

ETUDE DE FAISABILITÉ POUR LA MISE EN PLACE D'UNE SOLUTION NUMÉRIQUE POUR LA COUVERTURE DE SANTÉ UNIVERSELLE AU TCHAD

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- **A.N.I.E.** : Agence Nationale des Investissements et des Entreprises
- **ANAR-CSU** : Agence Nationale de Régulation de la Couverture Santé Universelle

- **ANATS** : Agence Nationale des Titres Sécurisés
- **API** : Application Programming Interface (Passerelle d'interface dans le contexte numérique)
- **CBHI** : Community-Based Health Insurance (Assurance santé communautaire, mentionnée dans le contexte du Rwanda)
- **CNAS** : Caisse Nationale d'Assurance Santé
- **CNPS** : Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
- **CPA** : Centrale Pharmaceutique d'Achat
- **CRCT** : Caisse des Retraités Civils du Tchad
- **CS** : Centres de Santé
- **CSU** : Couverture Santé Universelle
- **DGI** : Direction Générale des Impôts
- **DGPML** : Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et du Laboratoire
- **DHIS2** : District Health Information System 2 (Système d'information sanitaire de district)
- **DS** : Districts Sanitaires
- **DSR** : Délégations Sanitaires Régionales
- **ENASS** : École Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux
- **ERP** : Enterprise Resource Planning (Système de gestion intégré, comme SAGE)
- **FCFA** : Franc CFA (monnaie)
- **HD** : Hôpitaux de District
- **HGRN** : Hôpital Général de Référence Nationale
- **HME** : Hôpital de la Mère et de l'Enfant
- **INSEED** : Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques
- **IRPP** : Impôt sur le Revenu des Personnes Physiques
- **KPIs** : Key Performance Indicators
- **MATD** : Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation
- **MSPP** : Ministère de la Santé Publique et de la Prévention
- **NFC** : Near Field Communication (Communication en champ proche, pour les cartes)
- **NHIS** : National Health Insurance Scheme (Schéma national d'assurance santé, référence au Ghana)
- **NIF** : Numéro d'Identification Fiscal
- **NIN** : Numéro d'Identification National
- **NIS/NISS** : Numéro d'Identification du Système de Sécurité Sociale
- **PCA** : Paquet Complémentaire d'Activités
- **PIB** : Produit Intérieur Brut
- **PMA** : Paquet Minimum d'Activités
- **PNDS** : Plan Stratégique National de Développement Sanitaire (PNDS 4 pour 2022-2030)
- **POS** : Point of Sale (Terminal de point de vente, dans le contexte biométrique)
- **PPA** : Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement
- **PQDD** : Plan Quinquennal de Développement Durable (PQDD/CSU 2024-2028)
- **PRA** : Pharmacies Régionales d'Approvisionnement
- **QR** : Quick Response (Code QR)
- **R1** : Régime 1 (Salariés)

- **R2** : Régime 2 (Travailleurs indépendants)
- **R3** : Régime 3 (Personnes économiquement démunies, subventionnées)
- **RCCM** : Registre du Commerce et du Crédit Mobilier
- **RNB** : Revenu National Brut
- **RSU** : Registre Social Unifié
- **RSSB** : Rwanda Social Security Board (Caisse de sécurité sociale du Rwanda)
- **SAGE** : Système de gestion comptable et financière (marque citée comme exemple)
- **SIGFIP** : Système Intégré de Gestion des Finances Publique
- **SONU** : Soins Obstétricaux et Néonataux d’Urgence
- **SWOT** : Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces)
- **TLS** : Traffic Light System (Système de feux tricolores pour le pilotage)
- **UBA** : United Bank for Africa (banque mentionnée dans les canaux de paiement)
- **USSD** : Unstructured Supplementary Service Data (Service de données supplémentaire non structuré, pour application mobile)
- **WHO** : World Health Organization (Organisation Mondiale de la Santé)
- **ZR** : Zones de Responsabilité

Commenté [AO1]: Du secteur formel et informel

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	2
TABLE DES MATIÈRES.....	4
SECTION 1: SOMMAIRE EXÉCUTIF.....	12
1.1. Contexte et Défis Actuels.....	12
1.2. Un Écosystème Numérique au Service d’une Vision Globale	12
1.3. Le Rôle Décisif des Parties Prenantes.....	13
1.4. Recommandations.....	13
1.5. Conclusion	14
SECTION 2: CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE	15
2.1. Cadre méthodologique de l’étude intensive sur cinq semaines.....	15
Semaine 1 : Immersion stratégique et analyse contextuelle.....	15
Semaine 2 : Consultation des parties prenantes et collecte d’informations.....	15
Semaine 3 : Cadrage des solutions et architecture fonctionnelle	16
Semaine 4 : Validation terrain et tests d’hypothèses.....	16
Semaine 5 : Consolidation, restitution et co-conception finale	17
2.2. Documentation Consultée.....	17
Plan stratégique national de développement sanitaire (PNDS 4)	17
Document de Nomenclature Tarifaire.....	18

Stratégie Nationale de Transformation Digitale.....	18
Catalogue de Médicaments et Consommables Médicaux	18
Document de Politique Sanitaire Nationale	18
Document de Nomenclature Tarifaire Avancée	18
Guide d'utilisation de la NGAP CIC-CSU au Tchad.....	18
Présentation PowerPoint de Plan Stratégique.....	18
Document de Projet de Transformation Digitale – World Bank.....	19
Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS).....	19
Cahier des charges fonctionnel et organisationnel – CNAS.....	19
Étude de faisabilité – Questionnaire parties prenantes	19
Convention de Budapest sur la Cybercriminalité.....	19
Guide de l'assuré CNPS.....	19
Plan Stratégique de la Couverture Santé Universelle 2017-2019	20
Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2022-2030)	20
Guide d'utilisation de la NGAP - CIC-CSU.....	20
Liste des médicaments et consommables CPA	20
Plan Quinquennal de Déploiement CSU 2024-2028 (PQDD)	20
Décret N°2262	20
Décret N°2263	21
Décret N°075	21
Décret N°1619.....	21
Loi N°07.....	21
Loi N°08	21
Loi N°09	21
Décret d'application CNAS.....	21
Décret N°0071.....	22
Décret N°2260	22
Décret N°2261.....	22
Décret N°2264.....	22
Décret N°2270.....	22
2.3. Limites de l'étude.....	23
SECTION 3: CONSULTATION DE LA DOCUMENTATION EXISTANTE	24
3.1. Profil du Pays: Indicateurs Clés.....	24

Tableau des indicateurs de la Géographie et de la Démographie	24
Tableau des divisions administratives.....	24
Tableau des indicateurs Économiques	25
Tableau des indicateurs de l'Emploi et de la Main-d'œuvre	26
Tableau des indicateurs des dépenses de Santé.....	26
Tableau des indicateurs du nombre de Praticiens de Santé	27
Tableau des indicateurs de l'Infrastructure Système de Santé	27
Tableau des indicateurs de l'Utilisation des Services de Santé.....	28
Tableau des indicateurs de la couverture universelle de la santé	29
Tableau des indicateurs d'autres indicateurs de santé	29
Tableau du taux d'alphabétisation.....	30
Autres indicateurs.....	31
3.2. Les niveaux du système de santé du Tchad	31
Niveau Central:.....	31
Niveau Intermédiaire:.....	32
Niveau Périphérique	32
SECTION 4: CONSULTATION DES PARTIES PRENANTES.....	34
4.1. Entretiens avec les Institutions Gouvernementales	34
1. Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED)	34
2. Agence Nationale de Régulation de la Couverture Santé Universelle (ANAR-CSU).....	36
3. Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA) et la Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et du Laboratoire (DGPML)	37
4. Agence Nationale des Investissements et des Entreprises (A.N.I.E.)	39
5. Caisse des Retraités Civils du Tchad (CRCT).....	40
6. Ministère de l'Administration Territoriale et les structures de gouvernance décentralisée	42
7. Agence Nationale des Titres Sécurisés (ANATS)	43
8. Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS).....	45
9. Ministère des Finances, de l'Économie, du budget et du Plan	47
4.2. Entretien avec les Partenaires de Développement et Secteur Privé	48
1. Moov Africa - Opérateur de téléphonie.....	48
2. Airtel Africa - Opérateur de téléphonie	49
3. Coris Bank International - Commercial Bank	51
4.3. Synthèse SWOT des Parties Prenantes Clés de la CNAS - Étude de Faisabilité	52

4.4. Visites de Terrain.....	55
SECTION 5: NOTRE ANALYSE DE LA SITUATION.....	64
5.1. Introduction.....	64
5.2. L'État Préparation du système de santé	65
Capacité actuelle du système.....	65
Inégalités géographiques.....	65
Défis numériques et logistiques	65
Pénurie de personnel.....	66
Conclusion et recommandations.....	66
5.3. Défis institutionnels et politiques.....	66
Coordination interministérielle.....	66
Rôle des autorités locales.....	66
Soutien financier insuffisant.....	67
Gouvernance interne à la Santé.....	67
Conclusion et solutions	67
5.4. Préoccupations de Viabilité à Long Terme.....	67
Sélection adverse (aléa moral) et élargissement des bénéficiaires	68
Surcharge hospitalière et faiblesse des références.....	68
Risque moral et surutilisation.....	69
Financement durable	69
Gouvernance et confiance	69
Conclusion	70
SECTION 6: ANALYSE COMPARATIVE DES CSUs	71
6.1. Modèles de CSU dans des Contextes Similaires	71
6.2. Rwanda: Un Modèle de Leadership Décentralisé et de Transformation Numérique	71
6.3. Ghana : Un Pionnier à l'Épreuve de la Durabilité	73
Les Origines et les Succès du NHIS	73
Une Couverture Impressionnante et en Progression.....	73
Un Modèle de Financement Mixte.....	74
Les Défis Persistants de Durabilité	74
Les Obstacles Opérationnels et Structurels.....	74
L'Indice de Couverture des Services de CSU	74
Leçons Cruciales pour les Systèmes Émergents	75

Implications pour le Tchad	75
6.4. Nigeria : Un Système de Santé en Transition face à des Défis Structurels Majeurs.....	76
Un Contexte National de Couverture Sanitaire Limitée	76
Une Assurance Maladie à Très Faible Pénétration Malgré des Réformes Successives.....	76
Les Multiples Obstacles Structurels et Systémiques	76
Nouvelles Initiatives et Réformes pour Accélérer la Progression vers la CSU.....	77
Résultats Mitigés et Perspectives d'Avenir.....	77
Leçons Essentielles pour le Tchad et la CNAS	78
6.5. Côte d'Ivoire : Un Système de Couverture Maladie Universelle en Quête d'Efficacité.....	79
Aperçu du Système National et Indice de Couverture	79
Une Couverture d'Assurance Encore Embryonnaire	79
Un Cadre Institutionnel Confronté à des Défis d'Implémentation	80
Des Disparités Régionales Marquées.....	80
Initiatives pour Améliorer l'Adhésion et l'Accès.....	80
Obstacles Financiers et Économiques	81
Leçons pour les Systèmes Émergents	81
Implications pour le Tchad et sa CNAS.....	82
SECTION 7: L'IMPÉRATIF D'UNE CHAÎNE DE SOINS COMPLÈTE: CONDITION SINE QUA NON DE LA CSU.....	83
7.1. Le paradoxe fondamental de la couverture sanitaire universelle	83
7.2. Une chaîne aussi solide que son maillon le plus faible	83
7.3. Les 10 niveaux de maillons critiques de la chaîne de soins	84
Niveau 1 : Mobilisation et Instauration de la Confiance	84
Niveau 2 : Payer sans crainte : bâtir la confiance dès le premier geste.....	84
Niveau 3 : Accès Physique aux Établissements de Santé.....	85
Niveau 4 : Disponibilité des Professionnels de Santé	85
Niveau 5 : Disponibilité des Médicaments et des Réactifs de Laboratoire.....	85
Niveau 6 : Infrastructure et Équipement.....	85
Niveau 7 : Orientation et Transport d'Urgence	85
Niveau 8 : Préparation Hospitalière.....	86
Niveau 9 : Remboursement en Temps Opportun aux Établissements de Santé	86
Niveau 10 : Financement Prévisible et Adéquat	86
7.4. Le Message Essentiel	87
SECTION 8: L'IMPÉRATIF D'UNE SOLUTION NUMÉRIQUE INTÉGRALE POUR LA CSU AU TCHAD.....	88

8.1. Pourquoi la CSU est vouée à l'échec sans numérisation complète	88
8.2. Les cinq maillons essentiels de la chaîne numérique intégrale	88
1. Gestion des identités: le fondement indispensable	88
2. Collecte des cotisations: le poumon financier du système	89
3. Gestion des prestations: le cœur du système qui valide la promesse	89
4. Traitement des factures: l'artère financière qui maintient le système viable.....	89
5. Pilotage stratégique: le cerveau qui adapte et pérennise le système	90
8.3. Preuves empiriques: Échecs documentés des approches non-numériques.....	90
Échec financier inévitable:.....	90
Confiance et adhésion compromises:.....	90
8.4. L'équation économique irréfutable	91
Coût de l'échec d'une approche non-numérique:.....	91
Avantage décisif du numérique:	91
8.5. Conclusion: Une décision stratégique incontournable	91
SECTION 9: UNE SOLUTION, PAS UN SYSTÈME D'INFORMATION	93
9.1. Enrôlement des assurés.....	93
Principes directeurs.....	93
Pourquoi C'est Important	94
Secteur Formel - Enrôlement des Salariés du Régime 1 (Obligatoire).....	94
Pourquoi Ça Marche :.....	95
Secteur Informel - Enrôlement des indépendants R2 et Personnes économiquement démunies R3 (pris en charge par l'État)	95
Pourquoi Ça Marche :.....	97
Enjeux critiques à maîtriser	97
9.2. L'impératif d'avoir un registre social unifié pour R2 et R3.....	97
1. Identifier la capacité contributive de chacun.....	97
2. Assurer l'équité des contributions	98
3. Cibler les subventions efficacement.....	98
4. Lutter contre la fraude et les abus	98
9.3. Système de Vérification d'Identité des membres	98
Pourquoi un Identifiant Unique est Essentiel pour Atteindre la Couverture Santé Universelle.....	98
Options pour la carte : Analyse Comparative	99
Option 1 : Utiliser la carte NIN via l'ANATS.....	99

Option 2 : Imprimer en interne des cartes plastiques de type NFC.....	100
Option 3 : Produire des cartes papier plastifiées avec QR code	101
Comment Ça Marche	102
Options pour l'Authentification Biométrique.....	102
Option 1 : Empreintes Digitales – Une Solution Complexe et Coûteuse.....	102
Option 2 : Reconnaissance Faciale – Une Solution Intelligente et Adaptée.....	103
9.4. Proposition Innovante: Intégration des agents de mobile money dans la stratégie d'enrôlement.....	104
9.5. Collecte des Cotisations des membres.....	105
R1 : Salariés du Secteur Formel	105
R2 et R3 : Secteur Informel (Indépendants et Démunis)	106
Comment Tout S'imbrique	108
9.6. Système de Facturation et de Remboursement Fiable.....	109
Étape 1 : Identification et Enregistrement du Patient.....	109
Étape 2 : Centralisation et Génération des Factures.....	109
Étape 3 : Vérification des Factures	110
Étape 4 : Paiement des Factures	111
Parcours Complet de la Facturation:.....	111
Pourquoi Cette Approche Est Supérieure	111
Au-delà du DHIS2 : Une solution complète et proactive	112
SECTION 10: ARCHITECTURE DES SYSTÈMES REQUIS	114
10.1. Introduction	114
10.2. Parties composantes essentielles	114
1. API Gateway – Passerelle d'interface.....	114
2. Système d'Enrôlement des Ménages (R2, R3)	116
3. Registre Social Unifié (RSU).....	116
4. Système de Gestion des Cotisations des Ménages (R2, R3)	117
5. Système de Déclaration et de Collecte pour le Secteur Formel (R1)	118
6. Système de Gestion des Demandes de Remboursement et de Facturation	119
7. Traffic Light System –Tableaux de bord pour le pilotage	120
8. Système de gestion comptable et financière intégré ERP	122
10.3. Pré-requis pour le lancement des solutions numériques de la CNAS.....	123
1. Cartographie administrative complète	123

2. Intégration des canaux de paiement	123
3. Définition du paquet de soins et des tarifs	123
4. Base de données des formations sanitaires et du personnel.....	124
5. Déploiement de centres de formation et d'accompagnement.....	124
10.4. Feuille de route pour l'implémentation des solutions numérique	124
Phase 1 – Secteur informel (R2 et R3).....	124
Phase 2 – Secteur formel (R1)	125
SECTION II: CONCLUSION GÉNÉRALE	126

SECTION 1: SOMMAIRE EXÉCUTIF

Cette étude de faisabilité, menée sur cinq semaines intensives, explore les conditions nécessaires pour mettre en œuvre la Couverture Santé Universelle (CSU) au Tchad sous la direction de la Caisse nationale d'assurance Santé (CNAS). À travers une immersion stratégique, des consultations approfondies avec les parties prenantes, des validations sur le terrain et des analyses comparatives, elle propose un cadre pour un accès équitable et durable aux soins de santé. La réussite de la CSU ne repose pas uniquement sur une plateforme numérique, aussi essentielle soit-elle, mais sur une collaboration active de tous les acteurs—gouvernement, prestataires, communautés et partenaires—qui doivent jouer leur rôle pour construire une chaîne de confiance solide et opérationnelle.

1.1. Contexte et Défis Actuels

Avec seulement 0,2 % de la population couverte par une assurance santé, le Tchad fait face à des défis majeurs : une infrastructure sanitaire limitée (0,04 médecin pour 1 000 habitants, 86 % des centres fonctionnels), des disparités géographiques marquées, et une faible capacité numérique (11 % d'accès à l'électricité). Les dépenses de santé, à 5,19 % du PIB, sont majoritairement supportées par les ménages (64,4 %), creusant les inégalités. Les consultations ont mis en lumière des obstacles institutionnels : un Registre Social Unifié (RSU) obsolète (23 % des ménages, non mis à jour depuis 2018), une dette de 8 milliards de FCFA à la Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA) qui perturbe l'approvisionnement en médicaments, et des processus manuels lents, comme à la Caisse des Retraités Civils du Tchad (CRCT). Ces problèmes exigent une action collective, bien au-delà d'une simple solution technologique.

1.2. Un Écosystème Numérique au Service d'une Vision Globale

L'étude propose une plateforme numérique intégrée pour soutenir la CSU, comprenant des outils clés comme l'enrôlement des ménages (R2, R3), un système de collecte des cotisations (R1, R2, R3), une gestion des remboursements, et des tableaux de bord en temps réel (Traffic Light System). Cette plateforme s'appuie sur des solutions pratiques, comme des cartes papier avec QR code à 50-100 FCFA, et des partenariats avec le mobile money (65 % de pénétration téléphonique). Inspirée par des modèles comme le Rwanda, elle prévoit un déploiement en deux phases : Phase 1 (7-10 mois) pour le secteur informel (R2, R3), et Phase 2 (12-14 mois) pour le secteur formel (R1). Cependant, cette infrastructure n'est qu'un levier : elle ne peut fonctionner sans l'engagement des parties prenantes pour combler les lacunes existantes.

Commenté [AO2]: Sachant qu'on prévoit de commencer avec le régime 1 d'ici la fin de cette année, existe-il une façon de réduire le processus

1.3. Le Rôle Décisif des Parties Prenantes

Pour que la CSU réussisse, chaque acteur doit assumer sa part de responsabilité dans une chaîne de confiance cohérente :

- **Gouvernance et Coordination** : Les rôles entre la CNAS, l'ANAR-CSU (limitée à huit agents) et les ministères doivent être clarifiés pour éviter les blocages. Les autorités locales, via le Ministère de l'Administration Territoriale, sont indispensables pour mobiliser les communautés et maintenir des données fiables.
- **Renforcement des Capacités** : L'INSEED doit actualiser le RSU pour cibler les ménages vulnérables, tandis que la CPA nécessite un soutien financier

pour garantir les médicaments. Sans personnel (720 médecins pour 18 millions d'habitants) ni fournitures, les soins promis resteront inaccessibles.

- **Engagement Communautaire** : Les leaders locaux et les agents de mobile money doivent sensibiliser les 70 % de la population informelle, instaurant la confiance nécessaire à l'adhésion.
- **Prestation de Services** : Les prestataires de santé doivent assurer des soins de qualité pour que la couverture ait un impact réel, ce que la plateforme numérique seule ne peut garantir.

La plateforme numérique facilite l'enrôlement, la collecte et le suivi, mais sans ces efforts conjoints, elle risque de rester une coquille vide, incapable de transformer la réalité sanitaire.

1.4. Recommandations

1. **Lancer la Plateforme Numérique** : Déployer la Phase 1 (R2, R3) avec le RSU et le mobile money, suivie de la Phase 2 (R1), en s'appuyant sur les infrastructures existantes.
2. **Clarifier la Gouvernance** : Définir un cadre interinstitutionnel précis, en impliquant activement les autorités locales.
3. **Renforcer le Système de Santé** : Investir dans le personnel, les infrastructures et l'approvisionnement (résolution de la dette CPA) pour soutenir la prestation de services.
4. **Mobiliser les Communautés** : Sensibiliser via les leaders locaux et les réseaux mobiles pour encourager l'adhésion.
5. **Piloter en Temps Réel** : Utiliser le TLS pour ajuster les stratégies et garantir la transparence.

