

Les défis de la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) au Tchad

Présenté par

MBAÏGUEDEM NARSEM Lucky

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Management

Spécialité Gouvernance et Management Public

le 09 avril 2019

Devant le jury composé de :

Dr Alioune DRAME Président

Directeur du Département Management
de l'Université Senghor à Alexandrie

Pr. Mame Penda BA Examineur

Directrice-adjointe de l'UFR des Sciences juridiques et
politiques à l'Université Gaston Berger de Saint-Louis

Pr. Michel G. Bédard Examineur

Professeur à l'Université du Québec à Montréal

Remerciements

C'est le lieu ici pour moi de remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'aboutissement de ce travail. Il n'aurait sans doute pas vu le jour sans l'appui et la confiance que m'ont témoigné de nombreuses personnes. Mes remerciements s'adressent en premier lieu :

- ☞ aux autorités rectorales qui ne cessent de réinventer un cadre propice pour une meilleure formation des étudiants et cadres francophones ;
- ☞ au Docteur Alioune DRAME, Directeur du département Management, par ailleurs co-encadreur de ce mémoire, pour son dynamisme, ses conseils et orientations durant toute la formation ;
- ☞ à Madame Susanne YOUSSEF, assistante de direction au département Management, pour son entière disponibilité, sa compréhension et sa patience ;
- ☞ à tout le corps professoral, pour la qualité des enseignements dispensés et les riches expériences partagées ;
- ☞ à monsieur Michel Filion, consultant, spécialiste en Gestion Publique qui a accepté d'apporter son aide et encadrement pour la rédaction de ce mémoire malgré ses multiples occupations ;
- ☞ à tout le personnel de la bibliothèque de l'université Senghor d'Alexandrie, pour les services rendus et l'accompagnement dans les recherches documentaires.

J'exprime également toutes mes reconnaissances à MBAISSISARA Marcelin, DJIKOLOUM NDOUBA MBORBE, Abdelkader DEOUGOTO, KOUMDE Yves, Prosper MBAINDODJIM et Brigitte BONGONE, qui de par leurs appuis multiformes ont rendu possible le choix et la poursuite de cette formation jusqu'au terme.

Que tous mes camarades de la 16^{ème} promotion (HAMANI DIORI 2017-2019), mes "compatriotes africains" et la communauté tchadienne, de l'université Senghor à Alexandrie, qui, en dépit de nos différences culturelles n'ont ménagé aucun effort pour la cohésion et l'intégration de tous et chacun, trouvent ici l'expression de mes gratitude.

Je n'aurais pu mener à bien cette formation sans l'appui et le soutien de nombreuses personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire. Qu'elles trouvent ici l'expression mes sincères remerciements.

Epigraphe

« Améliorer la protection sociale dans l'optique d'une couverture sanitaire universelle revient à investir en faveur des populations, en leur donnant les moyens de s'adapter aux changements de l'économie et du marché du travail et en favorisant la transition vers une économie plus durable, participative et équitable » ONU (Chapoix

Dédicace

Aux amours de ma vie :
Enaël et Abimaël, mes trésors, mes espoirs et ma fierté,
Je dédie ce travail.

Résumé

La Couverture Sanitaire Universelle (CSU) est un système qui permet de fournir des soins de santé adéquats à tous les citoyens à un coût accessible par le biais de mécanismes de préfinancement. Présentée et soutenue par les organisations internationales comme un outil permettant de traduire dans la réalité le droit à la santé, reconnu depuis la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, la CSU a connu une forte adhésion de plusieurs pays, aussi riches que pauvres.

La présente réflexion sur le thème : « **Les défis de la mise en place de la couverture sanitaire universelle au Tchad** » s'intéresse exclusivement aux aspects organisationnels du sujet et vise à identifier les éléments sur lesquels l'Etat tchadien pourrait agir pour asseoir une couverture sanitaire universelle. Basée sur une approche théorique notamment, la recherche documentaire, cette étude s'appuie essentiellement sur les données secondaires qualitatives et quantitatives issues des organisations internationales, des groupes d'expert et des Etats.

Les questions de recherches sont les suivantes : quels sont les défis que le Tchad doit relever pour amorcer le processus vers la couverture sanitaire universelle ? quels avantages y a-t-il à mettre en place la couverture sanitaire universelle ? quels sont les facteurs à considérer pour la mise en place de la couverture sanitaire universelle au Tchad ?

Les recherches ont permis d'apporter quelques éléments de réponses. La CSU est un outil plus que nécessaire puisqu'à travers les rapports des pays qui l'ont déjà expérimentée, elle permet de donner accès aux soins de santé à la population et de les protéger contre les dépenses catastrophiques et la paupérisation. Chaque pays a tout intérêt à l'instaurer parce qu'elle produit des effets positifs sur le plan social, économique et politique. En ce qui concerne les facteurs de succès, compte tenu du caractère transversal de la santé, plusieurs éléments non exhaustifs sont à considérer dans le processus de mise en place de la CSU : il s'agit du système national de santé, de la gouvernance, du financement, de la solidarité nationale, de la structure économique, du niveau des revenus, de la densité de la population, des déterminants sociaux de santé, et de la paix et sécurité.

Les défis sont multiples et complexes. De toutes les ressources à mobiliser pour la mise en place de la CSU, l'élément le plus important, ce sont les ressources financières car d'elles, dépendent toutes les autres ressources. En matière de CSU, plusieurs paramètres peuvent entrer en ligne de compte à l'intérieur d'un même système de santé.

Mots-clefs

Tchad, protection sociale, Santé, Couverture sanitaire universelle, ressources et défis

Abstract

Universal Health Coverage (UHC) is a system that provides adequate health care to all citizens at a cost accessible through pre-financing mechanisms. Presented and supported by international organizations as a tool to translate the right to health, recognized since the 1948 Universal Declaration of Human Rights, into reality, the UHC has enjoyed strong support from several countries, both rich and poor.

This reflection on the theme: "The challenges of achieving universal health coverage in Chad" focuses exclusively on the organizational aspects of the subject and aims to identify the elements on which the Chadian State could act to establish universal health coverage. Based on a theoretical approach, in particular documentary research, this study was essentially based on qualitative and quantitative secondary data from international organizations, expert groups and States.

The research questions are as follows: what are the challenges Chad faces in initiating the process towards universal health coverage? what are the benefits of achieving universal health coverage? and what are the factors to consider in achieving universal health coverage in Chad?

The research has provided some answers. The UHC is a more than necessary tool since, through the reports of countries that have already experimented with it, it makes it possible to give the population access to health care and protect them against catastrophic spending and impoverishment. It is in the interest of every country to implement it because it has positive social, economic and political effects. With regard to success factors, given the cross-cutting nature of health, several non-exhaustive elements must be considered in the process of establishing the UHC: the national health system, governance, financing, national solidarity, economic structure, income level, population density, social determinants of health, and peace and security.

The challenges are multiple and complex. Of all the resources to be mobilized for the establishment of the UHC, the most important element is the financial resources, because all other resources depend on them. In terms of UHC, several parameters can be taken into account within the same health system.

Key-words

Chad, social protection, Health, Universal health coverage, resources and challenges

Liste des acronymes et abréviations utilisés

- ☞ AFD : Agence Française de Développement
- ☞ Cefod : Centre d'Etude et de Formation pour le Développement
- ☞ CIDR : Centre international de recherche et de développement
- ☞ CNPS : Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
- ☞ CSU : Couverture Sanitaire (Santé) Universelle
- ☞ Ecosit3 : Enquête sur la Consommation des ménages et le Secteur Informel au Tchad
- ☞ EDS-MICS : Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Tchad
- ☞ FAO : Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
- ☞ FMI : Fonds Monétaire International
- ☞ GIZ : Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (agence de coopération internationale allemande pour le développement)
- ☞ IDH : Indices du Développement Humain
- ☞ INSEED : Institut National de la Statistiques, des Etudes Economiques et Démographiques
- ☞ ODD : Objectifs du Développement Durable
- ☞ OIT : Organisation Internationale du Travail
- ☞ OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- ☞ OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ☞ Onu : Organisation des Nations Unies
- ☞ P4H : Providing For Health
- ☞ PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
- ☞ Sara : Service Availability and Readiness Assessment
- ☞ SIS : Système d'Information Sanitaire
- ☞ SN-CSU : Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle
- ☞ Unesco : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture)
- ☞ Unicef : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
- ☞ WHA : World Health Assembly (Assemblée Mondiale de la santé)

Tables des matières

Les défis de la mise en place de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) au Tchad	i
Remerciements	i
Epigraphe.....	ii
Dédicace	iii
Résumé.....	iv
Mots-clefs.....	iv
Tchad, protection sociale, Santé, Couverture sanitaire universelle, ressources et défis	iv
Abstract	v
Key-words.....	v
Chad, social protection, Health, Universal health coverage, resources and challenges	v
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	vi
Tables des matières.....	1
Introduction.....	3
1 Comment offrir une protection sociale en santé à toute la population ?.....	6
1.1 Contexte et justification de l'étude.....	6
1.1.1 Sur le plan international.....	6
1.1.2 Sur le plan national.....	9
1.2 Etat des lieux du système national de santé.....	10
1.2.1 Aperçu de la situation sociodémographique sanitaire	10
1.2.2 Données relatives aux personnels, équipements, et infrastructures de santé ...	11
1.2.3 Situation du financement de la santé	12
1.2.4 Etat du Système d'information sanitaire (SIS)	14
1.3 Etats des lieux des mécanismes de protection sociale en santé au Tchad.....	15
1.4 Pertinence sociale de l'étude	17
1.5 Objectifs de la recherche	18
1.5.1 Objectif général	18
1.5.2 Objectifs spécifiques	18
1.6 Questions de recherche	18
2 Cadre conceptuel de la couverture sanitaire universelle et méthodologie	19
2.1 Revue de la littérature.....	19
2.1.1 Protection sociale.....	19
2.1.2 Couverture Sanitaire Universelle, un concept à géométrie variable.....	21

2.1.3	Dimensions et choix critiques de la couverture sanitaire universelle	22
2.1.4	Principes fondamentaux de la couverture sanitaire universelle : mutualisation et solidarité et équité	24
2.1.5	Critiques de la couverture sanitaire universelle	25
2.2	Cadre méthodologique	28
2.2.1	Cadre et type d'étude	28
2.2.2	Collecte des données	28
2.2.3	Traitement et analyse des données	29
3	Défis à relever et facteurs de succès pour la mise en place de la CSU	31
3.1	Quels avantages y a-t-il à mettre en place la couverture sanitaire universelle ? ...	31
3.2	Cartographie des défis à relever dans le processus de mise en place de la CSU.....	33
3.2.1	Défis liés au financement de la couverture sanitaire universelle	35
3.2.2	Défis liés au renforcement des capacités du système national de santé	35
3.3	Principaux facteurs pour la mise en place de la couverture sanitaire universelle ..	38
3.3.1	Analyse "fishbone inversé" des principaux facteurs.....	38
3.3.2	Les autres facteurs	41
4	Résultats et perspectives pour l'instauration de la CSU au Tchad	42
4.1	Résultats	42
4.2	Perspectives pour instaurer la couverture sanitaire universelle au Tchad.....	43
4.2.1	Instaurer un climat de confiance entre l'Etat la population	44
4.2.2	Mener des campagnes de sensibilisation	44
4.2.3	Explorer les nouvelles sources de financement.....	45
4.2.4	Instaurer une gouvernance participative.....	47
4.2.5	Améliorer les déterminants sociaux de santé.....	47
4.2.6	Planifier la transition vers la couverture sanitaire universelle	48
	Conclusion	50
	Références bibliographiques.....	52
	Liste des illustrations.....	55
	Liste des tableaux.....	55
	Glossaire	56
	Annexes	58
	Annexe 1 : Mesures prises par certains pays pour s'acheminer vers la CSU.....	59
	Annexe 2 : Les sources et de financement du système de santé et de la CSU	60

Introduction

L'Assemblée générale des Nations unies a adopté le 12 décembre 2012 à l'initiative de la France une résolution en faveur de la couverture sanitaire universelle (CSU). Une « petite révolution » soutenue aussi bien par les agences internationales que par les organisations non gouvernementales et des militants de la société civile, comme une nouvelle étape franchie vers le droit à la santé pour tous. Coparrainée par plus de 90 pays, cette résolution marque désormais l'engagement de la communauté internationale pour étendre les systèmes de protection sociale en santé à toute la population (Salignon and Paquet 2014).

Il y a plus d'une décennie, la couverture sanitaire universelle est présentée et soutenue mondialement comme un outil permettant de traduire dans la réalité le droit à la santé reconnu depuis la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948. Elle a pour objectif d'assurer à chaque individu, quels que soient son âge, son niveau de revenu ou d'éducation, son lieu de résidence sur le territoire national, un accès à des services de santé de qualité et de protéger l'ensemble des individus contre les difficultés d'accès à la santé et l'appauvrissement attribuable à la maladie (soit en raison de paiements directs ou d'une perte de revenus lorsqu'un membre du ménage tombe malade) (Maeda et al. 2015).

Devant cet objectif noble et salutaire, près d'une centaine de pays ont demandé l'appui et le conseil technique de l'Organisation Mondiale de la Santé, pour conduire des réformes en vue de l'instauration de la couverture sanitaire universelle. En réponse, l'OMS a élaboré un plan d'actions qui comprend des recommandations sur la manière dont les pays peuvent gérer les questions essentielles de justice et d'équité qui se posent au cours du processus conduisant à la couverture sanitaire universelle (OMS 2015b).

La République du Tchad s'est également lancée dans le processus depuis 2011. Depuis lors, un comité interministériel a été mis en place. Plusieurs travaux, séminaires et ateliers (de formation, de présentation et de validation) organisés par ce comité avec l'aide des partenaires au développement ont permis de produire un document sur *“ la stratégie nationale de la couverture sanitaire du Tchad ”* en 2015. Validé en 2016, *“ la stratégie nationale de la couverture sanitaire du Tchad ”* a été adoptée en 2018 par le conseil des ministres. Sur la base de cette stratégie, un projet de loi portant mise en place de la couverture sanitaire universelle, a été proposé et validé en conseil des ministres le 31 janvier 2019.

Face à la “volonté politique” pour la mise en place de la couverture sanitaire universelle, se dresse la réalité socio-économique du pays. Ce qui amène à se poser la question centrale de savoir : Quels sont les défis que le Tchad doit relever pour amorcer le processus vers la couverture sanitaire universelle ? Dans le souci d'approfondir les réponses à cette question principale, deux questions secondaires se posent : Quels avantages y a-t-il à mettre en place la couverture sanitaire universelle ? Quels sont les facteurs à considérer pour amorcer le chemin vers la couverture santé universelle ? Parvenir à la couverture sanitaire n'est pas un processus facile. Les pays qui ont réussi à instaurer ce système ont souvent mis des années à

le réaliser. Quelles que soient les voies empruntées, plusieurs facteurs peuvent ralentir ou accélérer la démarche vers la couverture sanitaire universelle. L'expérience des pays ayant mis en place ce système enseigne que plusieurs dizaines d'années peuvent s'écouler pendant la période de transition¹ vers la couverture sanitaire universelle (Dussault, Fournier, and Letourmy 2006).

Malgré les bonnes intentions annoncées par le gouvernement, la population tchadienne souffre d'un réel problème d'accès aux services de santé. « Actuellement, des millions de personnes meurent chaque jour dans le monde de maladies évitables ou guérissables à cause d'un accès limité ou inexistant à des services de santé et à des médicaments essentiels, de qualité et abordables. Dans certains cas, il n'existe même pas d'infrastructure de santé opérationnelle » (ONU 2012). Humainement et moralement, voir certains membres de la société confrontés à la mort, au handicap, à la mauvaise santé ou à l'appauvrissement pour des causes qui pourraient être atténuées ou évitées, interpelle la conscience et pousse à la réflexion, d'où le choix de cette thématique de la protection en santé.

Il est à remarquer qu'il existe au Tchad quelques dispositifs pour la protection contre les risques maladie. Cependant, ces dispositifs sont très limités. Leur couverture est soit très faible ou soit certains mécanismes comme les assurances privées, ne sont souscrites que par les grandes entreprises privées au profit de leurs personnels et leurs familles. La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) offre une relative protection sociale en santé aux salariés des entreprises affiliées et les agents contractuels de décisionnaires de l'Etat. Les mutuelles sont dans une phase d'expérimentation sans cadre juridique et institutionnel adéquat (Tchad 2015).

Le choix du thème intitulé « **Les défis de la mise en place de la couverture sanitaire universelle au Tchad** » s'inscrit également dans cette dynamique internationale et nationale pour la protection sociale en santé. Il se justifie par le fait que la question de la protection sociale en santé demeure une problématique d'actualité de tous les temps et touche plusieurs personnes, domaines et secteurs de la vie d'une nation (Rayssiguier, Jégu, and Laforcade 2008).

Compte tenu de la transversalité de ce thème et de l'étendue de ses dimensions², la présente réflexion s'articule et se limite autour des aspects exclusivement managériaux.

Cette étude est basée sur une approche théorique notamment, la recherche documentaire. Elle s'est appuyée essentiellement sur les données secondaires qualitatives et quantitatives issues des organisations internationales, des groupes d'expert et des Etats. L'analyse du travail repose sur une démarche globale. Partant du constat élémentaire que les problèmes auxquels

¹ La période de transition est définie comme étant le nombre d'années écoulées entre le vote de la première loi sur l'assurance maladie et la dernière loi de la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle.

² Voir les trois dimensions de la couverture sanitaire universelle (Revue de littérature).

l'humanité est confrontée ne sauraient être réduits à une seule dimension et correctement appréhendés lorsqu'on les fragmente en sous-ensembles, cette démarche se propose d'appréhender les réalités au travers de l'ensemble de leurs aspects (Jouvenel 1993).

Ce travail est subdivisé en quatre (04) chapitres : le premier (1) intitulé : Comment offrir une protection sociale en santé à toute la population, aborde la problématique du sujet. Le deuxième chapitre (2) titré : Cadre conceptuel de la couverture sanitaire universelle et méthodologie pose les bases théoriques de la couverture sanitaire universelle et annonce la démarche méthodologique adoptée. Ensuite le troisième chapitre (3) est consacré à l'analyse des défis et des facteurs de succès de la couverture sanitaire universelle. Enfin, le dernier chapitre (4) est réservé à la présentation des résultats de l'étude et les perspectives.

1 Comment offrir une protection sociale en santé à toute la population ?

1.1 Contexte et justification de l'étude

1.1.1 Sur le plan international

« Le monde a décidé d'instaurer la couverture sanitaire universelle. Dans les objectifs de développement durable, la cible 3.8 à atteindre d'ici 2030 est la suivante : faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces de qualité et d'un coût abordable » a affirmé Docteur Tedros Adhanom Ghebreyesus (2017), Directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé.

C'est en ces termes que le Directeur Général de l'OMS défend l'inscription de la couverture sanitaire universelle dans l'agenda international du développement 2030 comme un nouvel outil de protection des populations face au risque maladie et de lutte contre la pauvreté³. Réduire les inégalités sous toutes ses formes d'ici 2030, telle est l'ambition de la communauté internationale à travers cet agenda qui place humain au cœur des dix-sept (17) Objectifs du Développement Durable (ODD).

