



**REPUBLIQUE DU TCHAD**  
**PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE**  
**PRIMATURE**



**STRATEGIE NATIONALE DE LA  
COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE  
DU TCHAD**

**AFFIRMER LA VISION DE LA COUVERTURE  
SANITAIRE UNIVERSELLE**

*Version provisoire (Draft 0)*

Septembre 2014

## AVANT-PROPOS

Les pays africains sont confrontés à d'importants défis dans le domaine de la santé, notamment le lourd fardeau des maladies transmissibles et non transmissibles, les taux élevés de mortalité maternelle et infantile, la pénurie des ressources humaines pour la santé, la circulation des médicaments falsifiés et contrefaits, et les urgences de santé publique. Le meilleur moyen d'améliorer la situation dans ces pays consiste à instaurer la Couverture Sanitaire Universelle (CSU), qui est définie par l'OMS et l'Union africaine comme « **la situation dans laquelle toutes les populations peuvent obtenir les services de santé dont elles ont besoin (services de promotion, préventifs, curatifs, de réhabilitation et palliatifs), et qui répondent aux normes de qualité et d'efficacité, sans que le coût de ces services n'expose les usagers à des difficultés financières** ».

Au Tchad, le Gouvernement a mis en place, en 2014, la stratégie nationale de protection sociale dont la composante santé a été traduite en stratégie nationale de la couverture sanitaire universelle. Le mérite de cet exercice est que celle-ci a pris en compte les spécificités du pays et a fait l'objet d'une réelle appropriation par les nationaux, car son élaboration a été conduite par les cadres des différents secteurs impliqués, à savoir le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de la Femme, de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de l'Emploi, et le Ministère des Finances et du Budget, appuyés techniquement par les partenaires techniques et financiers (OMS, Coopération suisse, AFD) et par une consultante internationale recrutée dans le cadre du réseau P4H.

La stratégie nationale de la CSU/Tchad met un accent particulier sur les questions liées à la prévention, à l'équité dans l'accès, la qualité des services, le développement des ressources humaines pour la santé, la protection financière, le renforcement des systèmes de santé et la durabilité. Cohérente et réaliste, sa mise en œuvre sera traduite au travers d'un plan stratégique qui déclinera les interventions retenues par axes stratégiques, ainsi que les coûts y afférents. Ainsi, mise en œuvre, cette stratégie devra permettre de rendre les services de santé de qualité accessibles géographiquement et financièrement à tous les niveaux du système de santé, sans que personne n'ait à faire face à des dépenses catastrophiques à cause du coût des services de santé.

J'exhorte donc l'ensemble des parties prenantes à se mobiliser autour de cette stratégie dont la mise en œuvre permettra de tendre vers la couverture sanitaire universelle, et ce en faveur des populations vivant sur le territoire national.

**Dr NGARIERA RIMADJITA**

### **Processus d'élaboration de la stratégie nationale de la couverture sanitaire universelle au Tchad**

Le Gouvernement a amorcé, en 2011, le processus d'élaboration de la stratégie nationale de la protection sociale du Tchad (SN-PS) dont la composante santé a été développée par le Ministère de la Santé Publique en une stratégie nationale de la couverture sanitaire universelle du Tchad (SN-CSU). Le processus d'élaboration de la SN-CSU a démarré également en 2011 avec la mission du P4H au Tchad pour appuyer le Gouvernement dans la mise en place de cette stratégie nationale.

Cependant, ce n'est qu'en 2013 que le Ministère de la Santé Publique a pris trois (3) arrêtés pour accélérer le processus : (i) l'un portant création d'un comité technique chargé de l'élaboration de la SN-CSU/T, (ii) le second portant additif au premier arrêté pour intégrer les autres ministères impliqués dans le comité technique, et (iii) le troisième portant création du comité de pilotage de la SN-CSU pour suivre et valider le travail du comité technique. Le comité technique a ainsi été constitué non seulement de responsables du MSP, du MFASSN, mais aussi du MFB, du MPCI, du MFPTE, et de partenaires au développement tels que l'OMS, la Coopération Suisse, l'AFD. La présidence du comité technique a été assurée par le Ministère de la santé publique et la vice présidence par le Ministère de la Fonction Publique.

Dans le cadre du réseau P4H, une experte en CSU a été recrutée par la GIZ sur financement de la Coopération Suisse, et a appuyé le comité technique de manière perleée durant tout le processus d'élaboration de la stratégie. Aussi, le comité technique a bénéficié à mi parcours de l'appui appréciable de deux consultants international et national à court terme recrutés par l'OMS pays.

Une fois le comité technique créé, ses membres se sont mis résolument au travail et ont procédé à un recensement exhaustif des mécanismes de financement existant dans le pays. Ensuite, tous les membres ont été formés sur les concepts et les principes de la CSU et, ont également pu échanger sur la stratégie de la CSU de la Côte d'Ivoire avec une des responsables de l'élaboration de cette stratégie.

Par la suite, le comité technique a élaboré une feuille de route sur le processus et un budget y afférent. Il a ensuite organisé des rencontres de sensibilisation et d'information sur les concepts de la CSU avec (i) la société civile, (ii) les partenaires techniques et financiers, (iii) l'Assemblée nationale, et (iv) les ministères. Il a également élaboré les termes de référence de trois (3) études pour alimenter la SN-CSU, et a recherché le financement auprès des partenaires. Il s'agissait de : (i) l'enquête sur le suivi des dépenses à destination cofinancée par la Banque Mondiale et l'AFD, (ii) l'étude sur les coûts réels des services de santé financée par l'Union Européenne, et (iii) l'étude SARA sur la qualité des soins financée par l'OMS.

Quelques membres du comité technique ont effectué un voyage d'études à Kigali au Rwanda pour s'inspirer de l'expérience de ce pays sur la CSU afin d'enrichir la SN-CSU. Egalement, le comité technique a été impliqué dans la définition des axes de la SN-PS et lors de sa validation technique, ce qui a permis de s'assurer d'une articulation efficiente entre les deux stratégies (la SN-PS et la SN-CSU).

Le comité technique a organisé des ateliers pour définir la vision de la SN-CSU, les axes stratégiques et leurs sous composantes, pour élaborer le contenu de la SN-CSU et pour valider techniquement la stratégie. La rédaction du document de la SN-CSU a été assurée par des groupes de rédacteurs émanant du Comité Technique. Des réunions du comité de pilotage ont été tenues pour adopter les axes stratégiques et le contenu de la SN-CSU. Enfin, une réunion de lancement de la stratégie a eu lieu sous le haut patronage du Président de la République, Chef de l'Etat.

## 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 Universelle Santé)
CPA	Centrale Pharmaceutique d'Achats
CS	Centre de Santé
CT	Comité Technique (chargé de l'élaboration de la stratégie nationale vers la CSU)
CSU	Couverture Sanitaire Universelle
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
MFASSN	Ministère de la Femme, de l'Action Sociale et 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 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
P4H	Providing for Health
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

SOMMAIRE

1. LE CONTEXTE .....	6
1.1. Au plan national .....	6
Le Plan National de Développement.....	6
Politiques sectorielles : cas du Ministère de la Santé et du Ministère de la Femme de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale.....	7
Politiques du Ministère de la Fonction Publique du Travail et de l'Emploi.....	8
1.2. Au plan international.....	9
Contexte international favorable à la CSU .....	9
Soutien international en faveur de la CSU .....	9
2. L'ETAT DE LA SITUATION .....	11
Introduction.....	11
1. Les barrières financières des populations à l'accès aux soins restent importantes .....	12
2. L'offre de services de santé ne donne pas toute satisfaction aux populations .....	14
3. LA RAISON D'ETRE DE LA SN-CSU .....	17
4. LES FONDAMENTAUX.....	20
5. LES AXES STRATEGIQUES .....	22
AXE 1 : Développer les mécanismes contre les risques financiers.....	23
AXE 2 : Mobiliser les ressources financières pour la CSU .....	26
AXE 3 : Utiliser les ressources plus efficacement et équitablement.....	29
AXE 4 : Favoriser le Partenariat Public-Privé pour renforcer l'offre de services de santé .....	32
AXE 5 : Prévenir les risques ayant une incidence sur la santé .....	34
AXE 6 : Prendre davantage en compte les souhaits de la population.....	35
6. LE DISPOSITIF INSTITUTIONNEL.....	37
6.1. Dispositif institutionnel de la SNPS .....	37
6.2. Dispositif institutionnel de la SN-CSU.....	37
Conclusion .....	41

## 1. LE CONTEXTE

Le Tchad a une superficie de 1.284.000 Km<sup>2</sup> et une population estimée à 11.175.915 habitants <sup>(1)</sup>. Cette population est très inégalement répartie dans les trois zones agro-climatiques qui caractérisent le pays : la zone saharienne au nord, la zone sahélienne au centre et la zone soudano-guinéenne au sud. Le pays est enclavé et le port le plus proche se situe à 1750 km (Douala au Cameroun).

L'économie du pays depuis 2003 est dominée par l'exploitation du pétrole. Le taux de croissance du PIB a atteint une moyenne annuelle de 18.7% et celui du PIB par tête, 15,6% sur la période 2003-2005. L'économie du Tchad reste fondée structurellement sur les secteurs primaire et tertiaire.

Le secteur primaire qui concerne la production de ressources naturelles et des matières premières fait vivre près de 72 % de la population active.

Le secteur secondaire tchadien, peu dense et peu diversifié est essentiellement constitué par les entreprises agro-alimentaires (brasserie, cigarette et sucre) et les unités de transformation du coton (coton, huileries, savonneries).

Le secteur tertiaire qui contribue pour 24% de la valeur ajoutée brute nationale(2006) occupe près du quart des actifs. Le commerce et le transport, largement informels, comme l'artisanat, représentent la moitié de la valeur ajoutée du secteur tertiaire. Les services non marchands, l'administration, emploient environ 30.000 agents civils, soit moins de 1% de la population active et le type d'emploi salarié y est dominant.

Classé 183<sup>ème</sup> sur 187 en 2011 selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain et un PNB de 280 dollars US, le Tchad est l'un des pays les plus pauvres du monde malgré les revenus générés par le pétrole. La pauvreté est un phénomène du monde rural où vivent 87% des pauvres du pays. Elle varie selon la taille des familles, le niveau d'études et le type d'activité du chef de famille. Les plus pauvres sont les familles nombreuses, dont le chef n'a pas étudié au delà de l'école primaire et travaille dans le secteur primaire ou secondaire. En milieu rural, certaines familles dirigées par les femmes sont aussi parmi les plus pauvres.

En matière de protection sociale, la situation est marquée par une faiblesse de la couverture du système en vigueur et des insuffisances dans la qualité des prestations offertes, avec pour conséquences la pauvreté et la vulnérabilité persistantes. Il faut relever que les mesures de sécurité sociale au Tchad ne couvrent que le secteur moderne structuré. Autrement dit, le secteur informel et surtout le monde rural qui occupe plus de 80% de la population tchadienne ne bénéficie pas de ces mesures.

Le Gouvernement a pris en compte la dimension de cette situation à travers le Plan national de Développement et dans les différentes politiques sectorielles. Au niveau international un élan d'ensemble en faveur de la protection sociale en général et de la couverture sanitaire universelle en particulier, se développe également.

### 1.1. Au plan national

#### Le Plan National de Développement

Il faut relever que la lutte contre la pauvreté avec pour corollaire la protection des groupes vulnérables, constitue un axe de politique et de stratégie majeure du Gouvernement du Tchad. Cette stratégie s'appuie sur une vision long terme du développement humain durable inspirée de la vision du Tchad d'ici à 2030 et du Plan National de Développement (PND) 2013-2015. L'accent est mis surtout sur l'identification et le renforcement des initiatives et des capacités productives de tous en luttant contre les facteurs structurels qui engendrent et perpétuent la marginalisation et l'exclusion au

---

<sup>(1)</sup> Rapport Provisoire du Recensement Général de la Population 2009

Tchad. Dans ce sens, le gouvernement du Tchad s'est engagé à renforcer la protection sociale de ses citoyens à travers l'élaboration d'une stratégie nationale visant à améliorer l'accès et l'équité des services sociaux. La protection sociale est identifiée à la fois comme un domaine spécifique et transversal dans le Plan National de Développement.

### **Politiques sectorielles : cas du Ministère de la Santé et du Ministère de la Femme de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale**

#### **En ce qui concerne le MSP**

- **La Politique Nationale de Santé (PNS)** est inspirée des objectifs du millénaire pour le développement, de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et d'autres engagements auxquels le Tchad a souscrit. Elle tire sa légitimité de la Constitution de la République du Tchad stipulant dans son article 17 que : « la personne est sacrée et inviolable. Tout individu a le droit à la vie, l'intégrité de sa personne.... ».<sup>2</sup>

En vue de son opérationnalisation, un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) a été élaboré, auquel a succédé le PNDS2 (2013-2015) visant à réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations. Pour atteindre cet objectif, il a été fixé six objectifs intermédiaires :

- Assurer la qualité des soins et l'accès aux services de soins à toute la population pour l'accélération de la réduction de la mortalité et de la morbidité ;
- Améliorer la gouvernance et le leadership du ministère de la santé ;
- Améliorer la performance du système d'information sanitaire à tous les niveaux ;
- Assurer la disponibilité des ressources en quantité et en qualité dans les formations sanitaires ;
- Améliorer la gouvernance financière et l'accès de la population pauvre et vulnérable aux soins de santé
- Rendre les médicaments géographiquement et économiquement disponibles, accessibles, efficaces et à moindre coût à la population.

