

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



Rapport de mission

Marlene Abrial

Janvier 2015

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AFD	Agence Française de Développement
ARV	Anti Rétro Virus
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 Sanitaire Universelle)
CPA	Centrale Pharmaceutique d'Achats
CS	Centre de Santé
CT	Comité Technique (chargé de l'élaboration de la stratégie nationale CSU)
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
DGB	Direction Générale 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
MFASSN	Ministère de la Femme, de l'Action Sociale de la Solidarité Nationale
MFB	Ministère des Finances et du Budget
MFPTE	Ministère de la Fonction Publique et du Travail et de l'emploi
MPCI	Ministère du Plan et de la Coopération Internationale
MSP	Ministère de la Santé Publique
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	3
1. La validation technique	3
1.1. Préparation de la réunion de validation technique	3
1.2. Résultat.....	3
2. Les perspectives	4
3. Coordination.....	4
3.1 La SNPS	4
3.2. Les enquêtes de l' INSEED	4
3.3.1. L'Enquête sur les privations multidimensionnelles et la vulnérabilité au Tchad (EPMVT)	5
3.3.2. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples du Tchad 2014 incluant un volet sérologie VIH (EDST3-MICS 2014).....	5
3.3.3. Nouveau : publication du document sur l'analyse thématique Mortalité.....	5
4. DIVERS.....	6
4.1. Les études identifiées pendant l'élaboration de la SN-CSU.....	6
4.1.1. Réalisation de l'étude des coûts réels des prestations de santé	6
4.1.2. L'enquête SARA.....	6
4.1.3. Enquête du suivi des dépenses publiques à destination	6
4.2. Les Compte Nationaux de la Santé	7
ANNEXES	8
ANNEXE 1 : Personnes rencontrées	9
ANNEXE 2. Plan de travail - Processus élaboration de la stratégie vers la CSU –Suivi. Janvier 2015	10
ANNEXE 3. Points de repères	13
ANNEXE 4. Notes de lecture sur la MORTALITE	15
ANNEXE 5. Calendrier enquête EDS-MICS 2014.....	17
ANNEXE 6. Calendrier indicatif CT pendant la mission	18
ANNEXE 7. Pour présentation réunion validation	20
ANNEXE 8. Les messages clés.....	24

Introduction

La mission qui s'est déroulée à N'Djamena du 15 au 31 janvier 2015 avait pour objet central l'appui au Comité Technique pour la réunion de validation technique du document de Stratégie Nationale CSU, celle-ci, initialement envisagée pour la fin 2014 n'ayant pas encore eu lieu.

Les restitutions de la mission ont été faites auprès du Secrétaire Général du MSP le jeudi 29 et le vendredi 30 janvier au Bureau de la Coopération Suisse.

1. La validation technique

Rappel

A l'issue de l'atelier de validation interne (tenu du 11 au 13 nov.2014), le draft_1 du document de stratégie a été disponibilisé et prêt à être diffusé pour la validation technique ⁽¹⁾.

1.1. Préparation de la réunion de validation technique

Le CT avait initialement proposé comme date pour la validation technique soit le 10 soit le 12 décembre 2014 afin de tenir compte des délais de préparation (établir les invitations, reproduire les documents, et les distribuer avec les invitations), laisser un temps suffisant pour que les intéressés puissent prendre connaissance du document et organisent leur agenda pour participer à la réunion, préparer l'organisation elle-même de la réunion y compris les présentations.

En décembre, les conditions pour une tenue de la validation technique la semaine du 8 décembre n'étaient pas encore réunies. Seule la transmission du document SN-CSU pour observations, signée par le Ministre de la santé, avait été effectuée pour les quatre Ministres directement concernés par la CSU (c'est-à-dire ceux en charge des finances et du budget, du plan et coopération internationale, de la fonction publique, de la femme et action sociale), en précisant que la date de la réunion serait communiquée ultérieurement.

La mission est revenue en mi-janvier, mais là encore la date n'était toujours pas fixée. La réunion du CT qui s'est déroulée en début de mission, a fait le point sur l'avancement de la préparation de cette validation : reproduction du document (faite en 80 exemplaires), mobilisation effective des fonds pour la préparation et envoi du document aux quatre ministres concernés (cf. plus haut). Pendant cette réunion, la liste des invités a également été préparée (puis finalisée la semaine suivante), et surtout, la date du 30 janvier a été retenue comme proposition à faire au Ministre de la santé pour la réunion de validation.

La deuxième semaine de la mission, une autre réunion du comité technique s'est tenue où il a été largement débattu de la date de la réunion de validation. En effet, à quelques jours seulement du 30/01, la date proposée n'avait pu être confirmée. Finalement, trois autres dates ont été proposées pour la réunion : le 11 ou 13 ou 18 février 2015.

1.2. Résultat

Le draft de la présentation PPT préparé en décembre a été partagé et finalisé avec les autres membres du CT qui n'avaient pas été directement impliqués dans cette préparation, et une simulation de la présentation a été faite (deuxième semaine de la mission).

Le CT dispose donc de la présentation PPT et de la liste des messages clés adoptées². La présentation comporte des commentaires de diapositives pour aider les présentateurs s'il y a lieu. Les messages clés figurent sur une page qui sera à distribuer aux participants lors de la réunion.

¹ Cf. rapport de mission Novembre 2014

² Cf. Annexes 7 et 8

Une note de deux pages a été également remise au président du CT à sa demande, pour servir de fiche si nécessaire au dialogue sur la SN-CSU ; elle retrace de manière synthétique les principaux éléments des axes de la stratégie ainsi que du dispositif institutionnel (cf. annexe 3)

2. Les perspectives

Comme décrit dans les rapports de mission précédents : après cette validation technique viendra la validation ou adoption politique, avec la signature de l'avant-propos du document de stratégie par le Premier Ministre.