D'une manière générale, les inégalités sont nombreuses, multifactorielles et multisectorielles, et constituent l'un des principaux obstacles à la réduction de la pauvreté⁴. Au cours des dernières années, les inégalités ont augmenté dans de nombreux pays et principalement dans les pays d'Afrique subsaharienne en dépit de quelques améliorations (ONU 2015). La précarité sociale dans laquelle vivent les individus et certains groupes sociaux les empêchent de participer pleinement à la vie sociale, culturelle, politique et économique et d'apporter une contribution utile dans ces domaines.

Dans un contexte mondial où le développement socio-économique s'accompagne généralement des inégalités, couplé à une situation nationale marquée ces cinq (05) dernières années par des profondes crises économiques et financières et des revendications sociales de tous bords, comment organiser la société et les individus à faire face aux risques de la vie, qu'ils soient liés à la maladie, à l'accident, à la maternité ?

La problématique de la couverture sanitaire universelle est une préoccupation mondiale. Au cours des vingt dernières années, la richesse mondiale a fortement progressé mais les

³ Selon la résolution « santé globale et politique étrangère » adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 06 décembre 2012

⁴ ODD, sous-objectif 1.3 : Mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale, et faire en sorte que, d'ici à 2030, une part importante des pauvres et des personnes vulnérables en bénéficient.

inégalités persistent, déclare la Banque mondiale (2018). Il y a encore de poches de résistances où se trouvent les pires formes de misère. En effet, d'après le rapport sur les Objectifs du Développement Durable 2018, 11% de la population mondiale soit 783 millions de personnes sont en dessous du seuil d'extrême pauvreté en 2013. La proportion de travailleurs dans le monde vivant avec leur famille avec moins de 1.90 dollar par personne par jour est de 9,2% en 2017. En 2016, 45% seulement de la population mondiale bénéficiaient d'un plan de protection sociale. Environ 815 millions de personnes étaient sous-alimentées en 2016. Toujours en 2016, 1, 5 milliard de personnes avaient besoin de soins collectifs ou individuels pour soigner des maladies tropicales négligées et 870 000 personnes sont décédées de suite de maladies diarrhéiques (ONU 2018). De nombreuses personnes n'ont pas encore accès à des installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement gérées en toute sécurité. En 2015, 29% de la population mondiale n'avaient pas accès à des services d'approvisionnement en eau potable gérés en toute sécurité, et 61 % n'avaient pas accès à des services d'assainissement gérés en toute sécurité. Toujours en 2015, 892 millions de personnes continuaient de pratiquer la défécation à l'air libre (ONU 2018).

Au regard de ces chiffres, les défis socio-sanitaires auxquels fait face la planète sont nombreux et divers (Kerouedan 2011). Face à cette kyrielle de problèmes sociaux, les organisations et institutions nationales, internationales et mondiales ont, depuis la période de l'après-guerres, proposé de solutions multidimensionnelles et multisectorielles avec des avancées plus ou moins significatives au vu de récentes données statistiques⁵ mais beaucoup reste à faire.

Bien qu'au plan mondial, la cible des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ait été atteinte (ONU 2015), des efforts importants et supplémentaires sont nécessaires pour améliorer les conditions de vie, des personnes de plus en plus nombreuses, vivant surtout en Afrique. En effet, toutes les prévisions démographiques estiment qu'au cours des trente (30) prochaines années, la population africaine aura doublée⁶. Cette explosion démographique se fera sur un territoire où le rapport population/ressources est, d'ores et déjà, sources de dysfonctionnements et de conflits majeurs.

Parmi ces nombreux et complexes défis, l'on note également, l'urbanisation anarchique, la dégradation de l'environnement, l'état des infrastructures routières, pour ne citer que ces facteurs, qui ont des répercussions sanitaires importantes notamment les maladies chroniques liées souvent aux conditions de vie de la population.

Devant ces risques, c'est donc à marche forcée mais salutaire que les États se doivent de construire progressivement des systèmes sociaux et de santé plus protecteurs et équitables.

La protection sociale en santé est considérée comme faisant partie de la politique de développement (Rayssiguier, Jégu, and Laforcade 2008). Elle est conçue comme un

⁵ Voir Rapports ODD et IDH 2018

⁶ Meyer Jean-Baptiste, *Débat sur la démographie en Afrique : un impact d'abord local*, Revue L'OBS, Nov. 2018

instrument clé⁷, qui va de pair avec la politique économique, pour assurer un développement équitable et socialement durable.

« Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays »⁸.

La protection sociale en santé est devenue dès lors un droit humain fondamental (Déclaration universelle de droits de l'homme). Selon les recommandations de l'Organisation Internationale du Travail (OIT), les pays membres devraient, en fonction de leur situation nationale, établir aussi vite que possible et maintenir leurs socles de protection sociale afin de garantir et d'assurer au minimum à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, l'accès à des soins de santé essentiels⁹.

Depuis la conférence d'Alma-Ata en 1978, la question de la protection sociale en santé a considérablement évolué au niveau international et des pays. Les gouvernements ont commencé à réfléchir à leur rôle et leurs responsabilités au regard de la santé de la population et, de l'organisation et des prestations des soins de santé, modifiant ainsi le contexte de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique de santé. A cette conférence, les Etats ont affirmé leur volonté de rendre accessibles les éléments essentiels des soins de santé primaires tels qu'ils sont définis dans la Déclaration d'Alma-Ata et dans la politique de la santé pour tous au 21^{ème} siècle¹⁰.

Il y a plus d'une décennie, apparaît sur la scène internationale le concept de la Couverture Sanitaire universelle comme politique de la protection sociale et de la santé. Depuis lors, plusieurs assemblées, conférences, colloques et rencontres réunissant diverses parties prenantes, spécialistes et experts en la matière ont été initiés et assorties des stratégies, définitions, recommandations et/ou résolutions relatives à la nécessité pour les États d'entreprendre des réformes de leurs systèmes de protection sociale en santé vers la Couverture Sanitaire Universelle.

En mai 2005, la 58^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA58.33¹¹, qui invite les Etats Membres à faire en sorte que les systèmes de financement de la santé prévoient le recours au paiement anticipé des contributions financières pour les soins de

⁷ Déclaration Universelle des Droits de l'homme de 1948 (Article 22) et le Pacte International relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1976 (Article 9)

⁸ Article 22 de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948

⁹ R202 - Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012

¹⁰ Document A51/5 de l'Organisation Mondiale de la Santé

¹¹ Résolution WHA58.33, *Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (WHA58/2005/REC/1).

santé. L'objectif visé est de répartir le risque financier sur l'ensemble de la population et d'éviter les dépenses de santé catastrophiques et la paupérisation de personnes ayant besoins de soins. Cette résolution invite également les Etats à prévoir la transition planifiée vers la couverture sanitaire universelle et à contribuer à la mise en place de mécanismes de financements durables (AFD 2015).

Selon l'OMS, la couverture sanitaire universelle prend ses origines dans sa constitution de 1948 qui fait de la santé l'un des droits¹² fondamentaux de tout être humain et dans la stratégie mondiale de la santé pour tous, lancée en 1979 après la conférence d'Alma-Ata.

Au cours de la dernière décennie, après les publications des rapports sur la santé dans le monde notamment les rapports de 2010¹³ et 2013¹⁴, plusieurs pays à travers le monde, y compris les pays d'Afrique subsaharienne, se sont engagés, avec les appuis des partenaires internationaux techniques et financiers (OMS, UNICEF, Banque Mondiale, FMI, AFD, P4H...) dans de projets de réformes des systèmes de santé et de protection sociale ou dans la mise en place de mécanismes de protection sociale en matière de santé.

1.1.2 Sur le plan national

A l'instar des autres pays du monde, le Tchad a démarré en 2011 son processus d'élaboration de la stratégie nationale de la protection sociale. Le volet santé a été développé par le Ministère de la santé publique en une stratégie nationale de la couverture sanitaire universelle pour le Tchad.

En 2013, avec le soutien des partenaires techniques et financiers comme l'OMS, la GIZ, la coopération suisse et l'AFD, un comité de pilotage de la stratégie nationale de la couverture sanitaire universelle est constitué. Ce comité technique comprend les partenaires au développement précités et les ministères tels que : le ministère de la santé publique, le ministère des finances et du budget, le ministère de la fonction publique, du travail et de l'emploi, le ministère de la femme, de l'action sociale et de la solidarité nationale et le ministère du plan et de la coopération internationale.

A l'issue des enquêtes, études et missions effectuées par les membres de ce comité de technique, les différents ateliers des travaux organisés ont abouti à la rédaction du document sur la Stratégie Nationale de la Couverture Sanitaire Universelle (SN-CSU) et sa validation technique en 2015. En août 2018, un avant-projet de loi portant dispositif d'assurance santé au Tchad a été validé par la cellule interministérielle de coordination et de couverture

¹² Cette Constitution a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New York du 19 juin au 22 juillet 1946, signée par les représentants de 61 États le 22 juillet 1946 et est entrée en vigueur le 7 avril 1948. Les amendements ultérieurs ont été incorporés au texte.

¹³ Rapport intitulé le financement des systèmes de santé : le chemin vers la couverture universelle

¹⁴ Rapport intitulé la recherche pour la couverture sanitaire universelle

sanitaire universelle. Cet avant-projet sur l'assurance santé, validé le 31 janvier 2019 par le conseil des ministres, prévoit trois (03) régimes à savoir : un régime d'assurance pour le secteur formel (les travailleurs du privé et du public), un régime d'assurance pour le secteur "semi-informel" (des indépendants) et un régime d'assurance pour la prise en charge des personnes vulnérables.

1.2 Etat des lieux du système national de santé

1.2.1 Aperçu de la situation sociodémographique sanitaire

Le Tchad est le cinquième plus vaste pays du continent africain. Il est caractérisé, du Nord au Sud par trois (03) zones climatiques, qui déterminent les différents modes de vie, de densités démographiques, de modes de production, et les conditions de santé des populations. Selon les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2009 (RGPH 2009), la population du Tchad était estimée à 11 038 873 habitants. Cette population atteindra 16 244 513 habitants en 2020 selon les projections de l'Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED). Les hommes représentent 49,4% et les femmes 50,6%. La population tchadienne est majoritairement jeune : les moins de 25 ans représentent 68% du total de la population tandis que les plus de 60 ans représentent 4,5%. Selon le milieu de résidence, 21,9% de la population vit en milieu urbain, 78,1% en milieu rural et 3,4% sont des nomades (INSEED, Ministère de la Santé Publique, and ICF International 2016).

Classé¹⁵ 185^{ème} au plan mondial sur 188 pays selon le rapport IDH de 2017 du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Tchad se trouve parmi les quatre (04) pays les plus pauvres du monde avec le Niger, la République Centrafricaine et le Soudan du Sud avec un revenu national brut par habitant de 880 dollars.

Sur le plan social, la proportion de la population tchadienne vivant en dessous du seuil de pauvreté monétaire est de 46% en 2011 (ECOSIT3, INSEED, 2014). L'espérance de vie moyenne pondérée à la naissance est de 49,6 à 51,4 ans entre 2010 et 2014. La mortalité infanto-juvénile est de 123‰ (INSEED, Ministère de la Santé Publique, and ICF International 2016). Malgré une amélioration du taux net de scolarisation (63,6% en 2014 contre 39% en 2000) et du taux d'achèvement du cycle primaire (50,8% en 2015 contre 23% en 2000), le niveau d'éducation de la population (taux d'alphabétisation de 22,39% dont 14% pour les femmes en 2009) demeure l'un des plus bas en Afrique. L'Indice du Développement Humain (IDH) au cours des cinq dernières années, demeure l'un des plus faibles.

¹⁵ C'est un rapport annuel sur les pays, qui combine la richesse, l'espérance de vie et l'éducation au cours d'une année civile.

En matière de santé, les principales causes de consultations sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, les traumatismes, les infections cutanées et la malnutrition chronique (des femmes et des enfants). Les taux de mortalité maternelle demeurent parmi les plus élevés (856 pour 100.000 naissances vivantes en 2015), en raison de multiples facteurs sociodémographiques, économiques et sanitaires. Les maladies non transmissibles telles que le diabète, l'hypertension artérielle, les cancers, les maladies cardiovasculaires, etc. prennent de l'ampleur depuis quelques années (Tchad 2017).

La population tchadienne en général rencontre de nombreuses difficultés pour accéder aux services de santé. Des infrastructures et équipements sanitaires sont souvent vétustes et en nombre insuffisant. Les populations rurales en particulier sont défavorisées et y ont accès très difficilement. Les services de santé sont en grande partie fournis par des structures du secteur public avec un personnel très limité en nombre et en qualification.

Les autres difficultés couramment éprouvées par la population sont celles liées au recours très limité aux services de santé, à la fois pour des raisons culturelles et des raisons d'accessibilité financière et géographique à l'offre des soins (Ministère de la santé publique du Tchad 2016).

L'état de santé de la population est également influencé par les déterminants sociaux de santé tels que l'éducation, l'emploi, le logement les modes de vie et l'environnement (INSEED, Ministère de la Santé Publique, and ICF International 2016).

1.2.2 Données relatives aux personnels, équipements, et infrastructures de santé

Le système national de santé est organisé en trois (03) niveaux d'offres de services de santé. Le niveau central comprend les services centraux et les institutions nationales dont cinq (05) hôpitaux nationaux, situés tous à la capitale. Le niveau intermédiaire comprend vingt-trois (23) Délégations Sanitaires Régionales (DSR), les établissements publics hospitaliers des régions (hôpital régional de référence), les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) et les Ecoles Régionales de santé. Le niveau périphérique est composé de cent trente-et-huit (138) Districts Sanitaires (DS) dont cent sept (107) sont fonctionnels. Selon l'enquête SARA¹⁶ de 2015, l'indice moyen de capacité opérationnelle générale des services de santé était à 56%. Le secteur privé médical à but lucratif est faiblement développé, et opère surtout dans les grandes villes. La médecine traditionnelle reste prépondérante, surtout en milieu rural et péri-urbain (Tchad 2017). Le tableau ci-après reprend quelques indicateurs sur la disponibilité des services de santé selon l'enquête SARA 2015 au Tchad.

¹⁶ L'enquête SARA est destinée à fournir des informations essentielles sur l'état du système de santé à travers différents indicateurs traceurs. Les indicateurs traceurs visent à fournir des informations objectives pour savoir si un établissement remplit ou non les conditions requises pour offrir la prestation de services de base ou spécifiques à un niveau constant de qualité et de quantité

Tableau 1 : Indicateurs sur la disponibilité des services de santé selon l'enquête SARA 2015 au Tchad.

Indicateur et Objectif	Résultat de l'enquête et commentaire
La "densité d'établissements de soins" (nombre d'établissements pour 10.000 habitants) : permet de mesurer l'accès aux services de consultation externe	elle est de 0.96 établissements de santé pour 10.000 habitants, contre la norme OMS de 2 établissements pour 10.000 habitants
La "densité de lits d'hospitalisation" (nombre de lits pour 10.000 habitants) : permet d'apprécier l'accès aux services d'hospitalisation :	elle est de 3 lits/10.000 habitants, contre une norme de l'OMS de 25 lits/10.000 habitants pour les pays à faibles revenus)
L'indicateur de "densité de personnels médicaux de base"	est de 2,74 professionnels de santé de base pour 10.000 habitants, contre la norme OMS de 23 travailleurs de santé pour 10.000 habitants;
L'indice de "disponibilité de l'infrastructure sanitaire"	est faible à 11,96% au niveau national;
L'indice de "disponibilité du personnel de santé" ¹⁷	est faible au niveau national (13,80%), tandis qu'il est très élevé à N'Djaména (82.96%) ;
L'indice de "disponibilité des services", calculé en utilisant les 3 indices (indice de la disponibilité de de l'infrastructure sanitaire, indice de disponibilité du personnel et l'indice d'utilisation des services)	est faible (10,20% au niveau national).

Source : données tirées de l'enquête SARA 2015 in (Direction de la Statistique 2017)

1.2.3 Situation du financement de la santé

Tous les acteurs du secteur de la santé sont conscients que les problèmes du financement de la santé constituent un enjeu majeur par rapport à la pérennité du système de santé. Les ressources financières nationales affectées aux dépenses nationales de santé sont largement insuffisantes pour couvrir les besoins en santé exprimés ou potentiels. Les trois (03) figures (graphiques) ci-après présentent respectivement l'évolution des dépenses publiques de santé en pourcentage du Produit Intérieur Brut (de 2001 à 2014) ; l'évolution du Budget annuel du Ministère de la Santé Publique en Milliards de Francs CFA (de 2013 à 2016) et l'évolution de l'engagement d'Abuja¹⁸ pour le Tchad (2001-2014).

¹⁷ Le personnel de santé est défini comme "l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé" (Rapport sur la santé dans le monde, 2006).

