



**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**

Septembre 2015

Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle du Tchad

Préambule :

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), 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 cette stratégie est qu'elle 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, le Ministère des Finances et du Budget, le Ministère du Plan et de la Coopération Internationale, appuyés par les Partenaires Techniques et Financiers (OMS, Coopération Suisse, AFD) et le Réseau P4H(Providing for Health).

La Stratégie Nationale de la CSU/Tchad met un accent particulier sur les questions liées à la prévention, à l'équité dans l'accès, à la qualité des services, au développement des ressources humaines pour la santé, à la protection financière, au renforcement des systèmes de santé et à la durabilité.

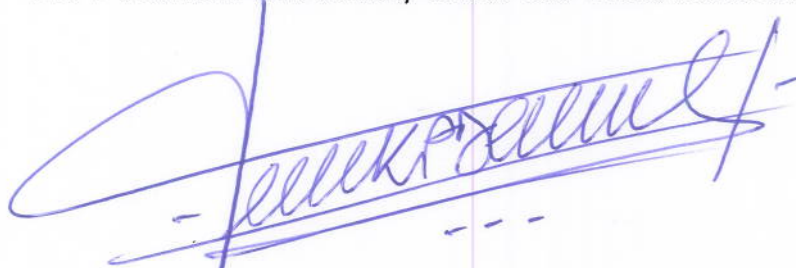
Cohérente, réaliste, sa mise en œuvre sera traduite à travers un plan stratégique qui déclinera les interventions retenues par axes stratégiques, ainsi que les coûts y afférents. Ainsi, mise en œuvre, cette Stratégie devra permettre de rendre les services de qualité accessibles géographiquement et financièrement à tous les niveaux du système de santé, sans que personne n'ait à faire face à des dépenses exorbitantes 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.

Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle du Tchad

Le Gouvernement pour sa part s'engage à mobiliser toutes les ressources nécessaires pour la mise en œuvre de cette stratégie hautement prioritaire en faveur des populations vivant sur le territoire national.

Le Premier Ministre, Chef du Gouvernement :



KALZEUBE PAYIMI DEUBET



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 le 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

Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle du Tchad

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. 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.....	10
2. L'ETAT DE LA SITUATION.....	12
Introduction	12
1. Les barrières financières des populations à l'accès aux soins restent importantes.....	13
2. L'offre de services de santé ne donne pas toute satisfaction aux populations.....	16
3. LA RAISON D'ETRE DE LA SN-CSU	19
4. LES FONDAMENTAUX	22
5. LES AXES STRATEGIQUES	24
AXE 1 : Développer les mécanismes contre les risques financiers	25
AXE 2 : Mobiliser les ressources financières pour la CSU	29
AXE 3 : Utiliser les ressources plus efficacement et équitablement	32
AXE 4 : Favoriser le Partenariat Public-Privé pour renforcer l'offre de services de santé	36
AXE 5 : Prévenir les risques ayant une incidence sur la santé	38
AXE 6 : Prendre davantage en compte les souhaits de la population	40
6. LE DISPOSITIF INSTITUTIONNEL	42
6.1. Dispositif institutionnel de la SNPS.....	42
6.2. Dispositif institutionnel de la SN-CSU	42
Conclusion.....	46

1. LE CONTEXTE

Le Tchad a une superficie de 1.284.000 Km² et une population estimée à 11.155.915 habitants ⁽¹⁾. 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^{ème} 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

⁽¹⁾ Rapport Provisoire du Recensement Général de la Population 2009

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 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.... ».²

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.

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

- **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

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 (des 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 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.

Juy

A

Mar

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 2011 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	28,3	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 coûts	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 où 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. À 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 les 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 ordinogrammes 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 PNDIS 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'emphase, 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'Achats (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 du payer des dessous de tables à des personnels de santé pour avoir accès à un service, telle autre personne reconnaît qu'elle a du 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 propres 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'ETRE 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.³ 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 Tchad⁴

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 2⁵, 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.

³ Le document de SPNS a été validé le 29 avril 2014

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

⁵L'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 ».

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 :

- 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 processus⁶, 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 d'ores et déjà 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 catalyse les efforts,

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



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 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 reçoivent⁷.

- 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 Ecosit3⁸, 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

⁷ Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:982-983. 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.

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

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

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 ressente 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.