Une fois adoptée, la stratégie nationale, pour être applicable, devrait passer par une loi étant donné qu'il y aura une incidence financière.

A la suite du lancement politique, au cours d'une cérémonie qui pourrait être placée sous la présidence de la plus haute autorité du pays afin d'avoir une grande visibilité, une large diffusion du document et la préparation de la campagne de sensibilisation seront engagées.

Au plus tôt la stratégie sera adoptée, au plus tôt le dispositif institutionnel de suivi de la mise en œuvre de la stratégie pourra se mettre en place et notamment l'unité opérationnelle (ou cellule de coordination pour la SN-CSU), qui en sera la cheville ouvrière, telle que définie dans le dispositif institutionnel proposé dans le document de la SN-CSU.

Il reviendra au CT-CSU de promouvoir la création de cette unité ainsi que les différents éléments du dispositif institutionnel ; le rôle du CT-CSU ne s'achevant qu'au moment où les instances de suivi de la mise en œuvre de la stratégie sont en place.

Il est clair que, dans la mesure où les instances de pilotage de la SN-CSU seront les mêmes que celles de la SNPS, il devra y avoir une action coordonnée à ce niveau lors de leur mise en place notamment eu égard à une vice-présidence thématique SN-CSU.

3. Coordination

3.1 La SNPS

Au moment de la mission, la validation politique de la SNPS n'avait pas encore eu lieu. Pour les autorités de pilotage de la SNPS, il serait souhaitable que la validation politique de la SNPS se fasse avant celle de la CSU. Mme La Ministre en charge du Plan et de la Coopération Internationale, a été saisie par le CT de la SNPS à ce sujet et la date pour la validation politique devrait être déterminée prochainement selon son agenda.

3.2. Les enquêtes de l'INSEED

Remarque préliminaire : la mission a recommandé au CT d'inviter cet organisme lors de la réunion de validation ; ceci afin de garder le lien entre l'INSEED et CT-CSU étant donné l'intérêt, pour la mise en œuvre de la SN-CSU, d'être informé des enquêtes qui permettent de mieux saisir les besoins des populations voire même d'être associé à l'élaboration de leurs termes de référence et/ou des questionnaires. Déjà, un responsable de l'INSEED avait pu participer à un des ateliers sur la définition des axes de la SN-CSU.

La mission s'est rendu à L'INSEED où ont pu être tenues des réunions avec chacun des responsables des grandes enquêtes en cours.

3.3.1. L'Enquête sur les privations multidimensionnelles et la vulnérabilité au Tchad (EPMVT)

Cette enquête qui porte sur l'année 2012 en est maintenant à la phase d'analyse. Celle-ci est en cours de finalisation à l'exception d'un chapitre sur les huit qui comporte le rapport³. Il s'agit du chapitre sur la pauvreté multidimensionnelle et vulnérabilité qui doit traiter, entre autre, des liens entre les dimensions de la pauvreté non monétaire, la vulnérabilité des ménages et sur la construction d'un indicateur synthétique de pauvreté non monétaire. Certains éléments sont encore à finaliser dans d'autres chapitres comme : le lavage des mains, le mariage précoce, l'allaitement maternel qui sont en cours de rédaction avec l'appui de l'UNICEF.

Au final, le rapport devrait être bouclé dans le courant du premier trimestre 2015, et il donnera lieu à une validation interne (Comité scientifique) puis à un atelier de validation externe. La publication devrait pouvoir se faire d'ici avril 2015.

Quasiment tous les chapitres vont pouvoir renseigner à titres divers la mise en œuvre de la SN-CSU, et plus particulièrement les chapitres 3,4, 6, 7 et 8⁽⁴⁾.

3.3.2. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples du Tchad 2014 incluant un volet sérologie VIH (EDST3-MICS 2014)

Cette enquête qui a démarré sur le terrain en octobre 2014 devrait être publiée fin 2015/début 2016. Elle se déroule en plusieurs étapes, dont la collecte et le traitement des données, y inclus l'analyse des prélèvements de sang pour le VIH (cf. détails dans le calendrier en annexe 5).

L'enquête est très attendue car à la fois elle combine plusieurs centres d'intérêt qui jusqu'à présent étaient répartis sur différentes enquêtes (EDS, MISC, Séroprévalence), et d'autre part, elle permet de mettre à jour des résultats qui pour certains datent de quinze ans. En effet, la dernière enquête EDS a été réalisée en 2004, et celle sur la Séroprévalence en 2005, quant à MISC la dernière remonte à 2000.

« L'objectif général visé par cette enquête est de fournir des données statistiques et détaillées sur la situation socio-sanitaire et démographique du pays tant au niveau national que régional et par milieu de résidence (urbain-rural). Les bases de données ainsi constituées à partir de cette enquête permettront d'évaluer les progrès accomplis dans le domaine de la santé de la femme et de l'enfant ainsi que la prévalence du VIH/SIDA au Tchad »⁵

L'enquête réalisée par l'INSEED mobilise d'importants moyens : 24 équipes d'enquêteurs sur environ 5 mois, ainsi qu'une équipe pour le traitement des données sur une période prévue également de 5 mois. Outre la contribution de l'Etat, l'enquête est appuyée par bon nombre de partenaires techniques et financiers dont UNICEF, USAID, FOSAP/FM, PNUD/FM, UNFPA, CNLS, Coopération Suisse, AFD, auquel devrait s'ajouter la BM.⁶

3.3.3. Nouveau : publication du document sur l'analyse thématique Mortalité

³ Les huit chapitres sont : 1. Contexte et aspects méthodologiques, 2. Caractéristiques de la population et des ménages enquêtés, 3. Hygiène et environnement de la vie, 4. Education, santé et mariage précoce, 5. Emploi et activités pour le compte du ménage, 6. Honte, humiliation et isolation, 7. Bien être psychologique, 8. Pauvreté multidimensionnelle et vulnérabilité.