¹⁸ Les Chefs d'Etats et de gouvernements africains ont pris collectivement l'engagement en 2001 à consacrer au moins 15% du budget national au secteur de la santé

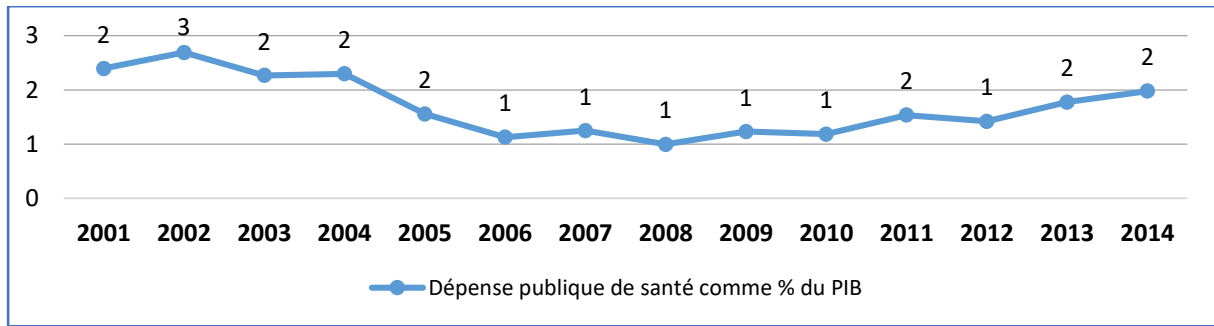


Figure 1 : Evolution des dépenses publiques de santé en pourcentage du Produit Intérieur Brut
(Source : Données OMS 2016)

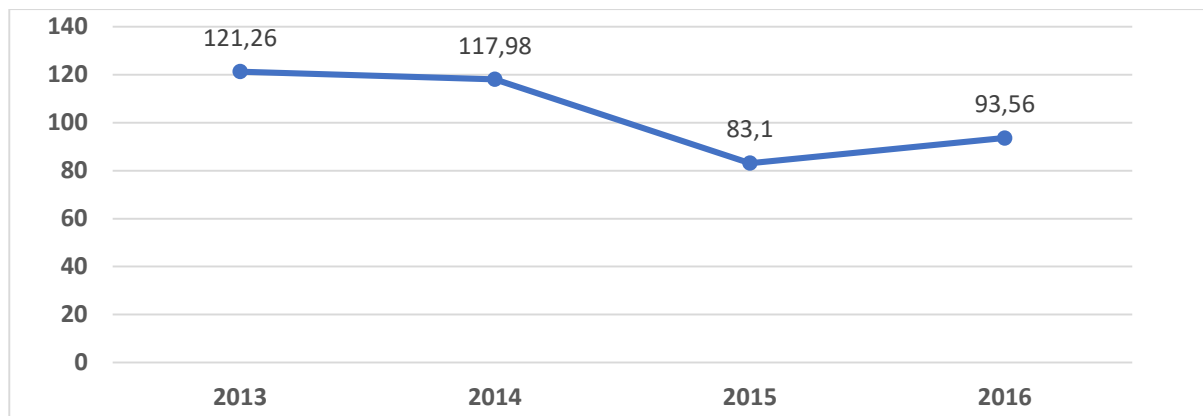


Figure 2 : Evolution du Budget annuel du Ministère de la Santé Publique en Milliards de Francs CFA
(Source : Tchad, Politique nationale de développement sanitaire 2018-2022)

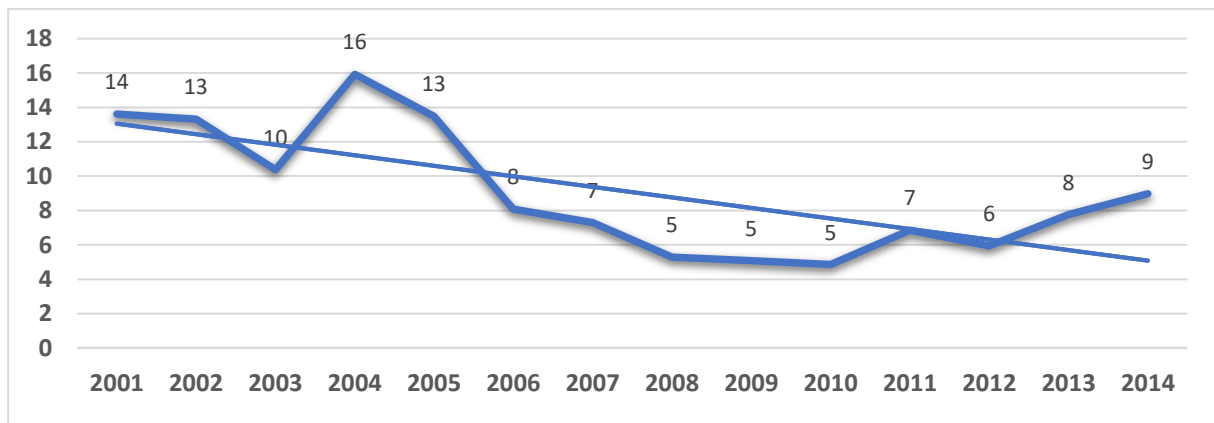


Figure 3 : Evolution de l'engagement d'Abuja pour le Tchad (Source : Données OMS 2016)

Le secteur de la santé publique est financé à travers trois (03) principales sources : l'Etat, les partenaires et les ménages. Cependant, seuls les financements de l'Etat et des partenaires sont inscrits dans le budget du Ministère de la Santé Publique. La mobilisation des fonds pour les dépenses de la santé, s'effectue à travers l'allocation budgétaire au Ministère de la Santé Publique. Outre, le financement de l'Etat, le ministère bénéficie des financements des partenaires sous forme de dons et de prêts.

L'analyse de la courbe du budget du Ministère de la Santé Publique montre que les dépenses de la santé depuis 2013 sont en pleine régression de manière générale avec une forte chute en 2015. Le budget de la santé a baissé de 22,84% entre 2013 et 2016.

Par rapport aux respects des engagements pris collectivement en 2001 à Abuja par les Chefs d'Etats et de gouvernements africains pour consacrer au moins 15% du budget national au secteur de la santé, les données disponibles montrent une évolution en dents de scies avec une tendance générale à la baisse.

1.2.4 Etat du Système d'information sanitaire (SIS)

Le fonctionnement du Système d'Information Sanitaire (SIS), mis en place depuis 1985 se détériore au fil des années et est marqué par une faible coordination, une faible qualité des données, une insuffisance en ressources humaines (personnel qui en général manque de formation spécifique dans le domaine des statistiques), en ressources matérielles et financières. Cette situation est la cause des retards dans la production des données annuelles et joue également sur la qualité et la fiabilité des données produites (Ministère de la santé publique du Tchad 2016).

A cela viennent s'ajouter la non appropriation du SIS par certains responsables de niveau opérationnel faute de formation, de motivation et l'insuffisance en approvisionnement en équipements et outils de gestion du Système d'Information Sanitaire. La décentralisation de la composante informatique en périphérie pour la saisie des données n'est opérationnelle que dans certains districts faute de ressources pour assurer la formation et les supervisions des équipes aux différents niveaux. En plus les équipements disponibles ne sont pas adaptés. Cela a un impact direct sur l'exactitude et la promptitude des données de la santé. Cela expliquerait le retard dans la production de l'annuaire statistique.

Les principaux produits issus de la collecte et du traitement des données sont les annuaires statistiques sanitaires au plan national (Tome A) et au plan régional (Tome B). Ces productions sont généralement diffusées sous format papier, ce qui retarde leur parution et rend leur accessibilité difficile aux utilisateurs (Ministère de la santé publique du Tchad 2016).

La faiblesse au niveau de la coordination, du leadership et de la collaboration avec le secteur privé fait qu'il y a des difficultés pour l'intégration du secteur privé dans la production de l'information sanitaire. Cette situation entraîne la déperdition d'une bonne partie de l'information sanitaire sachant que ces dernières années les populations surtout celles des grandes villes, s'orientent de plus en plus vers ces formations sanitaires privées

Face à cette situation, de nombreux programmes et projets, soucieux d'avoir des informations en temps réel, ont développé des systèmes parallèles pour produire leurs propres données. La multitude d'outils de collecte de données surcharge les prestataires de soins et fragilise davantage le SIS en place et réduit sa crédibilité (Tchad 2015).

1.3 Etats des lieux des mécanismes de protection sociale en santé au Tchad

Un certain nombre des mécanismes sécurité sociale visant à protéger quelques catégories de la population contre le risque financier d'accès aux soins existe dans le pays, mais ils sont à un état embryonnaire. Il s'agit des mécanismes assurantiels et des mécanismes des mesures sociales¹⁹.

En matière de protection sociale en santé au Tchad, en dehors du financement du système national de santé à travers des allocations budgétaires, quelques mesures politico-administratives ont été prises dans le souci d'alléger le paiement de certains services. Il y a entre autre :

- ☞ la gratuité des certains vaccins (poliomyélite) pour les enfants de zéro à cinq ans ;
- ☞ la gratuité des Anti-Rétro-Viraux (ARV) pour les personnes souffrant de VIH ;
- ☞ la subvention de la césarienne ;
- ☞ la gratuité ou la subvention de la prise en charge de certaines maladies chroniques (prise en charge de la tuberculose et de la lèpre) ;
- ☞ la gratuité des moustiquaires imprégnées pour les femmes enceintes et enfants de moins de cinq ans,
- ☞ la gratuité des soins d'urgence.

Dans le souci de faire de l'accessibilité financière aux médicaments, une question réglementaire, les textes suivants ont été pris : la convention CPA-Gouvernement exonérant les taxes sur les médicaments dans le secteur public et l'arrêté N°372 du 22 août 2014 portant tarification des prix des médicaments qui a revu à la baisse les marges bénéficiaires sur les médicaments vendus par les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement, les hôpitaux et les centres de santé.

L'assurance maladie est très peu développée au Tchad. Elle est généralement contractée auprès des compagnies privées d'assurances par de grandes sociétés au profit de leurs personnels. Le secteur des assurances privées commerciales est également vierge. Seulement trois sociétés d'assurance (dont deux en assurances dommages et une en assurance vie) assurent la couverture des soins médicaux d'une petite portion de la population composée majoritairement des travailleurs du secteur privé.

Un nombre assez limité des ménages et des citoyens bénéficie d'une prise en charge sanitaire dans le cadre de la protection sociale offerte par la Caisse Nationale des Prévoyance Sociale (CNPS) aux travailleurs du secteur privé et quelques catégories d'agents de l'Etat (contractuels et décisionnaires)

¹⁹ Les mesures issues de politiques publiques supprimant ou réduisant le paiement de certains services de santé en faveur de tout ou partie de la population.

Les mutuelles de santé sont expérimentées 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 sud du pays. Le programme vise à améliorer l'état de santé des populations en mettant en place un système pérenne d'accès aux soins.

Actuellement, le Tchad ne dispose pas d'un cadre juridique et institutionnel pour régir la création et le fonctionnement des mutuelles de santé.

Le champ de la micro-assurance santé au Tchad est caractérisé par l'expérimentation, des initiatives et une couverture encore extrêmement faibles. La micro-assurance est régie par le Code des assurances qui reste méconnu et/ou inaccessible aux grand public.

A ce jour, le Tchad ne dispose pas de mécanismes nationaux de mise en commun des fonds pour la protection de la population contre les risques maladie en dehors de certains dispositifs précités. Le reste de la population doit payer directement de sa poche pour accéder aux services de santé.

Il est généralement constaté que là où les taux des dépenses publiques consacrées à la santé sont les plus faibles, c'est là que les contributions des ménages, par paiement direct, sont les plus élevées (Dussault, Fournier, and Letourmy 2006). L'évolution de la part du paiement direct des ménages et individus dans la dépense totale de santé au Tchad entre 2001 et 2014 présentée dans les graphiques suivants témoigne de ce constat.

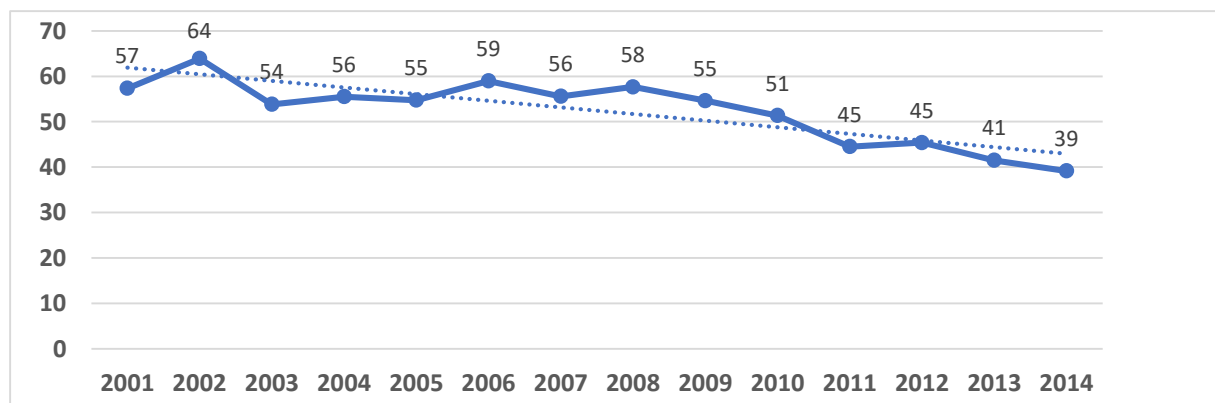


Figure 4 : Evolution de la part du paiement direct dans la dépense totale de santé (DTS en %).
(Source : Données OMS 2016)

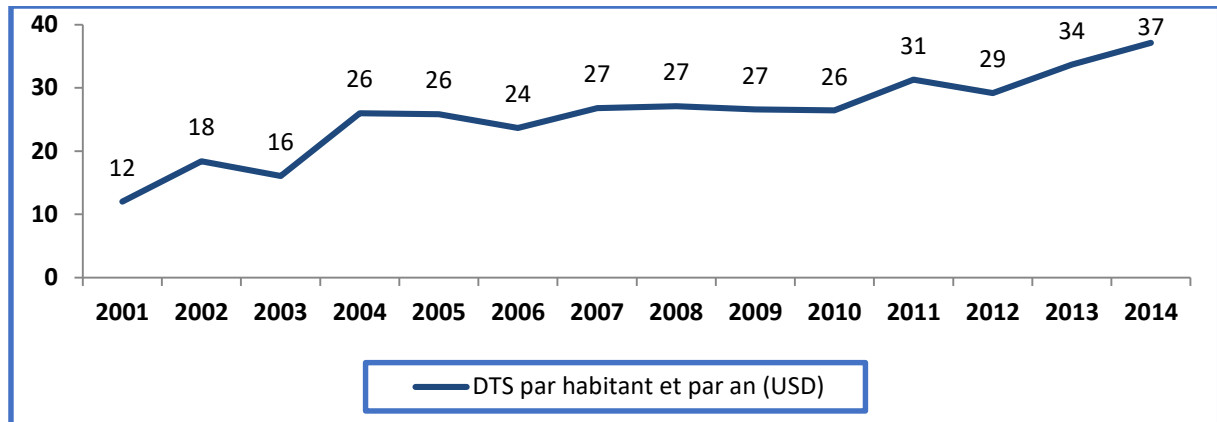


Figure 5 : Evolution des dépenses totales de santé DTS par habitant et par an (en USD) Sources : Données OMS 2016)

Selon l’OMS, la part du paiement direct dans la dépense totale de santé doit être inférieure à 15-20% de la dépense totale de santé. La figure 4 montre que le paiement direct au Tchad affiche une tendance à la baisse entre 57 et 39% entre 2001 et 2014 avec un taux de 64% en 2002. Le taux de la dernière année où la donnée est disponible (2014) est d’environ 2 fois plus élevé que la limite supérieure selon les estimations de l’OMS. Le risque des dépenses catastrophiques de santé reste encore très élevé au Tchad.

1.4 Pertinence sociale de l’étude

Le concept *d’égalitarisme spécifique* développé par Tobin (Cremer, Pestieau, and Cremer 2004) selon lequel certains biens comme l’éducation et la santé sont essentiels et répondent à des besoins fondamentaux justifie l’intérêt de garantir à toute la population un niveau adéquat de soins de santé. Une meilleure santé permet aux individus de travailler et de générer un revenu, et à pouvoir rompre le cercle vicieux de la maladie et de la pauvreté. Elle a aussi un impact positif sur la croissance et le développement économiques. Plus les individus sont en meilleure santé, plus ils sont productifs, plus la main-d’œuvre disponible est plus nombreuse et les taux de morbidité et de mortalité sont plus faibles (David 2011). Réciproquement, le manque d’accès aux soins de santé médicaux a des répercussions économiques et sociales considérables, et plonge souvent les individus dans la pauvreté en les éloignant du marché du travail. Par conséquent, les individus devraient bénéficier d’une protection sociale en général et de celle de santé en particulier.

Pendant longtemps, la santé a été considérée comme un coût pour l’économie et un poids sur la croissance. Cependant, au niveau international, de plus en plus, le concept de la santé prend une nouvelle dimension. Elle est conçue dorénavant comme un facteur de développement économique et social. L’impact positif de la santé sur l’économie semble désormais reconnu : la santé est un investissement en capital humain (Dussault, Fournier, and Letourmy 2006).

Cette étude constitue un outil d'aide à la réflexion devant permettre de mettre en évidence les éléments sur lesquels l'Etat tchadien pourrait agir pour asseoir une couverture sanitaire universelle.

1.5 Objectifs de la recherche

1.5.1 Objectif général

L'objectif principal de cette étude est d'identifier les défis que la République du Tchad doit relever pour amorcer le processus de la mise en place de la couverture sanitaire universelle.

1.5.2 Objectifs spécifiques

- ☞ Analyser les principaux défis liés à la mobilisation et l'organisation des ressources pour la mise en place de la couverture sanitaire universelle au Tchad ;
- ☞ Identifier les principaux facteurs à considérer pour la mise en place d'une couverture sanitaire universelle ;

1.6 Questions de recherche

« La couverture sanitaire universelle a pour objectif de faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces de qualité et d'un coût abordable » (Tedros Adhanom Ghebreyesus, 2017).

Selon Dr Shin Young-Soo Directeur régional de l'OMS pour le Pacifique occidental (2013), la couverture sanitaire universelle exige de ce fait : un système de santé solide, efficace et bien géré ; des soins à un coût abordable ; l'accès aux médicaments et technologies médicales et des personnels de santé en nombre suffisant, bien formés et motivés. Face à cette quadruple²⁰ exigence, dans un contexte socio-économique et sanitaire peu reluisant et devant la nécessité d'agir, la question centrale qui mérite d'être posée est : quels sont les défis que le Tchad doit relever pour amorcer le processus vers la couverture sanitaire universelle.

Les interrogations secondaires ci-après permettront d'approfondir les éléments de réponse à cette question principale. Il s'agit entre autre de savoir :

- ☞ quels avantages y a-t-il à mettre en place la couverture sanitaire universelle ?
- ☞ quels sont les principaux défis liés à la mobilisation des ressources pour la mise en place de la couverture sanitaire universelle au Tchad ?

²⁰ https://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/fr/ consulté en 2019

2 Cadre conceptuel de la couverture sanitaire universelle et méthodologie

2.1 Revue de la littérature

2.1.1 Protection sociale

La protection sociale devient de plus en plus nécessaire parce qu'il y a de plus en plus de personnes qui font face à des difficultés économiques, et parce qu'elle peut contribuer à prévenir la répétition des crises et ses tragédies humaines. Son objectif global est de promouvoir la sécurité et le bien-être social en matière d'emploi, de santé, d'eau et d'assainissement, de nutrition, d'éducation et de soutien aux familles. La protection sociale repose sur l'idée que chacun doit bénéficier d'une sécurité de revenu de base suffisante, garantie par des transferts en espèces ou en nature, et doit avoir accès aux services sociaux essentiels pour vivre (Salignon and Paquet 2014).

Désignée sous les vocables de sécurité sociale, couverture sociale, prévoyance sociale ou assurance sociale, la protection sociale désigne tous les mécanismes de prévoyance collective, permettant aux individus de faire face aux conséquences financières des risques sociaux.

La protection sociale est définie en ces termes :

« Entendue dans son sens le plus extensif, la protection sociale recouvre l'ensemble des mesures, dispositifs et prestations qui se proposent de réduire, à l'échelle d'une collectivité humaine, les incertitudes de l'existence, en prémunissant ses bénéficiaires contre les risques socialement identifiés et individuellement perçus (invalidité, accident, maladie, vieillesse)²¹».

La protection sociale peut être privée (bienfaisance laïque ou religieuse et protection d'entreprise) ou publique, facultative ou obligatoire, locale ou nationale, territoriale ou sectorielles, professionnelle ou interprofessionnelle. C'est un ensemble des programmes et politiques visant à réduire la pauvreté et la vulnérabilité en favorisant l'efficacité des marchés du travail en diminuant l'exposition aux risques et en renforçant la capacité des personnes à se protéger contre les risques d'interruption ou de perte de revenus (AFD 2015).