Commenté [AO3]: L'intégration avec le mobile money peut se faire à la fin

1.5. Conclusion

La CSU au Tchad peut passer de 0,2 % à une couverture significative d'ici 2030, mais cela exige plus qu'une solution numérique. La plateforme proposée est un outil puissant pour structurer et accélérer le processus, mais son succès dépend de l'engagement de chaque partie prenante à jouer son rôle. Ensemble, en construisant une chaîne de confiance—de la gouvernance à la prestation de soins—, le Tchad peut offrir à ses 18 millions de citoyens un système de santé équitable et durable. La technologie est un moyen, pas une fin : la responsabilité collective en est la clé.

SECTION 2: CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

2.1. Cadre méthodologique de l'étude intensive sur cinq semaines

Dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre d'un système numérique de gestion de la Couverture Santé Universelle (CSU) pour le compte de la CNAS, une étude de terrain approfondie a été conduite sur une période de cinq semaines. Cette étude a combiné revue documentaire, consultation stratégique, immersion terrain et validation des hypothèses. Elle s'est structurée en cinq phases successives :

Semaine 1 : Immersion stratégique et analyse contextuelle

La première semaine a été consacrée à la compréhension approfondie de la vision institutionnelle de la CNAS, des enjeux de mise en œuvre de la CSU et du contexte local tchadien. Cette phase a permis de :

- Analyser les documents stratégiques, légaux et opérationnels disponibles (politiques nationales de santé, lois et décrets relatifs à la CSU, rapports techniques antérieurs) ;
- Identifier les principaux défis techniques, institutionnels et financiers auxquels la CNAS devra faire face ;
- Élaborer des guides d'entretien et des questionnaires structurés, adaptés aux parties prenantes à rencontrer.

Cette première étape a servi de socle pour orienter de manière ciblée les échanges à venir.

Semaine 2 : Consultation des parties prenantes et collecte d'informations

La deuxième semaine a été dédiée à une série de consultations ciblées avec les acteurs nationaux impliqués dans la mise en œuvre de la CSU. Des questionnaires ont été envoyés en amont afin de :

- Permettre aux institutions d'identifier et mobiliser les bons interlocuteurs ;
- Structurer les échanges autour des rôles, responsabilités, contraintes et opportunités de chaque acteur ;
- Favoriser un dialogue interactif et ouvert, permettant d'explorer des pistes non anticipées.

En moyenne, **deux à trois rencontres par jour** ont été organisées avec les ministères, agences de régulation, prestataires numériques, partenaires techniques et financiers. Les échanges ont permis d'identifier les dynamiques institutionnelles existantes et les freins potentiels à lever pour accélérer la mise en œuvre de la CSU.

Semaine 3 : Cadrage des solutions et architecture fonctionnelle

Sur la base des éléments collectés, la troisième semaine a été consacrée à l'élaboration des premières orientations techniques. Cette phase a permis de :

- Réaliser une **analyse SWOT** consolidée des conditions de mise en œuvre ;
- Identifier les **défis critiques** au-delà du numérique : gouvernance, coordination, financement, cadre réglementaire ;

- Élaborer une **première version de l'architecture du système cible**, en veillant à ce qu'il soit modulaire, évolutif et aligné avec les capacités institutionnelles actuelles de la CNAS.

L'objectif était de dépasser une réponse uniquement technologique, en formulant des solutions **intégrées**, adaptées aux réalités de terrain.

Semaine 4 : Validation terrain et tests d'hypothèses

Cette quatrième phase a été consacrée à la **vérification de la faisabilité réelle** des recommandations initiales. Nous avons conduit des visites sur le terrain afin de confronter nos hypothèses aux réalités locales :

- Visite de **trois districts sanitaires en dehors de N'Djamena** ainsi que de **deux formations sanitaires dans la capitale** ;
- Évaluation des infrastructures, équipements, couverture Internet, disponibilité des médicaments, présence du personnel de santé ;
- Échanges avec les responsables locaux, professionnels de santé et acteurs communautaires sur leurs capacités numériques, leurs contraintes et leurs besoins réels.

Cette validation terrain a permis d'ajuster notre approche pour garantir sa viabilité opérationnelle.

Semaine 5 : Consolidation, restitution et co-conception finale

La dernière semaine a été dédiée à la finalisation du rapport et à la restitution des recommandations dans un format co-construit avec les équipes de la CNAS. Elle s'est articulée autour de :

- La préparation d'un **rapport de synthèse** et d'une **présentation technique** illustrant l'architecture proposée ;
- **Trois journées d'ateliers de restitution** avec les parties prenantes clés, permettant des échanges critiques, des clarifications et des ajustements en temps réel ;
- L'alignement sur les rôles et responsabilités de chaque institution, les priorités immédiates, et les étapes clés pour déployer un système **sur mesure, adapté au contexte tchadien**.

Cette approche méthodologique progressive nous a permis de passer **d'un diagnostic institutionnel à une solution contextualisée**, fondée à la fois sur l'analyse stratégique et la réalité de terrain. Elle garantit que les recommandations formulées sont à la fois **techniquement robustes et institutionnellement applicables**.

2.2. Documentation Consultée

Cette section présente l'ensemble des documents de référence qui ont été mobilisés pour éclairer et appuyer l'élaboration de la présente étude de faisabilité.

Commenté [A04]: Je ne vois pas le document de la stratégie de mise en place du système intégré de gestion de l'assurance santé en république du tchad

Plan stratégique national de développement sanitaire (PNDS 4)

Le PNDS 2022–2030 est le cadre stratégique national du Tchad pour améliorer le système de santé selon six piliers clés (gouvernance, financement, ressources humaines, infrastructure, information, et prestation de soins). Il fixe des objectifs chiffrés ambitieux à l’horizon 2030 pour l’accès universel à des soins de qualité. Ce document oriente la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé à travers un diagnostic complet, un plan opérationnel et un budget global estimé à plus de 2 000 milliards FCFA.

Document de Nomenclature Tarifaire

Le document présente les actes médicaux, les prestations et les examens remboursables dans les hôpitaux de district et centres de santé au Tchad, avec les tarifs associés pour chaque acte.

Stratégie Nationale de Transformation Digitale

Le document définit la stratégie de mise en place du système intégré de gestion de l’assurance santé au Tchad, en vue d’assurer la Couverture Santé Universelle (CSU) à travers un système digitalisé.

Catalogue de Médicaments et Consommables Médicaux

Le document présente la liste des médicaments génériques et des consommables médicaux disponibles et remboursables dans le cadre de la CSU au Tchad.

Document de Politique Sanitaire Nationale

Le document fixe les orientations stratégiques du système de santé du Tchad jusqu’en 2030, avec les priorités en matière de gouvernance, d’accès aux soins et d’organisation des services de santé.

Document de Nomenclature Tarifaire Avancée

Le document établit la nomenclature des actes médicaux complexes et les tarifs standards applicables aux Centres Hospitaliers Intermédiaires et Universitaires au Tchad.

Guide d’utilisation de la NGAP CIC-CSU au Tchad

Le guide explique la méthodologie d’utilisation de la nomenclature des actes médicaux au Tchad dans le cadre du dispositif d’assurance santé, en détaillant les règles de tarification et de remboursement.

Présentation PowerPoint de Plan Stratégique

Le document résume la stratégie de mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle au Tchad, avec les orientations stratégiques, le plan de déploiement et le budget prévisionnel.

Document de Projet de Transformation Digitale – World Bank

Le document présente le projet financé par la Banque Mondiale visant à étendre la connectivité numérique au Tchad et renforcer la capacité de l'État à fournir des services publics numériques.

Stratégie Nationale de Financement de la Santé (SNFS)

Le document présente la stratégie du Tchad pour financer la Couverture Santé Universelle (CSU) d'ici 2030. Il propose des mécanismes pour mobiliser les ressources, mutualiser les financements et améliorer l'efficacité des dépenses de santé.

Cahier des charges fonctionnel et organisationnel - CNAS

Le plan structure les processus opérationnels et les systèmes d'information de la CNAS pour gérer les régimes de santé au Tchad. Il couvre l'immatriculation des assurés, la gestion des prestations, le recouvrement des cotisations et le système décisionnel.

Étude de faisabilité - Questionnaire parties prenantes

Le document est un questionnaire destiné aux parties prenantes clés afin de collecter des informations nécessaires pour concevoir le système d'information et les processus d'identification des assurés de la CSU.

Convention de Budapest sur la Cybercriminalité

Le rapport présente les avantages de l'adhésion à la Convention de Budapest pour renforcer les capacités des pays à lutter contre la cybercriminalité, harmoniser les législations et faciliter la coopération internationale.

Guide de l'assuré CNPS

Le guide détaille les droits et obligations des assurés auprès de la CNPS, les prestations offertes (allocations familiales, pensions, accident du travail) et les démarches administratives pour en bénéficier.

Plan Stratégique de la Couverture Santé Universelle 2017-2019

Le plan constitue la feuille de route pour déployer progressivement la CSU au Tchad entre 2017 et 2019. Il propose des actions pour renforcer les mécanismes de protection financière et améliorer l'accès équitable aux soins.

Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2022-2030)

Le plan couvre la période 2022-2030 et fixe les orientations stratégiques pour améliorer le système de santé tchadien. Il s'articule autour de six piliers : gouvernance, financement, ressources humaines, infrastructures, médicaments et prestation de soins.

Guide d'utilisation de la NGAP - CIC-CSU

Le guide décrit les règles d'utilisation de la nomenclature des actes médicaux et prestations pris en charge par la CNAS. Il précise les tarifs, les conditions de remboursement et les procédures à suivre pour les prestataires de soins.

Liste des médicaments et consommables CPA

Ce document est un catalogue des médicaments génériques et consommables médicaux disponibles et remboursables dans le cadre de la CSU au Tchad via la Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA).

Plan Quinquennal de Déploiement CSU 2024-2028 (PQDD)

Le plan détaille les actions prioritaires pour le développement et le déploiement des régimes de la CSU au Tchad jusqu'en 2028. Il vise à renforcer la gouvernance, l'adhésion des populations et la qualité des soins dans les structures de santé.

Décret N°2262

Le décret fixe les modalités d'affectation des ressources financières de la Couverture Santé Universelle (CSU) à la CNAS. Il précise les sources des ressources, leur répartition et les règles de gestion budgétaire.

Décret N°2263

Le décret crée un organe de régulation de la CSU. Il définit ses attributions, son organisation et ses modalités de fonctionnement pour assurer le contrôle et la régulation du système.

Décret N°075

Le décret précise les modalités d'application de la loi N°007/PR/2015 relative à la protection des données personnelles. Il détaille les obligations des responsables de traitement des données.

Décret N°1619

Le décret modifie l'article 5 de la loi sur la protection des données à caractère personnel. Il corrige et clarifie les conditions liées au traitement des données sensibles.

Loi N°07

La loi porte sur la protection des données à caractère personnel au Tchad. Elle définit les principes, droits des personnes concernées et obligations des responsables de traitement.

Loi N°08

La loi régit les transactions électroniques au Tchad. Elle encadre la validité des écrits électroniques, la signature électronique et les obligations des prestataires de services numériques.

Loi N°09

La loi encadre la lutte contre la cybercriminalité au Tchad. Elle définit les infractions, les sanctions et les procédures relatives aux crimes numériques et à la protection des systèmes informatiques.

Décret d'application CNAS

Le décret organise les modalités pratiques de mise en œuvre de la CNAS. Il définit les procédures d'enrôlement des bénéficiaires, de gestion des prestations et de contrôle des structures de santé.

Décret N°0071

Le décret nomme des responsables à des postes de direction au sein de l'Agence Nationale de Régulation (ANAR). Il précise les personnes et les fonctions concernées.

Décret N°2260

Le décret définit les prestations de soins de santé garanties par la CNAS. Il précise les services couverts, les conditions d'accès et les obligations des structures de santé partenaires.

Décret N°2261

Le décret fixe les règles d'affiliation et d'immatriculation des assujettis à la CNAS (Caisse Nationale d'Assurance Santé). Il précise les conditions, les procédures et les obligations des personnes assujetties pour leur enregistrement et leur immatriculation au régime d'assurance santé géré par la CNAS.

Décret N°2264

Le décret définit les modalités de fixation des coûts des garanties des paniers de soins. Il établit les principes et mécanismes permettant de déterminer les coûts des prestations de santé couvertes par les régimes d'assurance, en tenant compte des catégories socio-économiques des bénéficiaires.

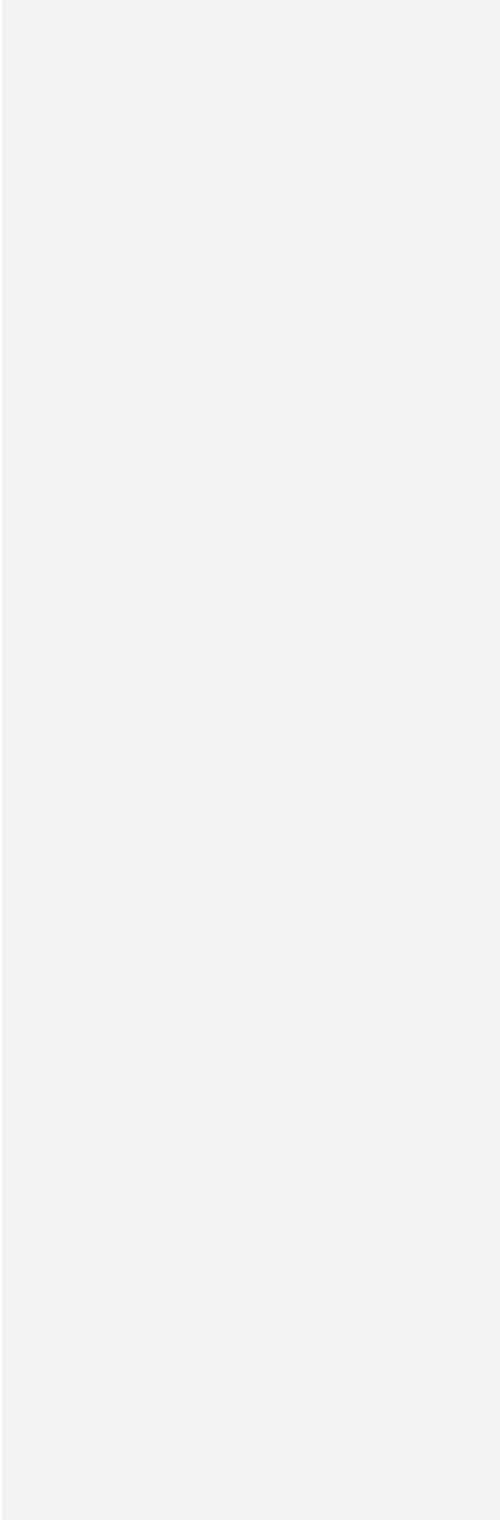
Décret N°2270

Le décret porte sur l'identification des personnes économiquement démunies. Il organise le processus et les critères d'identification des personnes en situation de vulnérabilité économique afin de les intégrer aux dispositifs d'aide et de couverture santé sociale.

2.3. Limites de l'étude

Cette étude de faisabilité a été élaborée dans le but spécifique d'appuyer le déploiement opérationnel de l'assurance santé dans le cadre du PQDD/CSU 2024–2028, et ne doit pas être interprétée comme une stratégie complète du secteur de la santé ni comme un document d'orientation politique nationale. Bien qu'elle aborde des éléments critiques tels que l'enrôlement, l'identification, le parcours du patient, la prestation de services et les flux financiers, elle ne vise pas à reprendre les cadres plus larges déjà définis dans les documents nationaux tels que la Politique Nationale de Santé, le PNDS ou la Stratégie Nationale de Financement de la Santé. Le présent document se concentre volontairement sur les points essentiels

directement liés à la mise en œuvre, en complémentarité avec l'architecture stratégique existante, sans prétendre à l'exhaustivité.



SECTION 3: CONSULTATION DE LA DOCUMENTATION EXISTANTE

Cette section dresse un portrait factuel et complet de la situation sanitaire du pays, servant de fondation pour toutes les recommandations qui suivront.

3.1. Profil du Pays: Indicateurs Clés

Tableau des indicateurs de la Géographie et de la Démographie	
Indicateurs	Valeur et source
Superficie totale	1 284 000 km ² ("Tchad-Politique-Nationale-de-Santé 2016-2030" Page 5 : superficie confirmée).
Population	2009 : ~11 millions ; Actuelle : ~18 millions ; 2030 : ~23,65 millions ("Tchad-Politique-Nationale-de-Santé 2016-2030" Page 8 ; "PQDD CNAS 2024" projection ajustée).
Densité de population	Moyenne : 10,65 hab/km ² ; N'Djamena : 2 356,72 hab/km ² ("Tchad-Politique-Nationale-de-Santé 2016-2030" Page 8).
Jeune population	68 % de la population a moins de 25 ans ("Tchad-Politique-Nationale-de-Santé 2016-2030" Page 8).

Tableau des divisions administratives	
Indicateurs	Valeur et source
Provinces	23
Departments	120
Sous-préfectures	454

Tableau des indicateurs Économiques	
Indicateurs	Valeur et source
Produit Intérieur Brut (PIB)	13,15 milliards USD (Estimation 2023, "Chad Digital Transformation Project" Page 4 : croissance de 4,1 %).
PIB par habitant	716 USD (Calculé à partir de 13,15 milliards USD pour 18 millions, projections externes 2023).
Revenu National Brut (RNB)	12,7 milliards USD (Estimation 2020 ajustée à 2023, données externes).
RNB par habitant	706 USD (Calculé à partir de 12,7 milliards USD pour 18 millions, données externes ajustées).
Budget National	2,5 milliards USD (Estimation 2023, 4,21 % du PIB, données externes appliquées à 13,15 milliards USD).
Dettes Nationales Actuelles	5,85 milliards USD (44,7 % du PIB en 2023, données externes Take-profit.org).

Tableau des indicateurs de l'Emploi et de la Main-d'œuvre	
Indicateurs	Valeur et source
Secteur Formel (Total)	1,8 million (10 % de la main-d'œuvre, "Tchad-Politique-Nationale-de-Santé 2016-2030" Page 13, donnée utilisateur ajustée).
Secteur Informel	~13,5 millions (75 % de la population active, "Chad Digital Transformation Project" Page 3 : agriculture et élevage).
Employés Institutions Publiques	110 000 (Donnée utilisateur, cohérente avec "Tchad-Politique-Nationale-de-Santé 2016-2030" Page 16 : ~100 000).
Employés Secteur Privé	1,6 million (Donnée utilisateur, "Tchad-Politique-Nationale-de-Santé 2016-2030" Page 13 : ~10 % formel).

Tableau des indicateurs des dépenses de Santé	
Indicateurs	Valeur et source
Dépenses Totales de Santé	682 millions USD (5,19 % du PIB en 2021, données externes World Bank appliquées à 13,15 milliards USD).
Dépenses de Santé par Habitant	29,70 USD (~18 471 FCFA en 2018, "Stratégie Nationale de Financement de la Santé" Page 2).
Dépenses Publiques de Santé	136 millions USD (35,6 % de 682 millions USD, "Stratégie Nationale de Financement de la Santé" Page 2 : 64,4 % ménages).
% Budget de l'État pour la Santé	~5 % du PIB (64,4 % par ménages, "Stratégie Nationale de Financement de la Santé" Page 2).
Dépenses Directes Privées (Hors Poche)	439 millions USD (64,4 % de 682 millions USD, "Stratégie Nationale de Financement de la Santé" Page 2).
Coût PNDS 4 (2022-2030)	~2 115 635 041 343 FCFA ("Plan National de Développement Sanitaire 2022-2030" Page 30).

Tableau des indicateurs du nombre de Praticiens de Santé	
Indicateurs	Valeur et source
Médecins	~720 (0,04 pour 1 000 habitants, données externes WHO).
Infirmiers et Sages-Femmes	~5 580 (0,31 pour 1 000 habitants, données historiques WHO 2016-2018).
Personnel Total (Historique)	920 en 1983 + aide étrangère (données externes historiques).

Tableau des indicateurs de l' Infrastructure Système de Santé	
Indicateurs	Valeur et source
Districts Sanitaires (DS)	160 au total, 139 fonctionnels (86,87 %) ("Tchad-Politique-Nationale-de-Santé 2016-2030" Page 12).
Hôpitaux de District (HD)	114 au total, 98 fonctionnels ("Tchad-Politique-Nationale-de-Santé 2016-2030" Page 12).
Centres de Santé (CS)	2 207 au total, 1 915 fonctionnels (86,76 %) ("Tchad-Politique-Nationale-de-Santé 2016-2030" Page 12).
Hôpitaux Nationaux	~54 (0,03 pour 100 000 habitants, données humanitaires externes).
Hôpitaux avec SONU	29 (18 % de 158 étudiés, données externes 2019).
Lits d'Hôpital	~5 220 (0,29 pour 1 000 habitants, projection 2024, données externes).

