

**République du Tchad**  
**Présidence de la République**  
**Primature**  
**Ministère de la Santé Publique**  
**Secrétariat d'Etat**  
**Secrétariat Général**



## Rapport de mission

Marlene Abrial

Avril-Mai 2014

## LISTE DES ABBREVIATIONS ET ACRONYMES

AFD	Agence Française de Développement
ARV	Anti Rétrovirus
BGE	Budget Général de l'Etat
CDMT	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CID	Circuit Intégré des Dépenses
CNPS	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNS	Comptes Nationaux de la Santé
COGES , COSAN	Comité de Gestion, Comité de Santé
CP	Comité de Pilotage (stratégie nationale vers la couverture Universelle Santé)
CPA	Centrale Pharmaceutique d'Achats
CS	Centre de Santé
CT	Comité Technique (chargé de l'élaboration de la stratégie nationale vers la CUS)
CUS	Couverture Universelle Santé
DB	Direction du Budget (Ministère des Finances et du Budget)
DOSS	Direction de l'Organisation des Services Sanitaires
DPML	Direction de la Pharmacie des Médicaments et Laboratoire
DRH	Direction des Ressources Humaines
DS	District sanitaire
DSR	Délégation Sanitaire Régionale
DSRV	Direction de la Santé de la Reproduction et de la vaccination
DSIS	Division du Système d'information sanitaire
ENASS	Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux
EPMVT	Enquête sur les Privations Multidimensionnelles et la Vulnérabilité au Tchad
HGRN	Hôpital Général de Référence nationale
IEC	Information Education Communication
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
LOLF	Loi Organique relative aux Lois de Finances
LFI	Loi de Finance Initiale
MFB	Ministère des Finances et du Budget
MFPT	Ministère de la Fonction Publique et du Travail
MPCI	Ministère du Plan et de la Coopération Internationale
MSPASSN	Ministère de la Santé Publique de l'Action Sociale de la Solidarité Nationale
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNS	Politique Nationale de Santé
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PRA	Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
PTME	Prévention de la Transmission Mère enfant
PVV	Personnes vivant avec le VIH
SIS	Système d'Information Sanitaire
SNPS	Stratégie Nationale de la Protection Sociale
SNRP	Stratégie Nationale pour la Réduction de la Pauvreté
UGGSU	Unité de Gestion de la Gratuité des Soins d'Urgence
UE	Union Européenne
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
ZR	Zone de Responsabilité

## Table des matières

Introduction .....	4
1. L'élaboration des axes stratégiques .....	4
1.1. Méthodologie .....	5
1.2. Principaux résultats sur les axes .....	5
1.2.1. Les axes et leurs composantes (ou sous axes) .....	5
1.2.2. Outre les composantes des axes, d'autres éléments ont été décrits en atelier .....	6
2. L'organisation et le lancement de la rédaction du document de la stratégie .....	7
3. Coordination .....	8
3.1. La mission de J. Perrot et le dispositif institutionnel pour la mise en œuvre de la stratégie .....	8
3.2. La coordination avec la SNPS .....	9
4. Les études .....	10
5. Divers.....	10
ANNEXE 1 : Guide pour les groupes de travail –atelier Bakara avril.....	11
Partie 1 : Indications communes à tous les groupes.....	12
Partie 2 : Recommandations spécifiques par groupe .....	16
ANNEXE 2 . Note : observations portant sur le document de la SNPS. ....	24
ANNEXE 3. Plan de travail - Processus élaboration de la stratégie vers la CUS –Suivi.Mai 2014 .	25
ANNEXE 4 : Personnes rencontrées .....	27
ANNEXES en .pdf à part .....	28
Annexe 5 .Plan détaillé et organisation de la rédaction.pdf.....	28
Annexe 6. Axes stratégiques-final.pdf .....	28
Annexe 7. calendrier indicatif-CT. Mission avril.mai.pdf.....	28

## Introduction

La mission s'est déroulée à N'Djamena du 1<sup>er</sup> avril au 6 mai 2014. Durant cette mission, s'est tenu, du 8 au 11 avril, le deuxième atelier sur les axes de la stratégie vers la Couverture Universelle Santé, et a été lancée la rédaction du document de stratégie, conformément au plan de travail du Comité Technique (CT) réactualisé. A la fois le plan détaillé du document a été élaboré, mais aussi le calendrier de la rédaction a été établi et les membres du CT responsables des différentes parties de la rédaction ont été identifiés.

De plus, la mission a accompagné J.Perrot pendant tout son séjour en appui au CT, soit du 14 au 26 avril, pour travailler sur le dispositif institutionnel de la mise en œuvre de la stratégie.

La mission a également participé, aux côtés du Secrétaire Général du ministère de la santé, à la réunion de validation de la Stratégie Nationale de la Protection Sociale qui a eu lieu au Ministère du Plan le 29/04/2014.

La restitution de la mission a été faite au Ministère de la Santé auprès du Secrétaire Général, le mardi 6 mai, et au Bureau de la Coopération Suisse le 30 avril.

La prochaine mission est prévue du 10 au 22 juin 2014.

Remarques préliminaires :

- Pendant la mission, seulement trois réunions<sup>1</sup> du CT ont pu être organisées en raison d'une part de la tenue de l'atelier et d'autre part de l'indisponibilité de nombreux membres en déplacement sur le terrain.

- Suite au remaniement ministériel du 20 avril, le Ministère de la santé et celui de l'Action sociale ne font plus qu'un qui s'intitule : Ministère de la Santé Publique, de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale. Dans ce rapport, il sera dénommé MSPASSN.

## 1. L'élaboration des axes stratégiques

Un travail important a été effectué par le CT pour développer les axes stratégiques qui constituent le cœur de la stratégie nationale vers la CUS.

**Contexte :** Une première identification de ces axes avait été faite dès septembre 2013. Celle-ci a été revue par le CT au cours des ateliers de janvier et avril 2014 ; maintenant il y a six axes au lieu des huit proposés initialement. Mais surtout, il fallait donner de la substance à ces axes. C'est ce qui a été fait par le CT, et ce en plusieurs étapes depuis le mois de décembre ; tout d'abord la mission de décembre avait proposé au CT huit axes et les grandes lignes de leur contenu possible, puis s'en sont

---

<sup>1</sup> Cf.annexe 7. Calendrier indicatif du CT-mission avril-mai 2014. pdf

suivis les deux ateliers : tout d'abord celui de janvier sur la réflexion sur les axes et ensuite celui d'avril 2014 sur l'élaboration des axes.

## 1.1. Méthodologie

Le deuxième atelier s'est étalé sur quatre journées (du 8 au 11 avril) avec une première demi-journée consacrée à l'analyse de la situation<sup>2</sup> et à un échange sur le Pacte<sup>3</sup>.

Concernant les axes stratégiques, la mission a rappelé à la fois les concepts qui prévalent pour la CUS, et les conclusions tirées d'expériences dans ce domaine puis, a présenté et distribué aux participants une guidance, pour le travail des différents groupes (cf. annexe 1).

A noter que l'organisation du travail de ce deuxième atelier qui a consisté à fonctionner tout d'abord selon les quatre groupes initialement constitués lors du premier atelier, puis de passer à seulement deux groupes, à partir de la 3ème journée, a permis : i. que les groupes plus avancés appuient ceux qui l'étaient moins, ii. d'éviter les chevauchements entre les travaux des différents groupes et iii. de mieux partager les résultats des uns et des autres.

A la fin de l'atelier, en plus des axes stratégiques, la vision de la CUS a été définie avec pour horizon l'année 2025 afin d'être alignée sur la SNPS. Cependant, dans le document de la SNPS qui a été adopté le 29 avril dernier, l'horizon pour la SNPS est passé à 2030 pour être en cohérence avec La Vision d'Emergence du Tchad et l'après 2015 des OMD. Par conséquent, maintenant l'horizon de la CUS doit également être porté à 2030, ainsi :

### **Vision de la CUS :**

A l'horizon 2030, la stratégie nationale aura contribué à ce que l'ensemble de la population du Tchad ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin. Ces services devront être de qualité suffisante, pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers. En même temps, la population devra être prémunie des risques qui ont une incidence sur la santé

## 1.2. Principaux résultats sur les axes

### 1.2.1. Les axes et leurs composantes (ou sous axes)

Les axes tels que adoptés en atelier sont les suivants :

Axe 1 : Développer des mécanismes contre les risques financiers

Axe 2 : Mobiliser les ressources financières pour la couverture universelle

Axe 3 : Utiliser les ressources plus efficacement et équitablement

Axe 4 : Favoriser le partenariat public privé

Axe 5 : Prévenir les risques ayant une incidence sur la santé.