La CSU est inscrite au PNDS2. C'est un des objectifs spécifiques du Financement et plus particulièrement de l'objectif stratégique d'amélioration de la gestion financière et de l'accès des populations pauvres et vulnérables aux services de santé.

- **La contractualisation dans le secteur de la santé au Tchad** s'est développée vers la fin des années 90. En 2001, face à ce développement, le Ministère de la Santé Publique a élaboré un document de politique contractuelle qui fixe les grandes orientations du recours à la contractualisation. Cette politique a été révisée en 2014 : « Politique Nationale de Contractualisation dans le secteur de la santé ». La contractualisation y est présentée comme un outil qui permet aux acteurs d'entrer en relation et de chercher ainsi les synergies qui amélioreront l'offre de services de santé au bénéfice des populations.

- **La politique de santé communautaire** qui a été élaborée en 2014 vise essentiellement à formaliser le rôle et l'utilisation des agents de santé communautaires et donc de rapprocher les populations des services de santé.

#### **En ce qui concerne le MFASSN**

---

<sup>2</sup> Ministère de la Santé Publique, « Politique Nationale de Santé 2007-2015 », 2007 P.6.



Le Ministère de la Femme, de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale dispose d'une Politique Nationale Genre (PNG) dont le processus d'élaboration a commencé en 2005 par la mise en place par Arrêté N° 037/PR/MASF/SG/05 du 08/08/2005 d'un comité technique chargé de coordonner les activités dudit processus (CTC).

Cette Politique est la matérialisation de la volonté politique qui se fonde sur l'impérieuse nécessité d'une lutte permanente pour l'égalité et l'équité entre les sexes dans le strict respect des droits fondamentaux de la personne humaine contenus dans la Constitution de 1996, révisée en 2005 et les conventions internationales y relative ratifiées par le Tchad. Car le statut social, économique, juridique et politique de la femme tchadienne est caractérisé par un manque d'opportunités politiques et économiques, une faible implication dans les prises de décisions à tous les niveaux ainsi qu'un accès limité aux ressources et aux services sociaux de base.

Sa vision: « D'ici 2020, le Tchad est un pays débarrassé de toutes les formes d'inégalités et d'iniquités de Genre, de toute formes de violences, où les hommes et les femmes ont la même chance d'accès et de contrôle des ressources et participent dans les instances de prise de décisions en vue d'un développement durable ».

### **Politiques du Ministère de la Fonction Publique du Travail et de l'Emploi**

La Loi N°7/66 du 04 mars 1966 portant Code du Travail et de la Prévoyance Sociale a institué en plus des prestations familiales et de maternité, les risques professionnels (les accidents de travail et maladies professionnelles) gérés par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). Les bénéficiaires de cette caisse sont uniquement les travailleurs salariés et les contractuels de l'Etat soumis au Code du Travail. La CNPS est alimentée par des cotisations patronales (16,5%) et ouvrières (3,5%) obligatoires.

En complément de ces prestations, la législation tchadienne prévoit l'assistance médicale aux travailleurs malades. Cette assistance est devenue une réalité dans la quasi-totalité des entreprises du pays. Dans la pratique, ces dernières inscrivent ces dépenses dans leurs budgets ou souscrivent une assurance.

La prise en charge des travailleurs malades ne s'arrête pas seulement au niveau des soins de santé. La législation tchadienne oblige l'employeur à maintenir le salaire du salarié dans la limite du préavis de licenciement.

Les fonctionnaires de l'Etat quand à eux, bénéficient d'une prise en charge par le trésor public. La Loi N°17/PR/2001 portant statut général de la fonction publique permet aux femmes de conserver l'intégralité de leurs traitements pendant le congé de maternité.

Déjà en 1973, la prise en charge sanitaire des fonctionnaires et assimilés dans les formations sanitaires publiques est instituée par Décret. ; les consultations et les actes médicaux sont gratuits pour les agents de l'Etat. Cependant, en dépit de ces dispositions réglementaires, les hôpitaux n'offrent pas ces prestations aux fonctionnaires.

En vue d'améliorer la couverture de la population, le gouvernement a élaboré le Programme de Pays pour le Travail Décent (PPTD) qui s'articule autour des deux priorités suivantes :

- Promotion de l'emploi et renforcement du dialogue social
- Renforcement et extension de la protection sociale

Il prévoit qu'étant donné que la sécurité sociale est un moyen essentiel de favoriser le développement économique et social, le cadre institutionnel et réglementaire y relatif devra être actualisé à la lumière

des conventions internationales et une politique de protection sociale à long terme doit être conçue et adoptée dans le cadre d'un vaste dialogue national tripartite, fondé sur la mise en œuvre progressive du Socle de Protection Sociale et l'amélioration du niveau des prestations de sécurité du revenu accompagné d'un accès à des soins de meilleure qualité, au fur et à mesure que s'instaure une croissance durable s'appuyant sur la création d'emplois.

Suite à une étude diagnostic de la protection sociale réalisée en 2010 qui a permis d'identifier les principaux problèmes et domaines d'intervention, le gouvernement du Tchad a lancé le processus ayant abouti à l'élaboration de la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) dont la couverture sanitaire universelle est partie intégrante.

### 1.2. Au plan international

La mobilisation internationale autour de la couverture sanitaire universelle s'est développée au cours de ces dix dernières années.

#### Contexte international favorable à la CSU

Dès 2005, les Etats membres de l'OMS ont adopté une résolution encourageant les pays à mettre en place et/ou maintenir une couverture universelle de services de santé.

Le rapport sur la santé dans le monde 2010 de l'OMS a été focalisé sur le financement des systèmes de santé et a recommandé aux Etats membres de s'engager dans le processus de mise en place de la couverture sanitaire universelle (CSU).

Par la suite, les Déclaration de Bangkok (Janvier 2012) puis de Mexico (Avril 2012) ont renforcé la dynamique mondiale en faveur de la CSU. Mais aussi, la Déclaration de Tunis (Juillet 2012) va dans le même sens en mettant en exergue la nécessité d'une collaboration étroite entre les ministères des finances et de la santé pour une optimisation des ressources. Enfin la résolution de l'ONU (Décembre 2012) vient renforcer l'élan mondial en direction de la couverture universelle dans le but d'assurer l'accès aux services essentiels et de réduire la pauvreté induite par les dépenses catastrophiques de santé.

Plus largement, en 2009 a été adopté par le Secrétaire Général des Nations Unies, le Socle de Protection Sociale, suivi en octobre 2010, de la Déclaration de Yaoundé sur l'implémentation du Socle de Protection Sociale par les 47 états africains membres de l'Organisation Internationale du Travail (OIT).

Le Socle de Protection Sociale vise à garantir (i) la disponibilité et la continuité des services essentiels (santé et éducation, eau et assainissement, nutrition, logement et services d'information), ainsi que leurs accès géographiques et financiers; et (ii) l'accès à ces services à travers un paquet minimal de transferts sociaux, en espèces et en nature, pour assurer un revenu minimal et des moyens de vie sécurisés aux populations pauvres et vulnérables. La recommandation 2012 (n°. 202) de l'OIT encourage les gouvernements à mettre en œuvre les socles de protection sociale dans le cadre de stratégies d'extension de la sécurité sociale.

#### Soutien international en faveur de la CSU

Ce soutien se développe comme on peut en juger à travers les différentes interventions des appuis ses dernières années.

Ainsi, le réseau P4H lancé fin 2007 lors d'un sommet du G8, est une initiative mondiale dont le but est d'améliorer le cheminement des pays en développement vers la couverture sanitaire universelle. Ce réseau est actuellement constitué de : l'OMS, le BIT, la Banque Mondiale, la Banque Africaine de Développement, l'Allemagne, la France, la Suisse, l'Espagne, ainsi que l'USAID.

Ce réseau a été initié pour répondre à un défi mondial : plus d'un milliard de personnes n'ont pas accès aux soins de base nécessaires et plus de cent millions de personnes tombent sous le seuil de pauvreté chaque année en raison des dépenses directes de santé effectuées par les ménages aux points de service. Les objectifs de P4H sont par conséquent d'appuyer les pays à élaborer leurs stratégies multisectorielles de couverture sanitaire universelle et à les accompagner dans la mise en œuvre.

L'Union Européenne, quant à elle, soutient depuis longtemps les dynamiques sociales de mise en place des systèmes de couverture contre les risques de maladie. Depuis 2011, elle a développé un programme en collaboration avec l'OMS qui vise à soutenir les efforts des pays à développer de solides politiques nationales de santé et à progresser vers la couverture sanitaire universelle. Ce programme a été élargi au Luxembourg en 2012.

Par ailleurs, les Organisations de la Société civile partagent généralement les objectifs de solidarité et de couverture sanitaire universelle.

## 2. L'ETAT DE LA SITUATION

### Introduction

Le système de santé tchadien a évolué au cours des dernières années et cette évolution peut être présentée comme suit :

- L'organisation du système et des services de santé a rapidement adopté la pyramide en trois niveaux : central, régional et de district. Les Délégations sanitaires régionales ont été créées ainsi que les districts avec leur équipe-cadre de districts (ECD). Au niveau des formations sanitaires, on retrouve les centres de santé, les hôpitaux de district, régionaux et du niveau central. Un effort important a été fait récemment au niveau central avec la mise en place de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant ainsi que l'Hôpital de la Renaissance. Par ailleurs, le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) ont été institués dès les années 90. Enfin, et même s'il n'est pas toujours respecté, y compris par les populations, le système de référence / contre-référence a été adopté. Tous ces éléments sont régulièrement réaffirmés dans les documents de Politique Nationale de Santé ;

- Le secteur privé s'est développé au cours des dernières années. Les formations sanitaires confessionnelles existent depuis longtemps tant au niveau des centres de santé qu'au niveau hospitalier. Plus récemment les ONG non confessionnelles occupent une position non négligeable notamment dans la prestation d'activités de santé réalisées en dehors des formations sanitaires (moustiquaires imprégnées, réhabilitation nutritionnelle, campagne d'information et de sensibilisation à la santé, actions dans le domaine du VIH/SIDA, etc.). Enfin, le secteur privé lucratif s'est développé : la pratique libérale n'est plus exceptionnelle, des cliniques privées ont vu le jour et le nombre de pharmacies privées a beaucoup augmenté. Ce secteur privé entretient des relations avec le secteur public, même si celles-ci ne sont pas toujours parfaites. Néanmoins la politique nationale de contractualisation de 2001 comme celle révisée en 2014 réaffirment le rôle du secteur privé et indiquent les modalités contractuelles des ententes possibles et souhaitables ;

- L'effort de l'Etat en faveur de la santé s'est accru au cours des dernières années. L'indicateur le plus classique est celui qui rapporte les dotations de l'Etat au Ministère de la Santé Publique en dehors du financement extérieur, marquant bien ainsi l'effort de l'Etat tchadien. Le tableau ci-après montre que cet effort de l'Etat en faveur de la santé a presque doublé au cours des six dernières années pour atteindre 8,5 % en 2013.

**Evolution de la part du budget de la santé dans le budget général de l'Etat (milliards FCFA)**

Années	BGE (1)	BGE (2)	Budget MSP(3)	% budget Santé 3 / 2
2008	1017,338	774,28	36,201	4,68 %
2009	945,614	782,914	40,382	5,16%
2010	1 203,265	1029,577	52,875	5,14%
2011	1572,482	1308,977	83,747	6,40%
2012	1755,892	1287,351	72,782	5,65%
2013	1821,65	1288,625	109,475	8,50%

Source : MFB/DGB

NB : (1)BGE total (2) BGE hors dette et financement extérieur (3) budget MSP hors financement extérieur. Remarque : LFR incluant les décrets de transferts, d'avances et autres.

Par ailleurs, le secteur de la santé, dans le cadre d'accords passés il y a quelques années qui stipulaient que les revenus du pétrole devaient être majoritairement dirigés vers les secteurs prioritaires (éducation et santé notamment), bénéficie des revenus du pétrole.

Certains, comme le montrent le tableau ci-dessous sont affectés directement au budget du Ministère de la Santé Publique :

**Evolution des revenus pétroliers affectés au budget de la santé (milliards FCFA)**

Revenu pétrolier affecté aux secteurs prioritaires	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Dans le BGE	151,6	55,6	108,2	109,7	225,2	260
Dans le budget du MSP	8	3	11,2	9	28,8	27

Source : MFB/DGB

D'autres de ces revenus pétroliers sont directement gérés dans le cadre de projets présidentiels (constructions notamment).