Tableau des indicateurs de l'Utilisation des Services de Santé	
Indicateurs	Valeur et source
Accouchements Institutionnels	22 % ("Tchad-Politique-Nationale-de-Santé 2016-2030" Page 13 : "22 % en 2014").
Soins Anténatals (1 visite)	64 % ("Tchad-Politique-Nationale-de-Santé 2016-2030" Page 13 : "64 % en 2014").
Soins Anténatals (4 visites)	31 % ("Tchad-Politique-Nationale-de-Santé 2016-2030" Page 13 : "31 % en 2014").
Soins Postnatals (2 jours)	26 % (Données externes 2019).
Vaccination Complète (12-23 mois)	22 % (Données externes 2017).

Tableau des indicateurs de l'Utilisation des Services de Santé	
Accès aux Établissements	Moins de la moitié ("Chad Digital Transformation Project" Page 5 : "moins de la moitié avec connectivité").

Tableau des indicateurs de la couverture universelle de la santé	
Indicateurs	Valeur et source
Couverture de Santé Universelle	0.2% de la population
Vaccination (1ère Dose Rougeole)	37 % (Données externes 2017).
Vaccination (Tuberculose)	70 % (Données externes 2015).

Tableau des indicateurs d'autres indicateurs de santé	
Indicateurs	Valeur et source
Espérance de Vie	51 à 64 ans ("Plan National de Développement Sanitaire 2022-2030" Page 23 ; "PQDD CNAS 2024").
Taux de Mortalité Maternelle	860 pour 100 000 naissances ("Tchad-Politique-Nationale-de-Santé 2016-2030" Page 13).
Taux de Mortalité Néonatale	33-34 pour 1 000 ("Tchad-Politique-Nationale-de-Santé 2016-2030" Page 13).
Taux de Mortalité Infantile	72-78 pour 1 000 ("Tchad-Politique-Nationale-de-Santé 2016-2030" Page 13).
Malnutrition (Retard de Croissance)	36 % (Données externes 2016).

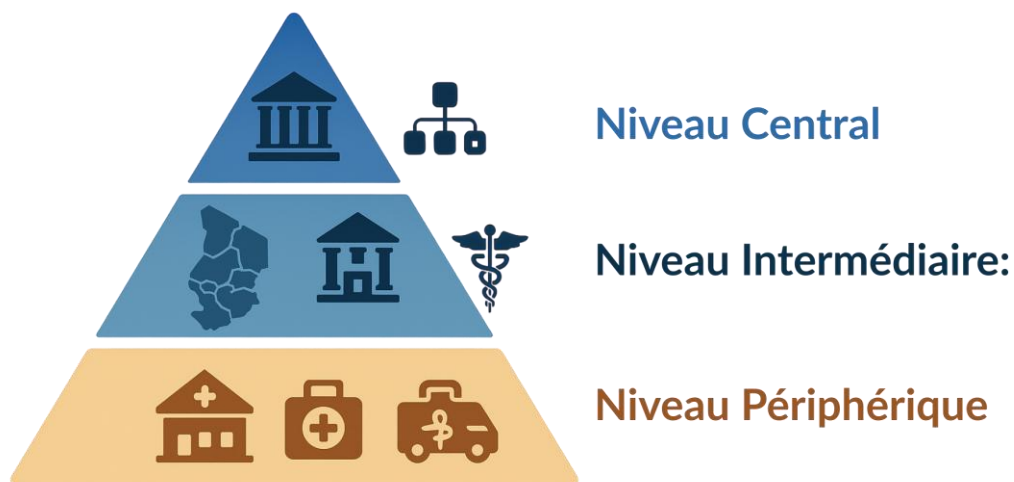
Tableau des indicateurs d'autres indicateurs de santé	
Malnutrition (Émaciation)	14 % (Données externes 2016).
Prévalence du VIH	1,6 % ("Plan National de Développement Sanitaire 2022-2030" Page 16).
Couverture Traitement VIH	45 % (Données externes 2017).

Tableau du taux d'alphabétisation	
Analphabétisme Hommes	65 % ("Tchad-Politique-Nationale-de-Santé 2016-2030" Page 3 : 65 % hommes).
Analphabétisme Femmes	88 % ("Tchad-Politique-Nationale-de-Santé 2016-2030" Page 3 : 88 % femmes).

Autres indicateurs

Taux de Pauvreté	42,3 % (Données externes, cohérent avec les tendances 2014).
Accès à l'Électricité	~11 % de la population ("Chad Digital Transformation Project" Page 5).
Population Nomade	2 % (Données externes, cohérent avec les tendances 2014).

3.2. Les niveaux du système de santé du Tchad



6

Niveau Central:

Constitué du Conseil National de Santé, des services centraux du Ministère de la Santé Publique et de la Prévention (MSPP), des programmes nationaux, et des institutions nationales comme l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN), l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME), l'École Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS), et la Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA).

Rôle : conception et orientation de la politique sanitaire, mobilisation des ressources, coordination des aides extérieures, supervision et évaluation ("Politique Nationale de Santé 2016-2030" Page 11 ; "Plan National de Développement Sanitaire 2022-2030" Page 26).

Ce niveau est le cerveau stratégique du système. Il regroupe les instances décisionnelles et les grandes institutions nationales. Par exemple, le HGRN et le HME sont des hôpitaux de référence à N'Djaména, tandis que la CPA gère l'approvisionnement national en médicaments.

Niveau Intermédiaire:

Comprend les Conseils Régionaux de Santé, les 23 Délégations Sanitaires Régionales (DSR) correspondant aux régions administratives, les hôpitaux régionaux de référence, les Pharmacies Provinciales d'Approvisionnement (PPA), et les écoles régionales de formation.

Rôle : coordination de la mise en œuvre de la politique de santé, appui technique au niveau périphérique ("Politique Nationale de Santé 2016-2030" Page 12 ; "Plan National de Développement Sanitaire 2022-2030" Page 26).

Ce niveau agit comme un pont entre la stratégie nationale et l'exécution locale. Les 23 DSR (rebaptisées parfois Délégations Provinciales de la Santé et de la Prévention dans des contextes récents) alignent les efforts régionaux sur les priorités nationales.

Niveau Périphérique

Composé de 127 Districts Sanitaires (DS), subdivisés en 1 305 Zones de Responsabilité (ZR), incluant les hôpitaux de district et les centres de santé.

Le rôle : mise en œuvre des activités définies par la politique sanitaire, avec des centres de santé offrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA) et les hôpitaux de district le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA), étendu aux activités communautaires via stratégies avancées et mobiles ("Politique Nationale de Santé 2016-2030" Page 12 ; "Plan National de Développement Sanitaire 2022-2030" Page 26).

Ce niveau est le niveau opérationnel le plus proche de la population. Les centres de santé offrent des soins de base (PMA : préventifs, curatifs, promotionnels), tandis que les hôpitaux de district gèrent des cas plus complexes (PCA : complications maternelles, néonatales).

SECTION 4: CONSULTATION DES PARTIES PRENANTES

Dans le cadre de l'étude de faisabilité pour le déploiement d'un système d'information intégré pour la mise en place de la Couverture Santé Universelle (CSU) au Tchad, une série de consultations approfondies a été menée auprès des principales institutions publiques, des parties prenantes techniques et financiers, ainsi que des acteurs du secteur privé. L'objectif était de recueillir leurs perceptions, attentes, préoccupations et recommandations quant à la mise en œuvre opérationnelle et technologique de la CNAS. Ces entretiens, conduits sur une période d'une semaine, ont permis d'identifier des points de convergence, des blocages institutionnels, ainsi que des opportunités concrètes de synergies intersectorielles. Les paragraphes qui suivent synthétisent les contributions de ces parties prenantes, qui joueront un rôle décisif dans la réussite de la CSU au Tchad.

4.1. Entretiens avec les Institutions Gouvernementales

1. Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED)

L'Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED) est l'organisme officiel responsable de la production et de la diffusion des statistiques au Tchad. Établi en 2000, l'INSEED est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité juridique et jouissant de l'autonomie de gestion. Ses principales missions incluent la réalisation de recensements de la population, la conduite d'enquêtes économiques et sociales, ainsi que l'analyse des données démographiques et économiques pour informer les politiques publiques et le développement national.

Notre entretien avec l'INSEED a mis en lumière des aspects cruciaux concernant les données démographiques et socio-économiques du Tchad, ainsi que les défis associés à leur collecte et leur gestion. L'INSEED joue un rôle central dans la production de statistiques nationales, essentielles pour orienter les politiques publiques et les initiatives de développement.

Lors de nos échanges, l'INSEED a partagé plusieurs indicateurs clés. Notamment, la base de données du Registre Social Unifié (RSU) recense environ 700 000 ménages sur les 3 millions que compte le pays, soit environ 23% des ménages tchadiens. Cette base de données n'a pas été mise à jour depuis 2018, ce qui soulève des questions quant à son actualité et sa précision. De plus, les données ont été collectées principalement dans trois districts : **Abéché, Danamadji et Bongor**, limitant ainsi leur représentativité nationale. Il a également été mentionné que 42,3% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, et que 2% de la population est nomade.

Les défis liés à la collecte de données ont été clairement identifiés. L'INSEED dépend largement du financement de projets spécifiques pour mener ses opérations de terrain, ce qui entraîne une collecte de données fragmentée et dépendante des priorités des bailleurs de fonds. La méthode traditionnelle de collecte sur papier, suivie d'une saisie manuelle au siège de l'INSEED, expose les données à des erreurs humaines et à des inexactitudes. De plus, l'absence d'un identifiant unique pour les ménages dans la base RSU complique l'interopérabilité avec d'autres systèmes nationaux, tels que celui de l'Agence Nationale des Titres Sécurisés (ANATS), responsable de l'identification nationale.

Il est préoccupant de constater que la base de données actuelle du RSU pourrait nécessiter une revalidation complète des ménages, étant donné qu'elle a été constituée sans objectif clair de création d'un registre exhaustif, mais plutôt en réponse

Commenté [5]: Here, we need to ask for more clarification! How can three districts represent 23% of the whole population?

à des financements ponctuels. Cette situation risque de générer des doublons et de limiter l'utilité des données pour des initiatives nationales telles que celles de la Caisse Nationale d'Assurance Santé (CNAS).

Néanmoins, l'INSEED a exprimé sa volonté de collaborer étroitement avec la CNAS pour soutenir le projet et mutualiser les efforts. Ils ont également souligné que le taux d'alphabétisation chez les jeunes de 15 à 24 ans est de 35,3% pour les femmes et de 64,8% pour les hommes, ce qui a des implications directes sur la communication et la mise en œuvre des programmes de santé.

Une réflexion s'impose quant à la localisation et à la gestion du système RSU. Il serait peut-être plus efficace que ce système soit administré par une entité plus proche du terrain, telle que le Ministère de l'Administration Territoriale, afin de faciliter les mises à jour régulières et d'encourager les populations à signaler spontanément les changements. Cette approche pourrait améliorer la précision des données et leur pertinence pour les politiques publiques.

En conclusion, bien que l'INSEED soit une institution clé pour la collecte de données au Tchad, des améliorations structurelles et méthodologiques sont nécessaires pour renforcer la fiabilité et l'utilité des informations collectées, en particulier dans le cadre de projets nationaux ambitieux comme celui de la CNAS.

2. Agence Nationale de Régulation de la Couverture Santé Universelle (ANAR-CSU)

L'Agence Nationale de Régulation de la Couverture Santé Universelle (ANAR-CSU) est une institution publique tchadienne créée pour superviser et réguler la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle (CSU) dans le pays. Son rôle principal est d'assurer que tous les citoyens tchadiens aient accès à des services de santé essentiels de qualité sans subir de difficultés financières.

Nos échanges avec l'Agence Nationale de Régulation de la Couverture Santé Universelle (ANAR-CSU) ont mis en évidence le rôle central que joue cette institution dans la mise en œuvre progressive de la Couverture Santé Universelle (CSU) au Tchad. En tant qu'organe de régulation chargé de superviser l'ensemble des services de santé, l'ANAR-CSU est également responsable du rapport annuel sur la CSU, ainsi que du suivi et de l'arbitrage dans les communications interinstitutionnelles. Bien que jeune avec une équipe de direction nommée seulement début 2023, l'agence occupe déjà une position clé en matière de supervision, de normalisation et de redevabilité au sein du futur système national d'assurance santé.

Au cours de notre rencontre, l'équipe a partagé plusieurs éléments révélateurs, tant sur le mandat de l'agence que sur ses réalités opérationnelles. Aucun indicateur ou chiffre formel n'a été présenté, mais un constat clair s'est dégagé : les textes fondateurs de l'agence ont été élaborés sans que celle-ci ne soit réellement consultée. Cela a laissé place à certaines zones d'ombre juridiques et institutionnelles qui limitent aujourd'hui sa marge de manœuvre. Par exemple, la composition du conseil d'administration dominé par des ministres de haut niveau introduit une gouvernance politique de haut vol, mais peut ralentir le processus décisionnel au quotidien. L'agence ne compte par ailleurs que huit agents effectivement en poste, ce qui rend sa capacité d'action particulièrement limitée, en particulier pour soutenir la CNAS de manière structurelle et continue.

Des préoccupations ont également été exprimées avec prudence mais clarté quant au risque que l'ANAR-CSU devienne un goulot d'étranglement si elle devait valider ou approuver de manière centralisée tous les contrats opérationnels dans le cadre de la CNAS. Si des mécanismes de contrôle sont indispensables, une telle centralisation, en l'absence de ressources adéquates, pourrait ralentir les opérations et introduire des lourdeurs administratives contre-productives. Il est également

apparu que certaines responsabilités – notamment en ce qui concerne la stratégie nationale de communication et son financement – ne sont pas encore clairement réparties entre l’ANAR-CSU, la CNAS et le Ministère de la Santé, ce qui laisse craindre des chevauchements de rôles ou des duplications d’efforts.

Cela dit, l’agence a manifesté une réelle volonté de collaboration avec la CNAS, ce qui est encourageant à ce stade précoce de la réforme. À mesure que le cadre de régulation du financement de la santé se consolide au Tchad, il existe une opportunité à saisir pour clarifier les rôles respectifs des institutions et renforcer la coordination entre elles. Une question de suivi importante demeure : qui porte la responsabilité finale de la stratégie nationale de communication sur la CSU tant en matière d’élaboration que de budget ? L’éclaircissement de ce point, ainsi que des attributions institutionnelles de manière plus générale, sera fondamental pour garantir que la régulation joue un rôle facilitateur, et non un facteur de blocage, dans la mise en œuvre de cette ambitieuse politique de couverture santé.

3. Centrale Pharmaceutique d’Achat (CPA) et la Direction Générale de la Pharmacie, du Médicament et du Laboratoire (DGPML)

La CPA a pour mission principale de fournir des médicaments essentiels de qualité aux établissements de santé publics et privés du Tchad. En 2021-2022, la CPA visait à devenir une structure financièrement stable, autonome dans sa gestion, capable de distribuer efficacement des produits de santé sur l’ensemble du territoire national, y compris dans les zones les plus reculées, afin de protéger les patients.

La DGPML est chargée de garantir la sécurité, l’efficacité et la qualité des produits pharmaceutiques au Tchad. Ses principales missions incluent l’élaboration et la mise en œuvre de la politique pharmaceutique nationale, la régulation du secteur pharmaceutique, ainsi que le renforcement des capacités des laboratoires.

Notre échange avec la CPA et la DGPML a marqué un moment clé de la mission, tant la question de la disponibilité des médicaments est fondamentale dans le cadre d’un système d’assurance maladie fonctionnel. Qu’il s’agisse des hôpitaux centraux, des formations sanitaires rurales ou des structures intermédiaires, la présence effective de médicaments et de réactifs est une condition essentielle à la réussite de la Couverture Santé Universelle (CSU). En l’absence de produits médicaux disponibles, la chaîne de prestation est inopérante, et la légitimité du système peut en être compromise.

Les représentants ont indiqué que la CPA provisionne actuellement à 23 pharmacies provinciales d’approvisionnement (PPA), qui alimentent environ 2700 centres de santé. Toutefois, la CPA fait face à des difficultés financières majeures, notamment une dette accumulée de plus de 8 milliards de FCFA liée à des créances impayées principalement par des PPA et des hôpitaux. Selon les estimations partagées, 75 % de ces ressources sont absorbées dans le socle du revenu, tandis que 25 % servent à l’entretien des dépôts pharmaceutiques. La conséquence directe de cette situation est une indisponibilité chronique de médicaments, liée à des stocks insuffisants, des retards d’approvisionnement importants (en raison notamment de la hausse des coûts logistiques), et une liquidité fortement dégradée. Malgré une intervention partielle du gouvernement en 2023 (paiement de 3 milliards), l’encours reste élevé.

Un autre défi majeur réside dans le manque de régulation des prix sur l’ensemble du territoire. L’absence d’un système de suivi des prix harmonisé complique l’évaluation des coûts de traitement, un enjeu central pour la mise en œuvre d’un régime d’assurance. De plus, la dispersion des pratiques d’approvisionnement remet en question l’efficacité du dispositif existant.

Bien que les hôpitaux soient censés s'approvisionner exclusivement auprès de la CPA et PPA, certains contournent cette règle en achetant ailleurs, parfois pour des raisons valables (ruptures de stock, délais trop longs), parfois en dehors de tout contrôle. Cette situation fragilise la chaîne logistique nationale, en particulier lorsque les produits sont endommagés pendant le transport ou le stockage, une problématique récurrente signalée par les équipes.

Du point de vue organisationnel, la gestion en silo entre le CPA et les PPAs constitue une autre faiblesse structurelle. Alors que la CPA alimente les PPAs, ces derniers sont autogérés et ne sont pas soumis à un contrôle centralisé. Il en résulte une absence de visibilité globale sur le flux des médicaments dans le pays. À cela s'ajoute un système pas encore interopérable, pour une traçabilité numérique en temps réel des stocks, des demandes et des livraisons. L'absence de suivi unifié complique la planification et la lutte contre les pertes (produits périmés, détériorés, ou gaspillés). Heureusement un projet d'aligner la CPA avec les PPAs est en cours.

Pour aller de l'avant, il apparaît indispensable de renforcer l'intégration entre la CPA et la CNAS, en développant un système d'information pharmaceutique centralisé ou intégré à la CNAS capable de suivre les flux de médicaments depuis l'achat jusqu'à la dispensation. Une telle solution permettrait aussi de mieux contrôler les prix, d'harmoniser l'approvisionnement entre secteurs public et privé, et de coordonner les créances en distinguant les dettes issues du public et du privé. Enfin, la gestion des déchets médicaux a été signalée comme une piste d'amélioration urgente, notamment pour éviter les pertes, les risques sanitaires, et renforcer l'efficacité globale du système.

4. Agence Nationale des Investissements et des Entreprises (A.N.I.E.)

L'Agence nationale des investissements et des exportations (ANIE) est un établissement public tchadien doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle de la Présidence de la République. Créée par la loi n°004/PR/2007 du 4 janvier 2008, elle a pour mission principale d'encourager et de promouvoir les activités industrielles, commerciales et artisanales au Tchad.

Notre échange avec l'Agence Nationale des Investissements et des Entreprises (A.N.I.E.) a porté sur un aspect souvent sous-estimé mais absolument fondamental dans le cadre de la mise en œuvre de la CNAS : l'identification et l'enregistrement unifié des employeurs, qu'ils soient publics, privés ou paraétatiques. L'A.N.I.E. est, en théorie, l'acteur en charge de la gestion centralisée du registre de commerce, du suivi des créations d'entreprises et de l'enregistrement formel de l'activité économique. À ce titre, elle est un maillon essentiel pour le régime R1 de la CNAS, c'est-à-dire celui destiné aux travailleurs salariés déclarés par des employeurs.

Selon les chiffres partagés, près de 4 000 entreprises ont été enregistrées en 2024, un chiffre qui reste modeste au regard du potentiel économique réel du pays. Plusieurs défis structurels ont été identifiés. D'abord, le système de gestion de l'A.N.I.E. n'est pas entièrement contrôlé localement : une partie des opérations est centralisée au niveau régional, ce qui limite la capacité de l'institution à adapter ses outils et ses pratiques aux besoins spécifiques du Tchad. Par ailleurs, l'absence d'un identifiant unique et interopérable pour chaque employeur complexifie grandement l'harmonisation avec d'autres institutions concernées par la régulation du travail et des cotisations sociales.

Il existe actuellement plusieurs identifiants parallèles, émis par différentes entités : le numéro d'identification fiscal (NIF) généré par la Direction générale des impôts, le numéro CNPS émis par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale, ou encore le NIS/NISS (Numéro d'Identification du Système de Sécurité Sociale), qui est attribué dans le cadre d'un processus judiciaire

Commenté [6]: does ANIE register public and parapublic institutions?

ou administratif, mais l'usage n'est ni généralisé ni stabilisé. On note aussi la présence du RCCM (Registre du Commerce et du Crédit Mobilier), utilisé dans plusieurs pays de la région, mais l'intégration systématique reste à confirmer dans le contexte tchadien.

