaux de santé

Les comptes nationaux de santé (CNS) fournissent une description exhaustive des flux financiers au sein du système de santé. Ils indiquent l'origine des ressources et la façon dont elles sont utilisées. L'analyse des flux des dépenses entre les différentes entités permet d'évaluer l'efficacité des politiques publiques, leur impact dans le temps et l'utilisation des ressources afin de corriger les déséquilibres du financement du système de santé.

VI.2. Cadre du système de la santé et comptes nationaux de santé

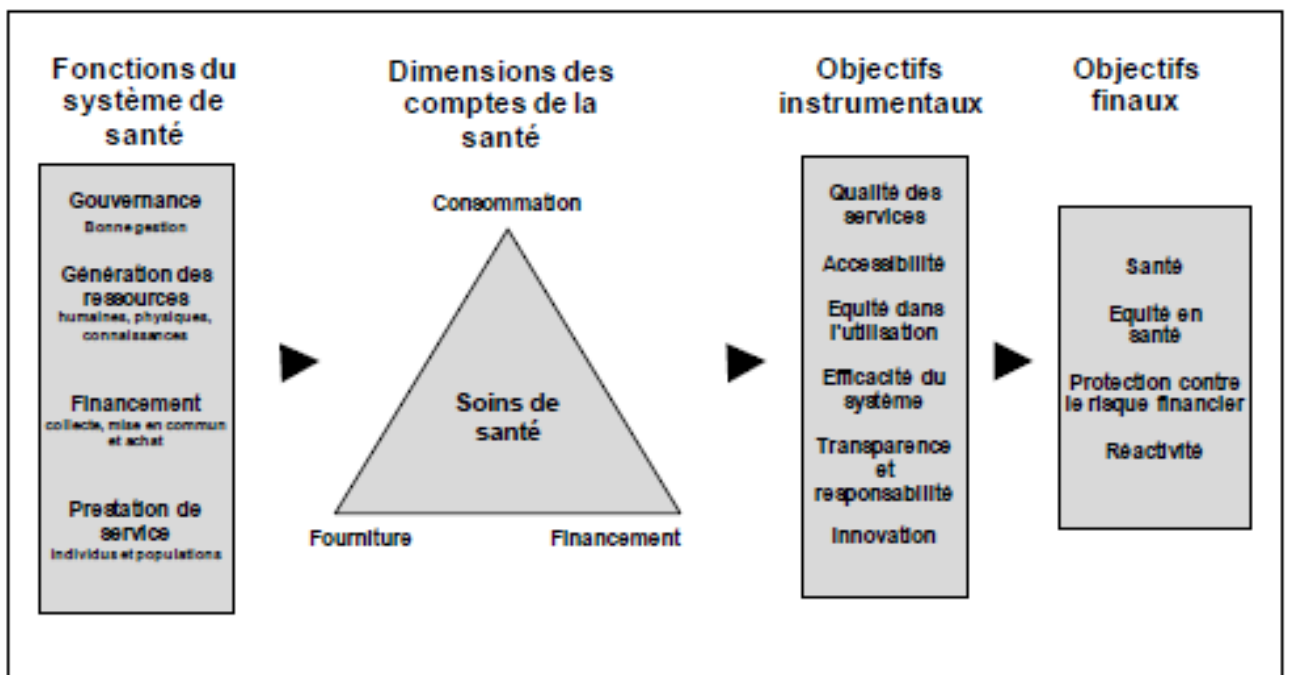
Le Cadre du Système de Santé (SCS) décrit les liens existants entre toutes les organisations, institutions, ressources et personnes dont le but primaire est d'améliorer la santé¹. Quatre composantes ou *fonctions* dans ce cadre sont indispensables pour atteindre les objectifs ultimes qui constituent également les normes par lesquelles l'on mesure sa performance. Il s'agit de :

- **La gouvernance** : Supervision du système, formulation de politique, réglementation appropriée et suivi ;
- **La création de ressources** : Investissements dans les ressources humaines, infrastructures, produits de santé et technologies essentielles (intrants, technologies médicales et équipement) ;
- **Le financement** : Mobilisation de ressources pour la santé, mise en commun des ressources et achat de services ;
- **La fourniture de services** : Combinaison d'apports entrant dans le processus de production de services qui résultent en interventions de santé au profit d'individus ou de la communauté.

La figure ci-dessous présente les différentes dimensions du Système de compte de santé (SCS) et les liens entre les différentes fonctions du système de santé ainsi que les objectifs du cadre de ce système.

¹ SCS 20111, OMS

Figure 2 : Liens entre les cadres des systèmes de la santé et les comptes nationaux de la santé



Source : Manuel du SHA 2011

VI.3. Définition opérationnelle des concepts

Concepts	Définition
Dépense Courantes en Santé	A définir
La dépense de santé	Les dépenses de santé englobent toutes les dépenses portant sur des activités dont l'objectif primaire est l'amélioration, le maintien et la prévention de la détérioration de l'état de santé des personnes et en réduisant les conséquences de la mauvaise santé à travers l'application de connaissances qualifiées en santé.