⁴ Cf note précédente

⁵ Cf. Lettres circulaires aux autorités impliquées (Gouverneurs, Délégués régionaux du Plan et Délégués sanitaires régionaux

⁶ Le budget total prévu est de 2 104 583 763 fcfa (source : Etat d'avancement des activités de l'enquête EDS-MICS 2014 du Tchad / INSEED, N'Djamena 19/01/2015)

A la suite du recensement de la population et de l'habitat dont les résultats préliminaires ont été publiés en 2009, l'INSEED vient de finaliser sur base des résultats définitifs, une série de rapports dont un sur la mortalité ⁷. La mission a rédigé une note succincte sur ce rapport (cf. Annexe 4).

4. DIVERS

4.1. Les études identifiées pendant l'élaboration de la SN-CSU

Dès 2013, des études ont été identifiées par le CT-CSU pour accompagner la mise en œuvre de la SN-CSU : sur les trois grandes catégories d'études, une est d'ores et déjà réalisée, une a été lancée tout récemment, et la troisième est en attente.

4.1.1. Réalisation de l'étude des coûts réels des prestations de santé

Rappel ⁽⁸⁾: cette étude a été financée par l'UE. Elle a pu démarrer en début août 2014 et le draft du rapport a été remis au MSP le 18 novembre 2014.

La mission, qui avait été sollicitée pour la revue de ce rapport, a fait des observations donnant lieu à une note qui a été partagée avec la DOSS et le PASST- FED et annexée au rapport de mission de décembre 2014.

Le rapport final de l'étude a été livré en fin décembre 2014.

Cette étude est la première à être disponible. Etant destinée à la mise en œuvre de la SN-CSU elle va donc pouvoir être utilisée en temps utiles. D'ores et déjà certains de ses résultats sont mis à profit dans le cadre du travail en cours sur le FBR ⁹.

4.1.2. L'enquête SARA

L'enquête sur la disponibilité des services de santé (SARA) au Tchad est lancée. Cette enquête est appuyée par l'OMS et le financement est d'ores et déjà disponible. Le Comité Technique ⁽¹⁰⁾ a été mis en place pour l'organisation de l'enquête (coordonner les activités, produire les rapports techniques et financiers) et le suivi de la mise en œuvre des recommandations de cette étude.

La première réunion du CT est prévue pour la mi-février 2015.

Les résultats de l'enquête sont attendus d'ici 4 à 5 mois. En conséquence, et comme pour l'étude des coûts, ses résultats pourront être exploités lors de la mise en œuvre de la SN-CSU.

4.1.3. Enquête du suivi des dépenses publiques à destination,

La décision de la Banque Mondiale relative à cette étude est toujours attendue ; rien de nouveau sur ce dossier. En effet, malgré la mise en place de l'appui de la BM au programme du MSP sur le développement du FBR, qui était un des préalables pour une opportunité de modalité d'appui à cette enquête, le MSP n'a pas reçu de réponse. De son côté, la mission a essayé de contacter Mme Aissatou Diak à ce sujet mais sans succès.

⁷ Deuxième recensement général de la population et de l'habitat (RGPH2, 2009), Analyse thématique des résultats définitifs, MORTALITE. République du Tchad, MPCI, INSEED. Juillet 2014

⁸ Cf. rapport de mission Novembre 2014

⁹ Cf. Selon le Coordonnateur du programme FBR

¹⁰ Cf. note de service portant mise en place d'un comité technique en charge de l'organisation et le suivi de l'enquête SARA au Tchad- /PR/PM/MSP/SE/SG/DGRP/DP/14, 10 nov. 2014

4.2. Les Compte Nationaux de la Santé

L'élaboration des Compte Nationaux de la Santé (CNS) est une activité qui a été engagée par le MSP dès la fin 2012 avec l'appui de l'OMS.

Au départ, l'année 2010 devait être prise en compte, mais au vu des faibles résultats de la collecte des données et des délais, la construction des CNS s'est recentrée sur les années 2011 et 2012.

Cependant, là encore quelques difficultés persistent.

En effet, la collecte des données s'avère difficile en particulier en ce qui concerne les organisations ou structures privées et les Partenaires Techniques et Financiers. Dans un premier temps, le taux de réalisation de la collecte des données auprès de ces acteurs a été de moins de 10 %.

Une lettre signée du ministre pour relancer cette collecte leur a été adressée courant 2014. Actuellement les enquêteurs sont sur le terrain et une équipe au niveau central est mobilisée pour cette opération.

Par rapport à la période précédente, on note une amélioration significative de la situation en ce qui concerne les données en provenance des employeurs privés dont 80% ont été désormais recueillies. Mais il reste encore beaucoup à faire pour les ONG, seulement 12 sur 22 ont répondu (soit 55%), et pour les PTF qui n'ont fourni les données que dans 43 % des cas.

En ce qui concerne les structures publiques, les données recueillies au niveau central sont disponibles (cas des subventions), mais il reste à collecter sur le terrain le détail des dépenses. Au total, 50 % a été déjà réalisé.