Même s'il est toujours difficile de s'entendre sur un taux exact des dépenses publiques consacrées à la santé, les chiffres ci-dessus, et notamment si l'on y incluait les financements extérieurs, montrent que le Tchad se rapproche de la recommandation d'Abuja indiquant que les Etats devaient affecter 15% de leurs dépenses au secteur de la santé ;

- Les lois de décentralisation ont dévolu des compétences aux Mairies dans le domaine sanitaire. La Loi N°33 indique les compétences des Mairies dans les domaines suivants : Construction, équipement, gestion et entretien des dispensaires ; Recrutement, gestion du personnel d'appui ; Application de la réglementation en matière d'hygiène et assainissement ; Participation aux actions nationales et à la mise en œuvre d'initiatives locales de protection maternelle et infantile ; Participation à l'élaboration de la carte de santé. Le Maire est président des CA des principaux hôpitaux de la ville. Cette réforme vise donc à rapprocher le citoyen de la prise de décision concernant son environnement de santé.

Malgré tous ces efforts, la population ne se montre pas très satisfaite : elle considère qu'elle est mal protégée que son état de santé n'est pas garanti. Cette insatisfaction, qui a été révélée dans plusieurs études, trouve ses sources dans les éléments suivants :

## 1. Les barrières financières des populations à l'accès aux soins restent importantes

- Le pays a, très tôt (loi N°019/PR/99 de 1999), souscrit à l'Initiative de Bamako et les formations sanitaires fonctionnent sous un système de recouvrement des coûts, recettes gérées dans le cadre des COSAN/COGES. Certes, les recettes en provenance du recouvrement des coûts représentent une faible part des dépenses de santé comparées à la dotation du Ministère de la Santé Publique, comme le montre le tableau ci-après :

**Evolution du recouvrement des coûts de 2005 à 2011 (en milliers de FCFA)**

Année	Recouvrement des couts	Dotation du MSP	Pourcentage
2005	2 133 000	54 620 965	3,9%
2006	1 624 000	43 815 035	3,7%
2007	3 157 000	51 763 496	6,1%
2008	2 027 000	46 199 085	4,3%
2009	3 346 000	53 809 768	6,2%
2010	2 082 577	62 557 660	3,3%
2011	2 681 310	97 804 449	3,2%

Source : DSIS/MSP

Ce recouvrement des coûts s'effectue très majoritairement (plus de 95%) au travers du paiement direct. Selon une tarification établie nationalement, en ce qui concerne les formations sanitaires publiques et les privées à but non lucratif, les populations paient directement leurs frais médicaux aux formations sanitaires. Les populations doivent ainsi disposer des sommes nécessaires au moment ou elles se rendent dans une formation sanitaire ou au moment de la quitter (niveau hospitalier). Même si

ces tarifs peuvent être considérés comme modestes, ils représentent, pour les familles tchadiennes généralement pauvres, des sommes importantes qui vont souvent au-delà de leurs possibilités. Comme cela a été maintes fois analysé, ceci constitue un frein important à l'accès aux soins. Face à cette situation, soit elles renoncent à se soigner soit elles mettent en péril les finances du ménage (dépenses catastrophiques).

Pour palier les effets négatifs du paiement direct sur l'accès aux soins des populations, il est alors fait appel aux mécanismes de prépaiement. Le pays encourage la mise en place de systèmes de mutualisation du risque maladie. Au Tchad, le prépaiement à travers des assurances maladie (moins de 2% de la population) et des mutuelles de santé demeure particulièrement faible, comparé à bon nombre de pays africains.

- L'assurance maladie est très peu développée. Elle est généralement contractée par de grandes sociétés au profit de leurs personnels. Plusieurs sociétés d'assurance (La STAR Nationale, le SAFAR,...) assurent la couverture des soins médicaux des travailleurs du secteur public (les décisionnaires et les contractuels) et majoritairement ceux du secteur privé.

- Les mutuelles sont en expérimentation dans le cadre d'une convention de partenariat signée le 10 mars 2010 entre le Centre international de recherche et de développement (CIDR) et le Ministère de la santé publique. Le CIDR s'est engagé à mettre en place un programme de promotion d'un réseau de mutuelles de santé dans les régions du Logone oriental, du Mayo- Kebbi Est, du Mayo-Kebbi Ouest, du Mandoul et du Moyen Chari. Le programme vise à améliorer l'état de santé des populations en mettant en place un système pérenne d'accès aux soins. Toutefois, l'assurance maladie en tant que telle ne garantit pas une protection intégrale contre le risque financier. De nombreuses formes d'assurance ne couvrent qu'un ensemble minimum de services, si bien que les assurés doivent tout de même effectuer différents types de paiements directs, notamment des versements informels en numéraire. A l'heure actuelle, il n'y a pas de texte spécifique sur les mutuelles de santé. A défaut de cadre législatif, les mutuelles ont adopté un statut provisoire d'association relevant d'une loi de 1962. Le champ de la micro-assurance santé au Tchad est caractérisé par l'expérimentation, l'hétérogénéité, la fragmentation des initiatives et une couverture encore extrêmement faible. Enfin, compte tenu de la très grande pauvreté d'une large tranche de la population tchadienne, il sera de toutes les façons difficiles que ces mécanismes puissent couvrir une large partie de la population.

- Par ailleurs, sous l'égide du Ministère de la Fonction Publique, de l'Emploi et du Travail, et dans le cadre de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS), est en chantier la création d'une Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Toutefois, celle-ci n'est pas encore effective et prendra un temps avant d'être opérationnelle.

- Prenant conscience de cette difficulté des familles à faire face à leurs dépenses de santé, le Gouvernement a mis en place, au cours des années récentes, des mécanismes d'assistance. L'Etat se substitue ainsi à l'individu pour payer son accès aux soins :

- *Gratuité de soins basée sur certaines activités préventives et curatives au niveau des Centres de santé.* Elle a été instaurée pour réduire les inégalités et faciliter l'accès à des problèmes de santé spécifiques : CPN, accouchements normaux, PTME, antipaludéens, ARV, etc. Cette gratuité est généralement mise en place dans le cadre de programmes verticaux. Il s'agit généralement de l'affectation de moyens matériels ou de médicaments spécifiques aux centres de santé ;
- *Gratuité des soins d'urgences chirurgicales, obstétricales et médicales.* La gratuité des soins d'urgences chirurgicales, obstétricales et médicales, introduite en 2008 dans les hôpitaux a été instaurée par le Président de la République dans le cadre de sa politique sociale, en décembre 2007. La gratuité des soins est financée à 100% par l'Etat. Elle couvre environ 45 pathologies courantes. Cette gratuité n'est pas réalisée par un remboursement des factures qui auraient été établies par ces hôpitaux mais par des dotations en médicaments et consommables. Elle concerne actuellement 17 hôpitaux

régionaux, 58 hôpitaux de districts et 8 hôpitaux militaires. L'approvisionnement se fait deux fois par an ;

- *Evacuations sanitaires* : les évacuations sanitaires vers l'étranger sont prises en charge par l'Etat tchadien et sont donc gratuites pour la population qui en bénéficie. Le système mis en place actuellement, avec le recours à des partenaires extérieurs pour son organisation, a permis des améliorations, mais il ne donne pas toujours satisfaction aux personnes concernées. Le démarrage effectif récent de l'Hôpital de la Renaissance devrait toutefois permettre de réduire ces évacuations sanitaires et, compte tenu du haut niveau technique de cet hôpital, donner une meilleure satisfaction aux populations ;
- *La gratuité des soins pour les fonctionnaires* : les fonctionnaires de l'Etat bénéficient d'une prise en charge par le Trésor Public. Les actes médicaux et consultations sont gratuits. Toutefois, on observe que, dans la réalité, ces dispositions réglementaires ne sont pas toujours respectées par les formations sanitaires.

En résumé, la présentation ci-dessus montre que les populations sont mal protégées contre les risques financiers. Ceux-ci constituent, malgré les efforts faits par l'Etat tchadien, une barrière importante à l'accès aux soins. La population tchadienne, majoritairement pauvre, ne peut pas se soigner. Souvent, elle renonce d'elle-même à se rendre dans une formation sanitaire ou s'y rend qu'à l'extrême limite avec les conséquences que l'on peut imaginer, à savoir qu'elle est alors obligée de mettre en péril l'équilibre financier déjà bien fragile de la famille. La dépense est alors catastrophique non pas uniquement en terme financier mais aussi dans l'équilibre de la vie familiale.

## 2. L'offre de services de santé ne donne pas toute satisfaction aux populations

Une bonne utilisation des ressources et organisation du système de santé est nécessaire pour que les populations trouvent en face d'elles des services de santé efficaces et de qualité. Lorsqu'il est confronté à un problème de santé, l'individu doit pouvoir compter sur ces services de santé ; ce n'est que dans ces conditions qu'il se sentira protégé. Or, le système de santé tchadien souffre encore de nombreuses insuffisances qui font que la population ne se sent pas adéquatement protégée.

- La carte sanitaire est encore incomplète. De nombreuses zones de santé, notamment dans les zones éloignées et à faible densité de population, ne disposent pas de centres de santé. Les Hôpitaux de district peuvent être très éloignés de la population. Certes, il s'agit là d'une spécificité géographique du pays, mais il existe des moyens pour en éviter les effets.

Cependant, même lorsque cette offre existe, elle ne dispose pas toujours des intrants nécessaires pour offrir un PMA et un PCA complets et de qualité. Il convient ici de particulièrement souligner le problème de la maintenance des équipements. Le Gouvernement a fait des efforts importants pour doter les formations sanitaires en équipements, souvent avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers. Mais il est fréquent de constater que ces équipements, faute de maintenance, sont laissés à l'abandon et à la vue de tout patient se rendant dans la formation sanitaire.

- Les services et les soins, y compris les plus essentiels d'entre eux, ne correspondent pas aux attentes. Certes, des progrès ont été réalisés, comme, par exemple, dans le domaine de la vaccination grâce aux campagnes qui sont régulièrement effectuées. Mais dans bon nombre de domaines, les insuffisances sont importantes : les consultations prénatales, la détection de la tuberculose, le VIH/SIDA, accouchement par un personnel de santé qualifié, etc. Lorsque ces soins et services sont prodigués, ils le sont avec un professionnalisme insuffisant : protocoles de traitement et ordigrammes absents ou insuffisamment maîtrisés par le personnel de santé par exemple. Si l'on considère le domaine de la malnutrition, il y a encore beaucoup à faire malgré l'appui notamment de certains partenaires techniques et financiers. Enfin, l'accent est encore trop mis sur le sanitaire pur ; les formations sanitaires ne sont pas suffisamment impliquées dans la prévention autre que directement

sanitaire : environnement, nutrition, tabagisme, sécurité, etc. Ce type de prévention des risques pourrait éviter bon nombre de problèmes de santé auxquels les populations peuvent être amenées à faire face.

- La question des personnels de santé est, depuis longtemps, cruciale au Tchad. Même si le nombre des personnels de santé a augmenté, notamment au niveau médical, il y a encore de nombreux problèmes : notamment la répartition géographique. Par ailleurs, la qualité de ces personnels reste un handicap énorme : inadéquation de la formation aux besoins du terrain par exemple. Tous ces problèmes sont régulièrement abordés dans le cadre des PNDS successifs.

Tous ces aspects, la population y est bien sûr sensible. Mais il est un point sur lequel il n'y a pas toujours eu suffisamment d'emphasis, c'est celui de l'accueil des patients dans les formations sanitaires. Certes, ce n'est pas l'accueil qui soigne le malade et la qualité technique du soin constitue l'élément essentiel de la satisfaction du patient. Mais le patient reste aussi un être humain qui souhaite être accueilli avec respect dans la formation sanitaire. Ces manquements sont largement mis en exergue dans les enquêtes de satisfaction des patients.

- Le médicament demeure encore un problème. Certes, des progrès très importants ont été réalisés. La mise en place de la Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA) et des Pharmacies Régionales d'Achats (PRA) a contribué fortement à la disponibilité des médicaments dans les formations sanitaires, notamment publiques. Le développement des pharmacies privées, notamment dans les grandes villes, a amélioré l'accès des populations aux médicaments. Néanmoins des problèmes demeurent :

- Du fait de la pauvreté de la majorité de la population tchadienne, le médicament reste cher. Il n'est pas rare de constater que les malades n'achètent pas l'ensemble des médicaments qui leur ont été prescrits ;
- Ces médicaments sont peu sûrs : le système d'assurance qualité est encore peu fonctionnel, on observe des importations anarchiques et les ventes illicites (« pharmacies par terre ») n'ont pas diminué ;
- La population tchadienne est encore très attachée à la pharmacopée et la médecine traditionnelle : or celles-ci sont très mal régulées, contrôlées et encadrées. Ainsi, la population n'est que très mal protégée contre les risques d'un recours à cette médecine.

- La corruption. La population est encore assez fréquemment victime de la corruption. De tels faits sont souvent rapportés. Telle personne affirme qu'elle a dû payer des dessous de tables à des personnels de santé pour avoir accès à un service, telle autre personne reconnaît qu'elle a dû avoir recours à l'influence d'un parent pour une évacuation sanitaire, telle autre personne dit qu'elle n'a pu avoir rapidement une intervention chirurgicale que parce qu'elle a accepté de payer un supplément, etc. Toutes ces formes de corruption placent les individus en position d'insécurité et tous voudraient bien en être protégés.