Les paiements directs des ménages	Les paiements directs sont des sommes d'argent versées par les ménages en contrepartie d'une prestation de service de santé dans une formation sanitaire ou non. Ne sont pas comptabilisées dans les débours directs, les cotisations des ménages pour le compte d'un mécanisme de partage de risque maladie (mutuelle de santé ou assurance maladie).
La formation du capital des établissements prestataires de soins de santé	Il s'agit des investissements réalisés (équipements médicotechniques, microscopes,) acquis au profit des structures de santé. Les investissements créent des actifs dont la particularité est d'être utilisée sur le long terme.
La dépense totale de santé (DTS)	La DTS est égale à la dépense courante de santé à laquelle on ajoute la formation brute de capital fixe (FBCF) du secteur hospitalier public et privé, les dépenses liées au handicap et on retranche les indemnités journalières, les dépenses de recherche, dépenses d'enseignements et les dépenses de prévention collective alimentaire.
Les biens médicaux dispensés	Ce sont les médicaments, les consommables et les dispositifs médicaux, la lunetterie, les prothèses pour l'orthopédie et les appareils pour handicapés et autres petits matériels consommés en dehors de l'hospitalisation.
Les recettes des régimes de financement (FS)	La recette est une accumulation de fonds d'un régime de financement de soins par des mécanismes de contribution spécifiques. Les catégories de la nomenclature sont les différents types de transactions par lesquels les régimes de financement mobilisent leurs revenus.
Les régimes de financement (HF)	Ce sont les composantes du système de financement de la santé d'un pays qui canalisent les revenus reçus et utilisent ces fonds pour payer, ou acheter les activités à l'intérieur de la frontière des Comptes nationaux de la santé (CNS).
Les prestataires (HP)	Les entités qui reçoivent de l'argent en échange ou en anticipation de la réalisation d'activités au sein de la frontière des comptes nationaux de la santé.
Les fonctions (HC)	Les types de biens et services fournis et les activités réalisées dans la frontière des comptes nationaux de la santé.

La formation de capital (HK)	Les types d'actifs que les prestataires de soins de santé ont acquis au cours de la période comptable et qui sont utilisés fréquemment ou continuellement pendant plus d'une année pour la production des services de santé.
Les transferts directs étrangers	Les revenus financiers étrangers directement alloués à la santé. Ces revenus sont normalement en forme de subventions venant des agences internationales ou des gouvernements étrangers, ou des transferts volontaires (des dons) en provenance des ONG étrangères ou des individus qui contribuent directement au financement des régimes nationaux de financement de soins.
Les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique	Les fonds issus des revenus nationaux de l'administration publique destinés au financement de la santé. Les pays dont l'administration publique est décentralisée peuvent ressentir le besoin de souligner le rôle joué par les administrations centrale et locale dans l'allocation des revenus aux régimes de financement des soins.
Les données de sources primaires	Les données de sources primaires sont issues d'une collecte avec administration de questionnaires bien structurés en respectant un plan de sondage établi.
Les données de sources secondaires	Les données de sources secondaires aussi appelées données de sources administratives sont issues de l'exploitation des rapports d'activités et/ou financiers d'une structure.

VII. Difficultés et Limites de l'étude

Les difficultés rencontrées sont liées à la collecte et au traitement des données : Il s'agit de l'inadéquation de la comptabilité des données des ONGs et des entreprises au canevas des comptes nationaux de santé. A cela s'ajoute la réticence de certaines entreprises et des prestataires privées dans le domaine de la santé (Cliniques, cabinets, les pharmacies et laboratoires).

Certains partenaires techniques et financiers ainsi que certaines ONGs n'ont pas transmis les données financières relatives à leurs interventions dans le secteur de la santé. Il en résulte une insuffisance dans la complétude des données des partenaires.

La distribution de certaines dépenses communes réalisées au niveau central sont toujours tributaires des clés de répartition. C'est le cas notamment des dépenses d'administration

réalisées au niveau central. Aussi, les clés de répartition des dépenses de santé des ménages par prestataires, par fonction de soins et par caractéristiques de bénéficiaires ne sont pas renseignées dans le système d'information sanitaire. Egalement l'absence de lisibilité des dépenses liées à la santé des autres départements ministériels n'a pas permis aux enquêteurs d'obtenir toutes les informations nécessaires.

VIII. RESULTATS DES COMPTES NATIONAUX DE SANTE 2018

VIII.1 Volume du financement de la santé

Le volume global des dépenses en santé en 2018 s'élève à **281,37 milliards de francs CFA**. Cette structure des dépenses totales de santé est largement dominée par les dépenses courantes. En effet, la proportion des dépenses courantes de santé est de 99,5% des dépenses totales de santé soit 280,6 milliards. Les autres dépenses ne représentent que 0,5% réparties entre l'investissement (0,2%) et la formation et les recherches (0,3%).

VIII.2 Dépenses courantes en santé

Tableau 4 : Volume du financement de la santé

Dépenses	Montant en milliard XAF	Proportion (%)
Dépenses courantes	280,06	99,5%
Dépenses d'investissement	0,55	0,2%
Dépense de formations et de recherches	0,77	0,3%
Dépenses totales de santé	281,37	100,0

VIII.3 Source du financement du secteur de la santé

En 2018, les ménages tchadiens s'inscrivent comme principal accompagnateur du financement des dépenses courantes de santé. Ils ont financé les dépenses courantes de santé d'un montant de **180,06 milliards de F CFA** soit **64,4%** des dépenses courantes de santé (Cf. tableau 5).

Le reste du monde s'illustre comme le deuxième agent de financement de dépenses de santé. Sa contribution est estimée à **54,15 milliards de F CFA²** soit une proportion de **19,3%** des dépenses courantes de santé. Ce financement a été propulsé principalement par les bailleurs multilatéraux et bilatéraux dont les contributions respectives sont à hauteur de **10% et 7,3%** des dépenses courantes de santé.

² Ce classement pourrait être expliqué par l'indisponibilité des données désagrégées en prêt et don

Les bailleurs privés ont injecté **5,76 milliards de FCFA** à travers la Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF) pour alimenter les dépenses courantes de santé en 2018 représentant ainsi une proportion de 2,1%.

L'Etat tchadien représente la troisième source de financement de dépenses courantes de santé avec une dépense annuelle estimée à **39,85 milliards de FCFA soit 14,2%** des dépenses courantes de santé.