L'on voit bien la difficulté à élaborer des CNS. Toutefois il faut considérer cette activité comme un processus devant s'améliorer au fur et à mesure des exercices pour donner une vue des flux financiers du secteur de plus en plus fiable et exhaustive avec le temps. Là encore, il s'agit de mettre en perspective avec la mise en œuvre de la SN-CSU.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Personnes rencontrées

Dr Mahamat Annour Wadack	Secrétaire Général, MSP
Dr Matchoke Gong-Zoua	Secrétaire Général Adjoint, MSP
Dr Abdelkarim Nejim	Conseiller Principal MSP
Natoïngar Néoumangar	DGRP, MSP
Djedossoum Naoundangar	Coordonnateur BCE, MSP
Dr Garba Tchang Salomon	Directeur UGSSU, MSP
Abdelkadre Mahamat Hassane	DGRPA, MSP
Dr Dadjim Blague	Directeur DOSS, MSP
Moussa Issaye	Directeur de la Planification, MSP
Moukhtar Mahamat Ambadi	Administrateur/Gestionnaire UGSSU, MSP
Laurent Djouawe	MFASSN
Mahamat Ismail Brahim	MSP
Kabo Natoingar	BCE/ MSP
Patale Salomon	BCE/ MSP
Mbaiguedem Moumkamdode	Coordonnateur - SNPS/MPCI
Beguy Djimounoum	DPEP/MPCI
Djaouro Ahmat	Conseiller /MFB
Blague Kombe	DGB/MFB
Mahamat Bichara	DSS/Min. FPTE
Mbaiogoum Tinro	INSEED/MPCI
Tchoua Philemon	INSEED/MPCI
Noubadignim Ronelyambaye	INSEED/MPCI
Didier Douziech	Coopération Suisse (Directeur Coopération Tchad)
Michele Marin	Coop. Suisse (Responsable de programme Tchad)
Dr Abderahim Abdelmadjid	Coop. Suisse (Chargé de programme Tchad)
Olivier Ki Zerbo	Délégation Union Européenne
Dr Zina Yacouba	OMS
Naima Barry	OMS
Mbaitoloum Joseph	AT/PASST/UE
Nang Yade	Consultant National

ANNEXE 2. Plan de travail - Processus élaboration de la stratégie vers la CSU – Suivi. Janvier 2015

Processus d'élaboration de la Stratégie Nationale CSU.

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

Activités	Responsables	Agenda	Réalisation /Observation (mise à jour : 31 janvier 2015)
Etape 1 Décision politique			Oui (depuis 2011)
<ul style="list-style-type: none"> Engagement clair : note pour communication au Conseil des Ministres 	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"> Situation des autres secteurs 	CT	Pour mémoire	
Etape 2 Désignation d'une équipe			Oui (depuis 2013)
<ul style="list-style-type: none"> officialiser élargissement du CT 	BCE	D'ici fin de la semaine 16-09-2013	Oui (arrêté du 7 janvier 2014)
<ul style="list-style-type: none"> établir un budget 	Conseiller NDeikoundam Djaouro	D'ici fin de la semaine du 16-09-2013	Oui (depuis novembre 2013)
Etape 3 Lancement du processus			Oui
<ul style="list-style-type: none"> Information/sensibilisation. prévoir et organiser les 4 autres réunions 	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. Toutefois une fiche sur l'élaboration de la CSU a été présentée par le CT à la Commission Santé de l'Assemblée Nationale en début de 2014
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"> établir un plan de travail pour le processus d'élaboration de la stratégie 	CT /Abrial	D'ici le 20-09-2013	Oui fait et validé le 17/09/2013
Etape 4 Réalisation du travail			En cours
<ul style="list-style-type: none"> Appréhender la situation de l'existant 		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		Les études : -Suivi des dépenses publiques à destination (atelier de concertation le 6 mars 2014, puis annonce de la BM, en juin, que ce projet ne sera pas pris en charge sur le budget en

			cours). Cette étude pourrait désormais être prise en charge dans le cadre de l'appui de la BM au programme (FBR) du MSP. - Etudes des coûts des prestations : a démarré en aout 2014; le rapport final a été remis en fin décembre 2014. Résultat : étude réalisée
-Voir ce que font les autres	Min Plan/CT		Oui. Cas de la SNPS : nombreuses rencontres avec les coordonnateurs en 2013 puis atelier de réflexion sur les axes (janvier 2014) et rencontres au Min. Plan, réunion de validation externe de la 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) puis séparation du MSP et création du Ministère de la Femme de l'Action Sociale et Solidarité Nationale (le 11/09/14)
Organiser une retraite sur l'existant			Fait-cf. Jour 1 atelier 8-11/04/14
<ul style="list-style-type: none"> Elaborer les axes stratégiques (2) 	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 : Ateliers de réflexion sur les axes : un tenu du 16 au 18 /01/2014 puis un deuxième atelier de définition des axes tenu du 8 au 11 04/ 2014 Fait : voyage d'études au Rwanda
<ul style="list-style-type: none"> Organiser des rencontres des membres du CT avec les acteurs concernés 	DGRP	Oct. à décembre 2013	
<ul style="list-style-type: none"> Organiser au moins 2 ateliers ou journées de réflexion/retraites (ex. sur les financements innovants, sur le ciblage ou autres thématiques) (1) 	DGRP/DOSS (2)	Nov.2013.à février 2014	Ces initiatives seront envisagées plutôt lors de la mise en œuvre de la stratégie (1)
<ul style="list-style-type: none"> Rédaction du document de stratégie 	DGRP	Dec. à fin mars 2014	A partir du 7 mai jusqu'à 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 16 sept. 2014. Atelier de rédaction des 18-20 juin (fait), remise des parties 14/08/14 (fait), approfondissement (fait : du 22/08/14 au 16/09/14).
-Consolider les différentes parties	Djedossom et Abrial		Consolidation : fait 17&18/09/2014 Remise du draft_0 : le 18/09/2014

Etape 5 Validation interne Préparer une retraite CT	DGRP/DOSS	Avril 2014	Réalisée les 11,12 et 13 novembre 2014- Draft-1 de la SN_CSU disponible depuis le 16 novembre.
Etape 6 Recherche du consensus- Validation Technique externe Préparer réunion	DGRP/DOSS	Mai 2014	Réunion : dates proposées pour février 2015 Préparation de la réunion : .réalisé : mobilisation des ressources financières, reproduction des documents, établissement de la liste des participants, présentations .date à préciser et invitations à faire
Etape 7 Validation politique (et lancement politique)	SG (MSP et les Ministères impliqués)	Juin-juillet 2014	Signature de l'avant propos du document début 2015, cérémonie lancement politique début 2015
Etape 8. Publication Préparer diffusion large du document Préparer campagne de sensibilisation	DGRP/DOSS	Juillet-août 2014	Premier trimestre 2015
Etape 9 Suivi de la mise en œuvre <ul style="list-style-type: none"> • Accompagner mise en place des instances de suivi 	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 FAS, PTF, autres)

ANNEXE 3. Points de repères

Quelques points de repères sur la Stratégie Nationale pour la Couverture Sanitaire Universelle ¹¹

La Stratégie nationale pour la CSU (SN_CSU) est partie intégrante de la Stratégie Nationale de la Protection Sociale (SNPS) ; le MSP est fortement concerné par la CSU mais n'en a pas le monopole.