Axe 6: Prendre davantage en compte les souhaits de la population

Les axes couvrent bien les trois piliers de la protection sociale santé : l'axe 1 pour le pilier 1 (protection contre les risques financiers), les axes 2, 3, et 4 pour le pilier 2 (disponibilité des services de santé de qualité), et l'axe 5 pour le 3ème pilier (relatif aux risques ayant une incidence sur la santé). L'axe 6, quant à lui, est un axe transversal, lié à la bonne gouvernance.

<sup>2</sup> A partir de la présentation de Nang Yade

<sup>3</sup> Animée par Carole Landon, à l'occasion de sa venue à N'Djamena dans le cadre du Pacte.

L'ancien axe trois <sup>4</sup> est devenu une composante de l'axe deux. En effet, l'idée a prévalu, dès le premier atelier (Bakara, Janvier 2014), de privilégier, pour la mobilisation des ressources, le caractère pérenne de celles-ci et donc de concentrer les efforts sur les ressources publiques internes, compte tenu à la fois de la situation macro économique du pays et de l'intérêt porté à la santé au plus haut niveau. Dans ce contexte, en ce qui concerne l'aide publique extérieure, le CT a considéré qu'il était alors plus pertinent de la traiter comme partie de cet axe en tant que soutien au processus CUS dans le cadre de la mobilisation des ressources, plutôt que dans un axe séparé.

L'ancien axe huit <sup>5</sup> a été supprimé car il pouvait être redondant avec la partie six du document de la stratégie qui concerne le dispositif institutionnel pour la mise en œuvre, suivi et évaluation de la stratégie nationale ; il a été en effet jugé plus cohérent, lors du deuxième atelier, de traiter cet aspect dans son ensemble plutôt que de l'éclater dans deux niveaux différents.

A la suite de l'atelier, la mission a présenté, en réunion du CT, les résultats de l'atelier afin qu'il y ait bien une appropriation commune et une consolidation des contenus des axes.

Sur la base de cette présentation et des échanges qui s'en sont suivis, quelques améliorations ont été apportées et les composantes de chacun des axes sont désormais établies telles que présentées en annexe 6 <sup>6</sup>. On compte au total 22 composantes (ou sous-axes) qui permettent de préciser la stratégie.

Le contenu de l'axe quatre a été revu et il a été proposé de lui substituer deux autres composantes suivant les remarques faites par l'expert J. Perrot relatives à la politique de contractualisation <sup>7</sup>.

### 1.2.2. Outre les composantes des axes, d'autres éléments ont été décrits en atelier

Il s'agit :

- du principe qui doit prévaloir pour l'axe
- de l'objectif de l'axe
- de la justification de l'axe

En résumé, voici ces éléments qui ont été également définis en atelier :

- pour l'axe 1 :

Principe de base : En finir avec le paiement intégral aux points de consommation pour les usagers

Objectif : que l'accès aux soins ne donne pas lieu à des dépenses catastrophiques voir même que l'individu renonce à se soigner pour des raisons financières

Justification :

Les barrières financières pour accéder aux soins résultent en différentes formes d'exclusion : l'exclusion totale ou l'indigence, l'exclusion saisonnière, l'exclusion temporaire ou partielle. Les risques d'exclusion totale ou d'indigence sont plus élevés parmi la population extrêmement pauvre. Parmi les autres segments de la population qui dépendent de revenus faibles et irréguliers, dont la majorité des populations rurales, les risques d'exclusion saisonnière temporaire sont plus élevés. L'instauration d'un mode de paiement indirect qui ne laisse aucune place aux risques d'exclusions permet d'alléger les charges familiales d'accès aux soins.

Priorités en terme de populations à couvrir : travailleurs du secteur formel et les indigents, pauvres et vulnérables.

- pour l'axe 2 :

---

<sup>4</sup> L'ancien axe 3 était : s'assurer que l'aide extérieure contribue davantage à la CUS

<sup>5</sup> L'axe 8 était : mettre en place une structure permanente de coordination des activités

<sup>6</sup> Cf. annexe 6 : Axes stratégiques\_final. pdf

<sup>7</sup> Cf. annexe 6

Principe de base : assurer des financements publics pérennes pour le développement vers la CUS

Objectif recherché : qu'il y ait plus de ressources pour aller vers la CUS tout au long du processus

Justification

-revenus du pétrole importants dans le BGE mais caractère volatile et tendances sur le long terme à la baisse

-nécessité de développer les ressources hors pétrole ainsi que de développer le système fiscal

-nécessité de développer tous les moyens pour assurer un financement suffisant et pérenne de la CUS

-la pérennité sera assurée par les ressources publiques internes

-l'Aide Publique Extérieure sera sollicitée pour soutenir le processus CUS

- pour les axes 3 et 4 :

Principe de base : mieux dépenser pour la santé : plus de santé/CUS pour son argent

Objectif recherché : assurer l'efficacité des dépenses de santé pour asseoir le développement de la CUS (en utilisant au mieux les ressources disponibles)

Les justifications (axe 3)

-Il n'existe pas une base de répartition des allocations budgétaires ;

-Les allocations budgétaires des délégations ne tiennent pas compte de leur plan d'action ;

-Il n'existe pas un lien entre les dépenses publiques de santé et l'amélioration des soins de santé ;

-Le retard dans la mise à disposition des crédits délégués entraîne des régulations coûteuses ;

-Les profils des agents mis à la disposition du MSP ne correspondent pas souvent aux besoins des services ;

-La faiblesse du suivi de la gestion des ressources humaines ;

-L'inadéquation dans la dotation des ressources entre les districts et les régions.

- pour l'axe 5 :

Principe de base : élargir la prévention aux biens tutélaires et/ou risques ayant une incidence sur la santé

Objectif recherché : diminution des risques ayant une incidence sur la santé

- pour l'axe 6 :

Principe de base : Impliquer la population à toutes les étapes

Objectif recherché : Bonne gouvernance du processus (transparence, rendre compte, prise en compte des plaintes)

Tous ces éléments, qui ont été explicités sur la base des indications de la note guide préparée à cet effet par la mission<sup>8</sup>, ainsi que les repères qui y sont contenus, vont faciliter la rédaction de la partie du document de stratégie SN-CUS relative aux axes stratégiques.

## **2. L'organisation et le lancement de la rédaction du document de la stratégie**

Comme prévu lors de la mission précédente<sup>9</sup>, les travaux sur les axes ayant été fructueux, il a été possible de passer pendant cette mission à l'organisation de la rédaction du document de stratégie (SN-CUS). Ceci a fait l'objet de deux réunions du CT. Ainsi la mission a tout d'abord présenté la

---

<sup>8</sup> Cf. annexe 1

<sup>9</sup> Cf. Rapport de mission 7-M.Abrial/MSP/P4H-février 2014

structure du document avec les différentes étapes possibles. Dans le même temps, une liste des responsables des groupes de rédaction a été établie. Lors de la réunion suivante du CT (en date du 6 mai), les groupes de rédaction ont pu être finalisés, et le plan détaillé a été présenté avec le calendrier et les consignes pratiques (cf. en annexe 5)<sup>10</sup>, de sorte que les équipes de rédacteurs ainsi constituées puissent démarrer la rédaction dès le 7 mai.

Le document sera rédigé par des membres du CT. Pour chaque groupe composé de plusieurs personnes chargées de la rédaction d'une partie du document, il y a un responsable qui doit être un cadre national et qui va s'engager sur sa disponibilité et sur le résultat concernant sa partie. Il ne peut bien sûr n'y avoir qu'un seul responsable par groupe pour assurer l'efficacité du processus. Le travail de consolidation qui consiste à réaliser la cohérence de l'ensemble du document tant du point de vue du contenu que de la forme, à assurer les liens entre les différentes parties, et au final à donner l'impression au lecteur que celui-ci a été écrit par une seule et même personne, a été confié à Mr Djedossoum et à M. Abrial.

Pour l'instant, les différentes étapes de la rédaction du document devraient se dérouler entre le 7 mai et la mi -octobre. Alors, la validation technique du document pourrait avoir lieu en début novembre et le lancement politique d'ici la fin de l'année. Dans ce cas, la diffusion du document à large échelle et la mise en place des instances de mise en œuvre de la stratégie, pourraient avoir lieu dans le courant du premier trimestre 2015 (cf. annexe 3).

A noter que, entre le 7 mai et le 28 août, les consolidateurs pourront avoir une (ou deux) séance(s) de travail avec chacun des responsables de la rédaction. Dans cette perspective, la prochaine mission de M. Abrial, en juin, permettra notamment de bien voir où en est la rédaction du document, d'identifier les éventuelles difficultés, et si il y a lieu, de recadrer le travail.