La contribution des Institutions Sans But Lucratif des Ménages (ISBLM)/ONGs et celle des entreprises sont estimées respectivement à **3,10 milliards et 2,63 milliards de FCFA soit 1,1% et 0,9%** des dépenses courantes de santé.

Tableau 5 : Dépenses courantes de santé par sources de financement de 2018

Dépenses	Montant en milliard XAF	Proportion (%)
Administration publique	39,85	14,2%
Entreprises	2,63	0,9%
Ménages	180,32	64,4%
ISBLSM	3,10	1,1%
Reste du monde	54,15	19,3%
Bailleurs bilatéraux	20,33	7,3%
Suisse	7,97	2,8%
Etats-Unis (USAID)	3,14	1,1%
Autres bailleurs bilatéraux et Bailleurs bilatéraux non spécifiés (n.c.a.)	9,21	3,3%
Bailleurs multilatéraux	28,06	10,0%
AFD	0,47	0,2%
Institutions de l'UE	2,06	0,7%
GAVI	1,45	0,5%
Fonds mondial	6,83	2,4%
Banque Mondiale (IDA + BIRD)	1,00	0,4%
ONUSIDA	0,30	0,1%
UNFPA	5,91	2,1%
UNICEF	1,99	0,7%
OMS	3,55	1,3%
Autres bailleurs multilatéraux et Bailleurs multilatéraux non spécifiés (n.c.a.)	4,51	1,6%
Bailleurs privés	5,76	2,1%

Fondation Gates (BMGF)	5,76	2,1%
Dépenses totales de santé	280,06	100,0

VIII.4 Dépenses courantes en santé

Les agents de financement (agences d'exécution) sont les acteurs du système de la santé qui se chargent de mettre en commun les ressources collectées auprès de différentes sources et de les distribuer aux prestataires. Les masses globales gérées par ces agents sont évaluées à **280,06 milliards de FCFA**. Le plus important concerne les autres revenus venant des ménages (n.c.a) qui se chiffrent à **180,27 milliards de FCFA soit 64,4%** des dépenses courantes de santé. Les fonds d'origine étrangère d'une part évaluées à **44,36 milliards de FCFA représentant 15,8%** de dépenses courantes en santé, d'autre part des fonds d'origine nationale estimés à **39,85 milliards de FCFA pour une proportion de 14,02%** des dépenses courantes de santé. Le financement direct étranger ne représente que **3,5%** des dépenses en santé soit un montant de moins de **10 milliards de FCFA**. Les autres sources de financement sont moins considérables notamment prépaiement volontaire (**0,5%**), autres revenus venant des entreprises (**0,4%**).

Tableau 6 : Agents de financement des dépenses de santé courantes

Dépenses	Montant en milliard XAF	Proportion (%)
Transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique (alloués à la santé)	39,85	14,2%
Transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique	44,36	15,8%
Cotisations d'assurance sociale	0,03	0,0%
Prépaiement volontaire	1,54	0,5%
Autres revenus venant des ménages n.c.a.	180,27	64,4%
Autres revenus venant des entreprises n.c.a.	1,11	0,4%
Autres revenus venant des ISBLSM n.c.a.	3,10	1,1%
Transferts directs étrangers	9,79	3,5%
Dépenses totales de santé	280,06	100,0

VIII.5 Régime de financement des soins de santé

Cette désagrégation montre une très forte implication des ménages dans les dépenses courantes de santé au Tchad. En effet, le régime de paiement direct des ménages sans partage de coût constitue le principal financement des dépenses en santé en 2018 au Tchad. La part des dépenses de santé par ce régime est de 180,27 milliards de F CFA, ce qui représente une proportion de 64,4%. Il faut noter que quand les dépenses de santé sont directement supportées par les ménages, c'est-à-dire quand ils n'ont pas recours à un système de couverture du risque maladie, les dépenses en question sont des versements directs faits par les ménages pour les soins de santé. Plus importante est la part de ces versements directs plus l'accès aux soins est inégalitaire. Les ménages riches en général se procureront plus de services de santé au détriment des ménages pauvres. Ces types de versements confirment l'absence de mécanismes de prépaiements mettant les ménages dans une situation de grande vulnérabilité en cas de maladie (dépenses catastrophiques de santé).

Le régime de l'administration publique, vient en deuxième position, avec une dépense qui s'élève à 84 milliards, soit 30% des dépenses courantes de santé. Ensuite, le système de financement des ISBLM/ONGs représente le troisième régime le plus important de financement avec une dépense de santé évaluée à 10,66 milliards de F CFA soit 3,8% de dépenses courantes de santé. Les autres acteurs ne pèsent presque pas sur les dépenses de santé avec chacun un pourcentage qui ne dépasse pas 1%. Il s'agit du régime de financement du reste du monde (0,8%), du régime de financement des entreprises (0,4%), du régime d'assurance maladie facultative (0,5%) et du régime d'assurance maladie sociale (0,0%).

Tableau 7 : Dépenses courantes de santé par régimes de financement en 2018

Dépenses	Montant en milliard XAF	Proportion (%)
Régimes de l'administration publique	84,21	30,1%
Régimes d'assurance maladie sociale	0,03	0,0%
Régimes d'assurance maladie facultative	1,54	0,5%
Systèmes de financement des ISBLSM (y compris les agences de développement)	10,66	3,8%
Régimes de financement des entreprises	1,24	0,4%
Paiement direct des ménages	180,27	64,4%
Régimes de financement du reste du monde (non-résidents)	2,10	0,8%
Dépenses totales de santé	280,06	100,0

VIII.6 Prestataires de soins de santé

Le tableau 8 présente la répartition des dépenses courantes de santé par prestataire de soins, suivant les différentes catégories identifiées par la classification internationale des CNS et son adaptation au contexte du Tchad.