La SN_CSU repose sur les trois piliers de la protection sociale :

- pilier 1 : la protection contre les risques financiers
- pilier 2 : la disponibilité effective des services de santé de qualité
- pilier 3 : la diminution des risques ayant une incidence sur la santé

La stratégie pose les premiers jalons pour progresser vers la couverture universelle. Ceux-ci s'organisent autour de six axes inter-reliés, qui marquent les priorités pour les prochaines années.

En effet :

1. Au Tchad, l'accès de la population aux soins demeure insuffisant malgré les efforts faits par l'Etat. Les raisons financières y sont pour beaucoup ; il va donc falloir accélérer la mise en place de solides mécanismes de protection contre les risques financiers. Le développement de ces mécanismes, tant assurantiels que assistantiels doit être fait dans une vision cohérente : d'entrée de jeu, il s'agit de rechercher les synergies entre les mécanismes retenus et placer leur évolution dans le temps.

Ainsi, à la fois les mutuelles de santé devront être développées, mais également une assurance obligatoire (AMO) sera mise en place. Dès aujourd'hui, il faut chercher l'harmonisation de ces mécanismes entre eux mais aussi avec les mécanismes assistantiels. Il existe actuellement plusieurs mécanismes d'assistance basés sur la gratuité, qui ciblent des populations spécifiques, mais il n'est aucunement tenu compte des capacités contributives de ces populations. A court terme, il s'agira donc de progressivement prendre en compte cette dimension des revenus de la population dans ces mécanismes et par la suite, aller vers l'**affiliation** aux mécanismes assurantiels des populations pauvres et vulnérables pour lesquelles les cotisations d'assurance seront prises en charge par l'Etat, ou éventuellement par des partenaires techniques et financiers. Cette stratégie peut se faire avec l'utilisation de financements nouveaux et supplémentaires, mais aussi peut l'être en mobilisant l'argent actuellement utilisé par les mécanismes de gratuité.

2. La population se sentira protégée si des services de santé de qualité sont disponibles. L'insatisfaction des populations face à la prestation des services de santé est bien souvent constatée, et les individus ont de nombreuses raisons de ne pas se sentir protégés par le système de santé (mauvais accueil, longues files d'attente, absence de personnel ou de médicaments, longues distances à parcourir, etc.)

Des interventions pour rapprocher les services des communautés, pour avoir des personnel compétents et accueillants, des équipements fonctionnels, bien maintenus, des médicaments disponibles, seront développées et pour certaines sont déjà inscrites au PNDS. Qu'il s'agisse des équipements, des personnels, ou des médicaments, la question de la qualité de la prestation est un élément essentiel pour que l'individu soit et se sente protégé. Si la qualité est évidemment requise en termes de performance du système de santé, du point de vue de l'individu qui va s'assurer pour se sentir protégé, elle sera d'autant plus attendue. Pour ce faire, il va donc s'agir d'inscrire l'assurance qualité de façon progressive dans le secteur de la santé avec labellisation des formations sanitaires.

De plus, les différentes modalités de paiement des prestataires seront analysées pour retenir les plus appropriés au développement de la CSU.

3. Il faudra mobiliser toutes les ressources disponibles pour assurer le développement de la CSU, y compris donc celles du privé, notamment dans le cadre de la contractualisation, et permettre à la fois :

- la diversification des prestataires donc plus de choix pour les individus tout en les protégeant par le renforcement de systèmes de contrôle des prestataires et des mécanismes de protection contre les risques financiers,

- la stimulation de la collaboration entre différents acteurs (prestataires et mécanismes de protection financière), et avec les ONG et associations.

4. Dans leur vie quotidienne, les individus sont exposés à un certain nombre de risques tels que risques d'accidents de la route, de contamination (alimentaires, environnementales-pollution, tabagisme

¹¹ M.Abrial /MSP P4H

passif, etc.). Il s'agit alors d'envisager les actions que l'Etat peut prendre afin de prévenir les risques ayant une incidence sur la santé des individus et en particulier s'assurer que les acteurs de la CSU sont présents ou associés au niveau des actions et activités menées par d'autres acteurs (par exemple Ministère des Infrastructures et construction de nouvelles routes etc.), mais aussi initier des actions spécifiques de grande visibilité qui pourront recourir à des moyens divers : campagne d'information et de sensibilisation, élaboration de normes et réglementation .