Un des constats majeurs est que, lors de l'enregistrement d'une nouvelle entreprise, la CNPS est souvent impliquée directement sur place, avec un agent chargé de procéder simultanément à l'immatriculation pour la sécurité sociale. Si cette pratique a des avantages en matière de coordination, elle renforce la dépendance à un système de gestion fragmenté, sans référentiel commun entre les acteurs. Cette fragmentation rend difficile le suivi des obligations mensuelles de déclaration et de paiement, pourtant essentielles au bon fonctionnement du régime R1.

Malgré ces contraintes, l'A.N.I.E. a exprimé une volonté claire de collaboration avec la CNAS. Elle est prête à soutenir l'intégration des systèmes, afin de faciliter l'identification unique des employeurs et la remontée automatisée des données. Une telle coordination permettrait à terme de garantir la conformité, de renforcer la transparence, et de générer des données fiables pour la prise de décision. Cela pourrait notamment appuyer les efforts de la CNAS pour le suivi des déclarations mensuelles, l'analyse du comportement des employeurs, et le pilotage stratégique du régime de protection sociale pour les travailleurs salariés.

5. Caisse des Retraités Civils du Tchad (CRCT)

La Caisse des Retraités Civils du Tchad (CRCT) joue un rôle essentiel dans la gestion des pensions des fonctionnaires civils tchadiens. Créée par la loi n°013/PCMT/2022 promulguée le 7 juillet 2022, la CRCT est un établissement public administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Ses principales missions incluent l'affiliation et l'immatriculation des pensionnés civils et de leurs ayants droit, la liquidation des pensions, ainsi que la gestion des risques professionnels des civils.

Notre rencontre avec la Caisse des Retraités Civils du Tchad (CRCT) a permis d'illustrer, de manière très concrète, les défis systémiques liés à la gestion des cotisations salariales et à la distribution des prestations sociales, en particulier dans le secteur public. Si la CRCT est centrée sur les retraites et la gestion des pensions, son fonctionnement donne un aperçu réaliste de ce que la CNAS devra anticiper pour le régime R1, notamment sur les questions de traçabilité des carrières, de traitement des données, et d'identification des employeurs publics.

La CRCT gère aujourd'hui environ 6 000 pensionnés et 7 000 ayants droits. Elle nous a expliqué que la plupart de ses processus sont encore manuels ou semi-informatisés. Lorsqu'un agent public part à la retraite, son dossier passe encore par une série de traitements papiers, nécessitant de nombreuses signatures physiques, souvent transmises par le ministère des Finances. Le traitement peut prendre entre six mois et un an, un délai extrêmement long, qui fragilise particulièrement les retraités. Le système actuel ne dispose d'aucun processus automatisé de bout en bout pour suivre la carrière complète de l'agent public. En réalité, la CRCT n'intervient qu'au moment de la demande de pension, sans contrôle direct sur les déclarations mensuelles ou les cotisations salariales effectuées durant la carrière.

Un élément important ressort de cette discussion : il n'existe pas d'identifiant unique national pour les employés du secteur public utilisé de manière cohérente par les différentes institutions. Bien que chaque administration dispose en interne de son propre identifiant, il n'existe pas de registre commun ou unifié, ce qui limite fortement la capacité à suivre les carrières, valider les droits, ou anticiper les besoins. La CRCT fait confiance aux déductions opérées par le Trésor, sans pour autant avoir

de visibilité sur les données de paie, ni sur les effectifs réels. Elle ne gère pas les déclarations, ni la réconciliation des paiements, et dépend entièrement des documents fournis lors de la demande de retraite.

Une problématique sociale sérieuse a été soulevée : celle des agents publics non titularisés, qui n'ont jamais cotisé officiellement. Ces personnes arrivent à l'âge de la retraite sans pouvoir prétendre à une pension, faute d'avoir été intégrées dans un dispositif de déclaration régulière. Ce constat illustre le risque de déconnexion entre gestion administrative et droit effectif aux prestations sociales, qui pourrait également affecter la CNAS si une architecture intégrée des données n'est pas mise en place.

Par ailleurs, la CRCT a exprimé un intérêt concret pour l'intégration de ses pensionnés dans le régime d'assurance maladie, soulignant que les retraités sont parmi les groupes les plus vulnérables financièrement. Avec une population estimée à 13 000 pensionnés potentiels, il est essentiel que la CNAS prenne en compte cette catégorie dans sa stratégie de couverture.

La bonne nouvelle, cependant, est que la CRCT s'oriente vers une modernisation de ses systèmes. Elle a montré un fort intérêt pour l'exemple du Rwanda, à travers la présentation du système de gestion de la Rwanda Social Security Board (RSSB). Une visite est prévue à Kigali dans le but d'implémenter un système similaire, avec pour ambition de réduire la fraude, accélérer les traitements, et améliorer la qualité des services. Cela pourrait également permettre à la CNAS de disposer de données plus précises sur les populations couvertes, et d'optimiser le retour sur investissement des politiques sociales.

6. Ministère de l'Administration Territoriale et les structures de gouvernance décentralisée

Le Ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation (MATD) du Tchad est chargé de la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'administration territoriale, de décentralisation et de gouvernance locale. Son rôle principal est d'assurer une gestion efficace et coordonnée des collectivités territoriales, favorisant ainsi le développement local et la participation citoyenne.

Nos échanges avec le Ministère de l'Administration Territoriale et les structures de gouvernance décentralisée ont mis en lumière leur rôle fondamental dans le déploiement effectif de la Couverture Santé Universelle (CSU) au Tchad. Si la CNAS porte l'architecture du système, l'ancrage territorial du ministère et de ses collaborateurs décentralisés est la condition indispensable pour garantir une couverture nationale inclusive et évolutive. En effet, pour atteindre un taux de couverture élevé, il est crucial de pouvoir classer les ménages selon des critères socio-économiques fiables (niveau de revenu, statut de vulnérabilité, etc.), notamment dans le secteur informel, où les sources de revenus sont variables et difficiles à tracer.

Dans le secteur formel, les employeurs peuvent fournir des données structurées. Mais dans le secteur informel, seule une présence territoriale continue et intégrée peut permettre de mettre à jour fréquemment les données des ménages, enregistrer les changements (naissance, décès, déménagement, séparation...), et assurer la qualité des fichiers de bénéficiaires. Dans ce cadre, le ministère et ses services décentralisés deviennent des alliés opérationnels naturels de la CNAS, à condition qu'ils soient outillés, formés, et pleinement intégrés à la stratégie nationale.

Actuellement, le manque d'un système centralisé d'état civil constitue un frein majeur. Les services de base sont gérés localement, souvent sur papier, sans interconnexion, ni cadre juridique unifié pour assurer la continuité des données. Le pays compte 489 subdivisions administratives, mais l'absence de documentation systématisée et de stratégie d'enrôlement des populations dites « non catégorisées administrativement » crée des zones d'exclusion invisibles. À cela s'ajoute une

connaissance encore limitée de la CSU dans les communautés, ce qui nécessite une forte mobilisation et sensibilisation, accompagnée d'actions de communication, de sensibilisation et d'éducation.

La bonne nouvelle, c'est que la CSU est reconnue comme une priorité nationale par le gouvernement, et que les autorités locales expriment une volonté claire de s'impliquer activement, tant dans la mobilisation communautaire que dans la gestion des opérations de proximité. Pour que cette implication soit effective, il est nécessaire d'introduire de nouvelles méthodes de travail, notamment des outils numériques, de suivi des performances (KPIs) par région ou préfecture, et des cadres de responsabilité partagée.

Un exemple inspirant a été présenté lors de la mission : le modèle rwandais de performance communautaire, notamment l'outil "Imihigo". Ce mécanisme consiste à fixer, avec les responsables locaux (chefs de district ou gouverneurs), des objectifs de couverture assurance maladie contractualisés devant le Président, avec un suivi public des engagements. Grâce à cette méthode, le Rwanda a dépassé 90 % de couverture nationale, avec des coûts de mobilisation réduits à moins de 50 000 dollars pour tout le pays. Ce modèle démontre la puissance d'un leadership local responsabilisé, non pas comme simple exécutant, mais comme véritable moteur du changement.

Ainsi, pour réussir la mise en œuvre de la CSU au Tchad, le rôle des autorités locales ne peut être périphérique. Il doit être central, reconnu, structuré, et renforcé, en co-pilotage avec la CNAS. C'est à ce niveau que se joue l'adhésion des populations, la fiabilité des données, et la pérennité du système.

7. Agence Nationale des Titres Sécurisés (ANATS)

L'Agence nationale des titres sécurisés (ANATS) est un établissement public tchadien, placé sous la tutelle du ministère de la Sécurité publique et de l'Immigration. Créée par l'Ordonnance n°01/PR/2015, l'ANATS a pour mission principale la mise en place d'un système intégré de gestion des populations et des titres sécurisés, garantissant la fiabilité, l'intégrité, la sécurité et la protection des données personnelles des individus.

Notre rencontre avec l'Agence Nationale des Titres Sécurisés (ANATS.) a mis en évidence un enjeu structurel majeur pour la CNAS : l'identification unique des bénéficiaires de la Couverture Santé Universelle (CSU). L'ANATS est l'entité mandatée pour l'attribution du Numéro d'Identification Nationale (NIN) à tous les citoyens tchadiens. À ce titre, elle représente un pilier fondamental pour assurer la traçabilité, l'unicité et la transparence du fichier des bénéficiaires, tout en limitant les fraudes, les duplications et les cas de « patients fantômes » ou de multi-enregistrement.

Dans le contexte d'un système d'assurance maladie, disposer d'un identifiant national standardisé, reconnu par toutes les entités publiques (hôpitaux, centres de santé, CNAS, etc.), permet non seulement de faciliter l'accès aux services, mais aussi d'améliorer le suivi des droits, des remboursements, et des interactions entre systèmes d'information. L'ANATS dispose d'un système biométrique de capture de données (empreintes digitales, photos, documents d'identité), et gère une infrastructure centralisée et sécurisée, à partir de laquelle sont produites et distribuées les cartes NIN.

Cependant, plusieurs défis majeurs freinent l'impact de ce système sur la couverture santé : à ce jour, seuls 1 835 950 individus ont été enregistrés, soit environ 10 % de la population tchadienne. En 2015, l'ANATS avait communiqué avoir enrôlé plus de 8 millions de personnes en 50 jours, dans le cadre d'un exercice électoral, chiffre ramené à 6 millions après déduplication. Cette performance suggère une capacité d'enrôlement rapide à condition que les ressources adéquates soient

disponibles. Actuellement, l'ANATS opère entre 8 et 9 centres à N'Djamena, et 22 antennes en province. La couverture en zone rurale reste limitée, et les délais d'obtention des cartes peuvent atteindre une à deux semaines, en raison du transport et de la logistique.

L'ANATS dispose d'une capacité de production quotidienne de 5 000 cartes nationales d'identité et de 550 passeports en un seul cycle de 8 heures. Cependant, des retards dans la délivrance de ces documents ont été signalés, principalement en raison des multiples niveaux de vérification et de validation requis avant la production.

Le processus d'enregistrement est relativement rigoureux : les agents collectent les données sur le terrain via des terminaux mobiles (POS), mais ce système est entravé par le fait que la majorité des citoyens ne possèdent aucun document d'identité préalable. Cela engendre des barrières juridiques et culturelles, notamment des procédures judiciaires coûteuses pour les déclarations de naissance tardives, et un manque de confiance ou d'intérêt de la population, liée à l'absence de services directement associés au NIN. Comme l'ont expliqué les équipes de l'ANATS, 75 à 80 % de la population ne voit pas l'utilité d'un identifiant, car il n'existe pas de service contraignant qui le rend nécessaire.

Les obstacles logistiques incluent la nécessité pour les citoyens de se déplacer deux fois (une fois pour l'enrôlement, une autre pour retirer la carte), le manque de véhicules ou d'unités mobiles, et la difficulté d'accès à certaines zones rurales ou peuplées de nomades. Cela compromet la rapidité du déploiement, et l'extension à grande échelle nécessiterait un appui financier important de l'État ou de partenaires techniques.

La bonne nouvelle, c'est que l'ANATS dispose d'une plateforme solide, sécurisée, et modulaire, avec une architecture technique ouverte à l'intégration via API (déjà testée avec l'UNHCR et les forces armées). L'agence a exprimé une forte volonté de partenariat avec la CNAS, et est prête à collaborer à une stratégie d'intégration des NIN dans les systèmes d'information santé.

En résumé, l'ANATS peut jouer un rôle central dans la réussite du système CNAS, en fournissant l'identifiant national essentiel pour l'authentification, la portabilité et le suivi des bénéficiaires. Toutefois, la faible couverture actuelle, les contraintes logistiques et les barrières sociales constituent un risque pour la mise en œuvre des régimes R1, R2 et R3. Un plan de financement conjoint, des actions ciblées de mobilisation communautaire, et une vision partagée avec la CNAS pourraient permettre à l'ANATS de devenir le socle sur lequel reposera l'authenticité et la fiabilité de la CSU au Tchad.

8. Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS)

La Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS) est un établissement public tchadien doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle du ministère de la Fonction Publique, de l'Emploi et du Dialogue Social. Créée par la loi n° 7/66 du 4 mars 1966 portant code du travail et de la prévoyance sociale, la CNPS est régie par le décret n° 51/PR/MTJS du 9 mars 1970, qui en détermine l'organisation et le fonctionnement. Sa mission principale est la Gestion des prestations familiales et de maternité, couverture des accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que l'Octroi des pensions de vieillesse, d'invalidité et de décès.

Notre rencontre avec la Caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS) a permis d'approfondir la compréhension des dynamiques du secteur privé en matière de cotisations sociales, un domaine qui recoupe directement les objectifs du régime R1 de la CNAS. La CNPS est l'institution en charge de la gestion des pensions et de la protection sociale des salariés du secteur

privé. Elle interagit donc avec un large éventail d'employeurs formels, ce qui en fait une source d'expérience précieuse pour anticiper les défis que rencontrera la CNAS.

La question centrale explorée était celle de l'identification unique des employeurs et des salariés. Or, il s'avère que chaque institution dispose de son propre système d'identifiants : la CNPS utilise son propre identifiant interne, distinct du Numéro d'Identification Fiscale (NIF) délivré par la Direction Générale des Impôts (DGI), mais également différent de ceux utilisés par l'ANIE ou la Direction Générale de l'Emploi. Cette absence d'interopérabilité entre les systèmes fragilise le suivi, freine la traçabilité, et ouvre la voie à la fraude ou à la sous-déclaration.

Du point de vue opérationnel, la CNPS a partagé un certain nombre de difficultés systémiques. Tout d'abord, la charge de travail reste largement manuelle, notamment pour le traitement des déclarations d'employeurs. Ensuite, les arriérés de cotisations impayées sont importants, affectant la viabilité financière du système. Le niveau de digitalisation est faible, ce qui rend le suivi de la conformité peu efficace. La déclaration des salariés est souvent sous-estimée, et de nombreux employeurs déclarent moins d'employés que ce qu'ils emploient réellement, limitant ainsi les cotisations dues.

La CNPS reconnaît pleinement ces lacunes, et note que son système actuel n'est pas adapté à la croissance rapide du secteur privé, ni à l'évolution des formes d'emploi. Elle souligne également que l'absence de lien avec l'ANATS et l'absence d'identifiants nationaux empêche la vérification croisée des données. Cela constitue une menace directe pour la durabilité du système, et un risque majeur de duplication des efforts si la CNAS venait à opérer de manière parallèle et indépendante.

La bonne nouvelle, cependant, réside dans l'opportunité de réforme numérique. La mise en place de la CNAS peut être l'occasion de « sauter une génération » (leapfrog) en matière de système d'information. En adoptant une plateforme numérique intégrée pour la déclaration, la collecte et le suivi des cotisations, la CNAS pourrait corriger les faiblesses structurelles de la CNPS. Cela suppose notamment l'automatisation des processus, une meilleure visibilité sur la conformité, et la mise en place d'un système de gestion des employeurs et travailleurs interconnecté avec d'autres entités (fisc, ANATS, CNPS, etc.).

Enfin, une piste prometteuse de collaboration serait une visite d'étude au Rwanda, pour s'inspirer de l'approche end-to-end adoptée par la Rwanda Social Security Board (RSSB). Cela permettrait à la CNPS d'explorer des solutions numériques adaptées, et à la CNAS de définir une architecture de système robuste qui anticipe les défis identifiés.

En résumé, la CNPS affronte aujourd'hui des difficultés opérationnelles et structurelles similaires à celles que la CNAS devra maîtriser. Mais cette réalité ouvre un espace d'innovation, de synergie technologique, et de réforme institutionnelle, à condition de miser sur l'unification des identifiants, la digitalisation, et la coordination inter-institutionnelle.

9. Ministère des Finances, de l'Économie, du budget et du Plan

Notre échange avec le ministère des Finances et de l'Économie a permis de cerner à la fois les leviers stratégiques et les risques systémiques associés à la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle (CSU) via la CNAS. Ce ministère intervient à deux niveaux fondamentaux : en tant que pilier politique du budget national, et en tant qu'organe technique de collecte des déductions salariales, notamment l'IRPP (Impôt sur le Revenu des Personnes Physiques).

Sur le plan politique, le ministère est l'institution de référence pour l'allocation budgétaire sectorielle. Pour que la CNAS soit pérenne, il est crucial que le partage budgétaire pour la santé soit progressivement réhaussé, conformément à l'objectif

d'Abuja de 15 % du budget national. Même si ce seuil n'est pas immédiatement atteignable, une trajectoire claire vers cette cible est nécessaire pour donner un signal fort de priorité gouvernementale. Cela permettra également de mieux aligner les financements extérieurs et les appuis des partenaires techniques et financiers sur les priorités définies par la CNAS.

Du point de vue opérationnel, le ministère collecte actuellement l'IRPP pour les secteurs public et privé, via la Direction générale des Impôts (DGI), avec reversement au Trésor public. Lors de notre mission, nous souhaitons vérifier l'existence d'un identifiant unique pour les employeurs. À ce titre, la mise en place récente du système SIGP (Système Intégré de Gestion du Personnel) constitue une avancée significative : ce système attribue un identifiant unique (NIF) à tous les employeurs (publics, paraétatiques et privés) facilitant ainsi le suivi centralisé des déductions salariales.

Cependant, plusieurs zones de fragilité subsistent. D'une part, les systèmes ne sont pas encore entièrement interopérables, ce qui laisse des failles dans le suivi de la conformité des contributions, en particulier dans le secteur privé. D'autre part, les pratiques de gestion du personnel restent incohérentes, avec des employés non titularisés qui passent parfois toute leur carrière sans statut administratif formel. Cela pose un défi majeur en matière de droits sociaux et de gestion des cotisations. En outre, les agents contractuels ou intérimaires ne sont pas toujours suivis dans les bases de données officielles.

Les indicateurs partagés montrent que le secteur public compte environ 100 000 employés, suivis via un numéro NIF.

La bonne nouvelle est que le ministère est favorable à l'intégration de ses systèmes avec toute nouvelle plateforme qui serait proposée, dans une logique de transparence, de traçabilité et de simplification des procédures. Le ministère est également engagé dans un processus de normalisation des données, qui vise à améliorer la qualité et la fiabilité des informations sur les contributions, tant dans le public que dans le privé.

En résumé, le Ministère des Finances est à la fois garant de la soutenabilité budgétaire et un acteur clé de la mise en conformité des employeurs. Il est essentiel que la CNAS s'appuie sur ses outils existants notamment le NIF, le SIGPFIP et le circuit IRPP pour éviter la duplication des systèmes, réduire les risques de fraude, et renforcer la cohérence des déductions salariales. La collaboration étroite entre la CNAS, la DGI, le Trésor et la fonction publique sera déterminante pour garantir l'équité, la performance et l'efficacité du futur système d'assurance santé au Tchad.

4.2. Entretien avec les Partenaires de Développement et Secteur Privé

1. Moov Africa - Opérateur de téléphonie

Lors de notre rencontre avec l'un des principaux opérateurs de télécommunications du Tchad à savoir MOOV Africa il est vite apparu que leur rôle potentiel dans la réussite de la CNAS est fondamental. En effet, ces opérateurs ne sont pas seulement des fournisseurs de connectivité ; ils représentent également une porte d'entrée stratégique pour la collecte des contributions, le paiement des prestations, ainsi que la communication à grande échelle auprès des populations couvertes. Par leurs services de mobile money, ils peuvent faciliter l'inclusion financière des populations du secteur informel, tout en offrant des canaux efficaces pour les notifications, la sensibilisation et l'assistance terrain. De plus, leurs infrastructures peuvent héberger les systèmes de la CNAS via leurs data centers, tout en assurant une connectivité dédiée à travers des APN même dans les zones les plus reculées.

Sur le plan des indicateurs, l'opérateur a partagé des chiffres impressionnants : une couverture mobile et internet de 95 % du territoire national, avec des antennes toutes compatibles 4G (à l'exception d'une partie de l'extrême nord, proche de la Libye). Ils comptent environ 7 millions d'abonnés mobiles, dont 500 000 utilisateurs enregistrés pour les services de mobile money, et plus de 60 000 agents à travers le pays. Toutefois, le réseau de marchands pour le mobile money reste limité, avec seulement une centaine de commerçants enregistrés à N'Djamena. Leur système est déjà interconnecté avec trois banques (Ecobank, UBA, et ORA), ce qui permet des transferts entre comptes bancaires et porte-monnaie mobiles.