Cette répartition des dépenses courantes de santé par type de prestataire montre qu'en 2018, les détaillants et autres prestataires de biens médicaux ont absorbé plus des dépenses courantes de santé. En effet, les dépenses enregistrées par ces derniers sont évaluées à **86 milliards de F CFA soit 30,7%** des dépenses courantes par type de prestataire. Viennent ensuite les prestataires de services auxiliaires qui ont reçu des dépenses évaluées à **50,81 milliards de, FCFA soit une proportion de 18,1%** des dépenses courantes de santé.

Les hôpitaux représentent le troisième prestataire avec des dépenses qui s'élèvent à **48,48 milliards de FCFA soit un taux de 17,3%**.

Les prestataires de soins préventifs et les prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé cumulent respectivement **34,90 milliards et 33,42 milliards de FCFA** des dépenses de santé, ce qui représentent en terme de proportion **12,5% et 11,9%** des dépenses par type de prestataire.

Les dépenses courantes de santé effectuées chez les prestataires de santé ambulatoires, sont évaluées à **25,95 milliards de FCFA soit 9,3 %**. Les dépenses de santé reçues par le reste du monde sont en dessous d'un **demi milliards (0,41 milliards) et ne représentent que 0,1%** des dépenses courantes de santé

Tableau 8 Dépenses courantes de santé par prestataire de soins 2018

Dépenses	Montant en milliard XAF	Proportion (%)
Hôpitaux	48,48	17,3%
Prestataires de soins de santé ambulatoire	25,95	9,3%
Prestataires de services auxiliaires	50,81	18,1%
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	86,09	30,7%
Prestataires de soins préventifs	34,90	12,5%
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	33,42	11,9%
Reste du monde	0,41	0,1%
Dépenses totales de santé	280,06	100,0

VIII.7 : Dépenses courantes de santé des agents de financement aux prestataires de soins

La répartition des dépenses de santé du régime de l'administration publique par type de prestataire révèle que la grande partie de leurs dépenses vont aux prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé, aux prestataires de soins préventifs et aux hôpitaux. Ces prestataires ont reçu respectivement 39,3%, 28,9% et 20,6% des dépenses de santé provenant du régime de l'administration publique.

S'agissant des sociétés d'assurances, leurs dépenses de santé allouées par type de prestataire reviennent essentiellement aux hôpitaux qui absorbent plus de la moitié 58,9% des dépenses, viennent ensuite les prestataires de soins de santé ambulatoire (35,1%) et en fin les détaillants et autres prestataires de biens médicaux (5,9%).

En ce qui concerne les sociétés, 87,5% de leurs dépenses courantes en santé vont aux hôpitaux, 11,9% aux prestataires de soins de santé ambulatoire et 0,6% au reste du monde.

Les ISBLM/ONGs allouent environ 81,9% de leurs dépenses courantes de santé aux prestataires de soins préventifs, 11,5% aux hôpitaux et 6,6% aux prestataires de soins de santé ambulatoire.

Les ménages engagent principalement leurs dépenses courantes de santé aux détaillants et autres prestataires de biens médicaux (47,7%). Les prestataires de services auxiliaires et les Hôpitaux reçoivent respectivement 27,6% et 15,4% des dépenses courantes de santé des ménages.

Les organisations internationales effectuent la totalité (100%) de leurs dépenses de santé chez les prestataires de soins préventifs.

Tableau 9 Répartition des dépenses courantes de santé des agents de financement par type des prestataires de soins

	Administrations publiques	Sociétés d'assurance	Sociétés	(ISBLSM)	Ménages	Organisations internationales
Hôpitaux	20,6%	58,9%	87,5%	11,5%	15,4%	0,0%
Prestataires de soins de santé ambulatoire	9,5%	35,1%	11,9%	6,6%	9,1%	0,0%
Prestataires de services auxiliaires	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	27,6%	0,0%
Détaillants et autres prestataires de biens médicaux	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	47,7%	0,0%
Prestataires de soins préventifs	28,9%	0,0%	0,0%	81,9%	0,1%	100,0%
Prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé	39,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reste du monde	0,5%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

VIII. 8 : Dépenses courantes de santé par facteurs de prestations de soins de santé

L'analyse du tableau 10 par facteurs sanitaires permet de savoir quels sont les biens et services consommés pour contribuer à la production de service de santé, grâce aux dépenses courantes de santé effectuées. Comme l'indique le tableau 10, l'essentiel des dépenses courantes de santé servent à acheter des biens de santé. Ainsi, plus de la moitié (50,9%) des dépenses courantes de santé par facteur de prestation sont consacrées aux achats des biens de santé soit un montant estimé à 142,52 milliards de FCFA.

Plus de tiers (34,0%) des dépenses courantes de santé, évalué à 95 milliards de F CFA permet de rémunérer les employés. La rémunération des employés représente donc le deuxième

principal intrant pour la production des services de soins en termes des dépenses courantes de santé.

L'acquisition des autres intrants ont induit moins de 20% des dépenses en santé. Il s'agit des biens non sanitaires (6,2%), des services non sanitaires (2,9%), des services de soins de santé (3,5 %) et autres (2,9%).

Tableau 10 Répartition des dépenses courantes de santé par facteur de prestation en 2018

Dépenses	Montant en milliard XAF	Proportion (%)
Rémunération des employés	95,09	34,0%
Services de soins de santé	9,17	3,3%
Biens de santé	142,52	50,9%
Services non sanitaires	8,01	2,9%
Biens non sanitaire	17,26	6,2%
Autres	8,01	2,9%
Dépenses totales de santé	280,06	100,0

VIII. 9 Dépenses par sources de financement et les maladies et affections

Au Tchad, en 2018, les maladies liées à la santé de la reproduction et le paludisme constituent les deux principales maladies qui ont enregistré plus des dépenses de santé. Les Maladies tropicales négligées et les infections des voies respiratoires sont celles qui présentent moins de dépenses de santé. Ces différentes maladies sont prises en charge en grande partie par les ménages et l'administration publique.