Historique et origine européenne de la protection sociale formelle

Formellement, la question de la protection sociale est fortement influencée en Europe par deux pionniers : Otto Von Bismarck (1815-1898, Allemagne) et Lord Beveridge (1879-1963, Royaume-Uni). Les théories sur les systèmes de protection sociale s'inspirent généralement de deux archétypes mis en place par ces précurseurs : « le modèle bismarckien » et le

²¹<https://www.universalis.fr/encyclopedie/protection-sociale/> 2019

« modèle beveridgien ». Le premier modèle renvoie à des modes de prise en charges des risques sociaux privilégiant la logique assurantielle (les prestations sont versées aux individus qui se sont assurés contre un tel risque) et le second est basée sur une logique “assistancielle” (les prestations sont versées aux individus qui en ont besoin) (Sengupta 2016).

Le modèle bismarckien ou assurantiel

Le Chancelier allemand Bismarck, dans le souci de juguler les mouvements syndicaux et socialistes, définit et parvient à imposer un modèle de protection sociale dans le but d’améliorer les conditions de vie des ouvriers. Il s’agit d’un mécanisme d’assurance sociale qui garantit aux travailleurs un revenu de compensation en cas d’aléa ou de risque social (maladie, accident, invalidité, vieillesse ou décès). Ce modèle repose sur les quatre (04) grands principes ci-après :

- ☞ Une protection exclusivement fondée sur le travail et sur la capacité des individus à s’ouvrir des droits grâce à leur activité professionnelle ;
- ☞ Une protection obligatoire reposant sur une obligation légale d’affiliation des salariés à des régimes de protection sociale ;
- ☞ Une protection basée sur la technique d’assurance, qui instaure une proportionnalité des cotisations par rapport aux salaires et une proportionnalité des prestations aux cotisations ;
- ☞ La protection gérée par des organismes autonomes où sont représentés les partenaires sociaux (salariés, employeurs et État) ;

Le modèle beveridgien ou assistanciel

Le Royaume Uni est le berceau de ce second modèle de protection sociale. En 1942, à la demande du Gouvernement britannique du premier ministre Winston Churchill, Beveridge rédige un rapport sur le système d’assurance maladie au Royaume Uni. Partant du constat que le régime britannique d’assurance obligatoire qui existait à l’époque est très limité et se développe sans cohérence, Beveridge propose une refonte de la protection sociale basée sur les principes ci-après :

- ☞ Universalité de la protection sociale par la couverture de toute la population et de tous les risques ;
- ☞ Uniformité des prestations, fondées sur les besoins des individus et non sur les pertes de revenus ;
- ☞ Unité de gestion étatique de l’ensemble de la protection sociale ;
- ☞ Financement basé sur l’impôt.

L’accès aux services de santé a toujours été une composante très importante de la protection sociale. De nos jours, la question de la protection sociale en santé dans les politiques sociales

et de développement est devenue une priorité en raison de l'accent mis par la communauté internationale à travers les OMD et maintenant les ODD. Pour les économistes de la santé, le recours aux soins améliore l'état de santé et l'amélioration de l'état de santé de la population peut contribuer au développement économique. Cependant, ce même recours, s'il n'est pas soutenu peut entraîner l'appauvrissement des populations et répercuter négativement sur l'essor économique d'un pays.

Plusieurs stratégies ou outils ont été mis en place afin de faciliter l'accès aux services de santé :

- ☞ gratuité des soins pour certaines couches ou catégories de la population ou des certains actes médicaux pour toute la population,
- ☞ prépaiement des soins de santé dans le cadre de fonds, caisses ou mutuelles de santé ;
- ☞ assurance maladie obligatoire pour certaines catégories de la population ;
- ☞ assurance maladie privée auprès des compagnies d'assurance
- ☞ etc.

Malgré tout cela, la question d'accès aux services de santé reste problématique sur plusieurs plans. C'est dans ce contexte que la communauté internationale en l'occurrence, l'Organisation Mondiale de la Santé, la Banque Mondiale et l'Organisation Internationale de Travail ont estimé que la couverture sanitaire universelle pourrait servir comme un nouvel outil des politiques et actions publiques de santé pour donner accès aux services de santé aux populations et réduire les inégalités et les vulnérabilités socioéconomiques.

2.1.2 Couverture Sanitaire Universelle, un concept à géométrie variable

« La couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers »²² (OMS 2013b).

Selon l'OMS²³, cette définition sous-entend que :

- ☞ la couverture sanitaire universelle n'est pas synonyme de gratuité totale des services de santé pour toutes les interventions possibles, quel qu'en soit le coût, aucun pays ne peut délivrer gratuitement et durablement tous les services.
- ☞ il ne s'agit pas uniquement de la question du financement de la santé. La couverture sanitaire universelle englobe tous les éléments du système de santé : les

²² https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/ consulté le 06/01/19

²³ [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) consulté le 20/01/19

infrastructures de santé, les systèmes de prestation des services, les personnels de santé, les technologies de la santé, les systèmes d'information ainsi que la gouvernance et la législation en matière de santé.

- ☞ la couverture sanitaire universelle ne se limite pas à assurer un ensemble minimum de services de santé; il s'agit aussi de veiller à étendre progressivement la couverture des services de santé et la protection contre le risque financier, à mesure que les ressources disponibles augmentent.
- ☞ la couverture sanitaire universelle est très loin de se limiter à la santé seulement. S'engager sur le chemin du progrès vers la couverture sanitaire universelle implique aussi de prendre des mesures en faveur de l'équité, des priorités du développement, ainsi que de l'inclusion et de la cohésion sociale.

Qu'il s'agisse de la couverture maladie universelle, de la couverture universelle santé ou maladie, de l'assurance santé universelle, de la protection sociale universelle en santé, ou de la couverture universelle tout court, tous ces termes renvoient à un même concept : celui de permettre à tous les individus quels que soient leur situation socio-économique ou géographique sur un territoire donné d'accéder aux services de santé de qualité sans se heurter aux difficultés financières. Cette définition de la couverture santé universelle comporte trois (03) dimensions (objectifs) étroitement liées entre elles représentées par un cube (voir figure 6).

2.1.3 Dimensions et choix critiques de la couverture sanitaire universelle

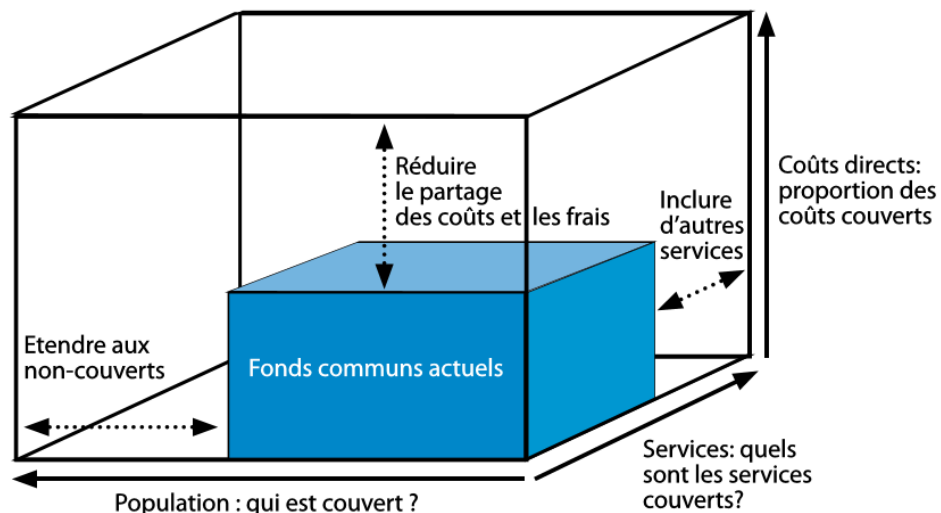


Figure 6 : Les trois (03) dimensions de la couverture sanitaire universelle (Source : *Rapport sur la santé dans le monde 2010*)

Selon le rapport final du Groupe consultatif de l'OMS sur la couverture sanitaire universelle, pour évoluer vers la couverture sanitaire universelle, les pays doivent faire des progrès dans

au moins les trois (03) dimensions du cube ci-dessus. Ils doivent augmenter les services de santé prioritaires, étendre ces services de santé à plus de personnes et réduire les paiements directs des usagers.

- ☞ *étendre aux personnes non couvertes* : donner accès équitable aux services de santé à tous ceux qui ont besoin des services de santé, quels que soient leurs situations géographique, économique et sociale dans le pays ;
- ☞ *inclure d'autres services* : les services de santé doivent être de qualité suffisante pour améliorer la santé de ceux qui en bénéficient ;
- ☞ *réduire la participation aux coûts et aux frais* : la protection financière ; les coûts des soins ne doivent pas exposer les usagers à des difficultés financières (OMS 2013a)

Par ailleurs, selon toujours le même rapport, pour chacune de ces trois (03) dimensions, les pays se heurtent à des choix difficiles (OMS 2015b).

Tableau 2 : Dimensions et choix critiques

Dimensions du progrès	Choix critiques
Etendre les services prioritaires	Quels services étendre en premier ?
Inclure plus de personnes	Qui inclure en premier ?
Réduire les paiements directs	Comment passer des paiements directs au prépaiement ?

Source : (OMS 2015b)

Plusieurs éléments influencent les choix à opérer dans la démarche vers la couverture sanitaire universelle. Les choix prioritaires dépendent de l'influence des acteurs et décideurs politiques en fonction des circonstances et des intérêts économiques, sociaux et politiques (OMS 2015b). Ainsi :

- ☞ pour étendre les services prioritaires, les pays doivent identifier sur la base de leur *carte sanitaire*²⁴, quels services étendre. Ce choix est indispensable car aucun pays ne peut couvrir tous les services de santé :
- ☞ pour inclure plus de personnes, les pays doivent faire lever tous les obstacles à une couverture effective. Il s'agit entre autre des barrières liées aux paiements et les autres barrières financières, des barrières juridiques, organisationnelles, technologiques, informationnelles, géographiques et culturelles. Comme les pays ne peuvent pas éliminer toutes ces barrières simultanément et instantanément, ils sont obligés

²⁴ La Carte sanitaire est un document qui dresse un état des lieux détaillé du secteur hospitalier tant d'un point de vue structurel (inventaire des ressources structurelles et humaines du secteur hospitalier et leur organisation) que d'un point de vue fonctionnel (relevé des activités, taux d'utilisation). La Carte sanitaire sert de fondement à la détermination des besoins sanitaires nationaux, aussi bien en nombre d'établissements hospitaliers qu'en lits et services hospitaliers. C'est un outil de planification.

d'opérer de choix sur celles qui leur semblent plus pertinentes et plus opérationnelles sur la base des analyses ;

- ☞ pour réduire les paiements directs des usagers, les pays doivent mettre en place des mécanismes de prépaiement obligatoires et facultatifs sous formes de taxes ou cotisations. Des paiements directs importants pour les services de santé peuvent causer d'énormes difficultés financières pour le patient et sa famille, et la proportion des coûts des services de santé payés directement par les patients sont très élevés dans beaucoup de pays. La baisse générale des paiements directs constitue par conséquent un facteur majeur dans la progression vers la couverture sanitaire universelle. Ce choix est difficile à faire car la viabilité et l'efficacité de la couverture sanitaire universelle en dépendent.

2.1.4 Principes fondamentaux de la couverture sanitaire universelle : mutualisation et solidarité et équité

Mutualisation

La progression vers la couverture sanitaire universelle implique la mise en œuvre des principales activités ci-après : la collecte des revenus, la mise en commun des ressources, et l'achat des services. Toutes ces activités sont basées sur un principe assurantiel : "la mutualisation". Selon le dictionnaire le Petit Larousse, la mutualisation *c'est "l'action de mutualiser c'est-à-dire faire passer (un risque ou une dépense) à la charge d'une mutualité ou d'une collectivité"*. La mutualisation des risques permet de distribuer les coûts de santé entre les ménages ayant des profils de santé différents pour prévenir les dépenses catastrophiques liées à des événements imprévus ou à des maladies chroniques et permet des subventions croisées des populations riches aux pauvres et bien-portants aux malades.

Pour le secteur des assurances, le principe de la mutualisation consiste à répartir le coût de la réalisation entre les membres d'un groupe soumis potentiellement au même danger (un accident ou une maladie...) et qui pourrait frapper certains d'entre eux.

En d'autres termes, la mutualisation est une action ou une série d'actions qui permet de réunir des moyens ou ressources de diverses entités pour optimiser l'efficacité d'une procédure, diminuer les coûts d'un projet ou réduire des risques en commun.

Les moyens et les ressources peuvent se composer sous diverses formes telles que :

- ☞ le capital humain, compétences, savoir-faire, savoir-être, etc. ;
- ☞ les moyens techniques/les infrastructures et le capital matériel ;
- ☞ les données et informations ou patrimoine immatériel ;
- ☞ le capital financier pour l'investissement en recherche, innovation, par exemple.

L'intégration de la mutualisation au sein du schéma global de la couverture sanitaire universelle, porté par les trois dimensions du cube, représente une condition indispensable de la réussite tout en prenant garde à bien évaluer la réalité des ressources disponibles ou potentielles au regard des enjeux démographiques et épidémiologiques du pays.

Avant tout lancement d'une opération de mutualisation, il faut réaliser une analyse complète en se focalisant à la fois sur les opportunités et les risques sans omettre toutes les contraintes environnantes et s'assurer de la solidarité qui doit régner au sein de la population.

Solidarité

Définie comme *“un sentiment qui pousse des personnes à s'accorder une aide mutuelle, soit par devoir moral, soit parce qu'une communauté d'intérêts existe entre elle”* selon le dictionnaire le Petit Larousse 2010, la solidarité est un principe humain universel. Le principe de la solidarité conditionne celui de la mutualisation des risques (liés à la santé) ou des fonds. En effet, une fois les risques ou fonds mutualisés dans le cadre d'un mécanisme de prise en charge (caisse, fonds, institut...), les prestations de services de santé sont offertes aux populations indépendamment de leurs capacités contributives. Grace à la solidarité, les bien-portants contribuent pour les malades et les plus nantis contribuent pour les moins nantis. La couverture sanitaire universelle ne peut se réaliser et prospérer que dans un contexte de solidarité nationale forte et continue.

Equité

Généralement, il est constaté que les différentes couches sociales sont traitées de façon différente, dans la mesure où dans la plupart des cas, les plus pauvres et fragiles reçoivent moins d'attention et de respect, les analphabètes moins d'information.

L'équité désigne l'absence de disparités évitables ou d'écarts auxquels il est possible de remédier au sein des groupes de personnes, que ces disparités ou écarts soient définis sur un plan social, économique, démographique ou géographique. Dans le domaine de la santé, l'équité est atteinte lorsque chacun a la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible, et lorsque personne n'est pénalisé par des circonstances sociales. Les inégalités en matière de santé sont déterminées par des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui vont au-delà du secteur de la santé (OMS 2014).

2.1.5 Critiques de la couverture sanitaire universelle

Au tour des termes et de la définition

Couverture universelle, couverture santé universelle, couverture sanitaire universelle, couverture maladie universelle, assurance maladie universelle, toutes ces terminologies

circulent pour désigner ce concept largement utilisé mais très peu clarifié. Certains semblent manquer de précision, comme le premier (couverture universelle) ; d'autres paraissent trop restrictifs, comme le dernier qui se centre sur la maladie plutôt que sur la santé (assurance maladie universelle). Ces ambiguïtés ont été clairement formulées dans une récente revue de la littérature sur la couverture sanitaire universelle. Parmi les cent (100) articles analysés par cette revue, seulement vingt-et-un (21) ont fourni une définition claire de la couverture sanitaire universelle (Sengupta 2016). Même parmi les vingt-et-un articles, il existe peu de consensus sur le concept, sa signification restant souvent imprécise. La plupart des auteurs se réfèrent à la couverture sanitaire universelle comme une protection de tous sans exclusion aucune, mais diffèrent à savoir s'il s'agit d'un ensemble complet ou limité de services de soins de santé.

Une définition qui a évolué de la "couverture universelle" à la "couverture sanitaire universelle" au fil des années et en fonction des objectifs institutionnels. La cinquante-huitième Assemblée Mondiale de la Santé de 2005 a défini la couverture universelle comme étant « *l'accès pour tous aux interventions essentiels de santé, de prévention, de traitement et de rééducation à un coût abordable* ». Par contre, le rapport sur la Santé dans le Monde de 2010 définit la « couverture universelle » système dans lequel « tout un chacun accède aux services de santé sans souffrir de difficultés pour leur paiement ». Et le rapport s'est principalement focalisé sur "l'accès aux services dont on a besoin" et "la protection contre le risque financier". Depuis lors, la plupart des définitions ont été structurées de la même manière, avec quelques variations dans la formulation. Bien que ces variations semblent mineures, on distingue quatre (04) types de variations. D'abord, certaines définitions affirment que tout un chacun doit avoir "accès" aux services de santé (sans nécessairement "recevoir les services). Deuxièmement, d'autres définitions se réfèrent aux "services dont on a besoin", "services essentiels", ou "services nécessaires", au lieu de "services qui répondent aux besoins (des individus). Troisièmement, certaines définitions font la mention de "catastrophes financières", de « ruine financière », ou de « pauvreté » plutôt que « difficulté financière ». Quatrièmement, toutes les définitions ne font pas le lien entre les peines financières et le paiement des services. (OMS 2015b).

Au tour des objectifs et de l'idéologie

Selon Dr. Amit Sengupta²⁵, dans son article intitulé "*la couverture sanitaire universelle : par-delà la rhétorique*", la base conceptuelle de la couverture sanitaire universelle concernait au départ "le financement durable de la santé" et non les mécanismes de prestation de soins de santé ou la nature des systèmes de santé. Pourtant, très vite la couverture sanitaire

²⁵ Dr Amit Sengupta, est l'un des plus importants dirigeants du Mouvement populaire pour la santé en Inde et dans le monde. Il a fait de sa vie un combat pour les droits à la santé et l'équité en matière de santé

universelle conçue en tant que moyen de financement durable pour les soins de santé a commencé à être amalgamée avec les systèmes de santé en tant que tels, encourageant ainsi la participation systématique du secteur privé en matière de prestation des soins de santé. L'utilisation du terme "couverture" plutôt que "soins" est « *symptomatique de la dérive de l'intérêt vers le financement de la santé plutôt que la conception de ses systèmes* (Sengupta 2016).

D'autres auteurs pensent que malheureusement, sous le couvert de la couverture sanitaire universelle, de nombreux Etats et bailleurs de fonds encouragent et mettent en place des régimes d'assurance volontaires et communautaires qui offrent en réalité une couverture limitée, coûteuse en gestion et excluant les plus démunis. Selon eux, cela risquerait plutôt de renforcer les inégalités en privilégiant les catégories déjà favorisées et en abandonnant les plus pauvres et les plus marginalisées (TUBIANA 2014). D'aucuns qualifient déjà la couverture sanitaire universelle d'une idéologie capitaliste qui prônerait « la marchandisation ou la commercialisation de la santé ».