Mais plusieurs défis persistent. Le taux de pénétration du mobile money reste faible au regard de la population totale, un reflet d'une culture encore fortement ancrée dans l'utilisation du cash. Le processus d'enregistrement exige une identification complète (KYC), ce qui constitue une barrière importante dans un pays où une large partie de la population ne possède pas de pièce d'identité officielle. À cela s'ajoute un taux élevé d'analphabétisme et des niveaux de pauvreté importants, limitant l'accès aux téléphones, cartes SIM ou forfaits de données. Le faible taux d'utilisation du mobile money constitue un frein majeur, en particulier pour les régimes comme celui des indépendants (R2), qui nécessitent des canaux simples, accessibles et décentralisés pour assurer une bonne couverture.

Malgré cela, les perspectives sont positives. L'engagement manifeste des opérateurs à travailler avec la CNAS, leur couverture réseau étendue, et leur ouverture à des partenariats structurants sont des atouts précieux. Leur data center pourrait offrir une solution fiable d'hébergement, et leur réseau pourrait devenir un vecteur puissant de communication et de connectivité pour les zones rurales. Ils ont notamment précisé que leur bande passante pouvait aller jusqu'à 100 Mbps, ce qui ouvre des perspectives intéressantes pour les usages numériques de la CNAS.

En conclusion, les télécoms devraient être considérés comme des partenaires stratégiques dans la mise en œuvre de la Couverture Santé Universelle au Tchad. Que ce soit pour les paiements, la connectivité, ou les communications, leur contribution pourrait s'avérer essentielle. Une collaboration formalisée — par exemple à travers un protocole d'accord (MoU) progressif — pourrait poser les bases d'un partenariat mutuellement bénéfique, aligné sur les priorités évolutives de la CNAS.

2. Airtel Africa - Opérateur de téléphonie

Notre échange avec Airtel Africa, l'un des deux principaux opérateurs de télécommunications du pays, a confirmé l'importance stratégique des télécoms dans l'écosystème de mise en œuvre de la CNAS. À l'instar de MOOV Africa, Airtel peut jouer un rôle crucial dans la collecte des cotisations, le paiement des prestations électroniques, et le déploiement d'outils de communication auprès des populations assurées. L'opérateur offre également des solutions d'hébergement de données, de connectivité dédiée via APN, ainsi que l'utilisation du canal USSD, très adapté aux téléphones non connectés, pour élargir l'accessibilité sans nécessiter un smartphone ou une connexion Internet.

Du côté des chiffres, Airtel a déclaré couvrir 89 % de la population tchadienne, ce qui en fait un acteur majeur en termes de portée démographique, même si cette couverture ne s'étend pas de manière uniforme sur l'ensemble du territoire national. L'entreprise compte près de 8 millions d'abonnés mobiles, dont 360 000 utilisateurs de services mobile money, et un total impressionnant de 71 000 agents actifs sur l'ensemble du pays. Leur réseau de marchands mobile money est légèrement plus étoffé que celui de son concurrent, avec 384 points marchands actuellement répertoriés. Airtel est également interconnecté avec trois institutions bancaires : Ecobank, UBA et ORA, avec d'autres connexions en cours de finalisation.

Les constats et défis évoqués rejoignent largement ceux identifiés chez les autres opérateurs : une pénétration encore faible du mobile money, freinée par une forte culture du cash, les exigences réglementaires de KYC, l'absence de documents d'identité chez une partie significative de la population, et les barrières liées à l'alphabétisation et à la pauvreté. Ces contraintes limitent fortement l'usage du mobile money, en particulier pour les indépendants et populations du secteur informel, qui sont pourtant des cibles prioritaires du régime R2 de la CNAS.

3. Coris Bank International - Commercial Bank

Notre entretien avec Coris Bank International, acteur bancaire en pleine croissance au Tchad, aux côtés d'établissements comme Ecobank ou UBA a permis de mieux comprendre les leviers que les banques commerciales peuvent mobiliser pour appuyer la CNAS dans ses missions. En tant qu'intermédiaire financier, Coris Bank peut jouer un rôle déterminant dans la collecte des cotisations, le paiement des prestations aux structures de santé, ou encore la gestion de produits financiers comme l'escompte de créances ou le prêt adossé au salaire. Leur implication est donc stratégique pour soutenir à la fois le pilier financier et la viabilité opérationnelle du régime.

Sur le plan des indicateurs, la banque a indiqué un chiffre d'affaires de 13 milliards FCFA et dispose actuellement de 13 agences réparties à travers le pays. Si cette présence est notable, elle reste cependant limitée face à l'étendue géographique du Tchad et à la dispersion des populations. Le maillage bancaire est encore insuffisant pour couvrir l'ensemble du territoire de manière efficace, ce qui limite naturellement l'accès aux services bancaires dans de nombreuses zones. Ce déficit est accentué par des facteurs structurels : une faible culture financière, une préférence marquée pour les transactions en espèces, et une méfiance persistante envers le système bancaire. Même au sein du secteur formel, il est courant que les salariés retirent l'intégralité de leur salaire immédiatement après

Malgré ces limites, Airtel a exprimé une réelle volonté de s'impliquer dans le projet CNAS. La densité de leur couverture, leur expertise technique, et leur infrastructure nationale représentent des atouts considérables. Comme pour les autres opérateurs, un partenariat structuré, possiblement sous forme de protocole d'accord (MoU) progressif, pourrait poser les bases d'une collaboration durable, utile à la fois pour l'extension de la CNAS et pour l'essor de l'inclusion financière au Tchad.

virement, préférant conserver l'argent en liquide à domicile.

Ceci étant dit, Coris Bank a exprimé une volonté forte de collaboration avec la CNAS. L'un des points positifs soulignés est leur souplesse technologique : ils sont ouverts à l'intégration de systèmes externes, notamment pour faciliter la déclaration et le suivi des cotisations. Ils disposent d'une infrastructure informatique qu'ils contrôlent intégralement, ce qui facilite les échanges techniques. La banque a également mentionné qu'elle finalise actuellement la migration de son cœur de système bancaire, en s'éloignant des anciennes structures héritées de la Société Générale, ce qui renforce son autonomie. Enfin, l'ambition de développer un réseau d'agents bancaires dans les régions témoigne d'une volonté d'élargir leur couverture, et de contribuer à l'inclusion financière dans les zones encore peu desservies.

En résumé, malgré une couverture géographique encore limitée, Coris Bank apparaît comme un partenaire bancaire engagé, disposé à accompagner la CNAS dans ses efforts de structuration du financement de la santé. Leur ouverture technologique, leur flexibilité opérationnelle et leur volonté d'innovation sont des signaux encourageants, à valoriser dans le cadre d'un partenariat progressif et structuré.

4.3. Synthèse SWOT des Parties Prenantes Clés de la CNAS - Étude de Faisabilité

Après avoir mené des entretiens ciblés avec les principales institutions publiques, opérateurs privés et partenaires techniques concernés par le déploiement de la CNAS, une analyse transversale des forces, faiblesses, opportunités et menaces (SWOT ou FFOM en français) a été réalisée. Cette synthèse permet de dégager les grands axes stratégiques qui détermineront la réussite ou les blocages du futur système d'information et de gestion de la CSU. L'objectif est de visualiser, de manière structurée, les leviers d'action et les risques associés à chaque acteur, afin d'éclairer la planification opérationnelle, les mécanismes de gouvernance, et les scénarios de partenariat. Cette cartographie SWOT constitue un outil d'aide à la décision précieux pour les étapes de priorisation, de pilotage et de dialogue multisectoriel.

Partie prenante	Forces (S)	Faiblesses (W)	Opportunités (O)	Menaces (T)
ANAR-CSU	Mandat clair de régulation; volonté de coopération	Ressources humaines limitées; rôles institutionnels flous; lenteur décisionnelle	Clarification des compétences; renforcement institutionnel	Risque de devenir un goulot d'étranglement; chevauchement avec CNAS et Ministère de la Santé
INSEED	Producteur officiel de statistiques nationales; données partagées sur et pauvreté ménages	Base RSU obsolète; collecte papier; non interopérable; couverture partielle	Collaboration pour améliorer les données; repositionnement du RSU	Faible fiabilité actuelle; dépendance au financement externe
MOOV Africa	Couverture 95% du territoire; mobile money; connectivité APN; volonté de collaboration	Faible taux d'utilisation du mobile money; barrières KYC et pauvreté	Création de services adaptés à la CSU; extension des marchands	Limitation à l'accès des populations vulnérables
Airtel Africa	Couverture 89% population; grande base d'agents; interopérabilité bancaire	Culture du cash; difficultés d'accès à l'identification	Potentiel USSD; extension mobile money	Faible adoption de Airtel Money par les travailleurs informels

Coris Bank	Infrastructure IT contrôlée; ouverture à l'intégration; réseau en croissance	Faible couverture géographique; faible inclusion financière	Création de réseau d'agents; digitalisation bancaire	Limites d'accès en zones rurales; méfiance bancaire
CPA & DGPML	Structure de distribution nationale; rôle stratégique pour CSU	Endettement critique; rupture de stocks; fragmentation PPA	Intégration avec CNAS; système de suivi des flux médicaments	Régulation faible; perte de contrôle sur le marché
ANIE	Mandat d'enregistrement des entreprises; volonté d'intégration	Absence d'identifiant unique interopérable; centralisation régionale	Harmonisation avec CNPS, CNAS, DGI	Multiplicité de registres; fragmentation institutionnelle
CRCT	Prise en charge des retraités; intérêt pour l'automatisation	Processus manuels; absence de suivi carrière; non-intégration CNAS	Intégration des pensionnés dans CSU; modernisation en cours	Exclusion de pensionnés non titularisés
MATD & décentralisation	Ancrage territorial; volonté politique forte; facilitateur de mobilisation	Absence de système unifié; documentation locale faible	Déploiement du modèle de contrats de performances; responsabilisation locale	Fragmentation des données; difficultés de coordination terrain
ANATS	Mandat officiel d'identification; système biométrique solide; API disponible	Faible taux d'enrôlement; logistique insuffisante; barrières juridiques et culturelles	Intégration NIN dans CNAS; exemple à grande échelle (2015)	Retards de déploiement; population non identifiée
CNPS	Expérience du secteur privé;	Non interopérable; forte charge	Possibilité de transformation	Risque de double système; sous-déclaration systémique

	reconnaissance institutionnelle	manuelle; faible digitalisation	numérique; partenariat CNAS	
Ministère des Finances	Maîtrise de l'IRPP; pilote budgétaire de l'État; système SIGP en place	Systèmes non interconnectés; gestion du personnel incomplète	Appui à la CNAS via NIF, SIGP et IRPP; volonté d'intégration	Fragmentation persistante entre public et privé

4.4. Visites de Terrain

REGION INTÉRIEURE

Introduction

Du 1er au 5 avril 2025, une mission conjointe composée de six membres, quatre représentants de la CNAS et deux de la RSSB s'est rendue dans les régions de Moyo Kébi Est (Mongor) et Moyen- chari (Sarh et Danamadji). Ces régions ont été spécifiquement choisies car elles accueilleront le lancement pilote du futur système. La mission avait pour objectifs principaux d'évaluer les besoins et contraintes locales pour la mise en place de systèmes de formation et d'alignement, de recueillir les avis et recommandations des responsables locaux, et d'identifier les infrastructures existantes en vue de leur intégration dans le dispositif. L'équipe a également mesuré le niveau de préparation des acteurs locaux à la couverture de santé universelle. Sur le terrain, plusieurs échanges ont eu lieu avec les chefs de services, notamment les gouverneurs la PPA (la pharmacie provinciale d'approvisionnement), et les responsables de centres de santé.

Le Tchad œuvre pour la CSU depuis l'adoption d'une stratégie en 2015 et la mise en place d'un cadre institutionnel en 2016. En 2020, la Caisse Nationale d'Assurance Santé (CNAS) a été créée par la Loi n° 026/PR/2020 pour soutenir les réformes du financement de la santé. Cette mission s'est concentrée sur l'évaluation de ces efforts dans les zones rurales comme Bongor et Sarh, qui jouent un rôle majeur dans le système de santé tchadien.

Principales conclusions

La mission a identifié des défis récurrents et quelques points positifs dans tous les lieux visités. Voici un résumé:

Catégorie	Défis communs	Points positifs
-----------	---------------	-----------------

Personnel	Trop peu de travailleurs, manque de personnel formé, absence de médecins spécialisés	-
Approvisionnement en médicaments	Ruptures fréquentes, commandes non honorées par la CPA, dettes élevées	-
Infrastructures	Électricité peu fiable, bâtiments vétustes, absence d'ordinateurs dans certains lieux	Internet disponible dans la plupart des lieux
Finances	Dettes élevées, frais impayés des patients, générateurs coûteux	Pas de dettes dans certaines PPA
Sensibilisation publique	Peu de connaissance de l'assurance santé, recours aux guérisseurs traditionnels, méfiance due à des échecs passés	Leaders locaux prêts à aider
Gestion	-	Utilisation de SAGE dans les PPA

Bongor – Délégué du ministère de la Santé et Bureau du Gouverneur

Nous avons débuté à Bongor au bureau du délégué du ministère de la Santé, rencontrant le Délégué, qui supervise toutes les activités de santé au niveau de la région. Il doutait du succès de la CNAS en raison de promesses gouvernementales non tenues. Il a mentionné un personnel insuffisant, des patients incapables de payer et des coupures de courant fréquentes, bien que les générateurs aident à un coût élevé. L'accès à Internet était un atout. Ensuite, au bureau du gouverneur, le Secrétaire Général connaissait la CSU et souhaitait aider. Cependant, il a noté que les gens ne comprennent pas l'assurance santé et se tournent souvent vers les guérisseurs traditionnels.

Bongor – Établissements (Hôpital Provincial, PPA et centres de santés)

Lors de notre mission de terrain dans la région de Bangor, nous avons visité les principales structures de santé, notamment l'hôpital provincial, plusieurs centres de santé, ainsi que la Pharmacie Provinciale d'Approvisionnement (PPA). À la PPA, le responsable nous a fait part de ruptures régulières de stock, dues au fait que la CPA (Centrale Pharmaceutique d'Achats) à N'Djamena ne parvient à satisfaire qu'environ 30 % des commandes. Cela oblige la pharmacie à s'approvisionner auprès du secteur privé, où les prix peuvent être multipliés par trois, rendant l'accès

aux médicaments très difficile pour la population. La PPA fonctionne avec un personnel insuffisant, des services impayés, et subit également des coupures fréquentes d'électricité, affectant fortement son fonctionnement.

À l'hôpital provincial, qui dessert environ 1,2 million de personnes avec 20 000 visites annuelles, nous avons constaté une sous-utilisation des services, en grande partie liée à la pauvreté des populations voisines, qui ne peuvent pas se permettre de payer les soins. L'hôpital souffre d'un manque criant de personnel qualifié, notamment de spécialistes, et fait également face à des stocks insuffisants de médicaments ainsi qu'à des créances non recouvrées.

Les centres de santé visités présentaient les mêmes tendances. À titre d'exemple, le centre de santé de Chifongo, avec une population cible de 4 416 personnes, n'a enregistré que 1 100 visites dans l'année, avec un seul agent qualifié, des bâtiments vétustes, et aucune électricité. Un autre centre, desservant 23 000 personnes, comptait à peine 2 100 consultations annuelles, malgré des besoins évidents. Partout, les faiblesses en ressources humaines, en infrastructure et en approvisionnement freinent l'accès aux soins. Toutefois, un point positif a été noté : dans toutes les structures visitées, la connectivité Internet est disponible et fonctionnelle, représentant un réel levier pour des solutions numériques de santé à l'avenir.

Sarh – Établissements et Gouverneur

Lors de notre passage dans la région de Moyen-chari, précisément à Sarh, nous avons effectué une visite de courtoisie auprès du gouverneur, ainsi qu'une série de rencontres avec les principaux acteurs du secteur de la santé. Nous avons notamment échangé avec le délégué du ministère de la Santé, visité la PPA et deux centres de santé. À la PPA, bien qu'il n'y ait pas de dettes envers la Centrale d'Achat (CPA), un fait rare et positif comparé à d'autres structures, l'établissement fait face à des défis majeurs, notamment des pénuries fréquentes de médicaments (stock-outs) et un manque de personnel dû à l'absence de ressources pour recruter. Ils utilisent un système informatique pour la gestion des stocks et des ventes, et disposent d'un accès à Internet, bien que le coût reste élevé.

Nous nous sommes également rendus à l'hôpital provincial, qui dessert une population estimée à 1,15 million de personnes, avec une fréquentation annuelle d'environ 29 000 visites, ce qui correspond à un taux d'utilisation relativement faible (0,019). L'hôpital souffre d'un manque criant de personnel spécialisé, ne comptant que trois spécialistes : un gynécologue et un pédiatre et un chirurgien., et fait face à un endettement élevé. Le problème de disponibilité des médicaments y est également marqué, dû aux ruptures de stock au niveau de la PPA.

Malgré la connectivité Internet, les services sont peu utilisés par la population, freinés par la pauvreté et l'absence de couverture d'assurance. Lors de notre entretien avec le gouverneur, ce dernier a exprimé un intérêt marqué pour l'initiative, bien qu'il ait initialement peu de connaissances sur la CNAS. Il a toutefois soulevé des inquiétudes liées aux échecs passés attribués au manque de financement étatique, ainsi qu'au recours persistant aux guérisseurs traditionnels, lié à la pauvreté et aux coûts de transport élevés.

Danamadji – Dirigeants locaux et l’hôpital du district et le centre de santé

A Danamadji, la mission s’est poursuivie par une rencontre avec les autorités locales, notamment le sous-préfet et le chef de canton, dans le cadre d’une visite de courtoisie. Ces dirigeants ont exprimé leur volonté de soutenir la CNAS dans sa mission vers la couverture santé universelle. Toutefois, des défis majeurs subsistent. La sous-préfecture fait face à des coupures régulières d’électricité, et le canton ne dispose ni d’ordinateurs ni d’électricité, limitant considérablement les capacités administratives et de coordination.

Nous avons ensuite visité l’hôpital de district de Danamadji, qui dessert une population de 139 536 habitants avec une fréquentation annuelle d’environ 14 600 visites, soit un taux d’utilisation de 0,105. L’hôpital souffre d’un manque de spécialistes, n’en comptant qu’un seul, et fait face à une dette importante envers la PPA. La rupture de stocks est fréquente, exacerbée par l’incapacité de la PPA à fournir les médicaments recommandés. Le service d’ambulance est également paralysé, les trois ambulances étant toutes en panne. L’utilisation des services reste faible, ce qui se traduit par un taux d’occupation des lits de seulement 65 %, signalant l’absence de surcharge mais aussi une faible fréquentation.

Enfin, au centre de santé de Danamadji Ouest, qui couvre une population de 19 384 habitants pour environ 3 650 visites annuelles (soit un taux d’utilisation de 0,188), des problèmes similaires ont été constatés : un manque criant de personnel qualifié, des coupures fréquentes d’électricité, et des médicaments peu accessibles en raison à la fois du manque de moyens financiers et de ruptures au niveau de la PPA. Comme ailleurs, l’accès à Internet est disponible mais reste grevé par des coûts élevés.

Analyse

La mission a révélé des obstacles majeurs à la CSU. Chaque lieu souffre d’un manque de personnel et de ruptures de stocks de médicaments. Par exemple, les hôpitaux de Bongor et Sarh n’ont qu’un spécialiste chacun, rendant les soins complexes difficiles.

Les coupures d’électricité sont fréquentes, obligeant à recourir à l’utilisation des générateurs qui est coûteuse. Certains patients ne peuvent souvent pas payer, laissant les établissements endettés.

Cependant, il y a des points positifs. L’accès à Internet dans la plupart des lieux pourrait soutenir des outils numériques. Le système informatique au niveau des PPA aide à gérer les achats et ventes des médicaments. Les dirigeants locaux, bien que sceptiques, veulent aider, offrant une opportunité de partenariat.

La confiance du public est faible, beaucoup préférant les guérisseurs traditionnels en raison des coûts élevés, manque de moyen et des échecs passés, comme l’effondrement de l’assurance (mutuelle de santé) en 2024 à Danamadji.

Les taux d'utilisation racontent une histoire. Les centres de santé comme Tchinfogo (0,25) et Danamadji Ouest (0,19) accueillent plus de patients que les hôpitaux comme Bongor (0,016) et Sarh (0,019). Cela est probablement dû à leur proximité et à leur rôle dans le système de référence. L'hôpital de Danamadji (0,1) se distingue, peut-être grâce à des efforts d'assurance antérieurs, montrant une voie possible.