5. Toute la stratégie SN-CSU devra être connue et comprise par la population pour que celle-ci puisse avoir confiance et se sente réellement protégée. Il s'agit alors d'impliquer la population à toutes les étapes du processus de la CSU en lui fournissant les informations requises et en lui offrant les moyens de faire connaître ses besoins. Il sera donc nécessaire : d'informer largement mais aussi de rendre compte des résultats accomplis tout au long du processus notamment avec des indicateurs de suivi qui puissent être communiqués largement et régulièrement, de permettre à la population d'exprimer ses plaintes et que celles-ci soient prise en compte, et au final, de garantir la bonne gouvernance du processus dans ses dimensions : transparence, redevabilité, recueil et prise en compte des plaintes. Cela se fera notamment en consultant la société civile sur les besoins en protection sociale santé, mais aussi en saisissant directement les besoins des populations au moyen d'enquêtes et/ou de sondages d'opinion auprès des ménages, également en se basant sur les relais de communication (communautaires, leader traditionnels, organes issus de la décentralisation, médias etc..) , et en mettant en place des mécanismes de recueil et de prise en compte des plaintes des usagers

6. La mobilisation des ressources financières pour la CSU sur le long terme est un des grands enjeux de la protection sociale en santé. La CSU a besoin de suffisamment de ressources pour son financement. En effet, le développement de la CSU repose sur la disponibilité des services de santé de qualité qui nécessite par elle-même des ressources financières et ce, d'autant que la demande par effet mécanique va s'accroître. Il sera aussi nécessaire de soutenir les mécanismes de protection contre les risques financiers. Les financements publics, qu'ils soient internes ou externes, devront donc augmenter mais surtout se diversifier et il faudra trouver avec le ministère des finances et du budget, des financements innovants internes pour couvrir les besoins de la CSU notamment pour la prise en charge de personnes les plus défavorisées. Les collectivités locales avec la décentralisation pourraient également développer de tels financements. Le gouvernement devra également s'engager, dans sa politique budgétaire, à prioriser la CSU tout au long de son processus, et tous les ministères impliqués dans la CSU devront faire l'objet d'une attention particulière afin d'aller vers une couverture sanitaire universelle à marche rapide. Les dépenses liées à la CSU seront définies et inscrites dans les budgets respectifs des ministères, et, dans une perspective pluriannuelle, apparaîtront dans les CDMT. Par ailleurs l'Aide Publique au Développement, y compris les fonds d'initiatives globales (GAVI, Fonds Mondial, Fondation Bill et Melinda Gates etc..), sera incitée à mieux prendre en compte la CSU. Quelle que soit l'origine de ces appuis, les interventions devront s'articuler autour des plans d'action successifs mis en place pour la mise en œuvre de la CSU.

Du point de vue institutionnel

La SN-CSU propose un cadre institutionnel pour sa mise en œuvre.

- Dans ses aspects techniques, il est notamment proposé de créer une instance opérationnelle d'appui à la mise en œuvre de la CSU, qui peut être appelée Cellule de Coordination de la SN-CSU ; elle sera inter ministérielle et composée de cadres nationaux. Elle aura pour mandats notamment : de contribuer à la mise en œuvre des axes stratégiques de la SN-CSU et à la coordination, d'élaborer et alimenter en information les indicateurs de suivi de la mise en œuvre de la CSU, articulés avec ceux de la SNPS. Elle sera une interface entre les acteurs de terrain qui mènent les activités au quotidien et les décideurs de ses activités. Elle sera rattachée au MSP directement au niveau du Secrétariat Général.

- Dans ses aspects de pilotage, la SN-CSU va s'articuler autour du dispositif de la SNPS. Ainsi, pour la SN-CSU, il ne sera pas créé d'instances spécifiques de pilotage : celles de la SNPS seront utilisées. Toutefois, afin d'assurer une meilleure visibilité de la CSU au sein de ce Comité de Pilotage, il sera créé un poste de Vice-président thématique ayant plus explicitement en charge la SN-CSU.

Aussi il est suggéré d'utiliser le dispositif actuel des réunions **du 24 à la Présidence, pour faire avancer la CSU.**

ANNEXE 4. Notes de lecture sur la MORTALITE

Notes de lecture ¹²sur le document de l' INSEED relatif à la mortalité :

Deuxième recensement général de la population et de l'habitat (RGPH2, 2009), Analyse thématique des résultats définitifs, MORTALITE. République du Tchad, MPC1, INSEED. Juillet 2014.

Le document rappelle que la mortalité reste encore élevée au Tchad. L'espérance de vie à la naissance est de 52,4 ans en 2009 soit en légère amélioration par rapport à 1993 (50,3 ans). Elle varie selon le milieu : elle est plus élevée en milieu rural (52,9 ans) qu'en milieu urbain (51,1 ans). La mortalité plus élevée dans N'Djamena et d'autres villes peut s'expliquer par l'accueil dans les centres hospitaliers urbains de parents malades dans des zones rurales, augmentant d'autant les décès survenus récemment dans les villes.

Cette analyse thématique des résultats du recensement de 2009 qui porte ici sur la mortalité est particulièrement intéressante en ce qui concerne la mortalité maternelle et la mortalité des enfants, dont on peut retenir quelques éléments marquants :

1. Concernant l'estimation de la mortalité maternelle.

Le nombre moyen de décès maternels en 2009 est de 1084 pour 100 000 naissances vivantes, elle était de 1099 en 2004 (EDST II).

Cependant, en dépit de cette amorce de baisse, la mortalité maternelle reste très élevée et la proportion de décès maternels, qui évalue l'ampleur des décès maternels dans l'ensemble des décès des femmes de 15-49 ans, est de 39,2% et le risque de décès maternels sur la durée de vie (RDV) qui reflète les risques d'une femme de mourir de causes maternelles au cours de sa vie reproductive (environ 35 ans) est estimé à 85,7 pour 1000.

Les données sur les caractéristiques de cette mortalité présentées dans le document montrent bien que la mortalité maternelle varie fortement selon l'âge ou le lieu de résidence.

Ainsi:

- La mortalité **est très élevée chez les très jeunes femmes de 12-14 ans (11 717 décès pour 100 000 naissances vivantes)** et elle est de beaucoup la plus faible entre 15 et 29 ans pour remonter à partir de 30-34 ans.

- Le rapport de mortalité maternelle (RMM) **est plus élevé en milieu urbain** (1204 pour 100 000 naissances vivantes) qu'en milieu rural (1052 pour 100 000 naissances vivantes) et moins élevé à N'Djamena (1150 pour 100 000 naissances vivantes) que dans l'ensemble urbain.