Pour Christian Legrève²⁶, « *Le terme lui-même, couverture sanitaire universelle, a quelque chose de vaguement inquiétant, totalitaire, anonyme, indifférencié* ». Et il se pose la question de savoir : « *Est-ce que la couverture sanitaire universelle serait une idéologie ? Et au-delà de ça, une idéologie qui en cache une autre ?* ». Pour étayer son affirmation et apporter des éléments de réponse à sa question, l'auteur fait comprendre que cette initiative de la couverture sanitaire universelle a été lancée dans le cadre du G8 par l'Organisation Internationale du Travail, la banque Mondiale, l'Organisation Mondiale de la Santé et les gouvernements allemand et français. Il mentionne que « *des participants à ces évènements rapportent l'acharnement des représentants de ces deux pays pour imposer la référence au partenariat public-privé. L'Allemagne et la France... Les deux pays qui dictent à l'Union européenne les règles inflexibles de l'orthodoxie budgétaire, du credo monétariste et de l'austérité, qui imposent aux pays pauvres les "réformes" élaborées par le Fonds Monétaire International et la Banque Mondiale* » (Legrève 2016). L'auteur nuance sa critique en disant que « *la couverture universelle santé est une responsabilité publique, qui ne peut s'organiser que dans le cadre d'un système de sécurité sociale cohérent, financièrement garanti, fondé sur l'égalité, organisant l'équité des contributions et des bénéfices. Elle est, par principe, en opposition avec une logique assurantielle qui attribuerait des droits en fonction des contributions* ».

Amit Sengupta conclut sa critique en comparant la couverture sanitaire universelle aux fameux programmes d'ajustement structurel (PAS) qu'il montre d'ailleurs du doigt accusateur comme étant la cause de la flambée des paiements de santé dans les pays en voie de développement. Pour lui, ce modèle de la couverture sanitaire universelle est construit pour

²⁶ Responsable du service éducation permanente de la Fédération des maisons médicales en Belgique, Christian Legrève est auteur de nombreux articles scientifiques sur la santé, publiés dans la revue Santé Conjuguée.

servir à vulgariser et à normaliser la politique néolibérale, en détournant les autorités politiques des options de santé universelle basées sur les systèmes publics. Il ne s'agit pas de construire et améliorer les systèmes publics de santé, mais plutôt de confiner L'Etat au rôle de gestionnaire du système. L'auteur reconnaît néanmoins que la couverture sanitaire universelle est une avancée dans la mesure où elle représente une reconnaissance explicite de deux aspects importants de la santé publique. « *Premièrement, en prescrivant un rôle central à l'État pour sécuriser les moyens de financement pour les soins de santé et pour réguler la qualité et l'étendue des services, la couverture sanitaire universelle reconnaît que les défaillances du marché sont une caractéristique des soins de santé privés qui va au détriment des intérêts des patients. Deuxièmement, la couverture sanitaire universelle reconnaît également que la santé est un bien public avec des effets externes, et que l'État est responsable d'assurer l'accès aux soins de santé* ». Donc, la couverture sanitaire universelle fournit la possibilité d'exercer un choix et les Etat peuvent essayer de privilégier les systèmes publics et examiner les mécanismes de financement qui favorisent l'équité. Les fonds communs de la couverture sanitaire universelle peuvent faciliter le développement de systèmes publics de soins de santé complets, mais cela ne peut advenir que par un choix politique (Sengupta 2016).

2.2 Cadre méthodologique

2.2.1 Cadre et type d'étude

Il s'agit d'une étude qui consiste à identifier dans la globalité, les contraintes et les défis qui pourraient entraver la volonté et l'engagement des autorités de la République du Tchad à mettre en place la couverture sanitaire universelle. En se basant sur les informations fournies par plusieurs sources officielles, cette étude met l'accent sur les principales ressources à mobiliser pour la mise en place effective de la couverture santé universelle. Son objectif est de servir de document d'aide à la prise de décision au service des politiques publiques en matière de santé.

Pour faire ce travail, l'approche théorique basée sur les recherches documentaires combinant les données qualitatives et quantitatives a été retenue. Cette approche comporte deux principales démarches. L'une est consacrée à la description de collecte des données et l'autre aux procédures d'analyse et de traitements des données amassées.

2.2.2 Collecte des données

Recherche documentaire

La recherche documentaire a été essentiellement privilégiée dans cette démarche de collecte de données, qui s'est déroulée en grande partie à la bibliothèque universitaire d'Alexandrie

en Egypte (université Senghor) et à la bibliothèque du Centre d'Etudes et de Formation pour le Développement (CEFOD) de N'Djaména au Tchad. Il s'agit de collecter tous les supports disponibles traitant ou abordant la question de la protection sociale en santé de façon générale et particulièrement de la couverture sanitaire universelle. Deux types de supports sont retenus : le support papier et le support numérique. La collecte des supports numériques s'est faite à l'aide du logiciel Mendeley²⁷ et celles des supports papiers, des fiches de lecture qui précisent le support consulté, le titre, l'auteur, le lieu et l'année d'édition, le nombre de pages.

Supports papiers

Plusieurs documents et sources d'informations abordant le thème de l'étude ont été explorés dans le cadre de cette recherche. Des ouvrages généraux et spécialisés, des articles et revues scientifiques, des mémoires, des rapports d'institutions nationales ou internationales, des rapports d'études, des documents administratifs nationaux ou internationaux.

Supports numériques en lignes

Quelques données ont été collectées sur l'internet qui offre une panoplie de documentation riche et variée. Pour la pertinence de la recherche, les mots clés relatifs au thème de mémoire ont été saisis sur les moteurs de recherches (google, google scholar, cairn, isidore, persée...) afin de filtrer les données et de ne retenir que celles qui sont essentielles et pertinentes. Les documents dont les auteurs ne sont pas clairement nommés et indiqués et les blogues et autres sites libres sont purement et simplement écartés.

2.2.3 Traitement et analyse des données

Tout au long de la rédaction du mémoire, s'est effectué le traitement des données selon les parties abordées. Ce traitement consiste principalement à lire les résumés proposés par logiciel Mendeley et à dépouiller les fiches de lecture afin de les classer par thématique suivant le plan du mémoire. Ensuite intervient la phase analyse orientée vers une approche prospective. C'est une démarche pluridisciplinaire, d'inspiration systémique. Partant du constat élémentaire que les problèmes auxquels l'humanité est confrontée ne sauraient être réduits à une seule dimension et correctement appréhendés lorsqu'on les découpe en tranches, la prospective se propose d'appréhender les réalités au travers de l'ensemble de leurs aspects, de toutes leurs variables, quelle que soit leur nature. Empruntant très largement à l'analyse des systèmes, elle nous invite à considérer les phénomènes à partir d'une étude

²⁷ Mendeley est un logiciel de gestion bibliographique, destiné à la gestion et au partage de travaux de recherche. Il est composé d'un logiciel gratuit de bureautique gérant notamment les documents PDF, les citations et les références bibliographiques. Il permet également de lancer de recherches en ligne.

de l'ensemble des facteurs et de leurs interrelations. C'est une démarche qui intègre la dimension du temps long, passé et à venir. Il s'agit d'une approche globale qui combine les celles qualitative et quantitative.

Enfin, les outils de diagnostic comme le diagramme d'Ishikawa renversé et le mind mapping ont été utilisé pour la partie analyse. L'analyse des facteurs est basée sur le « diagramme fishbone inversé » appelé également le « diagramme des causes à effets ou d'Ishikawa inversé » qui permet d'exprimer les relations entre les moyens et les fins. C'est un outil d'analyse globale qui permet d'identifier les facteurs sur lesquels on doit agir pour arriver à une solution. Elle explore tous les moyens susceptibles de mener aux fins. Il s'agit ici d'explorer tous les facteurs qui permettent de parvenir à la mise en place d'une couverture sanitaire effective. Cette analyse permet de regrouper les facteurs selon leur nature de façon à voir l'organisation des actions au tour des interventions conduisant aux fins. L'analyse mind mapping, à travers le logiciel Mindjet a permis de faire ressortir plusieurs défis de la mise place de la couverture sanitaire universelle. Il s'agit d'une représentation visuelle des idées et informations sous forme de carte ou graphique, composée de sujets principaux, secondaires, et de relations

3 Défis à relever et facteurs de succès pour la mise en place de la CSU

Ce chapitre est une séquence de trois (03) principales sous parties. Il cherche à connaître, dans un premier temps les avantages de la couverture sanitaire universelle (3.1), il résume en deuxième lieu, les principaux défis auxquels il faut s'attaquer pour asseoir une couverture sanitaire universelle (3.2). Enfin, dans une troisième sous-partie, le chapitre synthétise les facteurs à considérer pour la mise en place de la couverture sanitaire universelle (3.3).

3.1 Quels avantages y a-t-il à mettre en place la couverture sanitaire universelle ?

Au regard de la situation socio-sanitaire précédemment décrite et compte tenu du fait que plus de 90% (Tchad 2015) de la population ne dispose pas d'une protection sociale en santé, l'avènement de la couverture sanitaire universelle est, a priori, salutaire aussi bien sur le plan social, économique que politique.

La santé est une composante centrale du développement humain durable. Une couverture sanitaire universelle bien organisée et viable est essentielle pour atteindre de meilleurs résultats en santé, afin de promouvoir le bien-être de tous. L'accès aux services santé grâce à la couverture sanitaire universelle protège les personnes contre l'appauvrissement dû à des dépenses pour leurs soins de santé et réduit les inégalités sociales.

Avantages sur le plan social

« De nombreux documents attestent de l'effet positif de l'amélioration de la couverture par des services de santé de bonne qualité répondant aux besoins de la population. Une étude récente sur les tendances statistiques, menée dans 153 pays, et publiée par The Lancet, a constaté qu'une couverture sanitaire plus large conduisait généralement à un meilleur accès aux soins nécessaires et à une amélioration de la santé de la population, les progrès les plus importants bénéficiant aux populations les plus défavorisées. Ces conclusions ont été corroborées par les expériences récentes d'expansion de la couverture des services conjointement à une protection contre le risque financier dans des pays aux différences très marquées dans les niveaux de revenu. Il existe aussi de nombreux exemples de pays où des initiatives visant à élargir ou à améliorer la couverture ont conduit à des améliorations notables de la santé de la population, bien qu'il soit important de noter que, dans chaque cas, les pays sont toujours aux prises avec des difficultés liées aux questions de couverture, quelle qu'elle soit » (OMS 2013a).

Ainsi, couverture sanitaire universelle permet à chaque individu de bénéficier de services de santé (essentiels), sans s'exposer aux risques d'appauvrissement. L'objectif pour le moins ambitieux est à la fois de renforcer les systèmes de santé et de garantir la disponibilité et l'accès à des soins de qualité. De ce fait, la couverture sanitaire universelle participe à la

réduction de la pauvreté, à l'équité et à la cohésion sociale. Elle constitue un moyen permettant d'apporter des correctives à certaines limites observées des OMD dans le secteur de la santé et soulève la question de la soutenabilité des dépenses de santé (Salignon and Paquet 2014).

Avantage sur le plan économique

Sur le plan économique, les individus et les ménages peuvent être protégés des dépenses de santé directes trop élevées grâce à l'extension de la mise en commun de fonds prépayés, qui permettent de réduire ou d'éliminer le risque financier associé à des dépenses de santé soudaines et imprévues. Les familles qui bénéficient de ce type de protection sont non seulement en meilleure santé d'un point de vue financier, mais elles ont aussi moins besoin d'économiser pour prévenir les éventuels problèmes de santé, ce qui leur permet généralement de consacrer plus d'argent à d'autres dépenses et a pour effet de dynamiser l'économie au sens large. Dans certains pays, les préoccupations liées aux factures médicales sont la principale cause du taux d'épargne excessif, notamment en Chine où elles ont eu un impact négatif sur la consommation intérieure, voire sur l'économie mondiale (OMS 2014).

Avantages sur le plan politique

L'instauration de la couverture sanitaire universelle est souvent une réponse à des changements sociaux, économiques ou politiques majeurs. Par exemple la couverture sanitaire universelle a été identifiée comme priorité nationale à la suite d'une crise financière en Indonésie, en Thaïlande et en Turquie, au moment de la restauration de la démocratie au Brésil et dans le cadre des efforts de reconstruction de l'après-guerre en France et au Japon. Ces moments de crise ou de bouleversements majeurs ont en effet ouvert une fenêtre d'opportunité qui allait permettre de briser la résistance des groupes d'intérêts opposés aux réformes, puis la mise à l'épreuve et l'adoption d'approches novatrices. Ils ont également favorisé la mobilisation de la solidarité nationale nécessaire à la mise en œuvre de réformes majeures (Maeda et al. 2015). La couverture sanitaire universelle peut être un instrument et un argument politique essentiel pour améliorer la santé et réduire les inégalités sanitaires. Les exemples de cas de réformes en faveur de la couverture sanitaire qui ont été dans une large mesure motivés par le calendrier politique sont légions. Bon nombre des responsables politiques qui ont lancé ces initiatives en ont tiré des avantages politiques substantiels lors des élections qui ont suivi. De fait, certains pionniers²⁸ politiques de la couverture sanitaire universelle sont devenus des héros au niveau national (OMS 2013a).

²⁸ En 2004, le public canadien a voté, lors d'un suffrage national, pour élire "le plus grand des Canadiens". Il a choisi l'architecte des réformes de la couverture sanitaire universelle, Tommy Douglas, qui s'est battu pour l'instauration de ce système.

3.2 Cartographie des défis à relever dans le processus de mise en place de la CSU

La prise en compte des trois (03) dimensions du cube dans la mise en place de la couverture sanitaire universelle ne signifie pas que les services de santé à offrir sont automatiquement utilisés par toute la population. Encore faut-il que ces services soient suffisamment accessibles et qu'ils soient fournis de façon équitable pour maximaliser les chances de leur utilisation. Les défis à relever pour la mise en place de la couverture sanitaire universelle sont multiples et complexes. L'analyse mind mapping ci-après (Voir figure 7) permet de façon non exhaustive de dénombrer certains défis. De tous les défis identifiés, ne seront développés que ceux relatifs au financement de la couverture sanitaire universelle et au renforcement du système national de santé car, ils sont déterminants et indispensables à sa réussite.

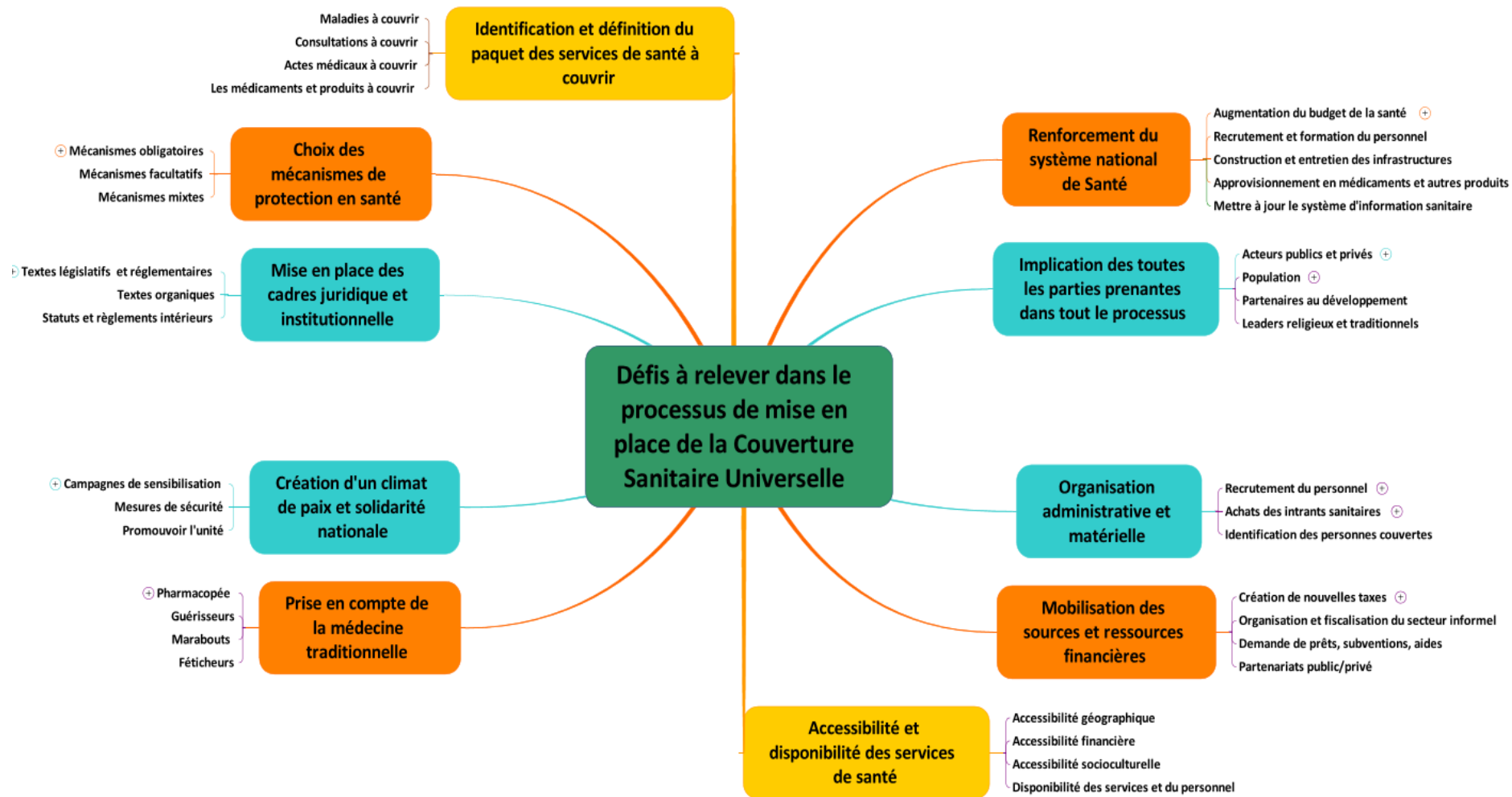


Figure 7 : Le mind mapping des défis à relever

3.2.1 Défis liés au financement de la couverture sanitaire universelle

Le grand défi de la mise en place de couverture réside prioritairement dans la mobilisation des ressources financières suffisantes pour préfinancer l'accès²⁹ aux services de santé afin de réduire les difficultés liées à l'accessibilité financières aux services de santé. Ce défi est d'autant sérieux au regard du nombre³⁰ de la population à couvrir (majoritairement sans sources de revenu ou ayant de revenu difficilement quantifiable compte tenu du caractère informel de leurs activités). L'autre problème lié au financement est celui d'augmenter les niveaux actuels de financement de la santé publique pour garantir la disponibilité et la continuité des services de santé à travers le système national public de santé. Quel mode de financement (Voir les figures 9 et 10 sur les modèles de financement) faut-il choisir ? Le modèle du National Health Service britannique (Beveridge) repose sur des taxes générales, un pool national de risques et des services publics accessibles à tous. En revanche, le modèle allemand d'assurance maladie (Bismarck) repose sur les cotisations des salariés et ménages et les charges sociales. La plupart du temps, en Afrique, les politiques de la couverture sanitaire universelle reposent sur des systèmes hybrides (Carrin, James, and Evans 2006). « *La Banque Africaine de Développement estime que, d'ici à 2060, la plupart des pays africains pourront garantir une assurance-maladie de base, si ce n'est une couverture complète. Elle souligne cependant que dans la phase de démarrage, l'aide publique au développement reste essentielle...* » (Mathilde Bouyé and Sevrino 2014). Mais dans tous les cas, selon l'OMS, « *les réformes du financement de la santé et les mesures permettant aux pays de s'approcher de la couverture sanitaire universelle peuvent prendre de nombreuses formes, mais elles doivent surtout être adaptées au contexte. Il n'existe pas de modèle en la matière* » (Margot Nauleau, Blandine Destremau 2013).