- Les populations ont encore largement le sentiment d'être considérées comme des choses par les formations sanitaires. Celles-ci vivent encore trop en vase clos et sont tournées vers leurs préoccupations : l'individu et la population n'est pas au centre de leurs préoccupations :

- Il n'est que très peu tenu compte des besoins des populations. Hypothèse est faite que les formations sanitaires connaissent les besoins des populations et la réponse aux besoins est alors la seule possible. Les populations n'ont pas réellement de canaux par lesquels elles pourraient exprimer leurs besoins ;
- Les populations sont insuffisamment impliquées dans le fonctionnement et le développement des formations sanitaires. Certes, les populations ont été associées au travers des COGES et COSAN, mais cette implication demeure trop sur le plan gestionnaire, notamment du médicament. La décentralisation, au travers de mairies représentants les intérêts des populations, devrait prochainement s'avérer être un canal



important de la prise en compte des intérêts et des besoins des populations, et ce, au plus près de ces populations. Enfin, la mise en place de l'autonomie des hôpitaux devrait permettre l'accès de représentants des populations aux conseils d'administration de ces hôpitaux.

Même s'il a été initié, ce mouvement d'implication des communautés dans la vie des formations sanitaires doit encore être renforcé.

En résumé, quelques indicateurs permettent de bien se rendre compte que la population tchadienne est encore mal protégée face aux problèmes de santé auxquels elle est confrontée :

- L'espérance de vie à la naissance demeure faible : 52,9 ans en 2010
- En 2009, la mortalité maternelle est de 1084 décès pour 100.000 naissances vivantes
- En 2010, le taux mortalité infantile est établi à 109 pour 1.000
- Pourcentage de femmes accouchant avec un personnel de santé qualifié : 28%
- 1.359 décès dus au paludisme en 2012
- 10.800 cas de tuberculose en 2012
- 6.470 cas de choléra en 2010
- 2.729 cas de méningite en 2010
- En 2010, le taux de malnutrition aigüe s'élève à 15,7%
- Selon ECOSIT3, 65,5% des malades vont en consultation

C'est d'une part parce qu'il est mal protégé contre les risques financiers liés à sa demande de santé et d'autre part parce qu'il est face à des services de santé insuffisamment performants que l'individu rencontre autant de problèmes de santé dans sa vie. Il est donc temps d'envisager la protection en santé dans sa globalité et de mettre en œuvre des actions cohérentes et concertées qui permettront progressivement de se rapprocher de la couverture sanitaire universelle.

### 3. LA RAISON D'ÊTRE DE LA SN-CSU

La stratégie nationale vers la Couverture Sanitaire Universelle (SN-CSU) est une composante de la Stratégie Nationale de la Protection Sociale (SNPS) dans laquelle le gouvernement du Tchad s'est engagé.<sup>3</sup> En effet, l'approche CSU est partie intégrante de la SNPS: la CSU est concernée, bien qu'à des degrés divers, par chacun des quatre axes stratégiques de la SNPS.

#### **La stratégie Nationale de la protection Sociale (SNPS) au Tchad<sup>4</sup>**

**La protection sociale** est considérée comme un pilier central dans la lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité. Elle est inscrite au Plan National de Développement (PND) 2013-2015 dans son axe 2<sup>5</sup>, et est définie comme « un investissement fondamental qui contribue à la croissance économique favorable aux pauvres, tout en réduisant directement la pauvreté et la vulnérabilité ».

Considérée comme une stratégie clé en tant qu'outil d'équité, elle constitue un instrument important de discussions sur l'agenda post-OMD.

**L'objectif global de la SNPS** est d'établir un système complet de protection sociale qui répond aux besoins financiers, à la sécurité des moyens de subsistance, à la gestion des risques, à la réduction des vulnérabilités du cycle de vie et à l'accès aux services sociaux de base pour tous les Tchadiens, contribuant ainsi à une société plus équitable.

**La SNPS repose sur quatre axes stratégiques** dont les objectifs sont respectivement :

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

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

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

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

Le Tchad a déjà quelques avancées en matière de protection de la population contre les risques financiers liés à la santé, mais elles sont encore à un stade embryonnaire et/ou parcellaire et ne sont pas incluses dans un système d'ensemble dument organisé.

- Or, l'appréhension de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) doit être saisie dans sa globalité qui est multidimensionnelle, complexe et de longue haleine. A la fois la CSU est un but à atteindre de la protection sociale en santé qui elle-même repose sur trois piliers, et, en même temps, il s'agit d'un processus qui se situe dans la temporalité avec une perspective de développement à long terme.

Ainsi, la protection sociale en santé ne peut être comprise que si l'on considère les trois domaines ou piliers; autrement dit, la protection des individus par la société en ce qui concerne leur santé, ne fait sens que si elle est effective sur trois fronts à la fois, à savoir :

---

<sup>3</sup> Le document de SPNS a été validé le 29 avril 2014

<sup>4</sup> Stratégie Nationale de la Protection Sociale, SNPS (2014-2018), juin 2014/république du Tchad/PR/PM/MPCI

<sup>5</sup>L'axe stratégique 2 du PND 2013-2015 vise « la mobilisation et la promotion du capital humain et la réduction des inégalités, de la pauvreté et de l'exclusion sociale ».

- faire en sorte que les aspects financiers ne soient pas une barrière pour l'accès des individus aux services de santé,
- que les services de santé soient effectivement disponibles et qu'ils fournissent des prestations de qualité,
- que les risques particuliers qui impactent la santé des individus du fait de l'environnement, des habitudes de consommation, ou autre, et plus généralement des conditions de vie en société, soient diminués voir même maîtrisés.

Lorsque, pour les différents domaines de la protection sociale en santé, l'ensemble de la population est couverte, alors la couverture universelle est réalisée.

- Etant donné l'étendue des enjeux, le Tchad a décidé de se doter d'une stratégie nationale avec comme objectif : l'atteinte de la CSU. Cet objectif ne pourra pas être réalisé à seulement court ou moyen termes, aussi, la stratégie nationale développée par le gouvernement va donc affirmer la vision de la CSU à travers l'avancée des trois piliers, dans une perspective de long terme.

La dynamique de la stratégie va être liée aux évolutions au cours du temps, tant techniques que démographiques, et sociétales.

Outre cet aspect temporel, atteindre la CSU est particulièrement complexe du fait de la multiplicité des mécanismes de protection financière à maîtriser et à mettre en cohérence, mais aussi des enjeux économiques, institutionnels, et politiques liés à la mise en œuvre de la stratégie elle-même.

Les récentes leçons tirées des expériences de CSU dans le monde, à différents niveaux de développement de leur processus<sup>6</sup>, montrent, principalement que : (i). l'adoption et le développement de stratégies vers la CSU demandent un fort leadership et un engagement de long terme, (ii). la disponibilité effective des services de santé qui est nécessaire pour aller vers la CSU exige une approche coordonnée du développement des ressources humaines dans ses diverses dimensions pour suivre la demande créée par les cibles de la CSU, et (iii). 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.

- Actuellement, il existe au Tchad des mécanismes d'assurance et d'assistance pour la protection contre les risques financiers. Toutefois, soit leur couverture est faible comme c'est le cas pour les mutuelles et les assurances privées ; soit elle est relativement étendue, comme c'est le cas pour la gratuité où d'importants efforts ont été déployés, mais avec des effets parfois peu maîtrisés, et qui n'a pas spécifiquement pour cible les pauvres et les vulnérables. Ainsi, les différents instruments engagés ne permettent pas à eux seuls d'aller vers la CSU (soient trop lents, soient non soutenables et/ou non efficaces). De plus, il est reconnu que la couverture sanitaire universelle ne peut pas être atteinte avec un seul mécanisme. Le gouvernement a donc décidé d'avoir une stratégie qui canalise les efforts, développe des synergies pour optimiser plusieurs instruments et /ou en créer de nouveaux, le tout dans une approche globale.

En même temps, la stratégie nationale adoptée par le Tchad doit permettre d'aller au delà de l'existant et de fixer un cap à partir des priorités données, en particulier sortir de l'exclusion de l'accès aux soins les populations pauvres et vulnérables, et maintenir ce cap sachant que le processus va s'étendre sur le long terme, et qu'il ne sera pas linéaire. Les aléas économiques vont jouer de tout leur poids et il faudra ajuster la stratégie pour, à la fois, maintenir les équilibres financiers du système et préserver sans cesse l'équité.

De plus, comme composante de la SNPS, la stratégie nationale vers la CSU va œuvrer à organiser des interventions de l'ordre du plurisectoriel, avec des enjeux qui doivent pouvoir se rejoindre dans un contexte de priorités différentes que sont les priorités des différents ministères et organismes

---

<sup>6</sup> Sources : The global Conference on inclusive and sustainable growth through UHC, December 5-6, 2013, Tokyo

impliqués. Dans le même temps, étant donné qu'il s'agit d'un processus qui va impacter de nombreux acteurs de la société, le développement significatif de la CSU ne va pas pouvoir se faire sans un engagement fort au plus haut niveau de l'Etat sur lequel va reposer la stratégie.

## 4. LES FONDAMENTAUX

La stratégie nationale du Tchad pour aller vers la CSU se fonde sur les principes suivants:

- Le principe général est que l'individu doit être protégé contre les risques financiers, et en particulier qu'il faut limiter, voire éviter le paiement direct des prestations de santé au point de consommation

En effet, la pratique du paiement par l'individu au point de consommation, peut décourager les personnes, tout particulièrement les plus pauvres, à se faire soigner. Dans le rapport 2010 sur la santé dans le monde de l'OMS, il a été estimé qu'une majorité des 1,3 milliard de pauvres dans le monde n'a aucun accès aux services de santé, simplement parce qu'ils ne peuvent pas se permettre de payer au moment où ils en ont besoin.

Mais aussi, les paiements directs peuvent générer des dépenses catastrophiques (définies comme le fait de devoir payer directement plus de 40% du revenu du ménage pour des soins médicaux une fois les premières dépenses de nécessité satisfaites), ou entraîner les ménages dans la pauvreté et ce pour plusieurs générations.

Globalement, environ 150 millions de personnes par an font face à des coûts de soins de santé catastrophiques à cause des paiements directs, et 100 millions de personnes passent sous le seuil de pauvreté. Et dans certains pays, chaque année jusqu'à 11% de la population est victime de ce type de difficultés financières et jusqu'à 5% est acculée à la pauvreté car les personnes doivent payer pour des soins au moment où elles les reçoivent<sup>7</sup>.

- Favoriser l'accès aux prestations de santé des plus pauvres et vulnérables

Il est reconnu que la pauvreté n'est pas seulement monétaire mais a plusieurs dimensions. L'une d'elle est la difficulté d'accès aux services sociaux comme la santé et l'éducation, liée tant, par exemple, au poids de la situation géographique, de la culture, de l'isolement par rapport aux réseaux d'information, voir même d'entraide, qu'aux revenus.

Les formations sanitaires doivent être accessibles à tous. Or, force est de constater que cela n'est pas le cas dans bon nombre de pays.

Au Tchad, c'est dans les zones rurales qu'il y a le plus de pauvres et où la profondeur de la pauvreté est la plus importante, mais c'est aussi dans ces zones que les formations sanitaires sont les plus dispersées et/ou trop éloignées des populations, en particulier en ce qui concerne le deuxième et troisième niveau. Bien que des progrès aient été réalisés pour remédier à cette situation, avec beaucoup d'investissements entrepris ces dernières années dans le cadre du budget pétrole notamment, les disparités sont encore fortes. Selon l'enquête Ecosit<sup>8</sup>, les bénéficiaires des quintiles les plus pauvres utilisent respectivement 5 fois moins et 22 fois moins les services des hôpitaux secondaires et tertiaires que ceux du quintile le plus riche. Pour que la couverture de santé soit universelle, et donc ne laisse pas sur le chemin les plus démunis, il faut œuvrer à trouver les voies et moyens pour que l'accès des pauvres et des plus vulnérables soient une réalité. Ceci est une nécessité pour le développement même du pays comme cela a été déjà priorisé dans le Plan National de Développement (PND 2013-2015)

- Mettre l'accent sur la qualité des soins

---

<sup>7</sup> Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:972-983. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972 PMID:17630440 and Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 2003,362:111-117. Cités dans le Rapport sur la Santé dans le monde- 2010 ,OMS.

<sup>8</sup> Troisième Enquête sur la Consommation et le Secteur Informel au Tchad –MEPCI/INSEED-Mars 2013

Il ne suffit pas que les services soient disponibles, encore faut-il qu'ils produisent des prestations de qualité (diagnostics, traitements, activités promotionnelles), ce qui signifie : non seulement des équipements de diagnostic fonctionnels avec donc une maintenance appropriée et des personnels bien formés à leur utilisation, des médicaments qui soient disponibles en quantité et qui soient de qualité, mais aussi que les protocoles soient effectivement suivis, supportés par les supervisions appropriées, que les systèmes de référence et contre référence puissent être opérationnels.