### 3. Coordination

La mission a pleinement accompagné la mission de J. Perrot qui a eu lieu à N'Djamena du 14 au 26 avril, en particulier du point de vue du contenu mais aussi a pu en faciliter l'organisation et la logistique. Cette collaboration entre les deux missions, rendue possible par un agenda partagé en amont, a donc été profitable en termes d'appui au CT.

#### 3.1. La mission de J. Perrot et le dispositif institutionnel pour la mise en œuvre de la stratégie

Un groupe de travail constitué dès le début de la mission de J. Perrot, et composé : de lui-même, du conseiller Abdelkerim Nejim, de Mr Beguy Djimounoum et de M. Abrial, s'est réuni régulièrement pour réfléchir à un dispositif institutionnel pour la mise en œuvre, suivi et évaluation de la stratégie nationale (SN-CUS).

Le dispositif proposé dans ce cadre, reposerait sur une unité à caractère opérationnel, interface entre les différentes structures ou services opérationnels qui réalisent les différentes activités déployées dans le cadre de la CUS, et les décideurs. Cette unité permettrait, entre autres, d'assurer la coordination des interventions, ainsi que le suivi de la mise en œuvre de la stratégie.

Par exemple, une des premières tâches de cette instance serait d'établir le Plan opérationnel pour 2015 et la matrice des indicateurs de suivi.

Cette structure permanente serait dotée de cadres venant des différents Ministères impliqués dans la CUS.

---

<sup>10</sup> Cf.annexe 5 –Plan détaillé et organisation rédaction .pdf

Le détail du mandat et de l'organisation de cette instance seront développés dans le rapport de J. Perrot, et le travail accompli dans le cadre de sa mission va permettre d'alimenter la partie six du document de la CUS intitulée : Le dispositif institutionnel pour la mise en œuvre de la stratégie SN-CUS.

Toutefois il restera encore à préciser l'ancrage de cette instance interministérielle, ce qui n'a pas été défini lors de la mission de J.Perrot.

### 3.2. La coordination avec la SNPS

Cette coordination a fait l'objet de nombreuses interventions du CT-CUS depuis de nombreux mois, et à plusieurs reprises des rencontres<sup>11</sup> ont eu lieu avec les responsables de l'élaboration de la SNPS, pour une bonne appréciation de part et d'autre des enjeux, et par là pour qu'une articulation efficiente entre SNPS et SN\_CUS puisse clairement se dessiner.

Notamment le positionnement de la CUS dans les différents axes de la stratégie de la protection sociale, pas seulement dans l'axe 4 mais aussi dans les autres axes en particulier l'axe 2 portant sur l'assurance maladie, et l'axe 1 incluant la gratuité pour les personnes âgées, a fait l'objet d'observations de la part du CT-CUS. Mais aussi, en ce qu'il convenait de revoir les parties du document de la SNPS qui pouvaient être de nature à figer ou à limiter par avance le développement de la CUS.

Finalement, ceci a été effectivement pris en compte lors du premier atelier de Bakara sur les axes stratégiques (janvier 2014) où les coordonateurs de la SNPS avaient été invités et où il a été bien reconnu que l'élaboration de la stratégie nationale vers la CUS était en cours et devait être actée dans le document de la SNPS, ce qui est le cas désormais.

Lors de la mission de J. Perrot (cf. point 3.1. plus haut), le groupe de travail a analysé le dernier draft de la SNPS<sup>12</sup> et a produit une note dans le but de proposer des amendements ou tout au moins présenter des observations à la réunion de validation de la SNPS (cf. annexe 2).

Ainsi, avec l'appui de l'expert, le CT a défini notamment un dispositif de mise en œuvre de la CUS qui soit opérationnel et efficace en prenant soin de ne pas constituer un système parallèle ou dupliquer les structures déjà prévues pour la mise en œuvre de la SNPS, la CUS s'alignant sur les instances de pilotage déjà établies par la SNPS par exemple.

Ce message a été porté par le Secrétaire Général du ministère de la santé à la réunion de validation de la SNPS du 29 avril, à laquelle, à sa demande, M. Abrial a participé en remplacement du Dr Dadjim Blagué indisponible à cette date. La présentation de la note du CT à la réunion d'adoption a été accueillie avec intérêt et la note a été remise au président du CT de la SNPS pour prise en compte dans les observations ou amendements.

#### Informations particulières à propos des prochaines étapes concernant la SNPS :

1- Adoption politique : mai 2014

2- Conception de projets pilotes pour la mise en œuvre de la SNPS : mai –juin 2014

Trois projets pilotes ont été retenus lors de la réunion de validation de la SNPS. Il s'agit des projets suivants :

- Transfert monétaire (domaine sécurité alimentaire /nutrition),
- Assainissement urbain à travers interventions HIMO<sup>13</sup>
- Orphelins et Enfants Vulnérables (UNICEF-CRS)

<sup>11</sup> En particulier depuis mai 2013

<sup>12</sup> Stratégie Nationale de Protection Sociale du Tchad (2014-2018), Rep. du Tchad/PR/PM/MEPCI, avril 2014

<sup>13</sup> HIMO :Haute Intensité de Main d'Oeuvre

Ces projets, parmi huit identifiés, répondent notamment aux critères : i. un financement abordable et durable, ii. un engagement du gouvernement à poursuivre.

3- Un forum de haut niveau (international) de la protection sociale sera organisé en : septembre 2014

## 4. Les études

L'étude sur les coûts n'a pas progressé depuis la dernière mission. A ce jour il n'y a pas eu de réponses pour l'offre d'expertise internationale et seulement un dépôt de dossier pour l'expertise nationale alors que la date limite retenue pour la réception des offres était le 28 avril. Le dossier continue à être suivi par la DOSS et le PASST qui devraient relancer.

## 5. Divers

► Une réunion a eu lieu à la BAD avec la mission. L'objectif était d'échanger sur l'appui de P4H au Tchad à travers ses multiples formes et intervenants y compris la coopération suisse et la GIZ en appui au CT qui élabore la stratégie SN-CUS.

La BAD n'a pas de projets dans le domaine de la Santé dans le cadre de ses interventions actuelles au Tchad, mais le contact est bien établi : l'interlocuteur<sup>14</sup>, qui bien que connaissant le réseau P4H, n'avait pas une vue très précise de son action au niveau local, a désormais une meilleure compréhension de ses activités.

► Par ailleurs, à la demande du Bureau de la Coopération Suisse, dans le cadre de la revue de son programme de coopération avec le Tchad souhaitée par Mme la Ministre du Plan et de la Coopération Internationale, la mission a préparé une présentation concernant l'appui au CT\_CUS.

---

<sup>14</sup> Cf. annexe 4

## ANNEXE 1 : Guide pour les groupes de travail –atelier Bakara avril

### MSP / Deuxième Atelier de Bakara sur les axes stratégiques du 8 au 11 avril 2014

#### Note pour guider les groupes de travail M. Abrial/P4H

Table des matières	
Partie 1 : Indications communes à tous les groupes	12
1. Approche générale	12
2. Quelques repères	12
2.1. Les conclusions tirées de l'expérience de onze pays	12
2.2. Le contexte macro économique Tchadien et la pauvreté	14
Partie 2 : Recommandations spécifiques par groupe	16
FICHE 1 : GROUPE 1	16
1. Approche pour l'axe 1.	16
2. Quelques repères	17
FICHE 2 : GROUPE 2	18
1. Approche pour l'axe 2.	18
2. Quelques repères	18
FICHE 3 : GROUPE 3	20
1. Approche pour les axes 4 et 5.	20
2. Quelques repères	20
FICHE 4 : GROUPE 4	22
1. Approche pour les axes 6, 7 et 8	22
2. Quelques repères	23

## Partie 1 : Indications communes à tous les groupes

Objectif pour les groupes de travail :

Consolidation du travail de l'atelier du 16 au 18 janvier 2014 tenu à Bakara : en partant des travaux du premier atelier, et en référence aux principes de base assignés aux différents axes, il est attendu que les groupes de travail décrivent (sans entrer dans le détail), les voies et moyens pour la mise en application de ces principes.

### 1. Approche générale

**Pour l'ensemble des axes (et donc des différents groupes), il s'agit :**

- d'établir une vision sur l'avenir, et non pas une planification
- de trouver les voies et moyens pour cette vision.