Recommandations

Pour que la CSU réussisse, nous suggérons :

- **Recruter et former du personnel:** Embaucher plus de travailleurs et les former, notamment des spécialistes pour les hôpitaux.
- **Sécuriser l'approvisionnement en médicaments:** S'assurer que la CPA honore les commandes pour éviter les pénuries et réduire la dépendance aux pharmacies privées coûteuses.
- **Améliorer les infrastructures:** Moderniser les systèmes électriques pour réduire les coûts des générateurs et ajouter des ordinateurs là où nécessaire.
- **Renforcer la confiance :** Lancer des campagnes de sensibilisation pour expliquer l'assurance maladie et répondre à la méfiance liée aux échecs passés. Des projets pilotes dans des zones à forte utilisation comme Danamadji pourraient tester des solutions.
- **Utiliser la technologie :** Exploiter l'accès à Internet pour des outils numériques, pour la collecte des cotisations et le suivi des patients

Conclusion

Cette mission a mis en lumière la situation des soins de santé en dehors de N'Djamena. Des défis comme les pénuries de personnel, les ruptures de stocks et les infrastructures défaillantes entravent la CSU. Pourtant, l'accès à Internet et la volonté des dirigeants locaux offrent de l'espoir.

Les centres de santé servent plus de personnes que les hôpitaux, et l'utilisation plus élevée à Danamadji suggère que l'assurance peut fonctionner. En s'attaquant à ces problèmes et en renforçant la confiance, le Tchad peut progresser vers la CSU. Les prochaines étapes devraient se concentrer sur des victoires rapides, comme des projets pilotes, pour montrer des progrès et gagner la confiance de la population.

Visites des Structures Sanitaires dans le District Sanitaire de N'Djamena

Introduction

Dans le cadre de notre mission d'évaluation du système de santé au Tchad, nous avons effectué une série de visites dans plusieurs structures sanitaires situées dans le district sanitaire de N'Djamena. Ces visites avaient pour objectif de mieux comprendre les réalités du terrain, les défis rencontrés et les bonnes pratiques observées dans la gestion des structures sanitaires tant publiques que privées.

1. Visite au District Sanitaire de N'Djamena

Au niveau du District Sanitaire de N'Djamena, nous avons rencontré le Médecin-Chef du district. Celui-ci a attiré notre attention sur le fait que les visites effectuées au sud du pays ne reflètent pas entièrement la réalité sanitaire nationale. Il nous a expliqué que le nord du pays est confronté à de graves difficultés sanitaires, notamment l'absence d'agents de santé qualifiés dans plusieurs centres de santé, certains étant gérés par des agents communautaires sans formation médicale. Il nous a vivement recommandé de visiter le nord pour avoir une vue complète de la situation sanitaire du pays.

La responsable du centre de santé nous a bien confirmé qu'elle reconnaît qu'il y a un nombre important d'agents par rapport aux besoins réels, mais cela est dû aux affectations décidées par le ministère, sans même vérifier au préalable s'il y avait des postes disponibles. Quant aux contractuels, elle n'a pas le droit de les réaffecter non plus.

2. Visite au Centre de Santé de N'Djamena

Le Centre de Santé de N'Djamena couvre une population de 19 928 habitants, avec une fréquentation mensuelle variant entre 10 000 visites. Le taux d'utilisation (45%). Le personnel est composé de 35 agents de l'État et de 9 agents contractuels. Le centre est déficitaire avec des recettes mensuelles de 1 200 000 FCFA et des dépenses de 1 600 000 FCFA. Les défis majeurs sont liés au recouvrement des coûts, au manque de médicaments et à l'absence de matériel informatique, toutes les opérations étant réalisées manuellement.

3. Visite au Centre de Santé Confessionnel de Betseda

Ce centre confessionnel couvre une population de 18 395 habitants avec une fréquentation annuelle de 3 600 visites. Le coût moyen des soins est de 3 700 FCFA par visite. La gestion des stocks de médicaments est assurée grâce au soutien financier de la coordination confessionnelle. Toutefois, le centre reste déficitaire, les populations étant généralement démunies et incapables de payer les soins. Le personnel est limité avec un seul agent payé par l'État et neuf agents contractuels.

4. Visite au Centre de Santé Privé d'Ambata

Ce centre privé couvre une population de 12 985 habitants avec une fréquentation annuelle de 3 200 visites. Le coût moyen des soins est de 8 000 FCFA par visite. Contrairement aux autres structures, ce centre est bénéficiaire, dégageant un bénéfice mensuel de 500 000 FCFA grâce à une bonne gestion financière. Cependant, il est confronté à un manque de personnel qualifié, des coupures fréquentes d'électricité et une faible implication du district sanitaire en cas de besoin de soutien technique.

5. Visite au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de N'Djamena

Le CHU est spécialisé dans la prise en charge des femmes et des enfants. Les accouchements en urgence ainsi que les soins pour les enfants de moins de 5 ans sont gratuits. L'hôpital dispose d'un service de triage permettant d'orienter les cas urgents vers les services gratuits et les autres vers les services payants. Le CHU est bien équipé avec plusieurs services spécialisés et un personnel qualifié. En moyenne, il réalise 12 césariennes urgentes et 6

césariennes programmées par jour. L'hôpital est confronté à des défis liés au retard des subventions de l'État, ce qui peut impacter la gestion des médicaments et des autres intrants.

Conclusion

Les différentes visites ont permis de mieux comprendre les réalités du système de santé au Tchad. Les structures publiques sont confrontées à des défis majeurs liés à la viabilité financière, la mauvaise gestion et au manque de ressources matérielles. Les Professionnelles sont confrontées à des défis majeurs liés à la viabilité financière du a la plupart des patients qui n'ont pas de moyen et au manque de ressources humaines. Les structures privées, quant à elles, montrent qu'une gestion rigoureuse permet d'assurer la viabilité financière. L'amélioration de la Couverture Sanitaire Universelle nécessite un renforcement des ressources humaines, une meilleure gestion des subventions et une collaboration étroite entre les secteurs public, professionnel et privé.

SECTION 5: NOTRE ANALYSE DE LA SITUATION

5.1. Introduction

La Caisse nationale d'assurance santé (CNAS) du Tchad a été instituée par la loi n° 026/PR/2020 en tant qu'agence centrale pour mettre en œuvre la Couverture Santé Universelle (CSU). Dans le cadre juridique de la CSU, trois régimes ont été établis :

- (i) une assurance contributive pour les salariés (secteurs public et privé),
- (ii) une assurance contributive pour les indépendants, et
- (iii) un programme d'assistance médicale subventionné par l'État (Assistance Médicale, AMED) destiné aux populations économiquement démunies.

La CNAS a pour mission de gérer ces régimes afin de réduire les paiements directs des ménages et les difficultés financières liées aux dépenses de santé. Cette ambition s'inscrit dans l'engagement du Tchad envers la CSU garantir à tous les citoyens un accès à des services de santé de qualité sans ruine financière tel que défini dans la stratégie nationale de CSU de 2013 et le cadre de la Vision 2030.

Cependant, le contexte de départ est particulièrement difficile. Dans notre évaluation, nous observons que les indicateurs de santé du Tchad figurent parmi les plus faibles au monde, en raison d'un système de santé historiquement sous-financé et fragile. En 2018, **64,4 % des dépenses totales de santé étaient directement supportées par les ménages**, un niveau bien supérieur au seuil maximal de 20 % recommandé pour éviter l'appauvrissement dû aux soins de santé. Les dépenses totales de santé s'élevaient à seulement environ 18 471 FCFA par habitant (soit ~30 USD) en 2018, un montant largement inférieur aux ~112 USD par habitant estimés comme le minimum nécessaire pour atteindre la CSU d'ici 2030. Cet écart de financement se traduit par une faible couverture des services et un risque élevé d'appauvrissement médical.

En créant la CNAS et les réformes associées, le Tchad cherche à élargir la mutualisation des risques et l'accès aux soins, inversant ainsi la situation actuelle où les familles supportent le poids écrasant des coûts de santé. Nous notons que la CNAS est envisagée non seulement comme un assureur, mais aussi comme un acheteur stratégique de services de santé, utilisant les fonds mutualisés pour améliorer l'efficacité et l'équité dans le secteur. Pour atteindre ces objectifs, un système robuste et coordonné sous-tendu par une gestion moderne et transparente s'impose comme une nécessité absolue. Réaliser cette vision exige une évaluation franche de la faisabilité sur les plans financier, structurel et politique, ce que ce rapport propose avec rigueur.

5.2. L'État Préparation du système de santé

Capacité actuelle du système

Le succès de la CNAS dépendra de la capacité du système de santé tchadien à servir les nouveaux assurés. Les infrastructures et le personnel sont limités. Seuls un quart à un tiers des établissements sont publics, le reste étant géré par des ONG, des cliniques privées ou des initiatives communautaires. En 2019, il y avait **874 établissements publics fonctionnels** (813 centres

de santé, 61 hôpitaux) contre 444 privés ou confessionnels. Beaucoup de soins échappent au contrôle gouvernemental, compliquant la coordination et la régulation pour la CNAS. Le gouvernement devra contractualiser avec ces prestataires pour garantir des soins standardisés et des prix cohérents.

Inégalités géographiques

La répartition des établissements pose problème. Par exemple, **68 % des cliniques privées se trouvent à N'Djamena**, laissant les zones rurales sous-desservies. Théoriquement, 90 % de la population vit près d'un établissement, mais en réalité, les pénuries de personnel, d'équipements et de médicaments réduisent l'accès. Seulement un tiers des centres a une électricité fiable, et 25 % peuvent faire des tests de base (comme la syphilis). Ces failles risquent de frustrer les assurés et de limiter l'utilisation de la CNAS.

Défis numériques et logistiques

Une assurance nationale nécessite des systèmes d'information solides pour gérer les adhésions, les remboursements et les données. Mais l'électricité est rare et instable. Cela gênera le système intégré de la CNAS. Dans notre analyse, nous voyons des solutions possibles : appareils mobiles, alimentation solaire ou générateurs. Sans cela, des processus papier, lents et sujets à des erreurs ou fraudes, domineront au départ.

Pénurie de personnel

La main-d'œuvre santé est insuffisante pour une demande accrue. Le Tchad a seulement **3 à 4 médecins pour 100 000 habitants** et moins de 2 infirmiers pour 1 000, loin des normes de l'OMS. Les zones rurales n'ont souvent que des auxiliaires, les médecins étant à N'Djamena. Les agents communautaires (ASC) manquent aussi. Le gouvernement prévoit 40 000 ASC d'ici 2030, dont 20 000 dès 2025. Ces agents sont vitaux pour la prévention et le lien avec le système. Sans renfort humain, les travailleurs risquent l'épuisement, l'absentéisme ou une chute de la qualité.

Conclusion et recommandations

Le système de santé tchadien doit se renforcer en infrastructures, personnel et technologie pour supporter la CNAS. Sans cela, la demande accrue et les besoins administratifs ne seront pas satisfaits. Nous recommandons des investissements précoces pour assurer la faisabilité opérationnelle.

5.3. Défis institutionnels et politiques

Coordination interministérielle

La CNAS exige une coordination efficace entre ministères et niveaux de gouvernement. Mais des obstacles institutionnels et politiques freinent son avancement. Un souci majeur est le faible engagement des ministères hors Santé. Par exemple, le ministère de l'Administration du Territoire et de la Décentralisation, qui gère les autorités locales, n'a pas de plan clair d'appui à la CNAS. Cela se verra dans la lente intégration de la CNAS dans les structures locales. Sans cette coopération, inscrire les indigents au programme AMED et superviser les centres de santé sera difficile et coûteux.

Rôle des autorités locales

Le soutien local est essentiel. Identification et le ciblage précis des individus pour le régime 2 et Identification et validation des listes de bénéficiaires du régime 3 est primordiale pour la gestion de ces régimes., résoudre les différends et faire respecter les protocoles CNAS dépendent des provinces et communes. Si les responsables locaux ne s'impliquent pas, la gestion communautaire de l'assurance santé risque d'échouer. Nous notons que cette faiblesse pourrait bloquer l'accès des plus **démunis** .

Soutien financier insuffisant

Le ministère des Finances et du Budget, qui contrôle les fonds publics, offre un appui limité. Depuis 2020, des taxes sur l'alcool, le tabac, les jeux et les plastiques sont prévues pour financer la CNAS et AMED. Mais **une grande partie de ces fonds reste bloquée au Trésor**, non transférée comme prévu. Cela pourrait devenir un grand problème lorsque le régime 3 est lancé; Passer les priorités fiscales avant la santé fragiliserait la CNAS. Sans flux régulier de subventions et de taxes dédiées, le sous-financement menace. Des initiatives passées, comme les soins d'urgence gratuits, ont aussi souffert de défis financiers similaires.

Gouvernance interne à la Santé

Le ministère de la Santé Publique (MSP), qui supervise la CNAS, fait face à ses propres risques. Historiquement, il manque de transparence, de capacité financière et de coordination. Le secteur est fragmenté : programmes verticaux et projets de donateurs fonctionnent en silos. La gestion des finances publiques est irrégulière, comme le montrent les audits. Pour réussir, la CNAS a besoin d'un conseil d'administration solide (installé fin 2022), d'une équipe dirigeante (en place début 2023) et d'une supervision stricte.

Conclusion et solutions

La volonté politique et la collaboration entre secteurs doivent s'améliorer. Le succès de la CNAS dépend d'un soutien de haut niveau. Le Premier ministre ou la Présidence pourraient aligner les ministères, en poussant l'Administration du Territoire à agir localement et les Finances à libérer les fonds. **Sans ces ajustements, la CNAS risque des blocages financiers et une coordination faible**. Nous recommandons un leadership fort et un comité interministériel (Santé, Finances, Intérieur) pour surmonter ces défis.

5.4. Préoccupations de Viabilité à Long Terme

Même si la CNAS peut être lancée, sa durabilité à long terme reste une préoccupation majeure. Plusieurs risques pourraient menacer sa viabilité et son efficacité avec le temps.

Sélection adverse (aléa moral) et élargissement des bénéficiaires

Un risque réel est la sélection adverse, surtout avec l'ordre de déploiement des régimes. Si l'Assistance Médicale (AMED) pour les vulnérables est mise en place en premier ou trop vite, beaucoup pourraient chercher à se qualifier comme « **démunis** » pour une couverture gratuite. Avec près de la moitié des Tchadiens sous le seuil de pauvreté, distinguer ceux qui ne peuvent

vraiment pas payer sera difficile sans des exercices coûteux de double-validation. Les administrateurs locaux pourraient subir des pressions pour sur-certifier des personnes comme pauvres. **Cela pourrait gonfler le nombre d'inscrits au régime non contributif, faisant exploser les coûts.** Pendant ce temps, ceux censés cotiser (secteur informel ou formel) pourraient retarder leur adhésion ou arrêter de payer s'ils accèdent au programme gratuit, déséquilibrant le pool de risques. Au Ghana, le NHIS a vu ses exemptions (enfants, personnes âgées, femmes enceintes) augmenter les non-payants, fragilisant le système. Au Tchad, la CNAS pourrait couvrir trop de « vulnérables » sans revenus des groupes plus aisés ou en bonne santé, un problème classique de sélection adverse (aléa moral). Pour limiter cela, nous recommandons des critères clairs, des vérifications croisées et une introduction graduelle d'AMED pour éviter une inscription massive sans contrôle.

Surcharge hospitalière et faiblesse des références

Si la CNAS élargit la couverture, l'utilisation des soins risque d'augmenter, surtout dans les hôpitaux. Actuellement, les soins primaires au Tchad sont faibles et sous-utilisés (taux d'utilisation de ~24 % en 2013). Avec l'assurance supprimant les barrières financières, les patients pourraient contourner les cliniques mal équipées pour aller directement aux hôpitaux, notamment à N'Djamena ou dans les capitales provinciales. Le système de référence n'est pas strict ; il n'y a pas de filtrage efficace, un patient peut se rendre seul à un hôpital. Au Ghana, le NHIS a vu ses coûts grimper car les références primaires n'étaient pas appliquées, favorisant les hôpitaux. Pour la CNAS, une ruée vers les hôpitaux pourrait entraîner **surcharge, ruptures de médicaments et baisse de qualité.** Les hôpitaux urbains signalent déjà des pénuries de fonds et des engorgements. Si les centres de santé primaires (CSPS) ne sont pas renforcés, le niveau tertiaire deviendra un goulet d'étranglement. Cela augmente aussi les coûts : les soins hospitaliers sont plus chers. Nous recommandons d'investir dans les soins primaires et d'imposer une politique de référence – par exemple, rembourser les soins hospitaliers uniquement sur orientation (sauf urgences). Sinon, le système risque de basculer vers des soins hospitaliers coûteux, insoutenables financièrement et médicalement.

Risque moral et surutilisation

Un autre souci est le risque moral : avec des services gratuits, les gens pourraient en abuser. Les patients pourraient exiger plus de médicaments ou de tests, et les prestataires pourraient sur-prescrire ou sur-factorer. Dans beaucoup de pays, l'assurance augmente l'utilisation, ce qui nécessite des co-paiements ou des protocoles stricts. La CNAS devra définir un panier de soins et des paiements aux prestataires pour limiter cela. Par exemple, un paiement à l'acte sans plafond encourage les prestataires à multiplier les services. Une approche plus durable, comme la capitation ou le paiement par cas, responsabilise les prestataires. La viabilité à long terme dépend de ces mesures (co-paiements pour le non-essentiel, audits des demandes).

Financement durable

Comme vu dans la section financière, assurer un financement continu est crucial. L'économie tchadienne dépend du pétrole et de l'aide externe, tous deux instables. Par le passé, des baisses économiques ont réduit les dépenses de santé (en 2016-2017, le budget a chuté ; en 2019, la santé ne représentait que ~6 %). Une récession ou une chute des prix pétroliers pourrait affaiblir l'engagement pour la CNAS, causant des retards de paiement ou des coupes dans les prestations. L'aide des donateurs, bien qu'utile, est temporaire. Pour durer, la CNAS doit augmenter les fonds domestiques de manière stable – par exemple, légiférer un transfert budgétaire minimum annuel ou relever les taxes affectées. Il faut aussi élargir la couverture

aux personnes en bonne santé (rendre l'assurance obligatoire pour les travailleurs formels, attirer l'informel) pour équilibrer le pool de risques. Si seuls les plus malades restent, les coûts dépasseront les cotisations.

Gouvernance et confiance

La confiance du public est aussi essentielle. Des erreurs initiales ou des scandales pourraient détourner l'opinion, freinant les inscriptions ou les paiements. Les problèmes de transparence du ministère de la Santé sont un enjeu. Montrer que les fonds de la CNAS sont bien utilisés sera clé pour garder le soutien politique et populaire. Des rapports réguliers, l'implication de la société civile et des réactions rapides aux abus aideront. Si les prestataires se plaignent de retards ou si les patients paient des frais malgré la CNAS, la confiance s'effritera, risquant une spirale d'échec.

Conclusion

La durabilité de la CNAS dépend de la gestion des cotisations, de l'utilisation des services et du financement. Une mise en œuvre progressive, renforçant les capacités avec la couverture, peut limiter ces risques. Les recommandations suivantes proposent des solutions : éviter la sélection adverse, renforcer les soins primaires et sécuriser les fonds à long terme.

SECTION 6: ANALYSE COMPARATIVE DES CSUs

6.1. Modèles de CSU dans des Contextes Similaires

Le Tchad n'est pas le seul pays à tenter d'atteindre la Couverture Santé Universelle (CSU) dans des conditions de ressources limitées et de contraintes du système de santé. Il est instructif d'examiner les modèles comparatifs d'autres pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure, en particulier en Afrique, qui ont mis en place des régimes d'assurance maladie ou de CSU. Les expériences du Rwanda, du Ghana et d'autres pays offrent des leçons précieuses :

6.2. Rwanda: Un Modèle de Leadership Décentralisé et de Transformation Numérique

Le parcours du Rwanda, de la fragilité au début des années 2000 à l'atteinte d'une couverture d'assurance maladie de plus de 90%, est largement reconnu comme l'une des transformations de CSU les plus remarquables d'Afrique. Ce succès s'est ancré dans une assurance communautaire obligatoire (Mutuelles de Santé), avec des primes stratifiées selon le revenu et les 25% les plus pauvres initialement entièrement subventionnés par le gouvernement.

Ce qui rend le modèle rwandais particulièrement pertinent pour le Tchad est l'évolution de sa stratégie au fil du temps. D'ici 2023, les subventions gouvernementales sont passées de 25% à seulement 6%, alors que 14% des ménages anciennement subventionnés ont "gradué" hors de la pauvreté. Fait marquant, 75% de ces diplômés paient désormais leurs propres primes d'assurance, prouvant que la pauvreté n'est pas statique et soulignant la nécessité d'un registre social robuste et dynamique capable de suivre les changements dans le statut des ménages et de permettre des subventions ciblées. Le Tchad, qui manque actuellement d'un registre social fonctionnel, doit considérer cela non comme une technicité, mais comme une condition préalable à une allocation efficace des ressources et à la durabilité fiscale.

Une autre pierre angulaire du succès rwandais est la forte appropriation par les gouvernements locaux. Bien que l'assurance maladie ait été rendue obligatoire, elle n'a pas été imposée de haut en bas. Le véritable pouvoir de mise en œuvre est venu de la mobilisation décentralisée, dirigée par les autorités de district et de secteur. Au cœur de cette approche se trouve Imihigo, le système de contrats de performance institutionnalisé au niveau national au Rwanda, où les dirigeants des gouvernements locaux s'engagent publiquement à atteindre des objectifs de CSU y compris la couverture d'assurance — et sont tenus responsables lors des revues annuelles présidées par le Président. Cela a créé une culture de performance, de fierté et de compétition entre pairs qui a élevé la couverture sanitaire au rang de priorité locale.