Avec le développement vers la CSU, mécaniquement, la demande de services va s'amplifier. Le risque est grand, si l'on ne prend pas à temps les mesures nécessaires, que les personnels n'y soient pas préparés, comme cela a pu être constaté avec la gratuité des soins d'urgence, que les équipements ne suivent pas, ni les médicaments, et au final que la qualité des soins tant préventifs que curatifs s'en ressentent lourdement. Alors un effet pervers de la CSU serait la dégradation de la qualité avec comme conséquence, l'émergence d'une médecine ou santé à deux vitesses dont les pauvres seraient les perdants.

- Prendre en compte l'inter-sectorialité de la CSU

Il s'agit là d'un autre des principes de base de la CSU. Les parties prenantes de ce processus sont nombreuses ; en effet la CSU est une préoccupation quasi transversale. Non seulement il y a plusieurs ministères autres que celui de la santé qui sont impliqués, soit directement (comme le ministère de la femme et de l'action sociale et solidarité nationale, le ministère de la fonction publique, du travail et de l'emploi, le ministère du plan, celui des finances et budget), soit indirectement (comme le ministère de l'intérieur avec les collectivités locales, celui en charge de l'urbanisme, mais aussi les ministères du transport, de l'agriculture, du commerce etc.), mais également la représentation nationale, les membres de la société civile, les ordres professionnels de santé etc..Par conséquent, la CSU n'est pas l'affaire seulement du ministère de la santé ; même si celui-ci est fortement concerné, il n'en a pas le monopole.

- La CSU n'est pas seulement une question de financement.

En effet, si certaines actions à mettre en place pour atteindre la CSU demandent des moyens financiers : il faut de l'argent pour financer les services de santé, certaines autres actions ne demandent que peu, voire aucun moyen financier ; leur mise en œuvre repose sur d'autres facteurs. On peut citer notamment : la réalisation d'un code de la mutualité qui protège les individus contre les abus possibles, la conscience professionnelle ou valeur travail : la motivation des personnels de santé pour réaliser convenablement leurs activités ne passent pas nécessairement par une motivation extrinsèque de type FBR, mais aussi par la motivation intrinsèque ou par le respect du code du travail. Egalement, en ce qui concerne l'organisation des services, qui est un facteur important de leur efficacité, ce n'est pas nécessairement une augmentation des moyens financiers qui améliorera cette efficacité, mais, par exemple, la mise en place d'instances de concertation et de coordination.

## 5. LES AXES STRATEGIQUES

La vision de la stratégie nationale CSU c'est d'affirmer les trois piliers de la protection sociale en santé qui sont :

- 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 vision de la CSU au Tchad**

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.

La stratégie va donner une vision du futur avec réalisme, et sera suivie par un plan d'action. En effet, si il s'agit fondamentalement d'aller vers la CSU, ce qui est un objectif de long terme, il faut, à moyen terme, poser les jalons pour améliorer la couverture universelle.

La stratégie s'articule autour des six axes 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 des risques ayant une incidence sur la santé
- AXE 6. Prendre davantage en compte les souhaits de la population

- Ces axes recouvrent bien les trois piliers de la Protection Sociale Santé :

l'axe 1, pour ce qu'il concerne le pilier1, les axes 2, 3, 4 pour le pilier 2, l'axe 5 pour le pilier 3 et un axe transversal, sur la gouvernance, qui est l'axe 6.

- Ces axes veillent à ne pas enfermer la stratégie dans ce qui existe maintenant, même si, bien sûr, le Tchad ne part pas de rien. Ils prennent en compte les interventions de plusieurs acteurs, et sont en cohérence à la fois avec la politique nationale de santé et la protection sociale en général.

## AXE 1 : Développer les mécanismes contre les risques financiers

### 1. Introduction

Au Tchad, l'accès de la population aux soins demeure insuffisant malgré les efforts faits par l'Etat. Cette situation est à l'origine de la faiblesse des indicateurs avec son corollaire de taux élevé de mortalité et de morbidité. Les raisons financières y sont pour beaucoup ; à ce jour, la population soit doit payer directement la formation sanitaire à laquelle elle s'adresse soit renonce à se soigner parce qu'elle ne peut pas faire face à la dépense. Certes, le Gouvernement a mis en place des mécanismes de gratuité ; mais majoritairement la population continue de payer ses soins directement au point de consommation. Si elle n'est pas en mesure de le faire, elle est exclue de l'utilisation des services de santé.

### 2. Justification

La protection des populations contre les risques financiers induits par leur demande de santé doit être renforcée afin de limiter ces dépenses qui sont souvent catastrophiques. En effet, les mécanismes d'assurance d'une part et de gratuité d'autre part sont insuffisants pour palier des effets néfastes du paiement direct.

### 3. Objectif spécifique

Accélérer la mise en place des mécanismes protégeant la population contre les risques financiers en limitant le paiement direct au point de consommation.

### 4. Composantes

Aujourd'hui, comme cela a été montré dans l'analyse de la situation, les mécanismes de protection contre les risques financiers sont peu développés, y compris par rapport aux autres pays de la région. En outre, les quelques mécanismes existants ont été développés indépendamment les uns des autres, de telle sorte que l'on assiste à des chevauchements voire même des incohérences.

Il convient donc de développer la protection contre les risques financiers mais ce développement doit être fait dans une vision cohérente, ce qui induit les principes suivants :

- Il ne s'agit pas d'avoir un seul mécanisme de protection contre les risques financiers ;
- Mais il s'agit, d'entrée de jeu, de rechercher les synergies entre les mécanismes retenus ;
- Il faut placer leur évolution dans le temps ; le système doit être évolutif.

Les mécanismes retenus sont de nature différente : on distinguera les mécanismes assurantiels et les mécanismes assistantiels.

#### **Les mécanismes assurantiels**

Les mécanismes assurantiels concernent les mécanismes qui font appel à l'assurance pour couvrir les risques de santé encourus par les populations. Il s'agit donc ici de développer un système cohérent d'assurance santé couvrant progressivement une large partie de la population.

#### *Les mutuelles de santé*

Comme cela a été rappelé dans l'état de la situation, les mutuelles de santé sont très peu développées au Tchad. Il convient d'accélérer leur développement. L'Etat, comme les Partenaires Techniques et Financiers, doivent accompagner ce développement. Accompagner signifie : donner l'expertise aux mutuelles pour s'installer et fonctionner, contribuer financièrement à la mise en place des mutuelles, aider à la définition des cotisations et des paquets de prise en charge.



Toutefois, ce développement des mutuelles doit se faire dans le cadre plus général du développement du système d'assurance santé.

#### *L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)*

Aujourd'hui, l'AMO n'existe pas. Des jalons ont été posés, et la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) prône sa mise en place. Elle relèvera du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de l'Emploi et l'opérateur pourrait en être la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). L'assurance maladie obligatoire concerne les travailleurs du secteur formel public et privé (par public il faut entendre civil et militaire).

Il convient de considérer que, même avec une forte volonté, cette mise en place demandera un certain temps. Sa mise en place se fera préalablement à travers un ensemble de dispositifs juridiques, notamment une loi qui crée le cadre organique et des textes d'application qui fixent les modalités pratiques de son organisation et son fonctionnement.

#### *Harmonisation des deux mécanismes*

Le développement de ces deux mécanismes -mutuelles de santé et AMO- ne doit surtout pas se faire séparément. Dès aujourd'hui, il faut chercher l'harmonisation de ces mécanismes. Cette harmonisation peut concerner les points suivants : définition des paquets de soins pris en charge, et ce, à chaque niveau du système de santé, modalités de paiement des prestataires, négociation des tarifs avec les formations sanitaires et autres prestataires de services, contractualisation avec les formations sanitaires, etc...

Cette harmonisation peut être progressive, mais il est important de l'enclencher dès à présent. Cette harmonisation ne peut pas être imposée par une réglementation ; elle devra se faire par la négociation, l'entente et le recours à la contractualisation.

Il est important que cette harmonisation soit impulsée par un acteur autre que ces deux parties prenantes. Un texte devrait fixer les modalités de cette harmonisation.

Il faut peut-être avoir à l'esprit que cette harmonisation pourrait éventuellement déboucher à terme sur une fusion des deux mécanismes.

#### **Les mécanismes assistantiels**

Comme indiqué dans l'analyse de la situation, il existe actuellement plusieurs mécanismes d'assistance : gratuité des soins d'urgence, gratuité ciblée des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans, gratuité des maladies endémiques et épidémiques, gratuité pour les fonctionnaires. Ces mécanismes d'assistance ciblent des populations spécifiques, mais il n'est aucunement tenu compte des capacités contributives de ces populations. La raison en est bien sûr connue : il est difficile d'identifier les populations pauvres et vulnérables qui constituent pourtant la cible principale de ces mécanismes.

- A court terme, il s'agira donc de progressivement prendre en compte cette dimension des revenus de la population dans les mécanismes ci-dessus. Ce ciblage des populations pauvres n'est pas aisé à faire et il est souvent reconnu que l'administration seule ne peut pas y parvenir. Il faut alors rechercher l'appui des communautés dans les différentes organisations les représentant : associations, municipalités, société traditionnelle, représentants des religions.

- A plus long terme, le mécanisme privilégié sera celui de l'*affiliation* des populations pauvres et vulnérables aux mécanismes assurantiels. Ce mécanisme signifie que l'État, ou éventuellement un partenaire technique et financier décide de prendre en charge les cotisations d'assurance d'une catégorie de population (les indigents, les femmes enceintes, les malades du SIDA, etc.). Ainsi, les personnes considérées deviennent des membres à part entière du mécanisme d'assurance et bénéficient

des mêmes droits: il n'y a donc pas de stigmatisation de la population ainsi aidée. Par une telle stratégie, le financeur ne crée pas une nouvelle structure et, de plus, renforce le mécanisme classique d'assurance en répartissant ses charges sur une plus large population d'affiliés.

Cette stratégie peut se faire avec l'utilisation de financements nouveaux et supplémentaires : cela pourrait être le cas, par exemple, avec des financements innovants dont les recettes seraient affectées à ces affiliations.

Mais cela peut l'être en mobilisant l'argent actuellement utilisé par les mécanismes de gratuité. Ainsi, l'argent de la gratuité, plutôt que de financer directement les formations sanitaires, serait consacré à l'affiliation des populations pauvres et vulnérables. Dans ce cadre, il sera nécessaire d'entreprendre un travail de consolidation de l'information concernant les différents segments de gratuité existants, en particulier pour connaître les dépenses totales dans ce domaine, afin d'apprécier le montant qui pourrait être alors réaffecté à la prise en charge des cotisations des pauvres et vulnérables pour leur affiliation.

Une telle stratégie d'affiliation n'est pas simple à mettre en place. Notamment, elle a un préalable qui ne doit pas être négligé, à savoir que les mécanismes d'assurance qui accueilleront cette stratégie doivent être solides et que leurs capacités gestionnaires doivent leur permettre d'accueillir cette nouvelle fonction.

Concrètement cette affiliation peut être réalisée par chacun des deux mécanismes assurantiels – mutuelles de santé et AMO. Faut-il faire un choix entre ces deux mécanismes ? Il faudra y réfléchir en menant les études appropriées et en se servant de l'expérience d'autres pays s'étant orientés vers cette stratégie.

- Il est possible que de nouveaux mécanismes assistantiels voient le jour, comme par exemple, la création de *fonds de solidarité*. Ces mécanismes permettent de cibler des actions bien spécifiques : catastrophes, sinistres spécifiques, épidémies. D'une part, il s'agit de s'assurer de l'autonomie réelle de ces fonds de solidarité : comment ces fonds sont abondés et comment leur argent peut être utilisé. D'autre part, il convient de s'assurer que ce nouveau mécanisme n'est pas indépendant du système décrit ci-dessus et de sa cohérence.

En conclusion, il est donc urgent de développer des mécanismes de protection des individus contre les risques financiers. Mais il est également urgent de le faire dans un cadre cohérent évitant les fragmentations, les juxtapositions, les chevauchements. Il faut cependant prendre conscience que l'achèvement de la mise en place d'un tel cadre ne peut que se construire progressivement par la recherche des synergies entre les mécanismes existants et avec les mécanismes nouveaux.

## **AXE 2 : Mobiliser les ressources financières pour la CSU**

La mobilisation des ressources financières pour la CSU sur le long terme est un des grands enjeux du deuxième pilier de la protection sociale en santé. Il s'agit dans cet axe stratégique de mobiliser des financements publics, qu'ils soient internes ou externes. D'autres financements de la santé existent au Tchad, tels que : le recouvrement des coûts, les mutuelles de santé, ou des assurances, mais ils ne rentrent pas dans cette catégorie de financements.

### Justification de l'axe

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.

Ce développement va devoir reposer principalement, sur des ressources publiques internes afin d'assurer sa pérennité sur le long terme. Ces dernières années les revenus du pétrole sont importants dans le Budget Général de l'Etat, cependant, ils ont un caractère volatile car leur tendance sur le long terme découle non seulement des cours sur les marchés mondiaux, mais aussi des capacités de production des gisements en cours et de la découverte des nouveaux gisements.