✓ Pour chacun des axes se demander :

- i. si cela à un lien direct avec la CUS
- ii. et plus généralement « en quoi cela me protège»

✓ Pour chacun des axes :

i établir le principe de base qui prévaut et l'objectif recherché

ii- indiquer brièvement les grandes lignes de la situation (caractéristiques) pour la justification de l'axe

iii distinguer, lorsqu'il y a lieu, ce qui est de l'ordre du politique (et donc hors du champ du Comité Technique) et à qui (quel secteur, ou Ministère) revient la tutelle

iv. Proposer les composantes de l'axe

#### **Propositions de principes de base pour chacun des axes:**

Exemple pour axe 1 : en finir avec le paiement intégral au point de consommation

Exemple pour axe 2(et 3) : assurer des financements publics pérennes pour le développement vers la CUS

Exemple pour axes 4 et 5 : mieux dépenser pour la santé (plus de santé/CUS pour son argent)

Exemple pour axe 6 : impliquer la population à toutes les étapes

Exemple pour axe 7 : élargir la prévention aux biens tutélaires et/ou risques ayant une incidence sur la santé

Exemple pour axe 8 : coordonner les activités inter et intra sectorielles

### 2. Quelques repères

2.1. Les conclusions tirées de l'expérience de onze pays

**Encadré 1. Notes de lecture M. Abrial sur : The Global Conference on Inclusive and Sustainable Growth through UHC, December 5-6, 2013, Tokyo.**

En décembre 2013, s'est tenue à Tokyo, une conférence sur la croissance inclusive et durable à travers la Couverture Universelle Santé.

De nombreuses expériences de pays ont été présentées dont les principales leçons tirées ont été les suivantes<sup>15,16</sup> :

-l'adoption et le développement de stratégies vers la CUS demande un fort leadership et un engagement de long terme

-même si la croissance économique aide à étendre la couverture, ce n'est pas une condition suffisante pour une couverture équitable.

-quel que soit le niveau des dépenses de santé, il est toujours nécessaire de prendre des mesures sur la gestion des coûts pour assurer la pérennité du processus

-la disponibilité effective des services de santé qui est nécessaire pour aller vers la CUS exige une approche coordonnée du développement des ressources humaines dans ses diverses dimensions pour suivre la demande créée par les cibles de la CUS

-aller vers la CUS demande d'investir dans des systèmes robustes de soins de santé primaire et de santé publique pour à la fois améliorer l'accès, la prévention des maladies, et la maîtrise des coûts des soins.

La conférence a acté l'importance à venir du développement de stratégies vers la CUS et a abordé la question du suivi de ces politiques ; notamment à travers une réflexion sur les outils à proposer dans ce sens, en particulier des indicateurs<sup>17</sup> en perspective des nouveaux objectifs du millénaire pour le développement 2015-2030. Il s'agit par exemple, des indicateurs mesurant l'appauvrissement des ménages dus aux paiements directs des dépenses de santé, ou en terme de dépenses catastrophiques, mais aussi relatifs au niveau de couverture en services de santé pour l'ensemble de la population ou bien pour les 40% les plus pauvres.

#### **Les cibles des subventions et exemptions par pays<sup>18</sup> :**

Les onze pays concernés sont : Bangladesh, Brésil, Ethiopie, France, Ghana, Indonésie, Japon, Pérou, Thaïlande, Turquie et Vietnam. Ils ont été repartis selon quatre groupes.

##### Groupe 1

**Bangladesh** : Un programme de bons vise les femmes enceintes (accès aux prestations/services avant, pendant et après l'accouchement) avec en plus, cash pour le transport, la nourriture et les médicaments.

**Ethiopie** : Gratuité pour les ménages pauvres, identification des bénéficiaires par la communauté

##### Groupe 2

**Ghana** : Système national d'assurance santé (NHIS) avec affiliation gratuite (subventionnée par un taux de prélèvement sur la TVA) qui exempte de cotisation les pauvres et vulnérables : les indigents, les plus de 70 ans, les retraités qui ont cotisé à la sécurité sociale, les enfants de moins de 18 ans et les femmes enceintes. Ce qui constitue entre 65 et 68% des membres du NHIS.

**Indonésie** : Le programme Jampersal, couvre les pauvres et proches des pauvres, ainsi que pour toutes les femmes enceintes . Il est subventionné par le gouvernement. Les pauvres et proches des pauvres sont identifiés selon des critères généraux et des critères d'éligibilité au niveau local.

**Pérou** : Le système d'assurance est subventionné par le gouvernement pour les pauvres et les vulnérables

**Vietnam** : Le gouvernement subventionne toutes les cotisations à l'assurance santé pour : les enfants moins de 6 ans, les personnes âgées, les pauvres, et partiellement les presque pauvres et les étudiants. L'identification des pauvres se fait localement : à partir d'enquêtes économiques et de vote des leaders des communautés

##### Groupe 3

**Brésil** : Le système de santé est gratuit pour tous, mais les plus riches choisissent des couvertures additionnelles pour plus de qualité.

**Thaïlande** : Toute la couverture est subventionnée par le gouvernement, sauf pour le programme du secteur formel.

**Turquie** : Couverture selon quatre groupes de bénéficiaires basés sur les revenus. Le groupe de revenu le plus bas est totalement subventionné par le gouvernement, les autres groupes contribuent selon des taux différenciés par groupe.

<sup>15</sup> Sources : The Global Conference on Inclusive and Sustainable Growth through UHC, December 5-6, 2013, Tokyo, Key messages

<sup>16</sup> Sources : The Global Conference on Inclusive and Sustainable Growth through UHC, December 5-6, 2013, Tokyo, Lessons from 11 country case studies, global synthesis, Gov.of Japan/WB

<sup>17</sup> Sources : Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels: A Framework, WHO/WB joint group discussion paper, dec.13

<sup>18</sup> Adapté de : Global Conference on universal Health Coverage for inclusive and sustainable growth –Tokyo 5-6 dec.2013

#### Groupe 4

**France :** -Affiliation gratuite (subvention du gouvernement) à la sécurité sociale pour les bas revenus (pour un paquet standard de services) et subvention pour un paquet plus étendu (assurance complémentaire, mutuelle) pour les plus pauvres. -Ensemble de différentes subventions pour des catégories de maladies comme les maladies chroniques.

**Japon :** Les cotisations d'assurance de personnes âgées, des travailleurs indépendants, des chômeurs, inscrits dans des programmes municipaux, sont fortement subventionnés par des transferts à la fois du gouvernement central et local, ainsi que par des transferts d'autres fonds d'assurance qui couvrent beaucoup d'adhérents.

## 2.2. Le contexte macro économique Tchadien et la pauvreté

### **Encadré 2. Notes de lecture M. Abrial sur le Rapport 80935-TD. République du Tchad, Dynamique de la pauvreté et de l'inégalité suite à l'essor du secteur pétrolier, Sept 2013, WorldBank**

Ce rapport qui nous renseigne sur la situation de la pauvreté au Tchad, évalue l'impact de la production de pétrole sur les secteurs non pétroliers de l'économie tchadienne, et qui plus est, dans quelle mesure la dépense publique dans les secteurs sociaux profite aux pauvres.

Le rapport s'appuie pour l'essentiel sur les résultats des enquêtes<sup>19</sup> ECOSIT 3 (année 2011) et ECOSIT 2 (année 2003) pour son analyse quantitative des tendances en matière de pauvreté et d'inégalité. Ces deux enquêtes qui ont été conçues selon une même méthodologie, ont permis de comparer les niveaux de pauvreté et l'impact des revenus du pétrole sur les inégalités entre 2003 (donc avant l'émergence de ces revenus) et 2011.

#### **i. Les principaux constats du rapport :**

en termes de pauvreté

- Entre 2003 et 2011, il y a eu des progrès, bien que modestes, en matière de réduction de la pauvreté. Ainsi le ratio de la pauvreté est passé de 55 % à 47 % en même temps que le flux migratoire vers les villes s'est développé.

- La pauvreté demeure un phénomène essentiellement rural au Tchad où elle y est plus prépondérante mais aussi encore plus prononcée : le gap de pauvreté y est de 22,6 % contre 6,6% en milieu urbain.

en termes de santé

- Sur la période 2003-2011, aucune amélioration significative des indicateurs santé n'a été observée.

en termes d'impact du développement des ressources pétrolières

- Entre 2003 et 2011, les inégalités dans la distribution des revenus se sont accrues. Le coefficient de Gini s'est dans l'ensemble dégradé avec une aggravation sensible entre rural et urbain sur la période : en effet globalement il était de 39,4 % en 2003 et est passé à 42,1 % en 2011, et dans le même temps, alors qu'il était relativement comparable entre rural et urbain en 2003 avec respectivement 38,2 et 37,9, il a atteint respectivement 41,6 et 36,2 en 2011.