3.2.2 Défis liés au renforcement des capacités du système national de santé

En financement du système national de santé

Le financement du système national de santé est un défi constant parce qu'il implique des investissements permanents dans une large gamme d'intrants, notamment les médicaments, les équipements médicaux, la technologie et l'infrastructure, mais plus important encore, dans le traitement des personnels de santé qui sont appelés à jouer un rôle central dans la prestation de services de santé (Maeda et al. 2015).

²⁹ L'accès aux services de santé peut être défini comme la résultante du franchissement d'un ensemble de barrières auquel un individu parvient pour avoir et utiliser un service de santé. Il peut être représenté comme un ensemble dans lequel la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité, le contact et l'efficacité jouent un rôle. Dans le monde réel, la proportion de gens qui bénéficie des services (...) est déterminée par les variations de la disponibilité et de l'efficacité des services et de la difficulté à s'en servir (Mamadou 2018).

³⁰ Environ 16 millions d'ici 2010 d'après les projections de l'INSEED

En personnel de santé

En 2016, le Tchad disposait de 10 223 personnels de santé dont 8 149 constitués des médecins, des infirmiers et des accoucheuses (personnel directement impliqués dans l'offre des soins). Ce personnel est réparti de façon très inégale entre les régions. La densité du personnel de santé au niveau national est estimée à 0,58 pour mille habitants alors que la norme recommandée par l'OMS était de 2,3 pour mille habitants pour atteindre les OMD. Cette norme a évolué dans le contexte des ODD. Elle est actuellement de 4,45 pour personnels de santé pour 1000 habitants.

Ces données montrent que le Tchad est déjà dans une profonde crise des ressources humaines pour la santé. Le défi en matière de ressources humaines est alors énorme pour aller vers la couverture sanitaire universelle. Par rapport à la norme de 2,3 personnels de santé pour 1000 habitants, le déficit en personnel en 2016 est évalué à environ 24 385 agents. Les besoins en ressources humaines générés par la nécessité d'atteindre les cibles des ODD creusent encore davantage ce déficit le faisant passer du simple au double (48.770 environs 50.000) (Ministère de la santé publique du Tchad 2016).

En infrastructures et équipements sanitaires

Les données sur les indicateurs sur la disponibilité des services de santé selon l'enquête SARA 2015 au Tchad (voir tableau 1) montrent que :

- ☛ la "densité d'établissements de soins" est de 0.96 établissements de santé pour 10.000 habitants, contre la norme OMS de 2 établissements pour 10.000 habitants ;
- ☛ la "densité de lits d'hospitalisation" est de 3 lits/10.000 habitants, contre une norme de l'OMS de 25 lits/10.000 habitants pour les pays à faibles revenus) ;
- ☛ l'indice de "disponibilité de l'infrastructure sanitaire" est faible à 11,96% au niveau national;

A ces insuffisances, il faut ajouter que le plan national de développement sanitaire 2016-2030 fait état de non-respect des normes en matière des infrastructures sanitaires livrées car ne sont pas compatibles généralement avec les équipements et les besoins de santé.

Dans le souci de rapprocher les services de santé des populations pour faciliter l'accessibilité géographique, l'autre grand défi de la mise en place de la couverture sanitaire, résidera dans le financement de vastes programmes de chantiers pour les infrastructures sanitaires.

En approvisionnement des médicaments et autres produits médicaux

Les médicaments essentiels et les technologies de santé sont une partie fondamentale de l'accès aux services de santé pour tous. L'évaluation de la disponibilité des médicaments essentiels a été faite dans le cadre de l'enquête SARA à partir d'une liste de dix-sept (17)

médicaments essentiels fournis par l'OMS en 2015. Selon les résultats de l'enquête, la disponibilité moyenne des médicaments essentiels dans les formations sanitaires est de 44%. Environ 1% seulement des formations sanitaires disposent de l'ensemble des médicaments essentiels ayant été retenus pour cette évaluation. (Ministère de la santé publique du Tchad 2017).

Le grand défi est de définir les processus qui améliorent la disponibilité et l'usage rationnel des médicaments (y compris les vaccins), ainsi que d'autres technologies sanitaires, de manière systématique et progressive, en plus du développement de la capacité de régulation et d'évaluation pour assurer que les médicaments soient sûrs, efficaces et de qualité. Il s'agit dans le cadre de la mise en place de la couverture sanitaire universelle de prévenir et résoudre les problèmes liés à :

- ☞ l'insuffisance de l'offre par rapport à la demande ;
- ☞ la rupture de stocks de médicaments même ceux d'urgence, consommables et réactifs ;
- ☞ l'absence de maintenance des appareils médicaux qui finissent par tomber en panne ;
- ☞ les ruptures fréquentes de stock en médicaments et en technologies médicales.

L'accès aux produits de santé constitue un indicateur clé pour évaluer les progrès réalisés par les pays pour parvenir à une couverture sanitaire universelle. Les médicaments et produits de santé représentent souvent la plus grande partie des dépenses de santé des pays (et des ménages) et leur impact sur le financement en matière de santé leur donne une position centrale dans les stratégies et plans liés à la couverture sanitaire universelle (OMS 2017).

En système d'information sanitaire

Le fait que l'information ne soit pas facilement accessible aux décideurs, aux cadres des différentes directions et aux gestionnaires et aux opérateurs sur le terrain ne favorise pas la culture de prise de décisions sur des bases factuelles. Pour y parvenir, le système d'information sanitaire doit s'efforcer de produire de l'information de qualité en temps réel, accessible et utilisable par tous les acteurs pour une prise de décisions sur des bases réelles en vue de l'amélioration de la santé des populations.

La mise en place de la couverture sanitaire universelle exige de disposer constamment des informations sanitaires de qualité pour une intervention efficace. Pour cela, le grand défi sur le plan informationnel et technologique est de disposer d'une technologie (programmes et logiciels), des équipements informatiques, et des compétences permettant d'avoir en temps voulu des informations de qualité sur les problèmes de santé, sur le contexte dans lequel le système de santé fonctionne et sur l'efficacité de ce dernier. Le MSP doit instaurer un cadre

propice de collaboration et d'échanges avec le secteur privé pour collecter les données épidémiologiques de manière la plus complète possible.

3.3 Principaux facteurs pour la mise en place de la couverture sanitaire universelle

3.3.1 Analyse "fishbone inversé" des principaux facteurs

Il s'agit ici d'identifier, à l'aide de l'analyse "fishbone inversé " (voir figure 8), les facteurs ou éléments qui concourent à la mise de place de la couverture sanitaire universelle et les actions qui permettent de mobiliser les sous-éléments de chaque facteur identifié. Ils sont nombreux et multisectoriels : le système national de santé, le leadership et la gouvernance, le financement, la solidarité, le climat social, la structure économique, et les déterminants sociaux de santé. Cette énumération n'est pas exhaustive.

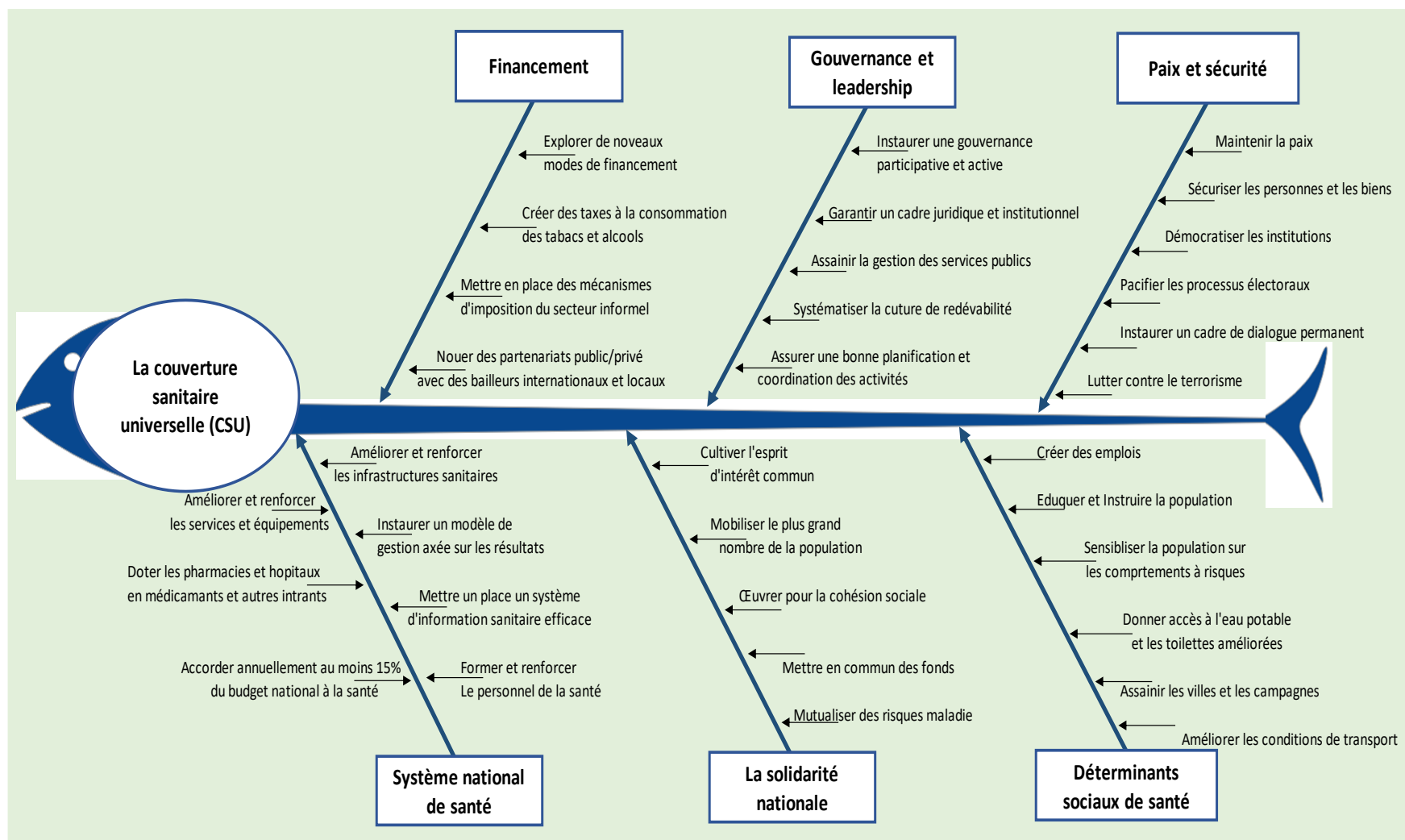


Figure 8 : Analyse “fishbone inversé” des facteurs à considérer pour transiter vers la couverture sanitaire universelle

Selon G. Carrin et C. James (Carrin, James, and Evans 2006) un certain nombre de facteurs peuvent favoriser et/ou accélérer le processus de mise en place de la couverture sanitaire universelle. Il s'agit entre autre de :

La structure de l'économie

Une structure économique basée en majorité sur le secteur formel peut faciliter l'instauration des prélèvements des taxes et cotisations pour financer la couverture sanitaire universelle.

Le niveau de revenu

La mise en commun des fonds nécessite la contribution du plus grand nombre de personnes possible. Plus le revenu par habitant est élevé, plus la capacité financière de la couverture sanitaire universelle est grande à travers les contributions des citoyens par les recettes fiscales et les cotisations directes.

La répartition de la population

La population des zones urbaines où il y a assez d'infrastructures sanitaires et de moyens de communication, a plus de chance d'accéder aux services de la couverture sanitaire universelle par rapport à celle qui se trouve dispersée dans les zones rurales. Une répartition de la population plus ou moins homogène en densité réduit les coûts administratifs et facilite la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle.

Les compétences managériales disponibles

La mise en place de la couverture sanitaire universelle nécessite une main-d'œuvre suffisamment qualifiée et compétente dans les domaines de gestion administrative, de gestion comptable, de l'informatique, et ayant des connaissances sur la fiscalité et les secteurs financiers tels que les banques, assurances.

La solidarité nationale

Une société ayant un niveau de solidarité élevé est celle dans laquelle les individus ont une prédisposition plus grande à soutenir les autres individus. Un système de protection contre les risques financiers d'accès aux services de santé requiert une quantité significative des contributions financières, aussi bien des riches aux pauvres que des personnes à faibles risques à celles à hauts risques. Chaque pays doit définir le niveau approprié de solidarité qui permet la mise en commun des fonds. Les décideurs politiques peuvent, parfois, imposer la solidarité, mais un degré suffisamment élevé de solidarité dans la société est nécessaire afin

que le financement de la couverture sanitaire universelle puisse être mis en œuvre de façon durable (Carrin, James, and Evans 2006).

Le leadership et la gouvernance

La capacité des autorités administratives et politiques nationales à assumer et garantir les fonctions essentielles de santé publique et de la protection sociale en améliorant la gouvernance pour atteindre la couverture sanitaire universelle est un facteur essentiel. Elle suppose un débat politique ouvert, une disponibilité des informations et une implication de toutes les parties prenantes.

3.3.2 Les autres facteurs

Compte tenu du caractère transversal de la santé, plusieurs autres facteurs peuvent contribuer au progrès vers la couverture sanitaire universelle. Leur non prise en compte peut rendre inefficaces les autres efforts consentis en faveur de la couverture sanitaire universelle.

4 Résultats et perspectives pour l'instauration de la CSU au Tchad

4.1 Résultats

A l'issue de l'état des lieux et de l'analyse de la situation, cette réflexion a abouti aux résultats ci-après :

A la question centrale de savoir : quels sont les défis que le Tchad doit relever pour amorcer le processus vers la couverture sanitaire universelle, la réponse est abondante. Les données disponibles sur le système de santé et les mécanismes de protection sociale en santé au Tchad montrent que les infrastructures sanitaires sont souvent vétustes et en nombre insuffisant. Le système d'information sanitaire est obsolète. Les services de santé sont en grande partie fournis par des structures du secteur public avec un personnel très limité en nombre et en qualification. Les établissements publics de santé souffrent d'une insuffisance de moyens budgétaires, en particulier pour l'achat de médicaments, d'équipement, de matériels ou autres produits sanitaires. Les normes de santé sont en deçà celles fixées par l'OMS (Voir tableau 2). Depuis 2004, le financement de la santé n'a pu atteindre le minimum de 15% recommandé par l'OMS. Les dispositifs de protection sociale en santé existants ne concernent que quelques élites et leurs familles. En plus de ces difficultés, les autres problèmes couramment rencontrés par la population sont ceux liés au recours très limité aux services de santé, à la fois pour des raisons culturelles et des raisons d'accessibilité financière et géographique à l'offre des soins (Ministère de la santé publique du Tchad 2016). Les populations rurales en particulier sont défavorisées et ont accès très difficilement aux services de santé. L'état de santé de la population est également influencé par les déterminants sociaux de santé tels que l'éducation, l'emploi, le logement les modes de vie et l'environnement (INSEED, Ministère de la Santé Publique, and ICF International 2016). Ce constat montre que les défis sont bien nombreux et complexes.

S'agissant de savoir : quels avantages y a-t-il à mettre en place la couverture sanitaire universelle, de la recherche documentaire menée essentiellement sur les documents de l'Organisation Mondiale de Santé, il ressort que « *La couverture universelle en matière de santé constitue le concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir* »³¹. Le concept n'est pas nouveau mais relève d'une approche systémique qui permet d'améliorer le bon fonctionnement des systèmes de santé et de conserver les acquis en de santé (OMS 2015b). Des pays aussi divers comme le Brésil, le Chili, la Chine, la France, le Ghana, le Japon, le Kirghizistan, le Mexique, la République de Moldova, le Rwanda, le Viet Nam, la Thaïlande la Turquie, le Rwanda, et le Ghana qui ont atteint la couverture sanitaire universelle ou qui sont sur la voie de l'atteindre, illustrent comment cette dernière peut agir comme dispositif

³¹ Dr Margaret Chan, Directeur Général de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans une allocution devant la 65ème Assemblée mondiale de la Santé, mai 2012

essentiel d'amélioration de la santé et du bien-être des citoyens et contribuer à jeter le socle d'une croissance économique reposant sur des principes d'équité et de durabilité (Maeda et al. 2015).

Parti du postulat selon lequel, compte tenu des dimensions à respecter et des facteurs à mobiliser, le Tchad ne dispose pas actuellement de ressources³² suffisantes pour instaurer la couverture sanitaire universelle, l'étude cherche également à répondre à la question suivante : quels sont les facteurs à considérer pour amorcer le chemin vers la couverture santé universelle ? Les facteurs ou ressources qui concourent à la mise de place de la couverture sanitaire universelle sont nombreux et multisectoriels parmi lesquels : le système national de santé, le leadership et la gouvernance, le financement, la solidarité, le climat social, la structure économique, et les déterminants sociaux de santé.

Ce postulat est infirmé par un rapport d'études de cas menées par les experts de la banque mondiale. Pour ces experts, la couverture sanitaire universelle concerne tous les pays, quel que soit leur niveau de développement (OMS 2015a). Pour illustrer cette réponse, onze (11) études de cas ont été menées en 2014 par une équipe d'experts de la banque mondiale. A l'issue de ces études, les experts estiment que la croissance économique ne constitue pas un prérequis déterminant dans l'adoption de politiques de couverture sanitaire universelle, même si cette croissance sera importante pour le soutien à l'expansion subséquente de la couverture sanitaire universelle. L'engagement du Brésil envers la couverture sanitaire universelle, propulsé par le mouvement pour l'adoption d'une démocratie, s'est d'ailleurs accentué au cours une période de faible croissance économique. La Thaïlande s'est également engagée envers son dispositif de couverture universelle en 2001, après la crise financière asiatique et lorsque les perspectives de croissance macro-économique demeuraient fragiles. Enfin, les pays comme Bangladesh et Éthiopie qui font face à des contraintes macro-économiques importantes, ont tout de même reconnu la couverture sanitaire universelle comme un objectif politique, notamment en tant qu'expression des aspirations nationales et outil de mobilisation du soutien social et politique nécessaire à la mise en œuvre de réformes (Maeda et al. 2015).