Sachant que les ressources issues du pétrole, constituent une source non durable, il apparaît nécessaire pour le gouvernement de développer ses ressources fiscales et non fiscales hors pétrole, ainsi que des ressources publiques internes non traditionnelles afin de promouvoir la CSU.

Par ailleurs, dans le contexte de l'Aide Publique au Développement et de la recherche de la croissance inclusive, le Tchad sollicitera la contribution de l'extérieur pour soutenir le processus CSU.

Le principe de base de cet axe est donc bien d'assurer des financements publics pérennes pour le développement vers la CSU.

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

### Composantes :

Cet axe repose sur quatre composantes ; trois se situent dans le cadre de la mobilisation de ressources publiques internes, et la quatrième, concerne les ressources publiques externes.

### **1. Le gouvernement s'engage à prioriser le secteur de la santé dans sa politique budgétaire tout au long du processus vers la CSU**

Ces dernières années, on note un effort significatif de l'Etat pour le budget de la santé sur les ressources internes hors dette et financement extérieur, retracé par l'indicateur : budget de la santé/ budget général de l'Etat qui est passé de 5,65 % en 2012 à 8,50 % en 2013. Il s'agit là des Lois de Finances Rectificatives (LFR). C'est un bond important qui inverse la tendance des dernières années où il était en moyenne autour de 5 %. A cela s'ajoute les investissements importants en infrastructures faites sur le budget pétrole et l'intérêt porté à la santé par les plus hautes autorités.

Il est souhaitable que cet effort soit soutenu. Pour 2014, le ratio passe à 8,76%. Toutefois, cette augmentation est à mettre en perspective avec la fusion du Ministère de la Santé et celui des Affaires Sociales et de la Famille. En effet, comparée à la situation prévalant pour chacun des deux ministères dans la LFR de 2013, le ratio a en réalité diminué de 0.5 point.

## **2. Trouver avec le Ministère des Finances et du Budget des financements innovants internes pour couvrir les besoins de la CSU**

Afin de mobiliser plus de ressources financières internes pour la CSU de nombreux financements dits innovants se sont développés de par le monde ; il s'agit généralement de taxes ou autres prélèvements obligatoires nationaux (comme sur la téléphonie mobile, ou sur les opérations de change, ou autres..), mis en place pour être affectés directement aux besoins de la CSU. Ces financements se distinguent, par exemple, des taxes sur des produits nocifs pour la santé affectées au secteur de la santé, qui elles, par contre sont assez répandues.

Au Tchad, des financements internes de ce type existent mais concernent essentiellement d'autres domaines que la santé, comme : le sport, l'environnement, les statistiques. En effet, à l'exception de la lutte contre le SIDA, il n'y a pas de tels financements actuellement dans le secteur de la santé.

Quelles que soient les taxes collectées pour ces financements, la téléphonie mobile est largement mise à contribution : c'est le cas du sport, où c'est la base du prélèvement et, dans une moindre mesure, pour les anti rétro viraux (ARV) où la taxe porte à la fois sur plusieurs produits qui sont nocifs à la santé (tabac, boissons gazeuses, vins, eau de vie, liqueurs) mais également sur les cartes prépayées téléphoniques.

Compte tenu de cette relative étroitesse de l'assiette, combinée au fait que, de manière plus générale, la mobilisation des ressources fiscales hors pétrole reste faible au Tchad, notamment pour des raisons structurelles qui demandent des réformes conséquentes, il conviendra, en ce qui concerne le développement des financements innovants internes pour la CSU :

2.1. d'organiser des rencontres, ateliers, études sur les financements innovants possibles, et leurs implications afin d'explorer de manière réaliste, avec le Ministère des Finances et du Budget, la possibilité, sur le moyen terme, d'élargir l'assiette fiscale pour des financements innovants internes

2.2. d'étudier la mise en œuvre des financements retenus et par conséquent, tout particulièrement de :

- réfléchir au mode de collecte
- rechercher le mode de gestion le plus efficace compte tenu des réalités locales (par ex. à travers une institution autonome ou bien en utilisant les Comptes Spéciaux du Trésor)
- prévoir les systèmes de contrôle, d'évaluation, de mise à jour

2.3. ensuite mettre en œuvre la gestion de ces fonds dans toutes les dimensions ci-dessus énoncées.

## **3. Mettre en place un cadre de concertation permanent entre le MSP et le MFB institutionnalisé par un acte pris d'un commun accord.**

Pour optimiser la mobilisation des ressources publiques internes en liaison avec les besoins de la CSU et rendre leur utilisation efficace, il sera nécessaire d'établir un cadre de concertation tel que :

3.1. Il sera assuré un dialogue permanent autour de la détermination de l'espace budgétaire.

3.2. Il sera recherché comment améliorer la Gestion des Finances Publiques au sein du MSP, et réciproquement au MFB en relation avec le MSP, notamment pour garantir le niveau des allocations, des engagements de crédits suffisants et de s'assurer de leur paiement

3.3. Il sera assuré la coordination des ressources destinées à la santé prises en compte dans les différents ministères notamment : le Ministère de la Défense Nationale, le Ministère des Infrastructures.

#### **4. Engagement des partenaires techniques et financiers, y compris les fonds des initiatives mondiales à intégrer la CSU dans leurs interventions.**

Cet engagement peut notamment se traduire, par exemple dans un premier temps, à travers le PACTE.

Actuellement, avec des initiatives comme le réseau P4H, se développent des interventions coordonnées des partenaires techniques et financiers en direction de la CSU. Mais il n'en reste pas moins que dans leur ensemble, les PTF doivent être encore largement sensibilisés pour des appuis concertés à la CSU. De plus, les fonds d'initiative internationale, qu'ils soient multilatéraux (tels Fonds Mondial, GAVI) ou privés (Fondation Bill et Melinda Gates), mobilisent d'importantes ressources financières pour la santé, mais n'interviennent pas dans la CSU ; ils doivent être tout particulièrement sollicités pour prendre en considération cette dimension.

4.1. Quelle que soit l'origine de ces appuis, cette prise en compte doit être :

- aussi bien d'ordre technique que financier
- dans le respect de la Déclaration de Paris, elle doit s'aligner sur les priorités du gouvernement dans le cadre de la stratégie nationale CSU ; les interventions devront donc être prévisibles, et seront coordonnées par le gouvernement afin qu'elles ne soient pas dispersées.

4.2. La mobilisation pourra se faire à travers l'organisation des tables rondes, forums, conférences.

### **AXE 3 : Utiliser les ressources plus efficacement et équitablement**

#### Justification :

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.

C'est le cas, lorsque par exemple, en période de fortes pluies, ils sont coupés des formations sanitaires, ou bien sont victimes des ruptures de stocks de médicaments, ou ne trouvent pas de personnels ayant la compétence ou les moyens de diagnostic ou de traitement pour prendre en main leur problème de santé. Mais aussi lorsqu'ils doivent subir de longues files d'attente au CS ou à l'hôpital, lorsqu'ils sont mal accueillis alors même qu'ils sont fragilisés par leur état de santé, mais également du fait qu'il n'y ait pas une fidélisation du personnel dans les structures sanitaires qui puisse permettre d'établir une relation de confiance avec la population, il y a là autant de situations qui font que l'individu ne peut pas se sentir protégé.

Et de manière plus générale il y a des écarts entre les annonces publiques des politiques de santé et le ressenti de la population.

Objectif recherché : Obtenir de meilleures prestations ou services de la part du système de santé.

#### Composantes :

Les orientations stratégiques définies dans cet axe doivent permettre de remédier à la situation décrite plus haut en mettant l'accent sur l'équité, l'efficacité et l'efficacités des dépenses de santé pour assurer le développement de la CSU (en utilisant au mieux les ressources disponibles) :

#### **1. La disponibilité des infrastructures, équipements de qualité dans toutes les structures et leur maintenance :**

L'insuffisante dotation en infrastructures et en équipements de qualité rend difficile l'accès aux soins de santé aux populations du Tchad. Certes des efforts ont été faits par le Gouvernement dans les constructions des infrastructures sanitaires, mais le problème persiste. Actuellement, la distance moyenne qui sépare le citoyen d'un centre de santé est d'environ 10 km. Certaines localités se trouvent à une centaine de kilomètres des hôpitaux de district. Les communautés ne se sentiront protégées que si elles ont la possibilité de régler leurs problèmes de santé dans des structures de proximité (centres de santé ou postes de santé), ou si elles peuvent rapidement atteindre des hôpitaux équipés à minima en cas de complication de leur état de santé. Pour ce faire, les investissements, outre le fait qu'ils permettront la construction des infrastructures et l'acquisition des équipements nouveaux, doivent inciter à leur entretien afin de garantir leur viabilité.

Les actions à mener vont consister à :

- améliorer la proximité des infrastructures sanitaires avec les communautés à travers la construction de nouveaux centres de santé et instauration des postes de santé dans les localités reculées ;

-étendre les stratégies mobiles dans toutes les localités d'accès difficiles ;

-assurer la maintenance régulière des infrastructures et équipements, tant préventive que curative. En effet, l'absence ou l'insuffisance de maintenance avec son corollaire : des équipements défectueux donc inutilisables voire même laissés à l'abandon à la vue des patients, a un effet désastreux sur la confiance que la population peut avoir dans la formation sanitaire à laquelle elle s'adresse.

## **2. Le renforcement des structures de soins (CS et Hôpitaux) en personnels qualifiés, compétents et motivés :**

La mauvaise utilisation des personnels de santé dans les CS et les hôpitaux, leur démotivation et l'insuffisance des valeurs humanistes constituent un frein à l'accès de la population aux soins de qualité. Dans le cadre de la couverture sanitaire universelle, les malades ne peuvent se sentir protégés que, lorsqu'à leur arrivée dans les CS ou les hôpitaux, ils trouvent des infirmiers ou des médecins accueillants et qui leur donnent des soins de qualité.

Or au Tchad, bien que 80 % des soins soient dispensés dans les CS et les Hôpitaux de district, on constate malheureusement que 90 % des centres de santé ruraux ont un seul infirmier. Et en cas d'absence de cet unique infirmier les individus se trouvent alors confrontés à un CS fermé.

L'objectif recherché par cette composante est d'assurer la présence des agents de santé compétents dotés des sens humanistes dans les structures de soins de manière à ce que les populations puissent facilement avoir accès aux soins de qualité. Les actions ci-dessous sont nécessaires pour atteindre cet objectif. Il s'agit de :

- doter les centres de santé ruraux et les hôpitaux de district des agents de santé en tenant compte des normes opérationnelles contenues dans le plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé. Une attention particulière sera accordée aux structures de santé se trouvant dans les zones déficitaires ;
- renforcer les capacités des agents de santé en tenant compte des problèmes de santé spécifiques des régions et en leur inculquant des valeurs humanistes (savoir accueillir, écouter et renseigner les malades, etc.) ;
- mettre en place dans les hôpitaux et les centres de santé l'incitation à la performance à travers l'extension du FBR, en privilégiant les éléments de qualité pour que l'individu se sente pris en charge de manière efficace;
- impliquer davantage les relais communautaires dans la résolution des problèmes de santé prioritaires dans les communautés et développer des mécanismes pour les motiver à travers le FBR et les activités génératrices des revenus telles que les coopératives.
- Mettre en place des dispositifs de relais pour assurer la fonctionnalité permanente des structures de santé.

## **3. La disponibilité permanente des médicaments de qualité dans toutes les structures :**

La faiblesse de l'approvisionnement et de la distribution en médicaments et consommables médicaux est l'un des maux dont souffre le système de santé au Tchad. Des ruptures des molécules essentielles et d'importantes péremptions des médicaments sont constatées régulièrement dans les régions. A défaut d'avoir accès aux médicaments de qualité, les couches pauvres et vulnérables se tournent soit vers la médecine traditionnelle en consommant des décoctions dont les principes actifs sont peu ou pas du tout maîtrisés, soit vers le marché illicite des médicaments avec tout le risque que comporte l'automédication.

L'objectif de cette composante étant de rassurer les populations dans la disponibilité et la facilitation d'accès aux médicaments, les principes d'action seront alors :

- de réduire les prix des médicaments en particulier des médicaments essentiels
- de limiter l'automédication
- de disponibiliser les médicaments dans les structures sanitaires

Il s'agit là d'autant d'interventions qui sont développées dans le PNDS.

#### **4. Le développement de l'assurance qualité pour les formations sanitaires**

Qu'ils s'agissent 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.

Or, la santé étant un domaine bien particulier où l'individu n'est pas à même d'apprécier par lui-même la qualité du service qu'il va recevoir, il va se sentir protégé si la formation sanitaire à laquelle il va s'adresser ou être adressé, a été reconnue officiellement comme délivrant des prestations correspondant aux standards de qualité couramment admis. Ceci peut être le cas à travers l'établissement d'un système de labellisation pour les formations sanitaires, reposant sur un ensemble de critères ou indicateurs retenus et dûment suivis. Ce label serait bien sûr largement porté à la connaissance du public et/ou affiché avec son explication, dans les formations sanitaires.

Ceci reposera sur un travail en profondeur de mise à niveau des différentes structures de santé et donc de longue haleine, mais qui stimulera la recherche de la qualité à travers tout le pays.