- L'effet global des revenus du pétrole sur le taux de pauvreté est limité et la croissance a essentiellement profité aux catégories les plus riches : 20% des plus riches ont représenté 48% des dépenses de consommation en 2011 (et surtout dans les villes, comme N'Djamena), et seulement 5% pour les 20% les plus pauvres.

- L'impact du secteur pétrolier sur l'économie hors pétrole est très faible. En 2012 l'emploi dans les sociétés pétrolières d'une part et les activités de développement liées au pétrole d'autre part, seuls liens directs entre le secteur pétrolier et l'économie dans son ensemble, n'ont représenté que 3,6% du PIB.

**En conclusion : à l'avenir, le principal défi sera de rendre la croissance plus inclusive.**

#### **ii. Ce qui est à mettre au compte du développement du pétrole eu égard au secteur de la santé**

A l'actif des revenus liés au secteur pétrolier, figure le développement des investissements publics en particulier dans les infrastructures, mais aussi dans les secteurs de la Santé et de l'Education. Rien que dans ces deux secteurs, les investissements publics ont représenté 13% du Budget Général de l'Etat en 2011.

- Dans le secteur de la santé, les dépenses d'infrastructure ont plus que doublé (6.4 mds de CFA en 2005 à 13,7 en 2011) et des progrès importants ont été accomplis dans l'extension des services sociaux clés aux populations les plus pauvres et jusqu'à là mal desservies. Ainsi, l'accès géographique a augmenté : pour les centres de santé, il est passé de 14.4 km en 2003 à 10.1 km en 2011 (soit une amélioration de 30%).

<sup>19</sup> ECOSIT 2 et ECOSIT 3 : Enquêtes sur la consommation des ménages et le secteur informel Tchadien, appuyées par la Banque Mondiale

- Par contre, l'orientation fiscale globale des dépenses de santé publiques ne s'est pas faite en faveur des pauvres. Ainsi, les bénéficiaires des quintiles les plus pauvres n'ont été destinataires que de 6% de la dépense publique totale en santé, tandis que les bénéficiaires des quintiles les plus aisés en ont reçu 46,5%. Les bénéficiaires du quintile le plus riche utilisent d'avantage les services des hôpitaux secondaires et tertiaires : respectivement 5 fois plus et 22 fois plus, que ceux des quintiles les plus pauvres.

**En conclusion : en l'absence de ciblage efficace, la conjoncture tend à orienter les dépenses au bénéfice des plus riches.**

## Partie 2 : Recommandations spécifiques par groupe

### FICHE 1 : GROUPE 1

#### 1. Approche pour l'axe 1.

Axe 1 : Développer des mécanismes contre les risques financiers

Remarque préliminaire : tenir compte des indications communes à l'ensemble des groupes.

De plus :

**Principe de base** : en finir avec le paiement intégral au point de consommation

**Objectif recherché** : que l'accès aux soins ne donne pas lieu à des dépenses catastrophiques voire même que l'individu renonce à se soigner pour des raisons financières.

Faire attention à ne pas empiéter sur les axes 2 et 4 en ce qu'ils traitent des financements/allocations du budget de l'état eu égard à leur mobilisation et utilisation, mais également du FBR (axe 4).

Conseil : ce groupe doit avoir avec lui, outre le MSP, le Ministère de la Fonction Publique et du Travail, et le Ministère de l'Action Sociale

- I.      Au préalable : établir les priorités en terme de population à couvrir en tout premier lieu.  
Et alors voir les voies et moyens pour les mettre en perspective avec les différents mécanismes existants**

**Ensuite :**

Rôle et action du MSP : qu'est ce qu'il peut offrir dans ce contexte ?

Sachant qu'il faudra :

- Par exemple, définir la tutelle pour les systèmes d'assurance (MFPT ?, MFAS )
- Poser que tous les mécanismes soient au départ ou à court ou moyen terme, au sein d'une seule institution (Min Plan Eco, MFPT, MFAS) et donc dessiner la stratégie pour aller vers cela.

**II.      Aspect techniques :**

**II.1. Articulation des mécanismes d'assurance et d'assistance**

-Lier directement les mécanismes actuels ou à venir au principe de base de l'axe

La cohabitation actuelle de différents mécanismes peut ne pas être en synergie alors :

- Identifier (ou voir comment identifier) les points où il y aurait une articulation favorable à l'efficacité des mécanismes, proposer des études pour organiser les mécanismes entre eux.

-veiller à ce qu'il n'y ait pas de contradiction entre les mécanismes actuels ou à mettre en place

- Définir les instances pour la cohérence, coordination des mécanismes

**II.2. En matière d'assurances :**

Se poser tout de suite les questions essentielles:

- assurances santé obligatoires et de base, quand et comment les rendre obligatoires
- rôle et organisation dans ce cas des assurances volontaires (mutuelles)
- **la tutelle des assurances**

Voir ce qui est prévu dans la SNPS

Ce n'est pas au MSP de mettre en place les assurances, les mutuelles etc..

Si la responsabilité / tutelle pose problème (si blocage), écrire :

« la stratégie veillera à identifier les différentes tutelles » (ce sera alors une activité/composante de l'axe)

### **II.3. Améliorer et diversifier les mécanismes d'assistance (y compris la gratuité)**

#### ➤ **Gratuité et assistance :**

- améliorer l'existant,
- trouver de nouvelles formes d'assistance (transferts monétaires conditionnels par exemple).

#### ➤ **Trouver les voies et moyens ET qui doit être en charge (MFAS, MinPlan, MPS, autre )**

**pour :**

- La définition / identification des indigents, des pauvres, des vulnérables
- Le travail sur le ciblage
- La maîtrise des coûts

## 2. Quelques repères

- Voir proposition de la SNPS concernant le forfait obstétrical et transfert monétaire conditionnel
- Appréhender l'ensemble des segments de gratuité pour documenter la mise en œuvre de la stratégie vers la CUS :

### **Encadré 3. Segments de gratuité. Extrait rapport de mission 5-M. Abrial- Juillet 2013**

La gratuité des soins est développée au Tchad mais il est difficile à l'heure actuelle d'avoir une vue exhaustive des exemptions, à la fois du point de vue des montants financiers impliqués mais aussi des bénéficiaires concernés, tant les interventions dans ce domaine sont multiples.

Si une partie de la gratuité est plutôt bien documentée par l'Unité de Gestion de la Gratuité des Soins d'Urgence (UGGSU), il n'en reste pas moins que, pour tous les autres segments de gratuité qui sont éclatés dans divers programmes, il convient de faire un travail de consolidation de l'information, à la fois pour mesurer les dépenses totales en la matière, discerner les catégories de populations concernées et les chevauchements possibles notamment avec les nouvelles initiatives sur la gratuité.

L'initiative sur la gratuité des soins hospitaliers d'urgence a été lancée en fin 2007 et mise en œuvre en 2008 avec une interruption en 2009, puis reprise en 2010. Un certain nombre de points de vigilance ont été soulevés depuis par diverses parties prenantes et une évaluation externe a été faite en 2011. Sans rentrer ici dans les détails concernant la mise en œuvre de cette initiative, il convient de préciser que les dépenses afférentes se sont montées à 3,57 milliards de fcfa en 2011 et 3,99 milliards fcfa en 2012, à la charge de l'Etat. Plus récemment, la gratuité pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans a été lancée dans les Centres de Santé (en mars 2013).

Le financement public total pour ces deux programmes est de 5,7 milliards de fcfa inscrits au budget du MSP en 2013 et les prévisions pour 2014 et 2015 sont respectivement de 7,59 et 9,22 milliards<sup>20</sup> Il s'agit là d'un effort important qui doit être mis en perspective avec l'ensemble des autres actions de gratuité déjà couvertes par divers programmes.

Afin de documenter l'ensemble de ces autres segments de gratuité, une liste a été établie dans le cadre du CT pour recenser les activités/programmes concernés. Cette liste reste ouverte et peut encore être améliorée et/ou complétée. En même temps une fiche de collecte a été diffusée aux membres du CT.

<sup>20</sup> Sources : UGGSU, Fiche de Programme Projet , 24/06/2013.