-**Des écarts importants selon la région de résidence sont relevés** ; ainsi le RMM le plus élevé est observé dans la région du Borkou (8257 pour 100 000 naissances vivantes) et le moins élevé dans le Mayo Kebbi ouest (564 pour 100 000 naissances vivantes). A part la région du Moyen Chari, toutes les régions du sud ont un rapport de mortalité maternelle inférieur à la moyenne nationale.

Le document rappelle que la forte mortalité maternelle dans les pays en développement « est imputée à trois retards : i. retard dans la prise de décision d'aller vers une structure de soins (perte de temps). ii. retard pour obtenir un moyen de déplacement vers une structure de santé (inexistence ou éloignement) iii. retard dans la prise en charge par le personnel soignant lorsque la femme est arrivée dans une structure de santé (mauvais accueil par le personnel soignant) ».

2. Concernant la mortalité des enfants

Concernant la mortalité des enfants la situation est préoccupante, même si une baisse est observée depuis le recensement précédent. Ainsi, les quotients de mortalité infantile, juvénile, et infanto juvénile demeurent élevés : respectivement de 98 pour 1000 (contre 160 ‰ en 1993), 70 ‰ (contre 105 ‰ en 1993), et 161 ‰ (contre 222 ‰ en 1993).

La population âgée de 0 à 4 ans révolus constitue le groupe le plus vulnérable au niveau sanitaire.

¹² M. Abrial/MSP-P4H

Les différentes données présentées documentent les caractéristiques socio culturelles et socio démographiques de la mère qui agissent fortement sur le niveau de mortalité de la petite enfance ; le niveau d'instruction de la femme, le milieu de résidence, le mode de vie, le groupe ethnique, la région de résidence, la religion et l'état matrimonial influent sur la mortalité infantile et juvénile.

En particulier on observe :

- des différences significatives selon le milieu en faveur de l'urbain

- la mortalité infantile est nettement moins élevée en milieu urbain (92 ‰) qu'en milieu rural (99 ‰), de même pour la mortalité juvénile (64 ‰) contre (71 ‰) et également pour les risques de décès des enfants de la naissance à 5 ans exacts (mortalité infanto juvénile) : 161 ‰ pour l'ensemble du pays, 150 ‰ en milieu urbain, 163 ‰ en milieu rural (à noter 129 ‰ pour N'Djamena).
- avec toutefois le constat qu'**une fois échappés à la forte mortalité infantile, les risques de décès des enfants de 1 an jusqu'à 5 ans exacts diminuent quel que soit le milieu de résidence.**

- selon les données recueillies, la mortalité des enfants des femmes nomades apparaît comme très nettement inférieure à celle des enfants de mères sédentaires ; les quotients de mortalité sont supérieurs à la moyenne nationale chez les enfants sédentaires et très inférieurs à la moyenne nationale chez les enfants de nomades.

-Mais surtout, **plus le niveau d'instruction de la mère augmente plus grande est la probabilité de survie des enfants de 0 à 59 mois.** Les écarts sont très importants ; ainsi la mortalité infantile passe de 123 ‰ pour le niveau d'instruction primaire à 55 ‰ pour le niveau supérieur. Il en est de même pour la mortalité juvénile qui passe de 95 ‰ à 30 ‰, et la mortalité infanto juvénile de 206 ‰ à 83 ‰ respectivement pour le niveau primaire et supérieur.

ANNEXE 5. Calendrier enquête EDS-MICS 2014

REPUBLIQUE DU TCHAD
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE
PRIMATURE
MINISTERE DU PLAN ET DE LA COOPERATION INTERNATIONALE
SECRETARIAT GENERAL
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE,
DES ETUDES ECONOMIQUES ET DEMOGRAPHIQUES
EQUIPE TECHNIQUE DE L'ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
ET A INDICATEURS MULTIPLS DU TCHAD DE 2014

UNITE-TRAVAIL-PROGRES

N'Djaména, le **19 janvier 2015**

CALENDRIER DE L'ENQUETE EDS-MICS 2014

(PHASES POST-COLLECTE DES DONNEES)

Items	Période
Enquête sur le terrain	23 octobre 2014-22 mars 2015
Saisie des données et traitement informatique	11 novembre 2014 – 10 avril 2015
Liste des tableaux à analyser, apurement et tabulation	Mars-avril 2015
Rapport préliminaire avec indicateurs OMD	Mai 2015
Analyse des prélèvements de sang pour le VIH	Juin– Juillet 2015
Rapport préliminaire sur prévalence du VIH	Août 2015
Production des tableaux pour le rapport final	Septembre 2015
Analyse/rédaction du rapport final	Septembre-octobre 2015
Atelier de finalisation et production du rapport Final	Novembre 2015
Publication et diffusion du rapport final/séminaire national	Décembre 2015-janvier 2016

ANNEXE 6. Calendrier indicatif CT pendant la mission

Plan de travail indicatif du Comité Technique

Pendant la mission du 16 au 31 janvier 2015
Semaines 1&2

Semaine du 19 Janvier 2015

Domaine d'activités	Tâches	Responsables
Pm.réunion du CT le 20 /01/2015 Document SN_CSU - Réunion de validation technique du document	Point sur la préparation de la réunion	Comité Technique M.Abrial
Document SN_CSU - Réunion de validation technique du document	Reproduction du document Préparation des invitations Réservation de la salle	Comité Technique

Semaine du 26 Janvier 2015

Domaine d'activités	Tâches	Responsables
Pm.réunion du CT le 27 /01/2015 Document SN_CSU - Réunion de validation technique du document	-Finalisation- validation de la présentation PPT -Vérification de l' ensemble de l' organisation de la réunion -divers	Comité Technique M.Abrial

Document SN_CSU
 Tenue de la réunion de validation technique du document :
 la date sera communiquée ultérieurement