Les maladies liées à la santé de reproduction représentent la principale maladie ayant reçu plus des dépenses courantes de santé estimées à 43,6%. Cela représente 17,37 milliards de FCFA des dépenses courantes de santé. Ce domaine est financé principalement par l'administration publique suivi des partenaires techniques et financiers à hauteur de 16,70 et des ménages dont le financement s'élève à hauteur de 11,55 milliards de FCFA.

Le paludisme occupe la deuxième place en termes de consommation de dépenses courantes de santé. Le montant des dépenses de santé du paludisme est estimé à 22,05 milliards de FCFA, soit 7,87% des dépenses courantes de santé. Ces dépenses proviennent de l'administration publique qui contribuent respectivement à hauteur de 20,2 milliards, les bailleurs de fonds 7, 20 milliards et des ménages 6,69 milliards de FCFA.

Le VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MSTs) justifient une part non négligeable des dépenses courantes en santé. Ils cumulent 10,86 milliards de FCFA des dépenses courantes de santé soit 3,88%. La prise en charge de ces maladies est assurée par les partenaires techniques et financiers suivi de l'administration publique.

Les Maladies tropicales négligées et les infections des voies respiratoires sont les deux maladies les moins pourvues en termes des dépenses de santé.

Tableau 11 : Répartition des dépenses courantes par sources financement et par maladie et affection en milliard

	Administration publique	Entreprises	Ménages	ISBLSM	Bailleurs de fonds
DIS.2 Santé de la reproduction	17,37	0,07	11,55	0,77	16,70
DIS.3 Carences nutritionnelles	0,64	0,02	3,92	0,00	8,27
DIS.4 Maladies non transmissibles	3,21	0,60	36,50	0,16	5,64
DIS.5 Traumatismes	1,03	0,02	1,50	0,00	0,27
DIS.nec Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	1,29	0,15	9,20	0,08	0,33
DIS.1.1 VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MSTs)	3,11	0,01	0,84	0,00	6,90
DIS.1.2 Tuberculose	0,86	0,01	1,49	0,06	0,49
DIS.1.3 Paludisme	8,04	0,11	6,69	0,01	7,20
DIS.1.4 Infections des voies respiratoires	0,33	1,30	78,82	0,88	0,08
DIS.1.5 Maladies diarrhéiques	2,03	0,05	2,91	1,06	0,52
DIS.1.6 Maladies tropicales négligées	0,19	0,09	16,04	0,04	0,05
DIS.1.7 Maladies évitables par la vaccination	0,28	0,10	5,00	0,01	7,32
DIS.1.nec Autres maladies, et maladies non spécifiées, infectieuses et parasitaires (n.c.a.)	1,47	0,10	5,87	0,01	0,38
Total	39,85	2,63	180,32	3,10	54,15

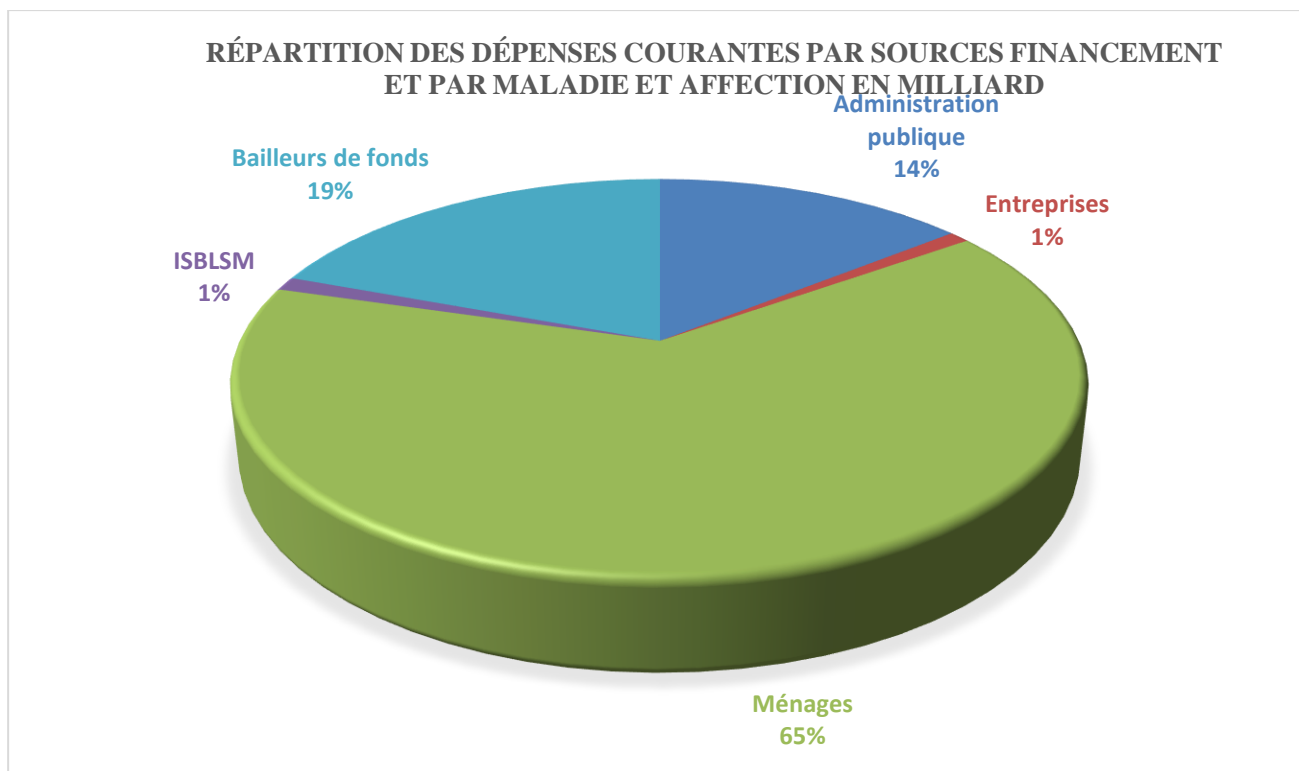


Tableau 12 : Répartition des dépenses courantes par maladie et affection en pourcentage