## **FICHE 2 : GROUPE 2**

### **1. Approche pour l'axe 2.**

Axe 2 : Mobiliser les ressources financières pour la CUS

Remarque préliminaire : tenir compte des indications communes à l'ensemble des groupes. De plus :

Principe de base : assurer des financements publics pérennes pour le développement vers la CUS

Objectif recherché : qu'il y ait plus d'argent pour aller vers la CUS tout au long du processus

<u>Conseil</u> : ce groupe doit inclure le MFB en plus du MSP
---

Pour mettre en œuvre le principe énoncé pour l'axe 2, et en complément à ce que le groupe de travail a déjà accompli lors du premier atelier, voici quelques propositions/orientations de composantes sur lesquelles pourrait se pencher le groupe :

- Affirmer la volonté du gouvernement de soutenir le secteur de la santé et la stratégie vers la CUS en maintenant son appui (traduction dans le BGE)
- Mettre en place avec le MFB un dialogue permanent autour de la détermination de l'espace budgétaire
- Travailler avec le MFB sur comment améliorer la GFP au sein du MSP et réciproquement au MFB en relation avec le MSP
- Avec le MFB, voir comment coordonner les ressources santé des différents ministères
- Trouver avec le MFB des Financements Innovants si les ressources traditionnelles ne sont pas suffisantes (cf. selon résultats sur espace budgétaire vu plus haut)
  - discussion, atelier, sur les financements innovants possibles, et les implications et par conséquent, en particulier :
    - Réfléchir au mode de collecte
    - Rechercher le mode de gestion le plus efficient compte tenu des réalités (par ex. créer une institution autonome/ EPA versus Comptes Spéciaux du Trésor) :  
Prévoir des études pour trouver les modalités les plus efficaces et pérennes
    - Prévoir les systèmes de contrôle, d'évaluation, de mise à jour

### **Axe 3. (ou à insérer dans Axe 2) :**

Cas de l' APD : comment faire pour que cet aide intègre au mieux la CUS dans ses appuis (pas seulement financiers, pas seulement nouveaux/spécifiques).

Garder à l'esprit que ce que l'on recherche ici c'est la PERENNITE.

### **2. Quelques repères**

A propos de la mobilisation des ressources fiscales hors pétrole :

<b>Encadre 4. Notes de lecture de M. Abrial sur l'étude : Non-oil Domestic Resource Mobilization in Chad, Executive Summary-Republic of Chad, African Development Bank, December 2013.</b>
--

Le budget a quasiment été multiplié par 10 en une décade (160 md FCFA en 2001 à 1 300 md FCFA en 2011) principalement grâce aux revenus du pétrole. Toutefois, les perspectives de long terme vont vers une tendance décroissante prononcée. L'incertitude sur le niveau de production et les leçons tirées de la crise de 2008 (l'économie du Tchad est très exposée aux fluctuations de prix du pétrole) conduisent le gouvernement à viser davantage des ressources durables pour le financement du budget.
--

Au niveau structurel, les performances du Tchad dans le domaine de la mobilisation des recettes internes, sont en dessous de la moyenne de la sous-région. Tant que le secteur privé ne sera pas le moteur de la croissance économique, il n'y aura pas de progrès sensibles. L'enjeu dans la mobilisation des ressources fiscales hors pétrole et la maîtrise des dépenses publiques est au cœur de la politique du gouvernement. Un autre raison urgente d'améliorer la mobilisation des ressources publiques internes dans le court terme est liée à la nécessité d'intégrer les marchés régionaux et internationaux.

Les recettes publiques hors pétrole entre 1980-2012, sont passées seulement de 4% à 9% donc une performance très faible sur le long terme. Pour la période 2000-2011, elles sont plus basses que les pays subsahariens (exceptés Soudan et Guinée Bissau).

Les taxes directes représentent 4% du PIB et les taxes indirectes seulement 2% , ce qui est très faible, et les taxes de transition n'ont pas pris place au Tchad contrairement à d'autres pays. Pendant de longues années, le Tchad n'est pas parvenu à mobiliser des ressources publiques internes à un niveau substantiel.

Concernant les taxes indirectes, chaque point de TVA génère un revenu additionnel de VAT de 0,08% PIB ce qui dénote une faible efficacité de la TVA au Tchad (8,3 alors que la moyenne Sub-saharienne est de 28).

Le système est en fait plombé par trop d'exemptions (agriculture, secteur des finances, produits essentiels, eau, électricité, industrie extractives). Non seulement ces exemptions ne profitent pas forcément aux pauvres mais peuvent laisser la place à la fraude.

Les droits d'accises complètent les VAT. Ils devraient être au taux maximum permis par la CEMAC.

En conclusion : l'étude met mise en évidence que des ressources publiques internes non exploitées sont estimées à 8% du PIB hors pétrole. A court et moyen terme, seules les taxes indirectes (TVA et accises) peuvent générer des recettes conséquentes mais à condition de développer l'assiette pour la TVA qui est trop étroite à cause des exemptions, et aussi en restructurant les droits d'accises et en relevant le taux au niveau permis par la CEMAC et également revoir la taxe sur la téléphonie mobile pour l'aligner sur les droits d'accises. Pour le secteur informel, le potentiel est très faible en ce qui concerne les micro-activités. De même pour les taxes locales.

### **FICHE 3 : GROUPE 3**

#### **1. Approche pour les axes 4 et 5.**

Axe 4 : Utiliser les ressources plus efficacement et équitablement

Axe 5 : Favoriser le partenariat public privé

Remarque préliminaire : tenir compte des indications communes à l'ensemble des groupes. De plus :

Principe de base : mieux dépenser pour la santé : plus de santé/CUS pour son argent

Objectif recherché : assurer l'efficacité des dépenses de santé pour asseoir le développement de la CUS (en utilisant au mieux les ressources disponibles)

Conseil : ici on s'intéresse particulièrement à la logique des réformes des systèmes de santé en cours.
---

rappel :

- mieux impliquer le privé (référence à la politique de contractualisation, mais en ce qu'elle a un lien direct avec la CUS, éviter les redondances)
- améliorer les mécanismes de paiements
- Mieux utiliser les ressources publiques :
  - éviter de reprendre ici ce qui est déjà inscrit au PNDS ; se focaliser sur ce qui a une influence directe sur la CUS : seulement ce qui est strictement efficace /et ou nécessaire pour aller vers la CUS.

Par exemple :

- comment faire pour que le patient ait à faire à du personnel qualifié dans les FS (bien réparti et motivé), mais aussi
- pour qu'il y ait la disponibilité effective (opérationnelle) des équipements de diagnostics et de traitement (ce qui renvoie à la maintenance), ainsi que des médicaments de qualité. Et en premier lieu que les ressources financières allouées soient bien disponibles en quantité là où il faut, et quand il faut.
- également, que le patient puisse atteindre en toute sécurité, au sens large du terme, la formation sanitaires requise pour son cas (système de référence, transport adéquat).

#### **2. Quelques repères**

##### **En ce qui concerne les modes de paiement :**

La façon dont le prestataire (formations sanitaires, praticiens libéraux etc.) est rémunéré (que ce soit par l'Etat, les assurances, les particuliers, les partenaires au développement etc..) va impacter sa manière de produire.

Ainsi, les modes de paiement ne sont pas neutres en termes d'effets sur la CUS : à la fois ils vont peser sur la qualité des prestations mais aussi sur le coût de la stratégie vers la CUS.

<b>Encadré 5. Extrait de La protection Sociale en santé : Affirmer la vision de la couverture universelle- BM/BAD/OMS/UNICEF- J.Perrot &amp; al-2011</b>
--

Les mécanismes de paiement: le payeur peut rémunérer le prestataire de services de santé de différentes manières:

Le paiement à l'acte: le payeur paie un acte précis: celui-ci peut être établi sur la base d'une consultation, mais on peut aussi avoir des tarifs en fonction du type d'acte fourni, ou bien encore sur la base d'une journée (journée d'hospitalisation);

Le paiement à la pathologie: Groupe lié au diagnostic : DRG, T2A, etc.

Le paiement par capitation: Les prestataires de services de santé reçoivent un montant fixe pour chaque personne appartenant à leur circonscription ou enregistrée auprès d'eux.

Le paiement par un budget global permettant de couvrir les coûts de fonctionnement de la formation sanitaire ou budget global: le payeur s'entend sur un budget nécessaire au fonctionnement de la structure.

Le paiement à la performance: le payeur peut rémunérer le prestataire de services de santé en fonction des résultats atteints par le prestataire de services de santé. Dans ce cas, le montant reçu par le prestataire de services de santé n'est plus fixe mais variable en fonction des résultats atteints. Les critères de modulation des paiements peuvent porter sur la quantité, sur la qualité des services mais aussi sur le processus de production des services. Ce mécanisme est, en général, combiné à une autre modalité de paiement (à l'acte, à la pathologie...)