ANNEXE 7. Pour présentation réunion validation

**Stratégie Nationale
Couverture Sanitaire Universelle
SN-CSU**

**Validation technique du
document SN-CSU**

Processus suivi par le Tchad pour élaborer sa stratégie SN -CSU

- Décision politique et désignation d'une équipe (Comité Technique)
- Le Comité Technique est un comité interministériel
- Appui des PTF dans le cadre du réseau P4H, essentiellement Coop. Suisse et OMS

Comité Technique CSU Bureau de validation SN-CSU 07/01/2015

Processus (suite)

- Travail continu du CT depuis 2013
- Processus entièrement conduit par les cadres Tchadiens

Comité Technique CSU Bureau de validation SN-CSU 07/01/2015

Le document SN-CSU

- Il s'agit d'un document de stratégie, qui donne la vision en matière de CSU au Tchad pour les prochaines années

Comité Technique CSU Bureau de validation SN-CSU 07/01/2015

Des messages clés

5

- La CSU est une composante de la protection sociale

Grand Téahype CSU

Mission de validation SH-CSU

27/01/2015

Messages clés (suite)

6

La CSU comprend :

- La protection contre les risques financiers : assurance et assistance
- La disponibilité effective en services de santé de qualité
- La réduction de l'exposition aux risques ayant une incidence sur la santé

Grand Téahype CSU

Mission de validation SH-CSU

27/01/2015

Messages clés (suite)

7

- Le paiement direct au point de consommation doit être limité autant que possible afin d'éviter que les familles ne soient entraînées dans la pauvreté ou renoncent aux soins

Grand Téahype CSU

Mission de validation SH-CSU

27/01/2015

Messages clés (suite)

8

- Accélérer et développer les mécanismes d'assurance et réorienter les mécanismes de gratuité vers l'affiliation des populations pauvres
- L'équité est une dimension importante : la couverture sanitaire universelle doit en priorité s'intéresser aux populations les plus défavorisées

Grand Téahype CSU

Mission de validation SH-CSU

27/01/2015

Messages clés (suite)

9

- Veiller à la qualité des services offerts tout en maîtrisant les coûts

Qualité Technique CSU

Ministre de la Santé (M-SCU)

27/01/2015

Messages clés (suite)

10

- La CSU est un but à atteindre, ce qui signifie un cheminement dans le temps
- Le Ministère de la Santé, nécessairement concerné, joue un rôle clé, sans en détenir le monopole

Qualité Technique CSU

Ministre de la Santé (M-SCU)

27/01/2015

Messages clés (suite)

11

- La mise en œuvre de la Couverture sanitaire universelle demande des moyens financiers accrus : mobilisation du budget de l'Etat et des Partenaires techniques et Financiers, financements innovants, finances locales
- Les efforts budgétaires réalisés par chacun des Ministères concernés par la CSU devront être clairement identifiés

Qualité Technique CSU

Ministre de la Santé (M-SCU)

27/01/2015

Messages clés (suite)

12

- Afin de mesurer les résultats atteints, il sera important de choisir des indicateurs représentatifs et qui devront être largement diffusés
- C'est le système de santé qui doit s'adapter aux individus, et non l'inverse

Qualité Technique CSU

Ministre de la Santé (M-SCU)

27/01/2015

Messages clés (suite)

13

- La mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle demande un engagement politique au plus haut niveau

Graphique Technique CSU

Processus de validation SN-CSU

27/01/2015

Les étapes suivantes

14

- Validation politique de la SN-CSU
- Puis cérémonie de lancement

- Dès que la SN-CSU aura été définitivement adoptée les modalités opérationnelles de mise en œuvre de cette stratégie feront l'objet de divers plans d'action qui seront alors élaborés.

Graphique Technique CSU

Processus de validation SN-CSU

27/01/2015

En conclusion

15

- La SN-CSU a toute sa spécificité. Néanmoins, tant au niveau institutionnel que technique, elle est partie intégrante de la Protection Sociale.

Graphique Technique CSU

Processus de validation SN-CSU

27/01/2015

MERCI POUR VOTRE
BIENVEILLANTE ATTENTION

Graphique Technique CSU

Processus de validation SN-CSU

27/01/2015

ANNEXE 8. Les messages clés

La Couverture Sanitaire Universelle (CSU) au Tchad

Messages clés

- ❖ La CSU est une composante de la Protection sociale
- ❖ La CSU comprend :
 - la protection contre les risques financiers : assurance et assistance
 - la disponibilité effective en services de santé de qualité
 - la réduction de l'exposition aux risques ayant une incidence sur la santé
- ❖ Le paiement direct au point de consommation doit être limité autant que possible afin d'éviter que les familles ne soient entraînées dans la pauvreté ou renoncent aux soins
- ❖ L'équité est une dimension importante : la couverture sanitaire universelle doit en priorité s'intéresser aux populations les plus défavorisées
- ❖ Accélérer et développer les mécanismes d'assurance et réorienter les mécanismes de gratuité vers l'affiliation des populations pauvres
- ❖ Veiller à la qualité des services offerts tout en maîtrisant les coûts
- ❖ Le Ministère de la Santé, nécessairement concerné, joue un rôle clé, sans en détenir le monopole
- ❖ La CSU est un but à atteindre, ce qui signifie un cheminement dans le temps
- ❖ La mise en œuvre de la Couverture sanitaire universelle demande des moyens financiers accrus : mobilisation du budget de l'Etat et des Partenaires techniques et Financiers, financements innovants, finances locales
- ❖ Les efforts budgétaires réalisés par chacun des Ministères concernés par la CSU devront être clairement identifiés
- ❖ Afin de mesurer les résultats atteints, il sera important de choisir des indicateurs représentatifs et qui devront être largement diffusés
- ❖ C'est le système de santé qui doit s'adapter aux individus, et non l'inverse
- ❖ La mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle demande un engagement politique au plus haut niveau