Leçon pour le Tchad : La CSU ne peut être réalisée par simple décret national. Elle doit être appropriée par les gouvernements locaux et intégrée dans leurs indicateurs de performance administrative. La CNAS nécessitera une collaboration formalisée avec le Ministère de l'Administration Territoriale et les acteurs décentralisés pour obtenir des résultats similaires.

Le Rwanda s'est également imposé comme un leader continental dans la numérisation de l'assurance maladie. Le Intelligent Health Benefit System (IHBS), développé par le Rwanda Social Security Board (RSSB), est une plateforme numérique sophistiquée qui alimente aujourd'hui l'ensemble de l'écosystème d'assurance. Ses principales caractéristiques comprennent :

Commenté [7]: The research for Rwanda should be as detailed as the rest of the countries.

- Paiements électroniques des primes via plus de 20 canaux intégrés, y compris les agents de mobile money, les banques et les portefeuilles électroniques.
- Traitement et validation des demandes de remboursement en temps réel dans des milliers d'établissements de santé.
- Détection automatisée des fraudes, s'appuyant sur l'historique des demandes médicales et la reconnaissance des modèles.
- Tableaux de bord pour l'évaluation des politiques, la planification et la réactivité aux niveaux national et local.

Le résultat est un système qui a considérablement réduit le temps et le coût de vérification et de remboursement des factures, permis des ajustements de politique en temps réel basés sur les modèles d'utilisation, et promu une culture de responsabilité. Aujourd'hui, tous les paiements sont collectés électroniquement et directement à la banque.

Leçon pour le Tchad : La CNAS devrait investir tôt dans une plateforme nationale d'assurance maladie numérique, capable de gérer l'inscription, les paiements, les réclamations et l'analytique à grande échelle. Ce n'est pas un luxe — c'est une condition pour la transparence, l'efficacité et le contrôle des fraudes.

En résumé, le Rwanda démontre que même les pays à faible revenu peuvent construire des systèmes de CSU performants s'ils combinent :

- Un financement basé sur l'équité (subventions pour les plus pauvres, suivi dynamique de la pauvreté),
- Une gouvernance décentralisée (appropriation par les gouvernements locaux et incitations à la performance),
- Et une transformation numérique (données en temps réel, intégration des paiements et suivi des services).

Ces trois piliers devraient être fondamentaux dans la conception et le déploiement de la CNAS.

6.3. Ghana : Un Pionnier à l'Épreuve de la Durabilité

Les Origines et les Succès du NHIS

Le Ghana, pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, a lancé son Régime National d'Assurance Maladie (NHIS) en 2003, faisant figure de pionnier en Afrique subsaharienne. Cette initiative ambitieuse visait à réduire significativement les dépenses directes des ménages et à améliorer l'accès aux soins de santé essentiels. Le succès initial a été remarquable : le NHIS a progressivement amélioré l'utilisation des services de santé et a fourni une protection financière à des millions de Ghanéens, contribuant notamment à une meilleure utilisation des services de santé maternelle et infantile.

Une Couverture Impressionnante et en Progression

Selon les résultats du recensement de 2021 rapportés par le Département du Commerce des États-Unis, environ 68,6% de la population ghanéenne bénéficie d'une couverture d'assurance maladie, englobant à la fois le NHIS et les régimes d'assurance privés. Cette couverture présente une disparité de genre, avec un taux plus élevé chez les femmes (72,6%) que chez les hommes (64,5%). Les variations régionales sont considérables, allant de 51,9% dans la région d'Oti à 86,2% dans la région du Haut-Est. Cette progression est remarquable par rapport à 2014-2015, où approximativement 40% de la population avait une adhésion active au NHIS.

Un Modèle de Financement Mixte

Le régime est principalement financé par des ressources fiscales (environ 70%), complétées par une taxe sur la valeur ajoutée dédiée (2,5% NHIL sur les biens et services), des prélèvements sur les salaires du secteur formel via la sécurité sociale, et des primes individuelles. Cette structure diversifiée a permis une extension relativement rapide de la couverture, mais présente également des défis pour la durabilité à long terme.

Les Défis Persistants de Durabilité

Malgré ses succès, le modèle ghanéen a rencontré de sérieux problèmes de viabilité financière. Au fil du temps, l'escalade des coûts est devenue préoccupante: un large paquet de prestations et l'absence de contrôles stricts des références médicales ont conduit à une augmentation des demandes de remboursement, alors que les revenus n'ont pas suivi le même rythme de croissance. Au milieu des années 2010, le NHIS était fréquemment déficitaire, accumulant des dettes envers les prestataires de soins, ce qui a nécessité des injections financières d'urgence du gouvernement.

Les Obstacles Opérationnels et Structurels

Plusieurs facteurs contribuent aux difficultés du système :

- Une capacité technique parfois inadéquate pour gérer un programme d'une telle envergure
- Des groupes d'exemption de primes trop larges, créant des pressions financières
- Des interférences politiques dans la gestion du programme
- Des plaintes récurrentes concernant la qualité des soins pour les patients NHIS
- Des allégations de corruption et des fuites dans le traitement des réclamations
- Des disparités régionales marquées dans l'accès et la couverture
- L'auto-sélection des individus moins sains, créant un déséquilibre actuariel
- Une tendance à l'inscription préférentielle des Ghanéens plus aisés, malgré les exemptions pour les plus pauvres

L'Indice de Couverture des Services de CSU

L'indice de couverture des services de Couverture Sanitaire Universelle du Ghana est estimé à environ 50 sur 100 pour 2021, ce qui le place au-dessus de la moyenne régionale de l'Afrique subsaharienne (42,9) et nettement devant certains pairs comme le Nigeria (38). Cette performance reflète les investissements substantiels du Ghana dans son infrastructure de santé et son système d'assurance, mais souligne également que l'accès universel aux services essentiels reste un objectif à atteindre.

Leçons Cruciales pour les Systèmes Émergents

Le cas ghanéen offre plusieurs enseignements précieux pour les pays comme le Tchad qui développent leurs propres systèmes d'assurance maladie :

1. **L'équilibre entre ambition et durabilité est essentiel** : Même avec une économie relativement dynamique, sous-évaluer les primes et proposer un paquet de prestations trop généreux peut compromettre la viabilité financière à

long terme. Il est préférable de commencer avec un ensemble de services plus restreint mais garanti, qui pourra être élargi progressivement.

2. **La qualité des soins est un facteur déterminant d'adhésion** : Les perceptions de qualité médiocre ou les ruptures de stock de médicaments (comme observées dans certains établissements du NHIS) diminuent la valeur perçue du régime, affectant la volonté de s'inscrire ou de renouveler l'adhésion.
3. **L'engagement politique doit être soutenu sur le long terme** : Le Ghana a dû réaffirmer régulièrement son engagement envers le NHIS face aux défis financiers et opérationnels. Des réformes continues, notamment la numérisation des processus et le renforcement du contrôle des coûts, sont nécessaires pour adapter le système aux réalités changeantes.
4. **Un financement dédié est crucial mais doit évoluer avec les besoins** : L'affectation d'une taxe spécifique (comme la TVA au Ghana) offre une source stable de financement, mais ces revenus doivent croître proportionnellement à l'utilisation des services et être protégés contre les détournements vers d'autres priorités.

Implications pour le Tchad

Pour le Tchad et sa CNAS naissante, l'expérience ghanéenne souligne la nécessité d'équilibrer judicieusement l'ambition avec l'accessibilité financière. Une approche progressive, commençant par un paquet de prestations essentiel mais solide qui peut être élargi au fil du temps, semble plus prudente qu'une promesse initiale trop généreuse. Une vigilance constante sur le contrôle des coûts et la qualité des soins dès le départ permettra d'éviter les pièges dans lesquels le Ghana est tombé, tout en s'inspirant de ses nombreuses réussites dans l'extension de la couverture.

6.4. Nigeria : Un Système de Santé en Transition face à des Défis Structurels Majeurs

Un Contexte National de Couverture Sanitaire Limitée

Le Nigeria, pays le plus peuplé d'Afrique avec un système fédéral complexe, lutte depuis plusieurs décennies pour étendre sa couverture d'assurance maladie. L'indice de couverture des services de santé universelle (CSU) du pays se situe à seulement 38 sur 100 selon les données de 2021, ce qui le place non seulement bien en-dessous de la moyenne mondiale (67,3), mais également sous la moyenne de l'Afrique subsaharienne (42,9) et des autres pays à revenu intermédiaire inférieur (58,0). Cette position relative illustre l'ampleur des défis auxquels le Nigeria est confronté dans sa quête d'une protection sanitaire universelle.

Une Assurance Maladie à Très Faible Pénétration Malgré des Réformes Successives

Le Régime National d'Assurance Maladie, établi en 2005 puis transformé en Autorité Nationale d'Assurance Maladie (NHIA) en 2022, n'a atteint qu'une couverture extrêmement limitée malgré près de deux décennies d'existence. Les estimations les plus récentes indiquent que **moins de 5% de la population nigériane est assurée** – certaines sources citent même un taux de 3% – laissant environ 120 millions de personnes sans aucune protection financière face aux coûts de santé. Cette situation critique expose la majorité des Nigériens à un risque élevé d'appauvrissement en cas de maladie.

Les Multiples Obstacles Structurels et Systémiques

Cette faible couverture s'explique par un ensemble de facteurs structurels profondément enracinés dans le contexte socio-économique et institutionnel du pays :

- Le caractère non-obligatoire de l'assurance maladie jusqu'à l'adoption de la loi NHIA en 2022, qui n'a pas créé d'incitation suffisante pour l'adhésion
- La prédominance écrasante du secteur informel, qui représente environ 65% de l'économie nationale et échappe aux mécanismes traditionnels de collecte des cotisations
- Un niveau alarmant de dépenses directes de santé, représentant plus de 75% des dépenses totales de santé, qui pousse chaque année des millions de Nigériens sous le seuil de pauvreté
- Une pénurie critique de personnel soignant, avec seulement 1,6 professionnel de santé pour 1000 habitants, très loin des 4,45 recommandés par l'OMS
- Une distribution géographique inéquitable des ressources sanitaires, créant des déserts médicaux dans de nombreuses zones rurales
- Un sous-financement chronique des soins de santé primaires, qui reçoivent paradoxalement la plus faible part des allocations budgétaires malgré leur rôle fondamental
- Des défis de gouvernance et de coordination entre le niveau fédéral et les 36 États, conduisant à une fragmentation des initiatives et des ressources

Nouvelles Initiatives et Réformes pour Accélérer la Progression vers la CSU

Face à ces défis persistants, le Nigeria a lancé plusieurs initiatives ambitieuses ces dernières années pour améliorer la situation :

- La loi NHIA de 2022, qui marque un tournant en visant à rendre la couverture d'assurance maladie obligatoire pour tous les citoyens et résidents légaux d'ici 2030
- Le Fonds de Prestation de Soins de Santé de Base (BHCPF), mécanisme de financement novateur qui alloue 1% des revenus fédéraux consolidés pour subventionner les soins primaires et l'assurance pour les plus vulnérables
- Des collaborations stratégiques avec l'OMS et la Banque Mondiale, dont un programme d'intervention d'urgence COVID-19 de 6 milliards de dollars qui a également renforcé certaines infrastructures sanitaires permanentes
- Des efforts pour intégrer les technologies numériques dans la gestion de l'assurance maladie afin d'améliorer l'efficacité et de réduire les coûts administratifs

Résultats Mitigés et Perspectives d'Avenir

Malgré ces efforts notables, les premiers résultats montrent seulement une modeste augmentation de l'utilisation des services de santé dans les zones où le BHCPF est opérationnel. La couverture globale reste très en deçà des objectifs, et les inégalités d'accès persistent, particulièrement pour les populations rurales et économiquement vulnérables. Les experts et parties prenantes du secteur sanitaire nigérian appellent désormais à :

- Des contributions financières accrues et plus prévisibles de la part des États fédérés

- Une meilleure gestion des ressources existantes pour maximiser leur impact
- Le développement de partenariats public-privé innovants pour mobiliser des ressources additionnelles
- Un renforcement des mécanismes de redevabilité et de transparence pour améliorer la confiance du public
- L'exploration de sources de financement alternatives, comme des taxes dédiées sur des produits spécifiques

L'objectif ambitieux d'atteindre la CSU d'ici 2030 nécessitera une accélération significative des progrès actuels et un engagement politique soutenu à tous les niveaux de gouvernance.

Leçons Essentielles pour le Tchad et la CNAS

L'expérience nigériane offre plusieurs enseignements précieux pour le Tchad dans sa propre quête de CSU :

1. **La fragmentation institutionnelle est un obstacle majeur** : L'approche décentralisée du Nigeria, où chaque État doit créer ses propres régimes, a conduit à une mosaïque d'initiatives désarticulées. Le Tchad, avec sa structure étatique unitaire, peut éviter ce piège en adoptant une approche nationale cohérente sous l'égide de la CNAS.
2. **L'adhésion volontaire ne permet pas d'atteindre une masse critique** : Après presque deux décennies, le modèle volontaire nigérian n'a atteint que 5% de couverture. Cela souligne l'importance cruciale pour le Tchad d'adopter une stratégie d'inscription obligatoire progressive, en commençant par le secteur formel puis en étendant aux communautés via des mécanismes incitatifs adaptés. Ceci est déjà prévu par la réglementation.
3. **Un financement dédié et protégé est indispensable** : L'allocation de 1% des revenus consolidés du Nigeria au BHCPF représente une approche intéressante, mais qui s'est révélée insuffisante. Le Tchad devrait envisager des mécanismes de financement plus robustes et diversifiés pour sa CNAS.
4. **L'alignement des acteurs infranationales est déterminant** : Sans l'engagement actif des gouvernements locaux, comme l'a démontré le cas nigérian, le déploiement reste fragmentaire. Le Tchad devrait intégrer les autorités territoriales dans sa stratégie d'implémentation, potentiellement en s'inspirant du modèle rwandais d'Imihigo.
5. **La qualité des soins doit évoluer parallèlement à l'extension de la couverture** : L'expérience nigériane montre que l'adhésion à l'assurance reste faible lorsque la qualité perçue des services est médiocre, créant un cercle vicieux. La CNAS devra donc intégrer des mécanismes d'amélioration continue de la qualité dès sa conception.

En conclusion, le Nigeria illustre parfaitement les défis d'une approche fragmentée et volontaire de l'assurance maladie, particulièrement dans un contexte où le secteur informel prédomine. Si l'objectif nigérian d'atteindre la CSU d'ici 2030 reste théoriquement possible, il nécessitera une transformation radicale des approches actuelles. Pour le Tchad, ces leçons sont d'autant plus précieuses qu'elles permettent d'anticiper des écueils similaires et d'orienter la CNAS vers des stratégies plus prometteuses dès sa conception.

6.5. Côte d'Ivoire : Un Système de Couverture Maladie Universelle en Quête d'Efficacité

Aperçu du Système National et Indice de Couverture

La Côte d'Ivoire a lancé son ambitieux programme de Couverture Maladie Universelle (CMU) avec l'adoption d'une loi fondatrice en 2014, suivie d'un déploiement opérationnel en octobre 2019. L'indice de couverture des services de santé

universelle du pays se situait à 43 sur 100 en 2021, le plaçant au niveau de la moyenne régionale pour l'Afrique subsaharienne (42,9), mais significativement en-dessous de la moyenne mondiale (67,3). Cette position reflète un accès modéré aux services de santé essentiels, avec d'importantes marges de progression à réaliser.

Une Couverture d'Assurance Encore Embryonnaire

Malgré des objectifs ambitieux, la couverture d'assurance maladie en Côte d'Ivoire demeure limitée. Selon les données de 2022 rapportées par Results for Development (R4D), seulement 13% de la population était inscrite au programme national d'assurance maladie géré par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Plus préoccupant encore, parmi ces assurés, seuls 2% appartiennent à la catégorie des personnes extrêmement pauvres, révélant un déficit majeur dans l'atteinte des populations les plus vulnérables. Cette situation représente néanmoins une amélioration par rapport à 2015, où moins de 5% de la population bénéficiait d'une assurance maladie, mais reste très loin des objectifs de couverture universelle.

Un Cadre Institutionnel Confronté à des Défis d'Implémentation

La CMU ivoirienne repose sur un cadre institutionnel comprenant la CNAM comme organisme gestionnaire principal. Cependant, le système a été critiqué pour ses inefficacités opérationnelles, particulièrement concernant le mécanisme de bons (vouchers) censé faciliter l'accès aux soins. Selon un article d'AP News de juin 2024, ce système s'est révélé tellement défaillant qu'il est devenu "impossible pour les participants d'accéder aux prestations" promises. Ces problèmes d'implémentation ont considérablement freiné l'adhésion au programme et érodé la confiance du public envers le dispositif.

Des Disparités Régionales Marquées

L'accès aux soins de santé en Côte d'Ivoire présente d'importantes disparités géographiques. Comme le souligne un rapport de l'Oxford Business Group de 2022, la couverture médicale est relativement meilleure à Abidjan, la capitale économique, mais reste très limitée dans les régions périurbaines et rurales. Ces inégalités territoriales représentent un obstacle majeur à l'atteinte d'une couverture santé véritablement universelle et équitable.

Initiatives pour Améliorer l'Adhésion et l'Accès

Face à ces défis, le gouvernement ivoirien a déployé plusieurs initiatives pour stimuler l'adhésion et améliorer l'accès aux services :

- Mise en place de centres d'inscription mobiles pour atteindre les populations éloignées des structures administratives
- Révision du système de bons pour le rendre plus fonctionnel et accessible
- Campagnes de sensibilisation visant à informer la population sur les bénéfices de la CMU
- Efforts pour intégrer progressivement le secteur informel, qui représente une part importante de l'économie ivoirienne

Malgré ces efforts, moins de la moitié de la population s'est inscrite au programme depuis son lancement en 2019, témoignant de la persistance d'obstacles structurels et de défis de confiance.

Obstacles Financiers et Économiques

Les dépenses directes des ménages demeurent un problème majeur dans le système de santé ivoirien. Avant le lancement de la CMU, ces dépenses représentaient une part substantielle des coûts de santé, créant des barrières financières significatives pour les personnes non assurées. Bien que l'objectif de la CMU soit précisément de réduire ces dépenses catastrophiques, son impact limité en termes de couverture n'a pas encore permis de transformer radicalement la situation.

Le financement durable du système constitue également un défi de taille. Comme dans d'autres pays africains, l'importance du secteur informel (estimé à plus de 70% de l'économie) complique la collecte des cotisations et l'extension de la couverture obligatoire. Cette réalité économique nécessite des approches innovantes et adaptées au contexte local.

Leçons pour les Systèmes Émergents

L'expérience ivoirienne offre plusieurs enseignements précieux pour des pays comme le Tchad qui développent leurs propres systèmes d'assurance maladie :

1. **L'importance critique des mécanismes d'implémentation** : Un cadre légal et institutionnel solide ne suffit pas si les mécanismes opérationnels (comme le système de bons en Côte d'Ivoire) sont défaillants. La conception des processus pratiques d'accès aux soins doit être aussi soignée que l'architecture globale du système.
2. **La nécessité d'une inclusion délibérée des plus vulnérables** : Le fait que seuls 2% des inscrits à la CMU ivoirienne soient des personnes extrêmement pauvres montre qu'une attention particulière et des mécanismes spécifiques sont nécessaires pour atteindre les populations les plus défavorisées.
3. **L'écart entre inscription et utilisation effective** : L'expérience ivoirienne souligne qu'il ne suffit pas d'inscrire les citoyens à un programme d'assurance ; encore faut-il que les inscrits puissent effectivement utiliser les services promis de manière simple et fiable.
4. **L'adaptation aux réalités locales et régionales** : Les disparités entre zones urbaines et rurales en Côte d'Ivoire illustrent l'importance d'une approche différenciée selon les contextes territoriaux, avec des stratégies spécifiques pour les zones difficiles d'accès.

Implications pour le Tchad et sa CNAS

Pour le Tchad et sa Caisse nationale d'Assurance santé, le cas ivoirien met en lumière l'importance d'une conception minutieuse des mécanismes opérationnels d'accès aux soins, au-delà des principes et structures générales. Il souligne également la nécessité de développer des stratégies spécifiques pour l'inclusion des populations les plus vulnérables et des habitants des zones rurales dès le lancement du programme.

La CNAS tchadienne pourrait également tirer parti des leçons concernant la confiance publique : un système perçu comme inefficace ou inaccessible risque de susciter peu d'adhésion volontaire, même avec des campagnes de sensibilisation intensives. Enfin, l'importance d'un suivi rigoureux et d'une capacité d'adaptation rapide face aux premiers signes de dysfonctionnement apparaît comme une condition essentielle de succès, à la lumière des difficultés rencontrées par la CMU ivoirienne depuis son lancement.