Chacun de ces mécanismes de paiement présentent des avantages et des inconvénients que l'on peut résumer dans le tableau suivant:

	Avantages	Inconvénients
Paiement à l'acte	Simple et souple	L'établissement d'un système de tarifs n'est pas toujours simple Incitation à multiplier les actes (nombre d'actes ou allongement des durées de séjour)
Paiement à la pathologie	Incitation à réduire le nombre d'actes	La définition des groupes de pathologies n'est pas aisée et demande un système d'information performant
Paiement par capitation	Favorise la prévention et la rationalisation des prises en charge Meilleur partage des risques Incitation à l'effort	Prise en charge minimale Risques sur la qualité des soins Enormes pré-requis
Budget global	Simple à mettre en œuvre	Orientation inflationniste Maintien des inégalités de situation Pas d'incitation à l'effort
Paiement à la performance	Incitation à l'effort	Comportements opportunistes Coûts de transaction

## **FICHE 4 : GROUPE 4**

### **1. Approche pour les axes 6, 7 et 8**

Axe 6 : Prendre davantage en compte les souhaits de la population

Axe 7 : Mettre en place des instances intersectorielles pour le 3eme pilier

Axe 8 : Mettre en place une structure permanente de coordination des activités

Remarque préliminaire : tenir compte des indications communes à l'ensemble des groupes.

De plus :

Principe de base pour chacun des axes respectivement :

Axe 6 : impliquer la population à toutes les étapes

Axe 7 : élargir la prévention aux biens tutélaires et/ou risques ayant une incidence sur la santé

Axe 8 : coordonner les activités inter et intra sectorielles

#### **Objectif recherché :**

Axe 6 : bonne gouvernance du processus (transparence, rendre compte, prise en compte des plaintes)

Axe 7 : diminution des risques ayant une incidence sur la santé

Axe 8 : efficacité et maîtrise des coûts

Conseil : le groupe devrait inclure le MPECI et comme personne ressource l' INSEED
--

Justification de ces différents axes (grandes lignes sur l'estimation des besoins dans ces domaines) eu égard aux principes énoncés.

#### **Les composantes de ces axes afin de :**

- Comment faire pour connaître la perception du risque par la population et comment impliquer la population dans la mise en œuvre de la SN-CUS, à tous les niveaux, pour évaluer si l'on va dans le bon sens avec la stratégie retenue
- Comment prendre en considération les biens tutélaires (cf. pilier 3). Rappel : les individus ne sont pas prêts à affecter des ressources à ces biens alors l'Etat (via le MSP ou autres ministères) va se substituer à l'individu pour ce qui lui est bénéfique. Alors comment faire ?  
Par exemple :
  - pour mettre en place un système de prévention élargie (dont la promotion),
  - un système de régulation
  - un système de coordination
  -

Dans tous les cas : les voies et moyens pour : le comment faire, et quelles instances / tutelle nécessaires ainsi que leur rôles respectifs
---

- La mise en place d'une coordination unité permanente non dépendante du CP et pour faire quoi ?

Par Exemple : Coordonner les activités qui vont être menées par différentes institutions voir ministères

Par Exemple : Etablir les indicateurs de suivi

Par Exemple : Organiser des réunions thématiques

## 2. Quelques repères

### **Concernant les enquêtes :**

#### **Encadré 6. Intérêt de l'enquête EPMVT pour la stratégie SN\_CUS en relation avec la SNPS:**

L'enquête EPMVT (Enquête sur les Privations Multidimensionnelles et la Vulnérabilité au Tchad) a été commanditée à l'INSEED par le gouvernement dans le cadre de la protection sociale et est appuyée par l'UNICEF.

##### i. objet de l'enquête

Cette enquête a été lancée afin de disposer d'informations fiables et actualisées permettant la mesure de l'impact et de l'efficacité des programmes et projets mis en œuvre dans le cadre de la SNPS.

En effet, l'enquête EPMVT qui a une couverture nationale doit permettre de cerner les privations et la vulnérabilité des ménages, et ce dans l'ensemble de leurs dimensions, et par là fournir des indicateurs socio économiques pour lutter contre elles.

A ce titre, les résultats de cette enquête, de par son objectif général et à travers certaines de ses composantes permettront aussi d'alimenter la SN\_CUS.

##### ii. déroulement de l'enquête et lien avec les axes stratégiques de la SN\_CUS

L'enquête a démarré en juin 2012 et s'est achevée en juillet 2013. Les données, qui portent sur l'année 2012, ont donc été déjà toutes collectées et l'analyse doit maintenant être entreprise. Dès que cette phase sera lancée, il est recommandé que le CT\_CUS la suive au plus près, car les résultats seront fort utiles à la mise en œuvre de la stratégie nationale vers la CUS.

Par ailleurs, en janvier 2014 devrait démarrer l'EDST - MICS (Enquête Démographique et de Santé au Tchad - Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples), dont les résultats pourraient être connus en fin d'année 2014.

### Concernant le pilier 3 –Axe 7

Rappel définition Bien Tutélaire :

Bien pour lequel l'Etat exerce une tutelle c'est-à-dire intervient pour encourager ou décourager la consommation de ce bien

## ANNEXE 2 . Note : observations portant sur le document de la SNPS.

### MSP /Observations pour réunion d'adoption du document SNPS du 29/04/2014 au MEPCI

Le MSP réaffirme que la Couverture universelle en santé<sup>21</sup> ou protection sociale en santé est l'un des volets de la protection sociale.

La CUS est une approche holistique de la protection de l'individu contre les problèmes de santé auxquels il peut être confronté au cours de sa vie. Ainsi, un individu est protégé si, lorsque que confronté à des problèmes de santé, il a en face de lui des services de santé efficaces et lorsque ces problèmes de santé n'auront pas d'incidences majeures sur son niveau et mode de vie et celui de sa famille.

Enfin, il se sentira protégé si la société le prémunit contre un certain nombre de risques qui peuvent avoir une incidence sur sa santé : insalubrité, environnement, catastrophes, alimentation, nutrition, etc.

L'approche CUS est partie intégrante de la SNPS ; la CUS est ainsi concernée par les 4 axes stratégiques de la SNPS, et non pas seulement l'axe 4, notamment la composante « Sécurité sociale » de l'axe 2. La CUS ne peut donc pas être réduite à un simple programme ou projet de la SNPS.

Le MSP, en collaboration avec plusieurs Ministères concernés (Fonction Publique et Emploi, Action sociale, Plan et Finances) et avec le soutien de PTF, notamment dans le cadre du réseau P4H, élabore actuellement le document de SN-CUS qui devrait être entièrement finalisé avant la fin de cette année 2014. Ce document est élaboré par les cadres de ces ministères regroupés dans un Comité Technique

Nous sommes ici réunis pour valider la SNPS. Le MSP voudrait donc féliciter tous ceux qui ont élaboré ce document. Nous en faisons partie. Nous espérons simplement que l'on ne perdra pas de vue les remarques ci-dessus mais nous voudrions aussi parler du « Cadre institutionnel de coordination et de suivi ». De la même manière que vous proposez ce cadre institutionnel pour la SNPS, la SN-CUS proposera aussi un cadre institutionnel pour sa mise en œuvre.

Dans ses aspects techniques, celui-ci sera spécifique à la CUS : ainsi, il sera notamment proposé de créer une instance opérationnelle d'appui à la mise en œuvre de la CUS. Cette instance sera inter ministérielle et sera composée de cadres nationaux. Elle aura pour mandats notamment :

a) de contribuer à la mise en œuvre des axes stratégiques de la SN-CUS :

- S'assurer de la cohérence des activités menées en amenant les différents acteurs à se concerter ;
- Impulser la faisabilité d'actions nouvelles et innovantes ;
- Veiller à l'implication de tous les acteurs concernés, y compris les populations
- Dynamiser la diminution de l'exposition aux risques
- Contribuer à la recherche d'une aide extérieure pérenne pour la CUS

et, b) d'élaborer et alimenter en information les indicateurs de suivi de la mise en œuvre de la CUS, articulés avec ceux de la SNPS ; Cette instance constituera donc une interface entre les acteurs de terrain qui mènent les activités au quotidien et les instances de pilotage.

Dans ses aspects de pilotage, la SN-CUS compte s'articuler autour du dispositif de la SNPS. Ainsi, pour la SN-CUS, il ne sera pas créé d'instances spécifiques de pilotage : celles de la SNPS seront utilisées, en espérant toutefois qu'une place plus visible sera donnée à la santé dans ces instances.

En conclusion, le MSP souhaite poursuivre la synergie entre la SNPS et la SN-CUS afin que chaque Tchadien se sente toujours mieux protégé contre les aléas de la vie.

---

<sup>21</sup> Selon la définition de l'OMS, « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »

## ANNEXE 3. Plan de travail - Processus élaboration de la stratégie vers la CUS –Suivi.Mai 2014

### Processus d'élaboration de la Stratégie Nationale CUS.

Plan de travail du CT avec agenda indicatif. Version validée en CT du 17-09-13.