Pour ce faire, il va donc s'agir :

- d'inscrire l'assurance qualité de façon progressive dans le secteur de la santé, afin que tout individu puisse se sentir rassuré lorsqu'il est pris en charge par une formation sanitaire.

#### **5. L'amélioration des modes des paiements**

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...) va impacter sa manière de produire. Ainsi, les modes de paiement ne sont pas neutres en termes d'effet sur la CSU : à la fois ils vont peser sur la qualité des prestations, mais aussi sur les coûts de la stratégie nationale de la CSU.

Les modes de paiement jusque-là utilisés au Tchad n'ont pas véritablement favorisé l'accès aux services de soins de qualité à tous. L'idéal recherché à travers cette composante de la CSU est que le patient dès son accueil au centre de santé jusqu'à sa sortie doit percevoir et constater qu'il fasse l'objet d'une attention particulière à toutes les étapes. Les modes de paiement doivent inciter à la promptitude, au souci d'efficacité de service chez le personnel médical.

Les choix possibles sont généralement les suivants : le paiement des prestations à l'acte, le paiement des prestations à la pathologie, le paiement à la capitation (prise en charge minimale), le paiement sur le budget de l'Etat, le paiement à la performance. Les trois premiers d'entre eux sont le fait des patients directement, de leurs représentants que sont les mécanismes d'assurance, ou de mécanismes d'assistance. Les deux derniers sont le fait de l'Etat ou de partenaires au développement. Chacun des ces mécanismes présentent des avantages et des inconvénients. Il s'agira d'analyser ces mécanismes et retenir ceux qui sont le plus pertinents dans le cadre de la CSU.

Ces mécanismes peuvent être établis par voie réglementaire : ils s'imposent alors à tous uniformément ou ils peuvent être établis par la négociation-contractualisation. C'est ce qui se passe généralement lorsqu'on est en présence de mécanismes d'assurance.



## **AXE 4 : Favoriser le Partenariat Public-Privé pour renforcer l'offre de services de santé**

La population souhaite que l'offre de services de santé soit la meilleure possible et réponde à ses souhaits. C'est parce qu'elle saura compter sur de tels services de santé qu'elle se sentira mieux protégée, mieux couverte. Une des voies pour atteindre cet objectif consiste à ce que tous les acteurs de la santé, publics comme privés, y contribuent au mieux.

### **1. La diversification des prestataires de services de santé**

En facilitant, au côté du secteur public, le développement de différentes catégories de prestataires privés, on donne davantage de choix aux populations. Celles-ci ne seront plus face à une offre unique qui, pour des raisons diverses, peut ne pas rencontrer leur satisfaction. Pour des raisons qui leur appartiennent, certaines personnes préféreront s'adresser à un centre de santé tenu par une congrégation religieuse, d'autres à un médecin en pratique libérale, d'autres encore à un prestataire du secteur public. Il convient ainsi de faciliter le développement de ces acteurs privés –privés lucratifs (médecine libérale ou cliniques privées), privés sans but lucratif à partir d'ONG ou d'acteurs confessionnels- voire d'encourager ce développement par des stratégies appropriées (facilitation à l'installation, exonérations diverses, détachement de personnels du secteur public, etc.). Avoir un choix et un libre choix donne à la population le sentiment que le système de santé répond mieux à ses besoins. Cette diversification des prestataires de services de santé aura par ailleurs l'intérêt d'introduire entre eux une certaine stimulation ou compétition qui sera bénéfique aux populations. La compétition peut s'avérer un excellent outil d'incitation à la performance des prestataires de services de santé.

Toutefois, ce développement doit être encadré. Un développement anarchique de ces acteurs aurait l'effet exactement contraire de ceux qui sont présentés ci-dessus. Pour cela :

- La Politique nationale de santé, mais aussi les autres documents de politique élaborés par les autres ministères impliqués dans la CSU contribuent grandement à ce cadrage, car ils amènent tous les acteurs à agir dans la même direction
- Mais il faut aussi renforcer le contrôle des prestataires de services de santé, mais aussi des mécanismes de protection contre les risques financiers, afin qu'ils ne mettent pas en place des pratiques qui soient nuisibles à l'intérêt des populations. Les Ministères impliqués dans la CSU doivent assurer cette fonction : inspection, contrôle, respect des normes, d'une certaine tarification. Une bonne mise en place de cette fonction protège la population contre les abus possibles.

### **2. La collaboration entre les acteurs de la santé**

Mais il apparaît utile de renforcer les synergies et les complémentarités entre tous ces acteurs. Il est important qu'une dynamique de compétition ne débouche pas sur des situations d'affrontement entre ces prestataires, situations qui ne peuvent que nuire aux intérêts des populations. La collaboration entre les prestataires de services de santé rencontre l'intérêt des populations. Donnons ici deux exemples afin de montrer comment cette collaboration sert l'intérêt des populations :

- Collaboration entre les prestataires de services de santé et les mécanismes de protection contre les risques financiers (mutuelles de santé ou systèmes d'assurance type AMO). L'entente entre ces deux acteurs intéresse les personnes concernées. Par exemple, la mise en place d'un mécanisme de tiers payant, lequel nécessite une entente entre ces acteurs, rencontrera l'adhésion des personnes concernées car elle facilitera la relation qu'a ces personnes avec ces deux acteurs;
- Collaboration avec les ONG et associations : il est généralement admis que les ONG et associations sont en contact étroit avec les populations : elles sont implantées dans les communautés,

elles connaissent leurs besoins. Il est alors important que les prestataires de services de santé entretiennent des liens étroits avec ces ONG et Associations. Là encore, cela entraîne la mise en place de relations contractuelles afin de garantir au mieux cette collaboration.

D'une manière générale, la contractualisation est un instrument qui permet cette collaboration entre les prestataires de services de santé, mais aussi avec les mécanismes de protection contre les risques financiers. La Politique nationale de contractualisation qui a été révisée en 2014 offre un cadre à cette collaboration entre les prestataires.

La mise en place de cette diversification et de cette collaboration des acteurs demande du temps et des efforts. La placer dans le cadre général de la dynamique CSU peut s'avérer une stratégie efficace parce qu'elle place la population au centre de cette préoccupation.

## AXE 5 : Prévenir les risques ayant une incidence sur la santé

### Justification

Dans leur vie quotidienne, les individus sont exposés à un certain nombre de risques dont plusieurs ont un lien avec la santé: ainsi, un individu est exposé aux risques d'accidents de la route, à différentes formes de contamination (alimentaires, environnementales (pollution), tabagisme passif, etc.), à des catastrophes naturelles ou climatiques, des risques d'agression (sécurité), etc. Face à ces risques, l'individu ne se sent pas toujours protégé. Il est alors du devoir de la société de le protéger contre ces risques qui ont des incidences sur sa santé.

Par exemple, lorsqu'on prend une mesure pour interdire le tabagisme dans les lieux publics, cela protège les citoyens contre les risques liés au tabagisme. Si l'individu peut contribuer à se protéger par lui-même contre ces risques, ce rôle revient plus généralement à l'État qui agira ainsi dans le sens de l'intérêt général. Toutes sortes de mesures sont possibles: certaines peuvent être basées sur la contrainte (interdiction de fumer dans les lieux publics), d'autres peuvent être basées sur des incitatifs financiers (augmentation des taxes sur le tabac), d'autres peuvent être basées sur l'éducation (programme d'information sur les risques liés à la consommation de tabac).

La taxation peut être un moyen pour agir sur les comportements des individus. Par exemple, l'Etat peut décider de taxer plus fortement les boissons sucrées afin de réduire l'obésité et par conséquent les dépenses de santé induites. C'est ainsi que le gouvernement décide, dans l'intérêt des individus mais aussi de ses propres intérêts de protéger l'individu contre certains risques. En effet, l'individu n'a pas toujours une perception claire et explicite de la nécessité de cette couverture. Ainsi, il souhaite ne pas être victime des mauvais comportements sur les routes, mais il ne se comportera pas toujours lui-même comme il serait souhaitable. L'État agira alors contre le souhait de certains citoyens mais dans l'intérêt (général) de la population.

### Composantes de l'axe

Cet axe envisage donc les actions que l'Etat peut prendre afin de prévenir les risques ayant une incidence sur la santé des individus. Ces actions sont l'affaire de tous les ministères sans exception. Tous sont potentiellement concernés ; pourtant ce sont aux ministères impliqués dans la CSU d'être vigilants et de veiller à ce que ces actions soient menées. Concrètement les actions à mener doivent être coordonnées par l'Unité opérationnelle d'appui à la mise en œuvre de la CSU (cf. partie sur le dispositif institutionnel). Ces actions s'inscrivent dans deux directions :

1. S'assurer que les acteurs de la CSU sont présents au niveau d'actions et activités menées par d'autres acteurs. Par exemple, il convient de s'assurer que, lorsque le ministère des infrastructures veut construire une nouvelle route, le Ministère de la Santé Publique sera associé à ce projet afin qu'il puisse donner son avis sur les risques de santé que le projet peut faire encourir à la population. Il faudra ainsi réfléchir à l'élaboration de textes obligeant ces différents acteurs à prendre l'avis du Ministère de la Santé Publique ;

2. Initier des actions spécifiques. Sous l'impulsion de cette Unité opérationnelle d'appui à la mise en œuvre de la CSU, les acteurs concernés par la CSU devront mener des actions spécifiques visant à diminuer l'exposition de la population aux risques ayant une incidence sur la santé. De telles actions sont potentiellement très nombreuses et toutes ne peuvent pas être menées. Il s'agira, au niveau des plans d'actions annuels qui seront établis, de choisir certaines actions qui sont les plus facilement réalisables et qui ont une grande visibilité. Ces actions pourront recourir à des moyens divers : campagne d'information et de sensibilisation (par exemple, dans le domaine de la sécurité routière), élaboration de normes et réglementation (par exemple, dans le domaine de l'alimentation, date limite de vente, interdiction de fumer dans certains lieux publics), mise en place d'une taxation spécifique sur certains biens dont on connaît les effets néfastes sur la santé des populations, etc.

## **AXE 6 : Prendre davantage en compte les souhaits de la population.**

Très souvent ce sont les institutions ou acteurs qui pensent à la place des individus à propos de contre quoi et comment les protéger, mais rarement ils demandent leur avis afin de le prendre en compte. Le principe de base de cet axe est 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.

### Justification

En effet, d'une part, la population doit être tenue informée des différentes étapes du processus afin qu'elle puisse comprendre son développement. Une information de qualité et accessible, non seulement est à la base de la transparence, mais elle permet de rassurer la population sur ce qu'elle peut réellement attendre de la mise en œuvre de la stratégie. Par exemple, l'insuffisance d'information (tant quantitative que qualitative) lors de la mise en place de la gratuité, a pu expliquer, pour partie, à la fois la difficulté du personnel et plus généralement des structures à faire face à cette stratégie, mais aussi le comportement des patients qui ont pu être amenés à continuer à payer pour des prestations pourtant devenues gratuites.

D'autre part, informer la population est certes nécessaire mais non suffisant : encore faut-il que les différentes institutions ou acteurs impliqués rendent compte à chaque étape des résultats attendus et atteints par la politique mise en place.

De plus, pour à la fois connaître leurs attentes mais aussi gagner la confiance des populations, il est important que les individus puissent exprimer leurs plaintes et que non seulement ces plaintes soient recueillies mais effectivement prises en compte. Ainsi, lorsque les individus sont mal accueillis dans une formation sanitaire, s'ils n'ont pas pu recevoir de médicaments, s'ils ont du payer plus qu'il ne fallait, s'ils ont du subir un parcours anormalement long pour accéder à la structure sanitaire de référence, s'ils ont du attendre longuement avant de voir un personnel soignant, si les locaux ou les équipements étaient mal entretenus etc., ils doivent pouvoir aisément se plaindre, en étant assuré que des mesures seront prises pour qu'une réponse soit apportée.

L'objectif recherché : c'est de garantir la bonne gouvernance du processus dans ses dimensions : transparence, redevabilité, recueil et prise en compte des plaintes.

### Composantes de l'axe

Les actions à initier pour cet axe s'inscriront dans les cinq orientations suivantes :

#### **1. Consulter la société civile sur les besoins en protection sociale santé et développer un dialogue régulier autour de ses souhaits et/ou de ses propositions**

#### **2. Mais aussi saisir directement les besoins des populations au moyen d'enquêtes et/ou des sondages d'opinion auprès des ménages :**

- en veillant à utiliser les résultats des enquêtes qui sont déjà disponibles
- en menant des enquêtes auprès d'un échantillon représentatif ou, chaque fois que pertinent, en se greffant aux enquêtes prévues par ailleurs comme par exemple les enquêtes qui seront menées dans le cadre de la mise en œuvre de la SNPS ou d'autres enquêtes nationales telles que les enquêtes sur les Privations Multidimensionnelles et la Vulnérabilité au Tchad (EPMVT) conduites par l'INSEED.