	Gouvernement		Bailleurs	
	Montant en Miliard	%	Montant en Miliard	%
DIS.2 Santé de la reproduction	17,37	43,6	16,70	30,8
DIS.3 Carences nutritionnelles	0,64	1,6	8,27	15,3
DIS.4 Maladies non transmissibles	3,21	8,0	5,64	10,4
DIS.5 Traumatismes	1,03	2,6	0,27	0,5

DIS.nec Autres maladies/affections et maladies/affections non spécifiées (n.c.a.)	1,29	3,2	0,33	0,6
DIS.1.1 VIH/SIDA et autres Maladies Sexuellement Transmissibles (MSTs)	3,11	7,8	6,90	12,7
DIS.1.2 Tuberculose	0,86	2,2	0,49	0,9
DIS.1.3 Paludisme	8,04	20,2	7,20	13,3
DIS.1.4 Infections des voies respiratoires	0,33	0,8	0,08	0,2
DIS.1.5 Maladies diarrhéiques	2,03	5,1	0,52	1,0
DIS.1.6 Maladies tropicales négligées	0,19	0,5	0,05	0,1
DIS.1.7 Maladies évitables par la vaccination	0,28	0,7	7,32	13,5
DIS.1.nec Autres maladies, et maladies non spécifiées, infectieuses et parasitaires (n.c.a.)	1,47	3,7	0,38	0,7
	39,85	100,0	54,15	100,0

VIII.10 Dépenses courantes de santé par provinces

La structure des dépenses courantes de santé selon les provinces du Tchad répertorie les montants ainsi que leur part de dépenses en santé enregistrées par chacune de vingt-trois provinces.

Le tableau 13 révèle que la province de N'Djamena enregistre plus des dépenses courantes de santé, que toute autre province, évaluée à 45 milliards de F CFA représentant ainsi 16,03% des dépenses courantes de santé au Tchad en 2018.

La province de Logone Oriental occupe la deuxième place en recevant un montant des dépenses courantes de santé estimé à 23 milliards de FCA un peu plus de la moitié de celles de la province de N'Djamena avec une proportion de 8,1%. Suivies ensuite, par ordre décroissant, des provinces du Logone Occidental (22 milliards de F CFA), du Ouaddaï (19 milliards de F CFA), du Mayo Kebbi Est (17 milliards de F CFA) et de Mandoul (16 milliards de F FCA).

Les provinces les moins pourvues en dépenses courantes de santé sont celles de l'Ennedi ouest, l'Ennedi EST, du Borkou et du Tibesti. Les dépenses en santé de chacune de ces provinces ne représentent que moins de 1% des dépenses courantes en santé soit un montant inférieur à 2 milliards de FCFA par province.