Activités	Responsables	Agenda	Réalisation /Observation (mise à jour : mai 2014 )
<b>Etape 1 Décision politique</b>			Oui (depuis 2011)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Engagement clair : note pour communication au Conseil des Ministres</li> </ul>	Conseiller NDeikoundam , DOSS, OMS	Au plus tard le 18-09-2013	N'a pu être fait comme prévu (remaniement Ministériel).
<ul style="list-style-type: none"> <li>Situation des autres secteurs</li> </ul>	CT	Pour mémoire	
<b>Etape 2 Désignation d'une équipe</b>			Oui (depuis 2013)
<ul style="list-style-type: none"> <li>officialiser élargissement du CT</li> </ul>	BCE	D'ici fin de la semaine 16-09-2013	Oui (arrêté du 7 janvier 2014)
<ul style="list-style-type: none"> <li>établir un budget</li> </ul>	Conseiller NDeikoundam Djaouro	D'ici fin de la semaine du 16-09-2013	Oui (depuis novembre 2013)
<b>Etape 3 Lancement du processus</b>			Oui
<ul style="list-style-type: none"> <li>Information/sensibilisation. prévoir et organiser les 4 autres réunions</li> </ul>	DOSS/BCE	A partir du 05-09-2013 jusqu'à mi-octobre 2013	Pour mémoire : la première réunion (avec la Société Civile)a eu lieu le 5/09/2013.
Formation - mise à niveau (élargissement pool de présentateurs)	CT/Abrial	Le 20/09/2013	Oui, fait le 20/09/13
Réunion Responsables Techniques	DOSS/BCE	A définir	Non
Réunion des Ministres	DOSS/BCE	A définir	Non
Réunion Parlement	DOSS/BCE	A définir	En standby
Réunion PTF (2 niveaux) 1. Pour les Chefs d'agence 2. Pour les Cadres Techniques	DOSS/BCE	1. Intervention du CT le 27-09-2013 2. A définir	Oui, fait le 5/12/2013 lors de la réunion des partenaires à l'OMS
<ul style="list-style-type: none"> <li>établir un plan de travail pour le processus d'élaboration de la stratégie</li> </ul>	CT /Abrial	D'ici le 20-09-2013	Oui fait et validé le 17/09/2013
<b>Etape 4 Réalisation du travail</b>			En cours
<ul style="list-style-type: none"> <li>Appréhender la situation de l'existant</li> </ul>		Jusqu'à fin décembre 2013 (1)	Fait (avril 2014)
-Suivre les différents travaux en cours (CT/MSP) : Grille d'analyse, segments de gratuité, lancement études, documentation (1)	DOSS/BCE		Lancement des études : -Suivi des dépenses à destination (atelier de concertation le 6 mars 2014) - Etudes des coûts des prestations : lancement des appels à candidatures (fait)
-Voir ce que font les autres	Min Plan/CT		Oui. Cas de la SNPS : nombreuses rencontres avec les coordonateurs en 2013 puis atelier de réflexion sur les axes (janvier 2014) et rencontres au Min. Plan, réunion de validation SNPS du 29/04/2014

Ex. Assurance maladie	Min FP/CT		Oui. Echanges sur le Projet de Code de la Sécurité Sociale.
Ex. Prise en charge pauvres&vulnérables	Min AS /CT		pm. Fusion Min Santé et Min Action Sociale (20/04/14)
Organiser une retraite sur l'existant			Fait-cf. Jour 1 atelier 8-11/04
<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborer les axes stratégiques (2)</li> </ul>	DGRP	Nov. à fin déc. 2013	Fait
- Proposer un cadre pour les axes	CT/Abrial		Fait le 3-12-2013
- Organiser des journées de réflexion/retraite	DGRP/DOSS		Fait : Atelier de réflexion sur les axes tenu du 16 au 18 /01/2014 puis un deuxième atelier de définition des axes tenu du 8 au 11 avril 2014 pm. Voyages d'études prévus
<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser des rencontres des membres du CT avec les acteurs concernés</li> </ul>	DGRP	Oct. à décembre 2013	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser au moins 2 ateliers ou journées de réflexion/retraites (ex. sur les financements innovants, sur le ciblage ou autres thématiques) (1)</li> </ul>	DGRP/DOSS (2)	Nov.2013.à février 2014	Plus probablement ces initiatives pourraient être envisagées plutôt lors de la mise en œuvre de la stratégie (1)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rédaction du document de stratégie</li> </ul>	DGRP	Dec. à fin mars 2014	A partir du 7 mai jusqu'à mi septembre 2014
-Etablir un plan détaillé et répartir le travail	DGRP/Abrial		Fait (cf. réunions CT des 22 avril et 6 mai 2014)
-Rédiger les différentes parties	DGRP/DOSS		Entre le 7 mai et 28 aout 2014
-Consolider les différentes parties	Djedossom et Abrial		Du 1 <sup>er</sup> au 12 septembre 2014
<b>Etape 5 Validation</b> Préparer une retraite CT	DGRP/DOSS	Avril 2014	Semaine du 13 au 18 octobre 2014
<b>Etape 6 Recherche du consensus- Validation Technique</b> Préparer réunion/atelier	DGRP/DOSS	Mai 2014	Réunion de validation le 4 ou le 5 novembre 2014
<b>Etape 7 Validation politique (lancement politique)</b>	SG (MSP et les Ministères impliqués)	Juin-juillet 2014	Décembre 2014
<b>Etape8. Publication</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Préparer diffusion large du document</li> <li>Préparer campagne de sensibilisation</li> </ul>	DGRP/DOSS	Juillet-aout 2014	Premier trimestre 2015
<b>Etape 9 Suivi de la mise en œuvre</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Accompagner mise en place des instances de suivi</li> </ul>	SG/DGRP	Juillet-Septembre 2014	Premier trimestre 2015

(1) Etudes, enquêtes, ateliers de réflexion pourront être menés pendant l'élaboration de la stratégie ou pendant la mise en œuvre même de la stratégie.

(2) Implication des autres secteurs suivant le cas (ex. MEF, Min Plan, Min FP, Min AS, PTF, autres)

## ANNEXE 4 : Personnes rencontrées

Dr Mahamat Annour Wadack	Secrétaire Général, Ministère de la Santé Publique
Dr Matchoke Gong-Zoua	Secrétaire Général Adjoint, Ministère de la Santé
Dr Ndeikoudam	Conseiller Principal MSP
Dr Abdelkarim Nejm	Conseiller Principal MSP
Dr Dionko Maoumdé	Conseiller Principal MSP
Natoingar nato	DGRP, MSP
Djedossoum Naoundangar	Coordonnateur BCE, MSP
Abdelkadre Mahamat Hassane	DGRPA, MSP
Dr Dadjim Blague	Directeur DOSS, MSP
Moussa Issaye	Directeur de la Planification, MSP
Dr Garba Salomon	Coordonnateur UGSSU, MSP
Walngar Sadjinan Deba	DGPA/ MPECI
Mbaiguedem Moumkamdode	Coordonnateur - SNPS/MPECI
Beguy Djimounoum	DPEP/Min.PECI
Djaouro Ahmat	Conseiller /Min.Finances et Budget
Blague Kombe	DGB/MFB
Mahamat Bichara	DSS/Min.FPTE
Laurent Djouawe	DEPF/Mini.Affaires Sociales
Moukhtar Mahamat Ambadi	Administrateur/Gestionnaire UGSSU
Mahamat IsmailI brahim	DP/MSP
Nadji Doumra Betouembaye Magloire	DP/MSP
Riguide Mbaissanadje	DP/MSP
Deguem Kassire	DP/MSP
Didier Douziech	Coopération Suisse (Directeur Coopération Tchad)
Michele Marin	Coop. Suisse (Responsable de programme Tchad)
Dr Abderahim Abdelmadjid	Coop. Suisse (Chargé de programme Tchad)
Djogoye Talansadi	BAD
Olivier Ki Zerbo	Délégation Union Européenne
Olivier Beguy	Banque Mondiale
Hamadou Nouhou	OMS
Ndilkodje Bériadabaye	AFD
Naima Barry	OMS
Mbaitoloum Joseph	AT/PASST/UE
Nang Yade	Consultant National
Jean Perrot	Expert Consultant International
Carole Landon	Experte Consultante Internationale

**ANNEXES en .pdf à part**

**Annexe 5 .Plan détaillé et organisation de la rédaction.pdf**

**Annexe 6. Axes stratégiques-final.pdf**

**Annexe 7. calendrier indicatif-CT. Mission avril.mai.pdf**