#### **3. Dans le cadre du système de suivi de la mise en œuvre de la stratégie CSU utiliser des indicateurs de résultats qui puissent être communiqués largement et régulièrement.**

#### **4. Développer l'information de la population sur la CSU en se basant sur les relais de communication**

Ces relais peuvent être : les COSAN, COGES, par exemple au début du processus, puis plus tard les organes issus de la décentralisation. Mais aussi, les leaders traditionnels religieux administratifs militaires et politiques, les coopératives communautaires, les associations de la société civiles et villageoise, les mass-médias (radio communautaires, crieurs publics etc.), qui peuvent être autant de canaux d'information appropriés.

#### **5. Rechercher puis mettre en place des mécanismes de recueil et de prise en compte des plaintes des usagers.**

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

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

## 6. LE DISPOSITIF INSTITUTIONNEL

### 6.1. Dispositif institutionnel de la SNPS

L'encadré ci-dessous rappelle le dispositif institutionnel de la Stratégie nationale de la Protection Sociale du Tchad (SNPS) :

La mise en œuvre de la SNPS est principalement organisée comme suit :

- **Le Haut Comité de Pilotage interministériel (HCP) pour la stratégie de la protection sociale : est organisé** autour du Premier Ministre, il rassemble les ministres concernés et doit veiller à la bonne mise en œuvre de la SNPS.
- **Le Comité de Pilotage :** autour du Secrétaire Général du Ministère du Plan, il rassemble les Secrétaires généraux des Ministères concernés, mais aussi les PTF, les ONG, le Parlement... Il est chargé d'évaluer la mise en œuvre globale de la SNPS. Différentes Directions, dont le rôle n'est pas bien défini, y sont aussi membres.
- **Le Comité Technique de la Protection Sociale (CTPS) :** Le CTPS est chargé du suivi de la mise en œuvre de la stratégie. Il est composé des Directions techniques concernées et présidé par le Directeur en charge du suivi et évaluation du Ministère en charge du Plan. Le Comité Technique est appuyé dans sa mission par quatre groupes de travail correspondant aux quatre axes stratégiques de la stratégie. Il s'agit de : l'assistance et l'action sociales pour les groupes vulnérables (1); la sécurité sociale et l'emploi (2); la sécurité alimentaire et la nutrition (3); et les services sociaux de base (4). Un seul Comité technique pour les 4 groupes thématiques.
- **Les Comités de Suivi Régionaux (CSR) de la stratégie nationale de protection sociale :** Présidés par les Gouverneurs des régions, ils sont responsables du suivi de la mise en œuvre de la SNPS.

### 6.2. Dispositif institutionnel de la SN-CSU

**La CSU étant un élément intégral de la SNPS, le dispositif institutionnel de la SN-CSU et son articulation restent un mécanisme de gestion de la SNPS.** Afin d'être effective, la SN-CSU doit avoir un dispositif institutionnel à même de faciliter sa mise en œuvre, tant au niveau central que dans les Régions.

- **L'unité opérationnelle d'appui à la mise en œuvre de la CSU :**

Afin d'éviter la dispersion des activités et s'assurer que toutes ces activités contribuent efficacement à la mise en œuvre de la CSU, et compte tenu de son caractère intersectoriel, il y a besoin de coordination et d'innovations pour y répondre. A cet effet, cette fonction sera assurée par une unité opérationnelle d'appui à la mise en œuvre de la CSU. Cette unité opérationnelle qui doit être au service des acteurs responsables des activités CSU, aura les attributions suivantes :

- Assurer l'information auprès des différents acteurs responsables des activités de la CSU (diffusion de la SN-CSU, information sur les expériences des autres pays, ...);
- Contribuer à la mise en œuvre des axes stratégiques de la SN-CSU, ce qui signifie notamment :
  - 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 CSU

-Coordonner les formations concernant la CSU, notamment aux niveaux périphériques ;

-Elaborer et alimenter en information les indicateurs de suivi de la mise en œuvre de la CSU, articulés avec ceux de la SNPS ;

-Contribuer à l'évaluation des activités menées dans le cadre de la CSU.

En résumé, cette unité opérationnelle est une interface entre les responsables des activités et les décideurs de ces activités. Pour assurer ces tâches, cette unité opérationnelle sera dotée de plusieurs cadres techniques de haut niveau venant des différents ministères impliqués (de 3 à 5 personnes au total). Il s'agit de cadres nationaux ayant le statut de Fonctionnaires. Cette structure permanente devra disposer des moyens lui permettant de remplir ses missions. Elle élaborera chaque année son plan d'action et son budget en collaboration avec les Ministères concernés. Ce Plan et ce budget seront alors validés par le Ministère de tutelle de la SN-CSU. Elle pourra, le cas échéant, être appuyée par un Partenaire Technique et Financier.

Par ailleurs, cette unité opérationnelle servira de Secrétariat au Comité technique. Elle préparera, avec le Président du Comité technique, l'Ordre de jour des réunions du Comité technique où elle assure le Secrétariat.

En termes d'organigramme, cette unité opérationnelle est rattachée au Ministère du Ministère de la Santé Publique, directement au niveau du Secrétaire général de ce Ministère. La tutelle sera assurée entièrement par cette hiérarchie qui rendra compte au Comité de Pilotage ou au Haut Comité Interministériel. L'Unité d'appui peut prendre l'appellation suivante : Cellule de Coordination de la Stratégie Nationale pour la Couverture Sanitaire Universelle en santé (CCSN-CSU).

La cellule de Coordination peut alors fonctionner sous le schéma défini de la SNPS mais disposer de son propre Comité Technique.

- **Le Comité technique de la SN-CSU :**

Il s'agit d'une instance qui rassemble les principaux responsables des activités CSU. Ce sont les directions concernées des différents Ministères intéressés par la CSU, les représentants des acteurs à but non lucratif et lucratif, les partenaires au développement. Ce Comité sera présidé par le Secrétaire Général du MSP.

Ce Comité technique tire ses informations de l'unité opérationnelle. Il doit examiner la coordination des activités CSU, impulser de nouvelles activités, étudier la mise en œuvre de la SN-CSU. Ce Comité technique émet des recommandations concernant les actions à prendre, lesquelles sont adressées directement aux Ministères concernés ou au Comité de Pilotage pour les décisions et arbitrages essentiels.

- **Le comité de pilotage de la SN-CSU :**

Afin de ne pas faire double emploi avec les instances de la SNPS, le Comité de Pilotage de la SN-CSU sera celui mis en place dans le cadre de la SNPS. 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 et qui sera tenu par le Président du Comité Technique de la SN-CSU (SG MSP). Il est rappelé que ce Comité de Pilotage rassemble les secrétaires généraux des différents ministères impliqués.

Par ailleurs, il conviendra d'examiner progressivement l'opportunité et la faisabilité d'instances au niveau régional. Il n'est peut-être pas opportun que de telles instances soient posées dès le départ de la SN-CSU. Il conviendrait, dans un premier temps, de s'assurer que les régions disposent de toutes l'information sur la SN-CSU et ont reçues les formations appropriées. Une fois ces étapes franchies, il faudra mener une concertation avec les régions afin de voir quelles seraient les structures qui seraient

les plus appropriées, en tenant compte de leur faisabilité dans le contexte régional. On éviterait ainsi que ces instances soient décidées, sans concertation, par le niveau central. Ainsi, dans l'esprit de la décentralisation, ces instances seront décidées avec le niveau régional.

- **Le Haut comité de pilotage de la SN-CSU :**

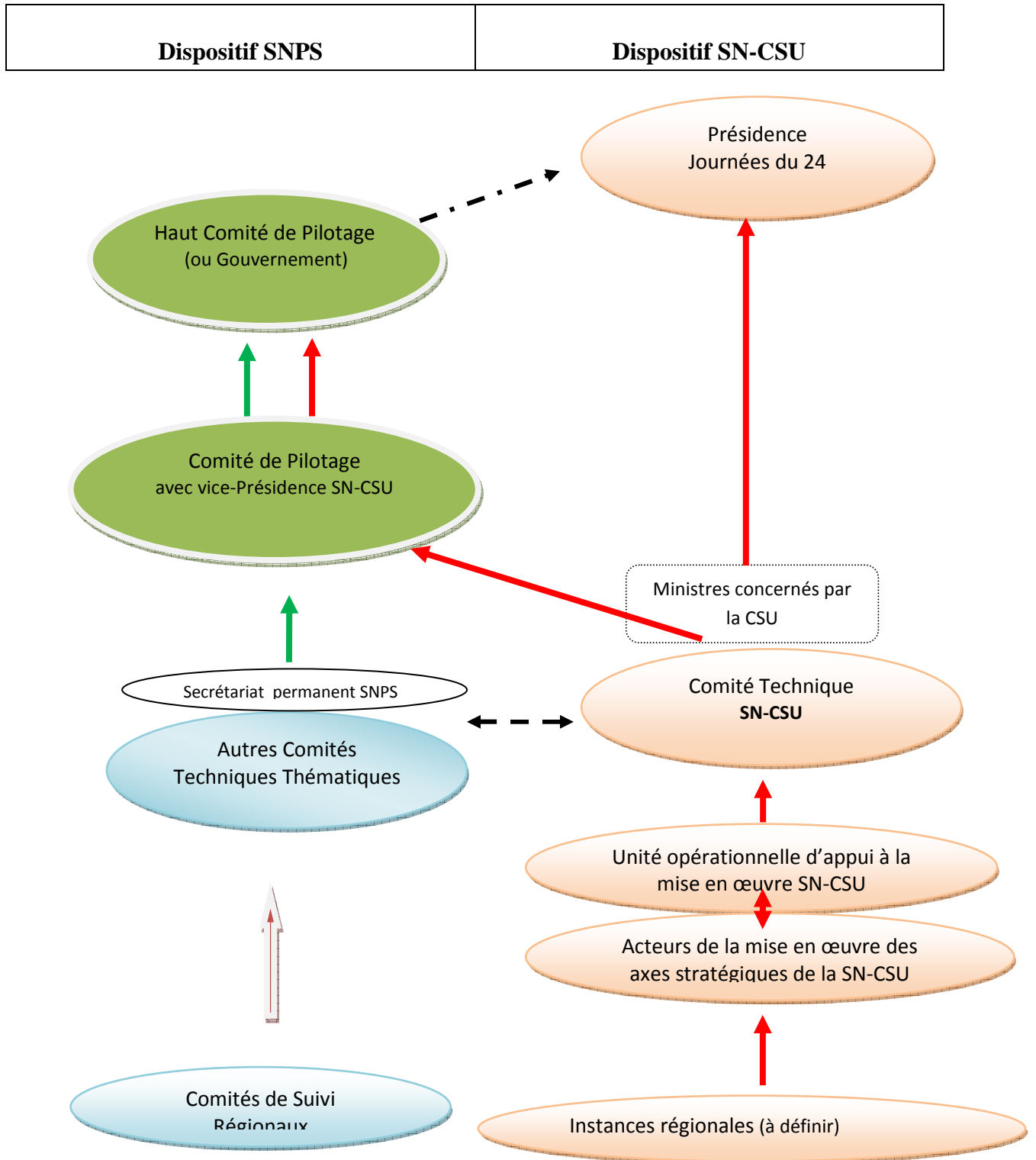
Dans la mesure où il est créé, dans le cadre de la SNPS, un Haut Comité de Pilotage (ou Haut Conseil Interministériel ?), celui-ci peut être conservé pour la SN-CSU ; mais on aurait pu aussi, afin de ne pas multiplier les instances, retenir que c'est le rôle normal du Gouvernement dans son ensemble. Par ailleurs, ce Haut Comité de Pilotage Interministériel, est placé sous la présidence du Premier Ministre.

Il s'agit, en effet, de s'assurer que la protection sociale, incluant la Couverture Sanitaire Universelle en santé, occupe une place importante et visible sur l'agenda politique du Gouvernement : l'implication de la Présidence paraît tout à fait essentielle.

Aussi est-il suggéré d'utiliser le dispositif actuel des réunions **du 24 à la Présidence, pour faire avancer la CSU**. Il semble que dès à présent, le dossier de la CSU devrait être introduit à ce niveau. De même, la Présidence doit suivre la mise en œuvre de la CSU afin de lui donner toute l'impulsion nécessaire.



**Schéma du dispositif institutionnel de la SN-CSU et son lien avec la SNPS :**



## Conclusion

Le Tchad dispose ainsi d' « *une stratégie nationale sur la couverture sanitaire universelle* » qui détermine les grandes orientations pour les prochaines années. Le Tchad a conscience que le chemin sera long mais il entend s'engager résolument sur ce chemin, sous les instances des plus hautes autorités du pays.

Cette stratégie nationale devra être adaptée au fur et à mesure de sa mise en œuvre afin de tenir compte des différentes évolutions. Ces révisions périodiques doivent être considérées comme un signe de vitalité. Elles témoigneront des actions qui auront été menées.

Afin de ne pas perdre de temps pour la mise en œuvre effective de cette stratégie nationale, le Tchad s'engage à :

- Mettre en place le plus rapidement possible les instances prévues du dispositif institutionnel et de disponibiliser, avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers, les moyens nécessaires ;
- Elaborer et mettre en place les indicateurs de suivi de la mise en œuvre de la CSU qui permettront également de mesurer périodiquement l'évolution de la CSU au Tchad.