Répartition des dépenses courantes par province

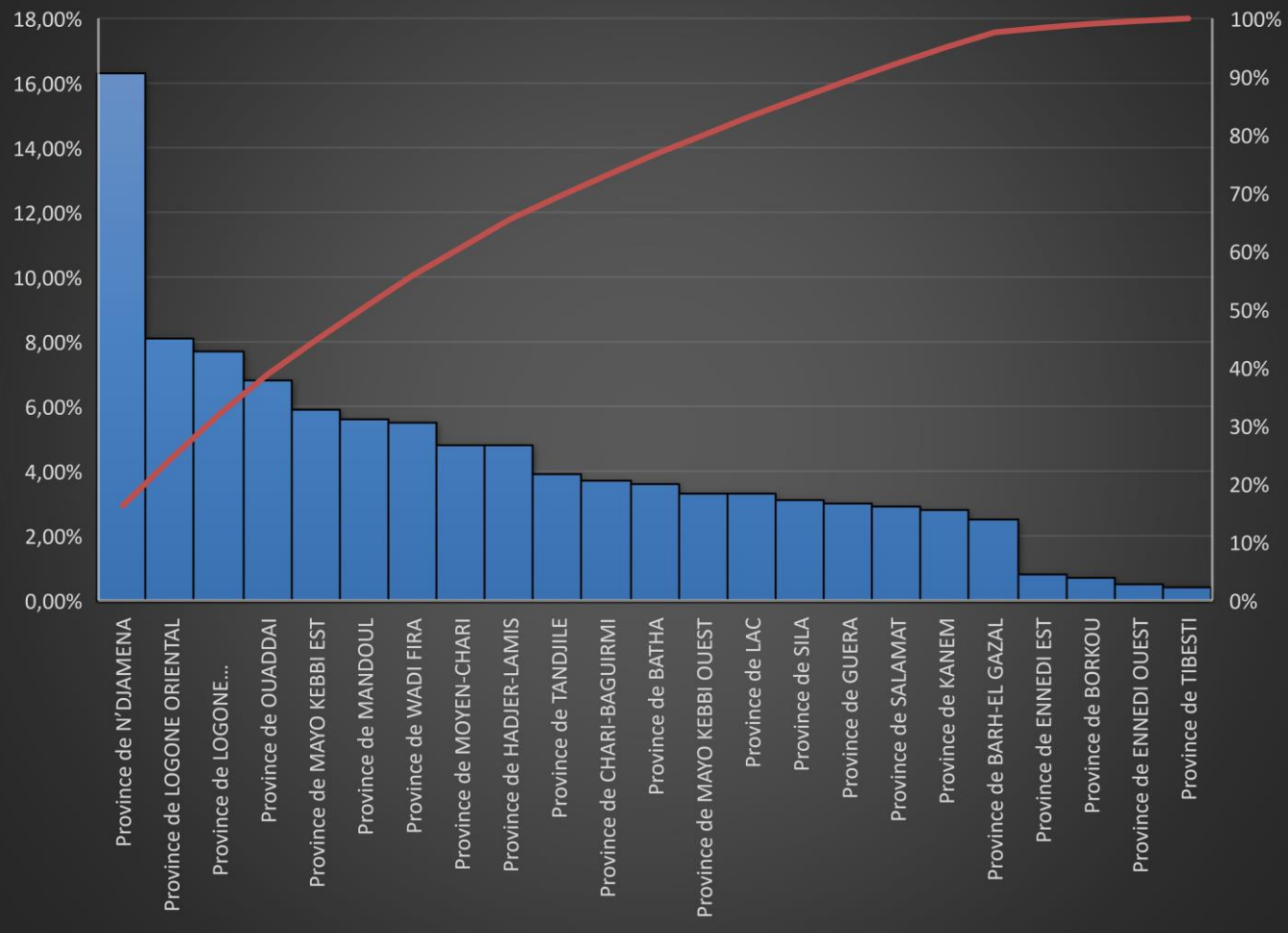


Tableau 13: Répartition des dépenses courantes par province

Dépenses	Montant en milliard XAF	Proportion (%)
Province de BATHA	9,97	3,6%
Province de MANDOUL	15,58	5,6%
Province de MAYO KEBBI EST	16,61	5,9%
Province de MAYO KEBBI OUEST	9,27	3,3%
Province de MOYEN-CHARI	13,35	4,8%
Province de OUADDAI	19,11	6,8%
Province de SALAMAT	8,03	2,9%
Province de TANDJILE	11,00	3,9%
Province de WADI FIRA	15,40	5,5%
Province de N'DJAMENA	45,69	16,3%
Province de BARH-EL GAZAL	7,02	2,5%
Province de BORKOU	1,99	0,7%
Province de ENNEDI OUEST	1,51	0,5%
Province de ENNEDI EST	2,32	0,8%
Province de SILA	8,67	3,1%
Province de TIBESTI	1,16	0,4%
Province de CHARI-BAGUIRMI	10,28	3,7%
Province de GUERA	8,49	3,0%
Province de HADJER-LAMIS	13,36	4,8%
Province de KANEM	7,76	2,8%
Province de LAC	9,34	3,3%

Province de LOGONE OCCIDENTAL	21,54	7,7%
Province de LOGONE ORIENTAL	22,62	8,1%
Dépenses totales de santé	280,06	100,0

IX. PRINCIPAUX INDICATEURS DE SANTE

Le tableau 13 présente quelques agrégats clés par rapport aux dépenses de santé en 2018 au Tchad. Le Budget général de l'Etat exécuté en 2018 est de 727,53 milliards de FCFA dont 4,61% alloué au MSPSN loin des objectif d'Abuja. Alors que les dépenses de santé de l'Etat en % du budget de l'Etat 5,48. Il faut noter que les dépenses totales de santé au Tchad des CNS 2018 représentent 4,35% du PIB.

Les dépenses courantes de santé sont évaluées à 280,06 milliards de FCFA et celles des ménages, du Reste du monde, de l'administration publique sont estimées respectivement à 180,06 milliards, 54,15 milliards, 39,85 milliards de FCFA qui représentent en terme de proportion 64,39%, 19,34% et 14,23% des dépenses de santé. Le gouvernement dépense 2 629 de FCFA par habitant tandis que les dépenses des ménages par habitant est 11 893 de FCFA.

Les dépenses effectuées pour les achats des médicaments, les soins curatifs, les soins préventifs se chiffrent respectivement à 86,06 milliards, 73,53 milliards et 36,35 milliards de FCFA soit des proportions de 30,74%, 26,26% et 12,98% des dépenses de santé

Les prestataires, pour offrir de service de soins, acquièrent des biens médicaux pour un montant de 86,09 milliards de FCFA provenant des dépenses courantes de santé ce qui représente 30,74% des dépenses courantes de santé.

La couverture sanitaire des maladies par les compagnies d'assurances est presque nulle (0,03 milliards de FCFA) au Tchad. Ce qui traduit le fait que les ménages sont exposés en cas de survenu des catastrophes. En absence de l'assurance maladie les soins sont inégaux au profit des ménages riches.

Tableau 14 : les Indicateurs macroéconomiques clés des dépenses de santé en 2018

INTITULE	2018
Population	15 162 044
PIB Nominal (milliards XAF) (SCN 93)	6 440,22
Budget de l'Etat (milliards XAF exécution)	727,53
Dépense courante en santé (milliards XAF)	280,056
Dépenses des ménages (milliards XAF)	180,319
Reste du monde (milliards XAF)	54,15
Dépenses publiques en santé (milliards XAF)	39,85
Soins curatifs (milliards XAF)	73,53
Biens médicaux (non-spécifiés par fonction) (milliards XAF)	86,09
Soins préventifs (milliards XAF)	36,35
Dépenses assurance maladie (milliards XAF)	0,03
Salaire publique (milliards XAF)	24,40
Dépenses publiques de santé en % des dépenses totales de santé	14,23
Dépenses de santé par habitant (XAF)	18 471
Dépenses de santé en % du PIB	4,35