4.2 Perspectives pour instaurer la couverture sanitaire universelle au Tchad

L'accès aux services de santé à travers la couverture sanitaire universelle implique que toutes les personnes et les communautés aient accès, sans discrimination d'aucune sorte, aux services de santé appropriés, conformes, de qualité, déterminés au niveau national,

³² Ici le terme ressources renvoie à une liste non exhaustive de plusieurs et divers éléments à savoir : le droit ou la ressource juridique ; le personnel ou la ressource humaine ; l'argent ou la ressource monétaire ; l'information ou la ressource cognitive, l'organisation ou la ressource interactive ; le consensus ou la ressource confiance ; le temps ou la ressource temporelle, l'infrastructure ou la ressource patrimoniale, le soutien politique ou la ressource majorité ; la force ou la ressource violence (dans le sens Wéberien).

conformément aux besoins, ainsi qu'à des médicaments de qualité, sûrs, efficaces et abordables. La couverture sanitaire universelle suppose également que l'utilisation de ces services n'expose pas les usagers à des difficultés financières, en particulier les groupes en situation de vulnérabilité. L'accès aux services de santé par le biais de la couverture sanitaire universelle requiert la définition et la mise en œuvre de politiques et d'actions avec une approche multisectorielle pour aborder les déterminants sociaux de la santé et encourager l'engagement de toute la société pour promouvoir la santé et le bien-être. Pour y parvenir, il est nécessaire d'entreprendre pendant tout le processus plusieurs actions parmi lesquelles :

4.2.1 Instaurer un climat de confiance entre l'Etat la population

Les populations africaines en général et celles du Tchad en particulier accordent peu de crédit ou d'intérêt aux initiatives et actions entreprises par les autorités gouvernementales. Cela pourrait s'expliquer par l'histoire, les choix des régimes et modes de gouvernances, l'instabilité politique et les nombreux échecs des politiques publiques. Le secteur de la santé est manifestement l'un des secteurs dont le rôle et l'action de l'Etat semblent trouver un assentiment auprès des populations. L'intervention de l'Etat dans le secteur de la protection sociale en santé plus que dans tout autre est souhaitable tant du point de vue de l'efficacité que de l'équité. C'est pourquoi, la perception des citoyens est importante. L'opinion publique a souvent l'impression que le secteur public est inefficace aussi bien pour la collecte de fonds que pour leur utilisation. Cette affirmation est sans doute parfois fondée mais ce qui serait inquiétant c'est de voir les gens qui refuseraient d'adhérer à une politique aussi bénéfique que celle de la mise en place de la couverture sanitaire universelle à cause des préjugés. Raisons pour lesquelles, les acteurs publics : les économistes de la santé, les hommes des médias et les décideurs politique ont la responsabilité de réhabiliter et de restaurer la noble image de l'Etat à travers la mise en place des espaces et plateformes publics d'échanges de concertation, d'expression et de contrôle citoyen de l'action publique.

4.2.2 Mener des campagnes de sensibilisation

La mise en place de la couverture sanitaire universelle nécessite l'implication de plusieurs secteurs de la vie nationale. Un cadre de concertation multisectorielle devrait être mis en place pour soutenir les actions en faveur de la santé. Il comprendra non seulement le ministère de la santé publique mais également le ministère en charge de l'eau et assainissement, le ministère en charge de l'environnement, ministère en charge de l'éducation, ministère en charge de la décentralisation, mais aussi la société civile, les partenaires au développement et le secteur privé.

4.2.3 Explorer les nouvelles sources de financement

Partant du constat que la plus grande portion de la population est constituée des travailleurs informels (pauvres), des personnes âgées et des enfants, « deux options s’offrent pour la collecte des ressources financières devant financer la couverture sanitaire universelle. L’une est un système dans lequel les services de santé sont financés principalement par les recettes fiscales générales. Les fonds, centralisés essentiellement par les pouvoirs publics, servent à l’achat de services de santé. L’autre est l’assurance-maladie universelle, qui repose sur une ou plusieurs caisses approvisionnées par les cotisations obligatoires des travailleurs, des professions indépendantes, des entreprises et des pouvoirs publics (Margot Nauleau, Blandine Destremau 2013).

En choisissant l’une ou l’autre des voies, il est nécessaire pour la phase de démarrage de s’appuyer sur l’aide publique au développement et en suite pour s’assurer de la continuité du financement, il faut mettre en place des mécanismes et des outils permettant de financer de façon pérenne la couverture sanitaire en faisant participer le secteur informel au financement de la couverture sanitaire universelle. Cela peut se faire par le biais d’une fiscalité indirecte ou d’autres mesures contributives mais surtout incitatives.

L’engagement à atteindre la couverture sanitaire universelle exige des autorités étatiques un engagement financier et le leadership nécessaires à l’établissement de dispositifs de mutualisation et de redistribution. Aucun pays n’a dans les faits atteint la couverture sanitaire universelle uniquement à partir de sources volontaires privées. En outre, les modalités de financement de la santé doivent être accompagnées d’une réglementation soignée et d’une gestion qui permettent d’assurer l’équité, la responsabilité fiscale et un bon rapport coûts – avantages (Kutzin et al. 2018). Les deux (02) figures ci-après (9 et 10) montrent les sources de financement et principaux mécanismes de contribution.

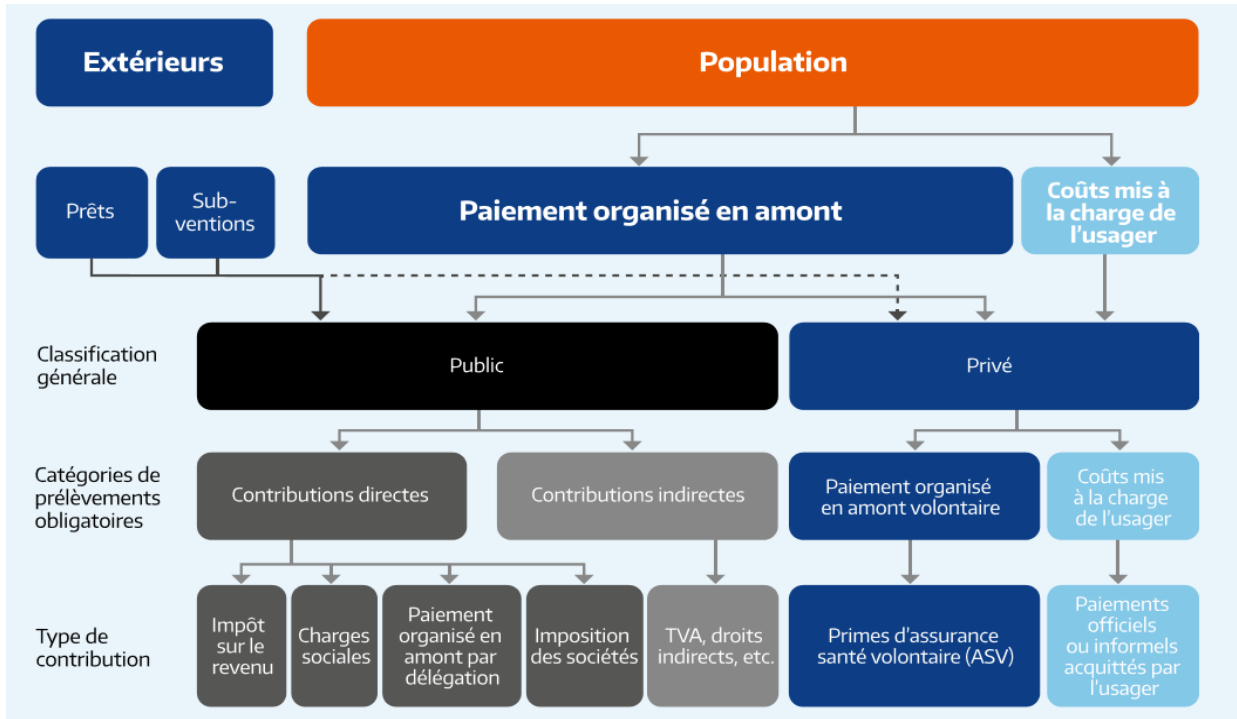


Figure 9 Principales sources de financement et principaux mécanismes de contribution.
Sources : OMS (Kutzin et al. 2018)

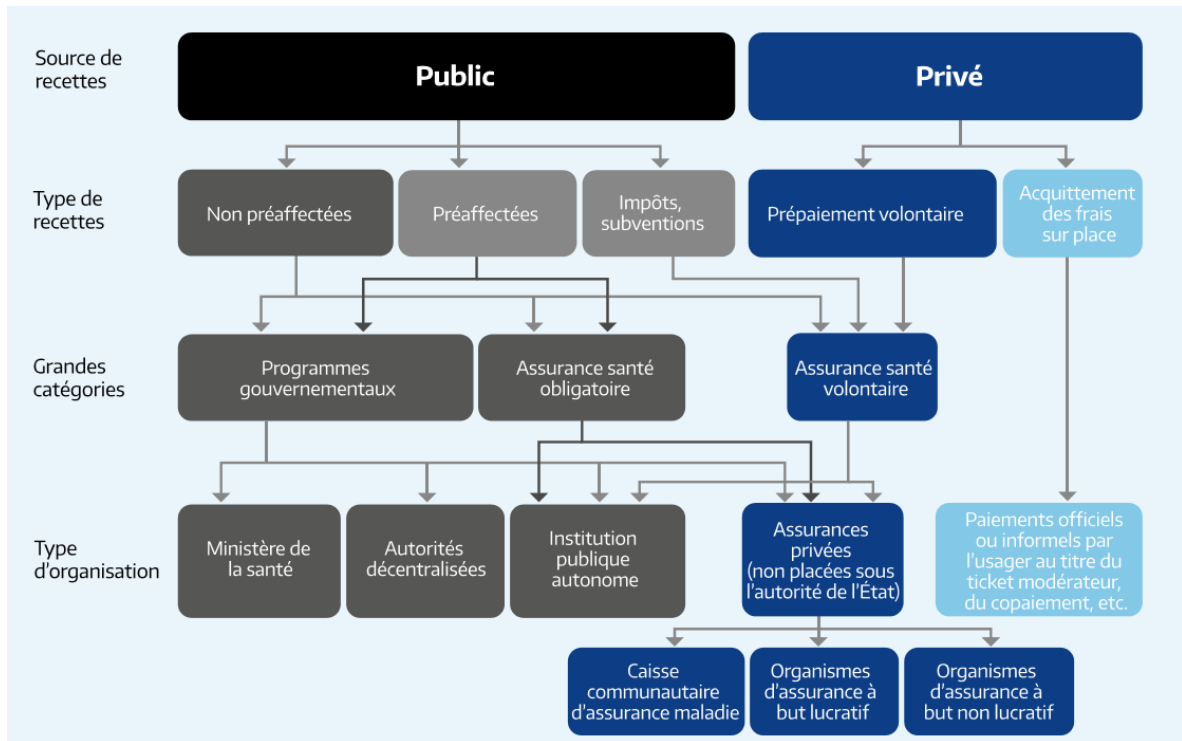


Figure 10 Flux génériques des recettes de leurs sources aux entités destinataires en commun.
Source : OMS (Kutzin et al. 2018)

4.2.4 Instaurer une gouvernance participative

Impliquer les acteurs internationaux, nationaux et locaux à tous les niveaux du processus vers la couverture universelle. Instaurer des mécanismes de délibération et de consultation permettant aux parties prenantes de contribuer de façon continue aux processus de planification et de prise de décision en matière de santé. Prévoir une action coordonnée des parties prenantes clés en vue de relever les défis de santé prévisibles.

4.2.5 Améliorer les déterminants sociaux de santé

Selon l’OMS, « les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie ».

Il s’agit d’un ensemble de facteurs (voir figure 11) liés aux comportements en matière de santé et de mode de vie qui interagissent entre eux et engendrent des conditions de vie qui influencent la santé. Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est à dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde.

Aujourd’hui, les connaissances scientifiques sur les déterminants sociaux de la santé s’accumulent rapidement. La nécessité d’orienter les efforts dans cette direction est devenue de plus en plus évidente. Il est du ressort des responsables de la santé publique, de faire connaître plus largement ces déterminants sociaux et de lancer un débat à leur sujet. Les politiques et les actions en faveur de la santé, doivent s’orienter vers une prise en compte des déterminants sociaux de la santé afin de s’attaquer aux causes de la mauvaise santé avant que celles-ci ne créent des problèmes.

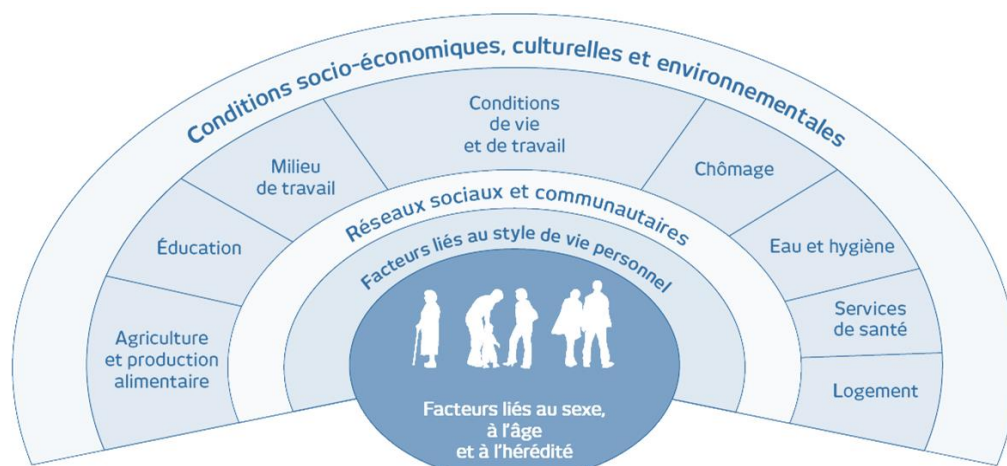


Figure 11 : Les déterminants sociaux de santé (source : D. Goran & W. Margaret, 1991)

4.2.6 Planifier la transition vers la couverture sanitaire universelle

La couverture sanitaire est un processus lent et long. Engager des réformes pour parvenir à la couverture sanitaire universelle doit faire l'objet d'une planification (voir figure 12) approfondie, notamment pour viabiliser le processus compte tenu de l'augmentation inévitable de la demande de soins. Elle se fera de manière progressive. La finalité est de supprimer les barrières financières et d'autres barrières qui entravent l'accès aux services à tous et en particulier aux personnes pauvres et vulnérables. Parallèlement, la disponibilité et la qualité de l'offre des services seront renforcées.

Planification de la transition vers la Couverture Sanitaire Universelle (CSU)			Années	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
N°	Actions à mener	Délais de mise en œuvre											
01	Mise en place du cadre juridique de la CSU	2 ans	■										
02	Mise en place du cadre institutionnel	2 ans		■									
03	Campagnes de sensibilisation à l'endroit de la population et plaidoyer auprès des partenaires au développement	10 ans	■										
04	Indentification et définition des services de santé prioritaires	3 ans	■										
05	Réduction et/ou suppression des paiements directs pour les services de santé prioritaires	Indéfini				■							
06	Réduction et/ou suppression des paiement directs pour les catégories de populations à faibles revenus ou vulnérables	Indéfini				■							
07	Mobilisation des ressources et organisation de leur mise en commun	Indéfini	■										
08	Indentification et définition du paquet des services de santé à couvrir	5 ans	■										
09	Extension de la couverture sanitaire à toute la population	Indéfini							■				

Figure 12 : Proposition de planification de la transition vers la couverture sanitaire universelle

Conclusion

Au terme de cette étude, il est à retenir que couverture sanitaire universelle est considérée non seulement comme un outil pour assurer de meilleurs services de santé mais aussi comme un but fédérateur pour le développement des systèmes de santé. Elle permet à chaque individu de bénéficier de services de santé (essentiels), sans s'exposer aux risques d'appauvrissement. Ainsi, la couverture sanitaire universelle participe à la réduction de la pauvreté, à l'équité et à la cohésion sociale (Salignon and Paquet 2014).

Plusieurs auteurs font remarquer ses effets positifs sur la société et encouragent sa mise en place. Le journal médical britannique *The Lancet*, dans son éditorial du 8 septembre 2012, avait consacré plusieurs articles à la Couverture sanitaire universelle (CSU), la qualifiant de *troisième transition mondiale en matière de santé*. Dans cet article, les chercheurs soutiennent que la CSU est un régulateur de systèmes de santé, valable aussi bien dans un contexte de pays riche que de pays pauvre ; ils estiment également qu'elle peut être réalisée de différentes manières, comme le montre la diversité des approches dans le monde. Les chercheurs soulignent que « *la question n'est plus de savoir si les pays s'engageront ou pas en faveur de la couverture sanitaire universelle mais comment ils assureront cette transition* ». Ils notent avec pragmatisme que « *la couverture de santé universelle est une opportunité, sans être pour autant une garantie définitive de progrès* » (Salignon and Paquet 2014).

En ce qui concerne les défis à relever, dans un rapport datant de 2015, la Rockefeller Foundation, Health Finance and Governance et l'Agence américaine pour le développement international (USAID) ont estimé que pour effectivement avancer vers une couverture sanitaire universelle adaptée, il faut définir et étendre des services garantis, développer des systèmes de financement de la santé pour financer les services de santé et assurer une protection financière, une disponibilité de service de qualité, améliorer la gouvernance et la gestion et prendre toutes autres mesures de renforcement des systèmes de santé pour rendre possible la couverture sanitaire universelle.

Ainsi, les pays à faible revenu comme le Tchad qui souhaitent entreprendre des démarches vers la CSU, doivent prendre des décisions clés sur la façon de générer des ressources, de mutualiser les risques et de fournir des services.

Un certain nombre de facteurs ont été jugés cruciaux pour faciliter la transition vers la couverture sanitaire universelle : le niveau des revenus, la structure de l'économie, la distribution de la population, la capacité des pays à administrer couverture sanitaire universelle, le niveau de solidarité nationale et l'amélioration des déterminants sociaux de santé. Il est essentiel que les décideurs politiques prennent ces facteurs en compte et essaient de les utiliser comme leviers politiques (Carrin, James, and Evans 2006).

De toutes les ressources à mobiliser pour la mise en place de la couverture sanitaire universelle, les ressources financières constituent le plus grand défi car, d'elles dépendent

toutes les autres ressources. Il s'agit notamment de comprendre comment les ressources financières seront mobilisées à travers les différents mécanismes de financement ? Combien faut-il mobiliser, quelles seront les sources de ces ressources financières, quels seront les institutions et les modes de recouvrement à retenir et quel sera le mode de gestion des fonds collectés ? Autant de défis d'ordre organisationnel qui méritent réflexion. D'où le besoin de faire agir la solidarité nationale et de faire en sorte que des systèmes de financement soient adaptés au contexte du pays, tenant compte, entre autres, du niveau de vie, de l'effectif de la population, du taux de chômage, du niveau des infrastructures et de bien d'autres paramètres encore.