Dépenses de santé des ménages en % des dépenses totales de santé	64,39
Dépenses de soins préventifs en % des dépenses totales de santé	12,98
Dépenses de soins curatifs en % des dépenses totales de santé	26,26
Dépenses de médicaments en % des dépenses totales de santé	30,74
Dépenses de santé du reste du monde en % des dépenses totales de santé	19,34
Dépenses de santé de l'Etat en % du budget de l'Etat*	5,48
Dépense des salaires payés par l'Etat en % les dépenses de santé de l'Etat	61,22
Dépenses assurance maladie en % dépense totale de santé	0,01
Dépenses assurance maladie en % dépense de santé des ménages	0,01
Depenses gouvernement par habitant	2 629
Depenses menages par habitant	11 893
Depenses gouvernement en pourcentage du PIB	0,62

Tableau 6: les indicateurs macroéconomiques clés des dépenses de santé

CONCLUSION

Bien que le Tchad ait connu un retard par rapport aux autres pays de la sous-région, la construction des Comptes nationaux de santé 2018 avec l'outil SHA2011 reste une étape importante dans le suivi des dépenses de santé aidant les acteurs à bien comprendre le financement du secteur et de définir des stratégies qui répondent aux priorités. Ainsi, les Comptes nationaux de Santé ont permis d'estimer le niveau global des dépenses de santé au Tchad. Ils font ressortir également la contribution des différentes catégories d'acteurs, les mécanismes de financement et les caractéristiques par bénéficiaires. Par ailleurs, le rapport fait une analyse sur les dépenses des ménages et les dépenses par maladies en mettant l'accent sur la distribution des dépenses selon les principales maladies notamment celles liées à la santé de reproduction, paludisme.....

Cependant, la structure des dépenses totales de santé est largement dominée par les dépenses courantes qui est estimée à **280,056 milliards de FCFA soit 99,5%**.

Par ordre d'importance, la participation des ménages constitue la première source de financement qui est de **180,319 milliards de FCFA soit 64,4%** des dépenses courantes de santé. Quant au financement des bailleurs, il constitue la deuxième source de financement et contribue à hauteur de **54,15 milliards de F CFA soit une proportion de 19,3%** des dépenses courantes de santé. Alors que l'administration publique constitue la troisième source des dépenses avec une contribution par rapport à la dépense courante qui est **de 39,85 milliards de FCFA soit 14,2%** des dépenses courantes de santé.

L'analyse fait ressortir également la faible importance des mécanismes de prépaiement et de mutualisation des risques comme les mutuelles communautaires, les assurances privées qui représentent à peine 1% des dépenses.

Les données collectées en 2018 n'ont pas permis de faire une analyse plus détaillée des dépenses de santé. Il est souhaitable que les acteurs du secteur se coordonnent afin de collecter à temps toutes les données qui permettront d'analyser de manière plus approfondie les dépenses pour l'élaboration des comptes 2019 et 2020. Aussi, pour améliorer la qualité des prochains exercices à travers l'estimation des dépenses par maladies, il est nécessaire d'élaborer une matrice des clés de répartition avec les données épidémiologiques, ce qui permettra de disposer d'un outil actualisable et qui contribuera à renforcer la qualité des données. Le Tchad est désormais cité parmi les pays qui réalisent les Comptes nationaux de Santé, d'où la nécessité de prendre en compte les recommandations.

X. Recommandations

Les recommandations suivantes sont formulées à l'endroit des parties prenantes :

Au Gouvernement

- Améliorer la lecture des dépenses de santé des autres départements ministériels
- Accélérer la mise en place de mécanisme de prépaiement et de mutualisation des risques afin de réduire la contribution des ménages

Au MSPSN

- Accélérer l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale de financement de la santé.
- Institutionnaliser l'élaboration des CNS à travers la mise en place d'une structure pérenne.
- Elaborer des notes de politiques pour mobiliser les ressources
- Présenter les résultats des comptes dans les congrès scientifiques et requérir les orientations des utilisateurs avant le début de chaque exercice des comptes,
- Mettre à disposition les résultats des comptes nationaux de santé aux acteurs de financement du système de santé pour une meilleure appropriation;
- Instaurer à court et moyen terme la comptabilité analytique dans les formations sanitaires pour assurer la bonne traçabilité de l'utilisation des fonds et la disponibilité de l'information ;
- Mettre en place un mécanisme efficace permettant de déterminer la structure de dépenses des ménages ;
- Améliorer les clés de répartition des dépenses de santé des ménages par prestataires,
- Améliorer les outils de collecte pour la production des annuaires statistiques de la santé en faisant ressortir les caractéristiques de bénéficiaires par âge, genre et fonction de soins

Aux partenaires techniques et financiers

- Aligner leurs activités et appuis financiers aux priorités nationales,
- Appuyer l'institutionnalisation et l'élaboration régulière des CNS par l'assistance technique et financière ;
- Mettre à temps et de façon exhaustive les données par nature et type d'intervention à la disposition de l'équipe de construction de prochains CNS,

AUX ACTEURS DU SECTEURS PRIVES

- Mettre à temps et de façon exhaustive et fiable les données à la disposition de l'équipe de construction de prochains CNS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- OMS, Système des Comptes nationaux de la santé (SHA), 2011, version abrégée, juin 2012
- Annuaire statistique du MSPSN, 2016 ou 2018
- <http://apps.who.int/nha/database>
- <https://www.banquemondiale.org>
- <https://www.populationdata.net>
- ANNUAIRE STATISTIQUE DE SANTE –TCHAD 2018,
- ECOSIT 3,
- EDST-MICS 2014-2015
- PNDS3
- PNS 2016-2030
- CNS2010
- CARTE SANITAIRE
- BUDGET GENERAL DE L'ETAT TCHAD 2018
- DONNEES DE COLLECTE

EQUIPE D'ELABORATION

Equipe technique

Point Focal des CS/OMS :

Consultants:

ANNEXES