Dans cette perspective, la réalisation équitable et progressive de la couverture sanitaire universelle exige de prendre des décisions politiques difficiles. Des décisions raisonnables dont leur mise en œuvre peut être facilitée par une responsabilisation des institutions publiques et des mécanismes de participation citoyenne. Les populations doivent être au cœur du système de santé à tous les égards. Cela implique que les populations ne doivent pas seulement être des bénéficiaires de services de santé, mais doivent aussi contribuer activement à l'élaboration du système et aux décisions concernant le financement et la distribution des services (OMS 2015b).

L'intégration de la mutualisation au sein du schéma global de la couverture sanitaire universelle, porté par les trois dimensions du cube, représente une condition indispensable de la réussite. Pour ce faire le Tchad doit bien évaluer la réalité des ressources disponibles ou potentielles au regard des enjeux démographiques, épidémiologiques, et géographique du pays. Il faut souligner que pour arriver à la CSU, chaque pays développe sa propre voie, reflet de sa propre culture et de l'héritage des systèmes de santé existants.

Mais de l'avis de certains auteurs comme Amit (Sengupta 2016), « *les défis associés au développement de systèmes de soins de santé équitables et de bonne qualité sont les plus criants dans les pays à revenu faible et intermédiaire, où les populations augmentent plus rapidement, où la prévalence des maladies infectieuses est plus élevée, et où les maladies non-transmissibles sont en croissance. Réinventer les soins de santé publics – plutôt que les affaiblir via la CSU – est présenté comme le seul chemin à suivre pour atteindre l'accès à la santé pour tous* ».

Références bibliographiques

Ouvrages généraux et spécifiques :

Dussault, Gilles, Pierre Fournier, and Alain Letourmy. 2006. *“L’Assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l’accès aux soins et lutter contre la pauvreté”*.

Jones, Louis Potvin ; Marie-José Moquet ; Catherine M. 2010. *“Réduire les inégalités sociales en santé”*. Inpes.

Kerouedan, Dominique. 2011. *“santé internationale : les enjeux de santé au Sud”*. Sciences Po.

Rayssiguier, Yvette, Josianne Jégu, and Michel Laforcade. 2008. *“Politiques sociales et de santé : comprendre et agir”*. EHESP.

Articles et revues :

Carrin, Guy, Chris James, and David Evans. 2006. *“Atteindre la couverture universelle : le développement du système de financement.”* 149–62.

Chapoix, Gaëlle. 2016. *“Santé globale et couverture sanitaire universelle : même bateau, même dérive ?”* Santé Conjuguée N°76, 23–29.

Cremer, Helmuth, Pierre Pestieau, and Helmuth Cremer. 2004. *“Assurance Privée et Protection Sociale”*

David, Pierre-marie. 2011. *“La santé : un enjeu de plus en plus central dans les politiques publiques de développement international ?”* Socio-Logos.

Jouvenel, Hugues de. 1993. *“la démarche prospective : un bref guide méthodologique.”* Science, 1–24.

Legrève, Christian. 2016. *“Derrière la couverture sanitaire universelle : une idéologie cachée !”* Santé Conjuguée N°76, 20–22.

Mamadou, Keïta. 2018. *“Typologie urbaine et accessibilité géographique potentielle des établissements de santé dits « modernes » dans le district de Bamako (Mali).”* Espace Populations Sociétés, no. 2018/1-2 (June). Université des Sciences et Technologies de Lille. <https://doi.org/10.4000/eps.7707>.

Margot Nauleau, Blandine Destremau, Bruno Lautier. 2013. *“En chemin vers la couverture sanitaire universelle.”* Revue Tiers Monde, 129–48.

Mathilde Bouyé, and Jean-Michel Sevrino. 2014. *“La couverture santé, un combat universel. Négociations cruciales aux Nations Unies.”* Le Monde Diplomatique, 3.

Salignon, Pierre, and Christophe Paquet. 2014. *“protection sociale et couverture santé universelle (CSU) : nouveaux défis de l’agenda du développement post 2015,”* no. 37 : 86–95.

Sengupta, Amit. 2016. *“Couverture sanitaire universelle : par-delà la rhétorique,”*

TUBIANA, Laurence. 2014. *“La couverture sanitaire universelle : un enjeu de développement durable.”* Le Monde Diplomatique, 2.

Rapports et documents institutionnels :

OMS. 2013b. *“Rapport sur la santé dans le monde 2013 : la recherche pour la couverture sanitaire universelle.”*

———. 2014. *“Stratégie pour l'accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle.”*

———. 2015a. *“couverture sanitaire universelle : la voie vers une meilleure santé.”*

———. 2015b. *“Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle.”*

———. 2017. *“Vers l'accès 2030 : Cadre Stratégique de l'OMS en matière de médicaments et produits de santé 2016-2030,”* 40.

———. 2017. Tchad, Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022.

———. 2018. *“Rapport sur les Objectifs de Développement Durable.”* Organisation Des Nations Unies.

AFD. 2015. *“Santé & Protection Sociale : Cadre d'intervention Sectoriel 2015-2019,”* 64.

Bachelet, Michelle. 2011. *“Socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive.”*

Direction de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques. 2017. *“Annuaire des statistiques sanitaires au Tchad”* Tome A 31ème Édition.

INSEED, Ministère de la Santé Publique, and ICF International. 2016. *“Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2014-2015),”* 655.

Kutzin, Joseph, Sophie Witter, Matthew Jowett, and Dorjsuren Bayarsaikhan. 2018. *“Développer une stratégie nationale de financement de la santé publique : guide de référence”.*

Maeda, Akiko, Edson Araujo, al, 2015. *“Une couverture sanitaire universelle pour un développement durable inclusif : une synthèse de 11 études de cas pays”.*

Ministère de la Santé Publique du Tchad. 2016. *“Politique Nationale de Santé 2016-2030.”*

OMS. 2013a. *“Plaidoyer pour la couverture sanitaire universelle,”* 44.

ONU, 2015. *“Rapport sur les Objectifs Du Millénaires pour le Développement.”* Samusocial de Paris, 75.

ONU. 2012. "l'assemblée générale proclame le 12 décembre journée de la couverture sanitaire universelle", ONU Info. 2012.

Tchad, OMS. 2017. "Stratégie de Coopération Pays." 2017.

Tchad. 2015. "*Stratégie nationale de la couverture sanitaire universelle du Tchad*".

Webographie :

<https://bibenligne.usenghor.org>

<https://journals.openedition.org/humanitaire/2918>

https://www.cairn.info/resultats_recherche.php

<https://www.deepl.com/fr/translator>

<https://www.persee.fr>

<https://www.presidence.td/fr-news-3634-TIC.html> <https://scholar.google.fr>

<https://www.universalis.fr/encyclopedie/recherche-scientifique/>

[https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
consulté le 20/01/19

https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/fr/ consulté le 06/01/19

Liste des illustrations

Figure 1	: Evolution des dépenses publiques de santé en pourcentage du Produit Intérieur Brut (Source : Données OMS 2016)	13
Figure 2	: Evolution du Budget annuel du Ministère de la Santé Publique en Milliards de Francs CFA (Source : Tchad, Politique nationale de développement sanitaire 2018-2022)	13
Figure 3	: Evolution de l'engagement d'Abuja pour le Tchad (Source : Données OMS 2016).....	13
Figure 4	: Evolution de la part du paiement direct dans la dépense totale de santé (DTS en %). (Source : Données OMS 2016)	16
Figure 5	: Evolution des dépenses totales de santé DTS par habitant et par an (en USD) Sources : Donnés OMS 2016)17	
Figure 6	: Les trois (03) dimensions de la couverture sanitaire universelle (Source : Rapport sur la santé dans le monde 2010).....	22
Figure 7	: Le mind mapping des défis à relever	34
Figure 8	: Analyse "fishbone inversé" des facteurs à considérer pour transiter vers la couverture sanitaire universelle	39
Figure 9	Principales sources de financement et principaux mécanismes de contribution. Sources : OMS (Kutzin et al. 2018).....	46
Figure 10	Flux génériques des recettes de leurs sources aux entités destinataires en commun. Source : OMS (Kutzin et al. 2018).....	46
Figure 11	: Les déterminants sociaux de santé (source : D. Goran & W. Margaret, 1991)	47
Figure 12	: Proposition de planification de la transition vers la couverture sanitaire universelle	49

Liste des tableaux

Tableau 1	: Indicateurs sur la disponibilité des services de santé selon l'enquête SARA 2015 au Tchad.....	12
Tableau 2	: Dimensions et choix critiques	23

Glossaire

- **Accessibilité aux services santé** : «la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte). Surtout fonction du couple distance / temps donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectif (c'est à dire l'utilisation effective du système). L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion). La plus grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa dimension sociale (équité). Dans les deux cas, l'accessibilité est maintenant considérée comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque ».
- **Assurance sociale** : mécanisme de couverture destiné à se prémunir collectivement contre les conséquences financières des risques sociaux (maladie, maternité, chômage, accident du travail, famille, vieillesse...) dont la survenue est incertaine. L'assurance sociale repose sur le paiement préalable – avant que le risque n'advienne – des cotisations, le partage des risques et la garantie du versement de la prestation en cas de survenue du risque. Le financement est mutualisé. L'assurance sociale est très liée au travail puisque les cotisations sont prélevées sur les salaires et doivent permettre au salarié de bénéficier d'un revenu de remplacement en cas d'incapacité temporaire à travailler en raison d'une maladie ou d'un accident, par exemple. À la différence d'une assurance privée à but lucratif, elle ne sélectionne pas les risques (AFD 2015)
- **Couverture sanitaire universelle** : Selon l'OMS la couverture sanitaire universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services de promotion de la santé, prévention, de soins cliniques et de réadaptation dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne de difficultés financières pour les usagers.
- **Dépenses catastrophiques de santé** : Dépenses si élevées qu'elles contraignent les ménages ou les usagers soit à renoncer à faire recours aux services de santé au risque de perdre leur vie ou soit à réduire leurs dépenses en autres biens de base (par exemple en alimentation ou en eau), à vendre des biens ou à s'endetter lourdement, risquant ainsi l'appauvrissement.
- **Déterminants sociaux de la santé** : Ensemble des conditions socialement produites qui influencent la santé des populations. Une liste non exhaustive inclurait : les politiques en matière d'emploi, l'éducation, les infrastructures de transport, le revenu, l'environnement bâti dont l'habitation et autres (Jones 2010).

- **Financement par prépaiement** : Paiements réalisés par les individus via l'impôt ou la cotisation au régime d'assurance maladie avant qu'ils n'utilisent les services de santé : les cotisations prépayées sont mises en commun.
- **Inégalités sociales de santé** : Ecarts d'état de santé socialement stratifiés. Les inégalités sociales de santé touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risques aux résultats des soins et reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existant entre les groupes sociaux (Jones 2010).
- **Mise en commun des fonds** : Accumulation des ressources issues des prépaiements pour les soins de santé, comme les cotisations à l'assurance maladie, qui peuvent être utilisées pour une population. Son objectif est de partager les risques dans la population pour que les dépenses de santé imprévues ne soient pas seulement à la charge d'un individu ou d'un ménage, ce qui pourrait avoir des conséquences catastrophiques (voir dépenses catastrophiques ci-dessus)
- **Protection sociale** : Entendue dans son sens le plus extensif, la protection sociale recouvre l'ensemble des mesures, dispositifs et prestations qui se proposent de réduire, à l'échelle d'une collectivité humaine, les incertitudes de l'existence, en prémunissant ses bénéficiaires contre les risques socialement identifiés et individuellement perçus (invalidité, accident, maladie, vieillesse)
- **Risques sociaux** : appelés aussi risques idiosyncratiques, ils correspondent aux situations auxquelles les individus et les ménages peuvent être confrontés de façon aléatoire et qui peuvent entraîner une baisse des ressources ou une hausse des dépenses : charge familiale, maternité, maladie, chômage, vieillesse, invalidité, accident du travail... (AFD 2015)
- **Sécurité sociale** : la sécurité sociale désigne exclusivement les régimes obligatoires de prestations familiales (y compris les aides au logement), d'assurance maladie / invalidité, d'accidents du travail / maladies professionnelles et de retraite / vieillesse. Au niveau international, les organisations utilisent parfois indistinctement les expressions de « sécurité sociale », « protection sociale » ou encore de « couverture sociale » (AFD 2015).
- **Système de santé** : Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. L'OMS considère qu'un système de santé est composé de six piliers : les infrastructures, les équipements, les médicaments et autres intrants, les ressources humaines, le système d'information et la gouvernance. Renforcer les systèmes de santé implique de travailler de manière transversale sur tout ou partie de ces piliers en fonction des priorités nationales, en lien avec les politiques publiques et à travers les services des pays bénéficiaires (AFD 2015).

Annexes

Annexe 1 : Mesures prises par certains pays pour s'acheminer vers la CSU

Pays	MEXIQUE	RWANDA	THAÏLANDE	BRÉSIL	GHANA
(PIB/hab.)	(\$9,741)	(\$619)	(\$5,473)	(\$11,339)	(\$1,604)
Réforme	2003 : Seguro Popular [Assurance populaire]. Système « d'assurance » financé par des fonds publics pour les pauvres et le secteur informel afin de réduire les disparités avec la sécurité sociale dans le secteur officiel.	2003 : Mutuelle de Santé. Système d'assurance communautaire fortement subventionné, intégré dans un réseau national associant redevabilité locale, mise en commun des risques au niveau national et subventionnement croisé.	2001 : Régime de couverture universelle. Régime le plus récent et le plus grand, qui couvre tous ceux qui ne bénéficient pas de l'un des deux régimes réservés aux travailleurs du secteur officiel.	1988 : Système de santé unifié. Services municipaux financés par des fonds publics.	2004 : Régime national d'assurance maladie. Réseau national d'assurances-maladie communautaires associé à un régime national de sécurité sociale (pour le secteur officiel).
Financement et prestations couvertes	Transferts du budget de l'État. L'idée initiale de lier les primes des cotisants aux revenus a été abandonnée. L'assurance couvre 95 % des motifs d'hospitalisation.	Transferts budgétaires (recettes fiscales et aide de donateurs) associés à un barème progressif de cotisations. Il existe un plan national de prestations, chaque mutuelle ayant une certaine marge de manœuvre. Les mutuelles doivent couvrir au moins l'ensemble des services/ médicaments disponibles dans les centres de santé	Recettes de l'État uniquement. Incitations fermes à l'efficacité par diverses formes d'achat actif, des budgets globaux et le paiement des prestataires. L'assurance couvre les soins préventifs et les soins curatifs et, depuis peu, le traitement de l'infection à VIH.	Recettes du gouvernement fédéral mises en commun au niveau municipal. Les prestations sont classées en trois catégories : de base, spécialisées et très complexes.	Recettes fiscales générales, provenant principalement d'un prélèvement de 2,5 % sur la TVA, associé à une taxe sur le salaire des bénéficiaires de la sécurité sociale (secteur officiel) et cotisations limitées versées par les bénéficiaires (sauf les plus vulnérables). Fonds nationaux avec paiement par service pour financer un ensemble de prestations qui couvre 95 % des problèmes de santé signalés.

Annexe 2 : Les sources et de financement du système de santé et de la CSU

Sources innovantes de financement appliquées à la protection sociale

Taxe sur les transactions financières. De nombreux pays, dont le Brésil, la Corée du Sud, l'Inde et le Royaume-Uni, ont mis en place un genre de taxe sur les transactions financières, en général une taxe *ad valorem* de 10 à 50 points de base sur les échanges d'actions. En moyenne, ces taxes prélèvent moins de 0,5 pour cent du PIB (Matheson, 2011). Au Brésil, la contribution provisoire sur les transactions financières a permis de consolider l'universalisation du système de santé. Il est estimé dans le rapport Bill Gates pour le sommet du G20 de Cannes qu'une taxe de 10 points de base sur les actions ordinaires et de 2 points de base sur les obligations permettrait de lever environ de 48 milliards de dollars E.-U. par an (Lamb, 2011). Si elle était créée, une partie de ces ressources pourrait être allouée au développement de la protection sociale dans les pays à faible revenu.

Taxe mondiale sur les transactions monétaires. Le Groupe pilote sur les financements innovants pour le développement estime qu'une taxe de 0,005 pour cent sur les transactions de devises étrangères sur l'ensemble des grands marchés de devises fournirait, pour les quatre principales devises (dollar, euro, yen et livre sterling), de 25 à 36 milliards de dollars. Le groupe suggère que ces ressources soient utilisées pour créer un fonds de solidarité mondial, consacré à la coopération internationale en matière de développement, et notamment à la création de socles sociaux.

Prélèvement de solidarité sur les billets d'avion. En 2006, le Brésil, le Chili, la France, la Norvège et le Royaume-Uni, en collaboration avec les Nations Unies, se sont mis d'accord sur une taxe sur les billets d'avion et ont convenu d'investir les fonds ainsi levés dans la protection de la santé de base, en facilitant, en particulier, l'achat de médicaments pour combattre le sida, la tuberculose et la malaria dans les pays à faible revenu. Le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, le Congo, la Côte-d'Ivoire, la Guinée, la République de Corée, Madagascar, le Mali, Maurice et le Niger ont rejoint, plus tard, le programme. Le coût total pour les passagers est compris entre 1 milliard de dollars (billet en classe économique) et 40 milliards de dollars (billet en classe affaires). Depuis sa création, ce prélèvement a permis à UNITAID de recueillir environ 2 milliards de dollars pour financer des programmes bénéficiant aux populations de 94 pays (UNITAID, 2010).

Envois de fonds des migrants. Les migrations de travail ont toujours été une source de protection sociale informelle pour les familles restées au pays. Les flux des envois de fonds vers les pays en développement auront sans doute atteint 346 milliards de dollars en 2011, soit 2 pour cent du PIB des pays en développement et 6 pour cent du PIB des pays à faible revenu (Banque mondiale, 2010c). Ces sommes ont contribué à accroître la consommation et à réduire la pauvreté dans les pays d'origine des immigrés. Une action décisive pour réduire les coûts de transaction, estimés en moyenne à 9 pour cent, permettrait d'accroître le revenu net transféré. Une étude récente sur les zones rurales au Mozambique montre que les versements correspondant à ces migrations sont liés de façon positive à une forme remarquablement stimulante de solidarité dans les communautés (Mendola, 2010). Les mécanismes d'inclusion financière et de mise en commun des risques entre les bénéficiaires des versements pourraient également être stimulés pour renforcer l'impact des flux de versements sur le bien-être des communautés et convertir des dispositifs informels en dispositifs formels inclus dans le socle social.

Instruments fondés sur la dette. Depuis 2007, dans le cadre du programme Debt2health (dette contre santé), l'Australie et l'Allemagne ont converti environ 160 millions de dollars de dettes bilatérales de la Côte d'Ivoire, de l'Égypte, de l'Éthiopie, de l'Indonésie et du Pakistan en investissements dans les services de santé de base. Dans ce cadre, le créancier annule la dette bilatérale tandis que le débiteur s'engage à investir dans la santé de base. Les dispositifs d'échange de dette et d'annulation de la dette pourraient être renforcés pour accroître les investissements dans la protection sociale (Le Fonds mondial, 2011).

Source : (Bachelet 2011)