Avec un objectif d'atteindre la CSU d'ici 2030, la Côte d'Ivoire, comme le Tchad, fait face à un défi ambitieux qui nécessitera des ajustements constants, un engagement politique soutenu et des investissements significatifs dans les infrastructures et les capacités opérationnelles du système de santé.

SECTION 7: L'IMPÉRATIF D'UNE CHAÎNE DE SOINS COMPLÈTE: CONDITION SINE QUA NON DE LA CSU

7.1. Le paradoxe fondamental de la couverture sanitaire universelle

La promesse de la Couverture Sanitaire Universelle (CSU) repose sur un contrat social implicite: les citoyens acceptent de contribuer financièrement en échange d'un accès garanti à des soins de qualité en cas de besoin. Cependant, l'expérience africaine révèle un paradoxe préoccupant: le paiement anticipé ne génère une adhésion durable que si la prestation effective des soins est systématiquement assurée.

L'équation de la confiance: Chaque franc CFA versé aujourd'hui représente une promesse de service qui sera évaluée demain. Si cette promesse n'est pas tenue, l'édifice entier s'effondre.

7.2. Une chaîne aussi solide que son maillon le plus faible

L'observation des échecs répétés des initiatives de CSU en Afrique subsaharienne met en lumière une vérité incontournable: la continuité de la chaîne de prestations sanitaires conditionne entièrement la viabilité du système.

Le cycle fatal de la défaillance de service:

1. Un service promis n'est pas délivré (médicament absent, personnel indisponible, équipement en panne)
2. Le patient assuré vit une expérience négative malgré sa contribution financière
3. Le patient partage son expérience avec sa communauté, amplifiant la perception d'échec
4. Le taux de renouvellement des adhésions chute dramatiquement
5. Les ressources financières du système diminuent
6. La capacité à financer les services s'affaiblit davantage
7. La qualité et la disponibilité des services se détériorent encore plus

Des systèmes apparemment bien conçus au Bénin, au Mali et au Cameroun se sont effondrés précisément à cause de cette spirale descendante, où chaque défaillance dans la chaîne de prestations a entraîné une érosion progressive mais inexorable de la base d'adhérents.

7.3. Les 10 niveaux de maillons critiques de la chaîne de soins

L'assurance maladie ne fonctionne que lorsque les personnes ont confiance que payer aujourd'hui garantit des soins demain. Si une partie de cette promesse est rompue, tout le système perd sa crédibilité.

Niveau 1 : Mobilisation et Instauration de la Confiance

Le système commence par la confiance.

- Pour l'assurance maladie, les personnes doivent d'abord comprendre sa valeur.

- La sensibilisation et l'éducation ne sont pas optionnelles, elles sont fondamentales.
- Sans cela, la couverture restera toujours faible.

Niveau 2 : Payer sans crainte : bâtir la confiance dès le premier geste

Le paiement de la cotisation est plus qu'une transaction, c'est un acte de foi. C'est là que commence la relation de confiance entre le citoyen et le système.

Mais si l'argent disparaît, ou si l'accès aux soins est incertain, la confiance s'effondre. Et avec elle, l'adhésion.

Un système crédible exige :

- Des mécanismes de paiement traçables (mobile money, banque, reçu numérique)
- La suppression du cash entre les mains d'intermédiaires
- Une preuve d'inscription immédiate et vérifiable par l'assuré

Niveau 3 : Accès Physique aux Établissements de Santé

La proximité, c'est le pouvoir.

- Si les personnes doivent parcourir de trop longues distances, l'assurance devient moins intéressante.
- L'investissement dans les centres de santé et les services mobiles est essentiel.

Niveau 4 : Disponibilité des Professionnels de Santé

Le personnel, c'est le service.

- Pas de médecins ou d'infirmiers = pas de soins, pas de diagnostic, pas de confiance.
- Le recrutement, la fidélisation et la motivation du personnel soignant sont primordiaux.

Niveau 5 : Disponibilité des Médicaments et des Réactifs de Laboratoire

La couverture doit aboutir au traitement.

- Les ruptures de stock détruisent la confiance. Les patients partent non traités et ne reviennent jamais.
- Une chaîne d'approvisionnement solide et transparente est non négociable.

Niveau 6 : Infrastructure et Équipement

Les soins doivent se dérouler dans la dignité et la sécurité.

- Électricité, eau, lits, matériel de laboratoire , tout cela compte.
- Un établissement défectueux ou mal équipé compromet l'expérience entière.

Niveau 7 : Orientation et Transport d'Urgence

Si les soins primaires sont insuffisants, les patients doivent être transférés.

- Pas d'ambulances = pas de soins dans les délais.
- Un réseau fiable d'orientation et de transport sauve des vies et maintient la confiance.

Niveau 8 : Préparation Hospitalière

Les orientations doivent mener aux soins, pas à l'engorgement.

- Les hôpitaux doivent être capables d'absorber les patients orientés.
- La capacité d'accueil en cas d'afflux, les systèmes de triage et la décentralisation des soins spécialisés sont utiles ici.

Niveau 9 : Remboursement en Temps Opportun aux Établissements de Santé

Les établissements doivent être payés à temps , sinon toute la chaîne se brise.

Si les demandes de remboursement prennent trop de temps :

- Pas d'argent → Pas de réapprovisionnement en médicaments
- Salaires retardés → Personnel soignant démotivé
- La qualité des services baisse → L'assurance est perçue comme pas intéressante

Niveau 10 : Financement Prévisible et Adéquat

Les paiements retardés sont mauvais. L'absence de paiements est pire.

Quand l'assureur n'a pas assez de fonds :

- Les établissements cessent de traiter les patients assurés
- On demande aux patients de payer de leur poche
- Cela crée un système dual : un pour les riches, un pour les pauvres

7.4. Le Message Essentiel

La Couverture Sanitaire Universelle n'est pas seulement un modèle financier , c'est un contrat social. Les gens continueront à payer seulement si chaque niveau du système respecte ce contrat. Brisez un niveau, et vous risquez de briser tout le modèle.

SECTION 8: L'IMPÉRATIF D'UNE SOLUTION NUMÉRIQUE INTÉGRALE POUR LA CSU AU TCHAD

8.1. Pourquoi la CSU est vouée à l'échec sans numérisation complète

La mise en œuvre d'une Couverture Sanitaire Universelle au Tchad sans solution numérique de bout en bout n'est pas seulement inefficace elle est fondamentalement impossible à grande échelle en raison de:

- L'impossibilité logistique: Gérer manuellement des millions d'adhérents dispersés sur 1,284 million km² avec 76,3% de population rurale
- L'effondrement financier inévitable: Sans contrôle numérique, la fraude et les erreurs administratives consommeraient jusqu'à 35% des ressources (d'après les expériences régionales)
- La rupture de confiance: Sans vérification instantanée des droits, les prestataires refusent les patients ou exigent des paiements directs, même aux assurés

8.2. Les cinq maillons essentiels de la chaîne numérique intégrale

1. Gestion des identités: le fondement indispensable

Sans solution numérique: Impossibilité pratique d'identifier avec certitude 18 millions de Tchadiens Avec solution numérique: Identification biométrique légère et vérification instantanée par USSD

- Le contrôle d'identité par USSD permet d'éliminer 90% des fraudes d'usurpation d'identité
- Les prestataires peuvent vérifier l'identité et les droits en moins de 30 secondes, même dans les zones reculées
- L'expérience du Ghana montre que sans ce maillon numérique, 28% des prestations sont délivrées à des non-ayants droit.

2. Collecte des cotisations: le poumon financier du système

Sans solution numérique: Coûts de collecte dépassant 25% des primes et taux de recouvrement inférieur à 40% Avec solution numérique: Collecte automatisée coûtant moins de 5% des primes avec taux de recouvrement de 80%

- L'intégration avec les opérateurs mobiles (Airtel, Tigo, MTN) permet le micro-paiement mensuel adapté aux revenus irréguliers
- La traçabilité électronique élimine les détournements qui ont ruiné plusieurs tentatives de CSU en Afrique de l'Ouest
- L'échec du programme RAMEC au Maroc démontre qu'un système de collecte non-numérique s'effondre sous les coûts administratifs

3. Gestion des prestations: le cœur du système qui valide la promesse

Sans solution numérique: Décalage fatal entre droits théoriques et accès réel aux soins Avec solution numérique: Garantie immédiate des droits aux points de service

- Les prestataires vérifient instantanément les prestations couvertes pour chaque patient
- Les patients connaissent à l'avance leurs droits, éliminant 85% des conflits au point de service

4. Traitement des factures: l'artère financière qui maintient le système viable

Sans solution numérique: Délais de remboursement de 4-6 mois provoquant l'abandon du système par les prestataires Avec solution numérique: Paiement en 15 jours garantissant l'adhésion continue des prestataires

- Les contrôles automatisés détectent les anomalies avant paiement, préservant la solvabilité du système
- L'historique patient consolidé prévient la duplication des services et la surfacturation
- Le Kenya a perdu 31% de ses prestataires partenaires en 18 mois en raison de retards de paiement dans son système semi-manuel

5. Pilotage stratégique: le cerveau qui adapte et pérennise le système

Sans solution numérique: Navigation à l'aveugle conduisant à l'effondrement financier en 12-36 mois Avec solution numérique: Ajustements rapides basés sur des données réelles

- Les tableaux de bord en temps réel permettent d'identifier les déséquilibres avant qu'ils ne deviennent critiques
- L'analyse prédictive anticipe les besoins de financement, évitant les ruptures de trésorerie fatales
- L'expérience nigériane démontre qu'un système sans pilotage par les données accumule un déficit insoutenable en moins de deux ans

8.3. Preuves empiriques: Échecs documentés des approches non-numériques

Échec financier inévitable:

- Bénin: Le système RAMU a consommé 42% des fonds en coûts administratifs avant son effondrement
- Cameroun: Le délai moyen de traitement des dossiers (87 jours) a entraîné la désaffection de 68% des prestataires
- Mali: Les erreurs de facturation manuelle ont créé un déficit de 3,1 millions USD en seulement 8 mois

Confiance et adhésion compromises:

- Niger: 73% des assurés ont abandonné le système après avoir été refusés par des prestataires incapables de vérifier leurs droits
- Côte d'Ivoire: Le taux de renouvellement d'adhésion est tombé à 22% en raison de l'incapacité à démontrer la valeur du système
- Burkina Faso: 47% des prestataires exigeaient des paiements directs par méfiance envers le système de remboursement

8.4. L'équation économique irréfutable

Coût de l'échec d'une approche non-numérique:

- Perte directe: Investissement initial dans l'infrastructure administrative (estimé à 5,2M USD)
- Coût d'opportunité: Retard de 5-7 ans dans l'atteinte des objectifs de couverture sanitaire
- Impact sanitaire: Persistance de dépenses catastrophiques menaçant 32% des ménages tchadiens

Avantage décisif du numérique:

- Évolutivité: Capacité à passer de 100,000 à 10 millions d'adhérents sans expansion proportionnelle des coûts
- Adaptabilité: Ajustement rapide aux réalités émergentes et aux besoins spécifiques des populations
- Confiance: Transparence complète bâtissant la crédibilité essentielle à l'adoption et au maintien

8.5. Conclusion: Une décision stratégique incontournable

L'expérience africaine est sans équivoque: aucun système de CSU à grande échelle n'a survécu sans infrastructure numérique intégrale. Pour le Tchad, il ne s'agit pas d'un choix entre approche traditionnelle et modernité, mais entre viabilité et effondrement certain.

La promesse de la CSU ne peut se concrétiser sans la chaîne numérique complète reliant sans faille l'identification des bénéficiaires, la collecte des ressources, la validation des droits, le remboursement des prestataires et le pilotage stratégique du système.

Le choix du Tchad n'est pas d'investir ou non dans le numérique, mais de réussir ou non sa CSU.

SECTION 9: UNE SOLUTION, PAS UN SYSTÈME D'INFORMATION

9.1. Enrôlement des assurés

Le paysage de l'assurance maladie au Tchad se trouve à un tournant décisif, avec une couverture santé universelle (CSU) estimée à seulement 0,2 %, l'une des plus faibles au monde. Cette réalité met en lumière le besoin urgent d'une approche transformative pour intégrer des millions de personnes dans un système durable. Notre équipe a passé quelques jours sur le terrain, visitant des centres de santé ruraux, des zones urbaines, et une autre semaine en rencontrant presque toutes les parties prenantes clés des responsables gouvernementaux aux leaders locaux et aux communautés. Nous avons évalué les systèmes existants, identifié les lacunes, et proposons maintenant une stratégie d'enrôlement adaptée pour trois régimes distincts : R1 (salariés du secteur formel), R2 (indépendants du secteur informel), et R3 (démunis). Chaque régime exige une approche unique mais interconnectée pour faire passer la couverture de presque zéro à une échelle significative.

Principes directeurs

L'enrôlement constitue l'une des pierres angulaires de la mise en œuvre effective de la Couverture Santé Universelle (CSU). Il conditionne l'accès aux prestations, la soutenabilité financière du système, ainsi que la confiance des parties prenantes. L'approche retenue repose sur trois principes :

- Différenciation par régime, afin de répondre aux contraintes spécifiques de chaque groupe (formel, indépendants, démunis) ;
- Utilisation maximale des infrastructures et bases de données existantes, pour réduire les coûts et accélérer le déploiement ;
- Partenariat systématique avec les autorités locales, levier essentiel pour la mobilisation communautaire dans les zones rurales.
- Établissement d'un partenariat stratégique avec les compagnies de télécommunication en vue de soutenir la collecte des contributions sur le terrain, depuis l'étape d'inscription jusqu'au règlement des paiements.

Pourquoi C'est Important

La vaste étendue du Tchad :souvent surnommé le « pays continent » et sa population diversifiée, comprenant plus de 200 groupes ethniques, rendent un enrôlement centralisé sur la CNAS impraticable. Avec 80 % du processus dépendant de l'éducation et de la confiance, et seulement 20 % de l'acte d'inscription lui-même, le succès repose sur la mobilisation des communautés et l'utilisation des systèmes de données existants même si l'adhésion est obligatoire.

Secteur Formel - Enrôlement des Salariés du Régime 1 (Obligatoire)

Cible : employeurs, Employés (salariés), et leurs ayants droit dans le secteur formel.

Approche : Enrôlement obligatoire et automatisé en s'appuyant sur les bases de données gouvernementales existantes.

1. Employeurs :

- L'enrôlement commence par les employeurs, identifiés via le système SIGFIP du ministère des Finances, qui contient un numéro d'identification fiscale unique (NIF – Numéro d'Identification Fiscale) pour chaque entité enregistrée au Tchad.
- Cette base de données, déjà opérationnelle, sera migrée vers notre plateforme d'assurance maladie. Le NIF de chaque employeur devient leur point d'entrée, les reliant à leur effectif.
- Les employeurs soumettent mensuellement des déclarations sur leurs employés et ayants droit, assurant des mises à jour automatiques sans intervention manuelle.

2. Employés :

- Les employés sont enrôlés à l'aide de leur Numéro National d'Identification (NNI – Numéro National d'Identification), attribué par ANATS.
- Le NNI se connecte directement au système d'assurance, permettant des vérifications d'éligibilité et des renouvellements fluides. Pas de formulaires papier, pas de retards, juste une synchronisation numérique entre les identifiants existants et la couverture.

3. Ayants Droit :

- Les membres directs de la famille (Parents, conjoint, enfants) sont enregistrés avec les employés, en utilisant leurs cartes nationales d'identité là où elles existent.
- CNAS collaborera à travers un pilotage avec l'ANATS (Agence Nationale des Titres Sécurisés), l'agence tchadienne pour les documents d'identité sécurisés, afin d'accélérer leur délivrance pour les familles sans pièces d'identité. Les centres de santé ou les guichets locaux de l'ANATS serviront de points d'enrôlement, capturant les données numériquement.

Pourquoi Ça Marche :

Le secteur formel, bien que restreint, est structuré. SIGFIP et NNI offrent une base solide, réduisant les coûts de mise en place et les erreurs. L'enrôlement obligatoire garantit une couverture à 100 % de ce groupe, tandis que les ayants droit souvent en zones urbaines ou semi-urbaines sont plus faciles à atteindre via les réseaux d'employeurs. L'automatisation allège la charge des centres de santé, permettant au personnel de se concentrer sur les soins plutôt que sur la paperasse.

Enrôlement des indépendants R2 et Personnes économiquement démunies R3 (pris en charge par l'État)

Cible : R2 vise les indépendants; R3 cible les démunis, les plus pauvres parmi les pauvres, estimés à 20 % de la population tchadienne, avec 45 % vivant dans l'extrême pauvreté.

Approche : Enrôlement obligatoire pour R2, subventionné pour R3, basé sur une classification des ménages et une collaboration locale.

1. Registre Social Unifié :

- Les deux régimes s'appuient sur un outil novateur : un Registre Social Unifié (RSU), créé de toutes pièces pour classer chaque ménage au Tchad.
- Le RSU, censé être hébergé sous le ministère de l'Administration du Territoire, cartographiera les niveaux de revenu, distinguant les indépendants (R2) des démunis (R3). Ce n'est pas seulement une base de données – c'est le socle d'une couverture équitable.

2. R2 : Indépendants :

- L'enrôlement est obligatoire , ciblant indépendants (commerçants, agriculteurs, artisans, etc...). Le RSU attribue à chaque ménage une catégorie basée sur ses revenus pour garantir l'accessibilité financière.
- Des mobilisateurs (leaders locaux, agents de santé) sensibilisent les communautés via la radio, les SMS et l'USSD (*par ex., *123#) pour expliquer les avantages et les options de paiement (argent mobile,USSD, Bank, etc).
- Des camps d'enrôlement dans les marchés ou places villageoises capturent les données, les reliant au RSU pour le suivi.

3. R3 : Démunis :

- L'enrôlement est gratuit, entièrement subventionné par le gouvernement, ciblant les 20 % les plus pauvres.
- Les autorités locales valident l'éligibilité via des évaluations communautaires . Des réunions villageoises où leaders et résidents confirment les ménages les plus démunis . Cela évite une sur-certification (par ex., des non-démunis réclamant des avantages) en s'appuyant sur la connaissance locale.
- Une fois validés, les ménages sont enrôlés en masse au RSU pour pouvoir bénéficier .

Pourquoi Ça Marche :

Le secteur informel , plus de 80 % de la population tchadienne manque de registres centralisés, rendant la classification des ménages essentielle. Pour R2, lier les cotisations aux revenus favorise l'adhésion, tandis que le modèle subventionné de R3

s'attaque directement à l'extrême pauvreté. Les autorités locales sont cruciales : la taille et l'étendue rurale du Tchad rendent impossible une couverture par des agents seuls, mais les leaders de confiance peuvent combler ce vide. L'éducation stimule la participation volontaire, et la validation garantit l'équité un point clé lors du lancement pilote avec les démunis.

Enjeux critiques à maîtriser

- **Absence de registre social**
→ Création d'un Registre Social Unifié (RSU) national, appuyé sur les collectivités territoriales.
- **Faible couverture d'identité**
→ Collaboration renforcée avec l'ANATS, et intégration systématique du NNI comme identifiant pivot.
- **Risque de fraude dans le régime des démunis (R3)**
→ Mise en place d'un système de validation communautaire couplé à des audits de vérification aléatoires.
- **Manque d'adhésion dans les régimes 2 & 3**
→ Campagnes de sensibilisation ciblées, implication active des leaders communautaires, et communication continue.
- **Accessibilité physique aux dispositifs d'enrôlement**
→ Déploiement d'agents communautaires mobiles et adoption de solutions numériques légères pour l'enrôlement de proximité.

9.2. L'impératif d'avoir un registre social unifié pour R2 et R3

1. Identifier la capacité contributive de chacun

Les personnes du secteur informel n'ont pas de revenus formels traçables. Un registre social unifié permet d'évaluer leur **niveau de vie** à travers des indicateurs comme le logement, les actifs ou les conditions de vie, afin de **les classer par catégorie économique**.

2. Assurer l'équité des contributions

Tout en recevant les mêmes services, les personnes doivent contribuer **selon leurs moyens**. Sans un système permettant de différencier les plus riches des plus pauvres dans le secteur informel, certains paieraient trop peu, d'autres trop, compromettant la **justice sociale**.

3. Cibler les subventions efficacement

Le registre permet de **diriger les subventions publiques** vers les personnes réellement démunis . Cela évite les erreurs d'inclusion et d'exclusion.

4. Lutter contre la fraude et les abus

Un système centralisé et transparent limite les risques de **fraude, de double inscription** ou de personnes fictives dans les bases de données, garantissant que les ressources sont utilisées à bon escient.

9.3. Système de Vérification d'Identité des membres

Pourquoi un Identifiant Unique est Essentiel pour Atteindre la Couverture Santé Universelle

Pour mettre en œuvre la Couverture Santé Universelle (CSU), notamment dans un modèle d'assurance basé sur la contribution, il faut partir d'un principe fondamental : **chaque membre du système doit être identifié de manière unique**. Sans identifiant fiable et sécurisé pour chaque individu, que ce soit dans le régime formel (Régime 1), le régime informel (Régime 2), ou parmi les groupes vulnérables (Régime 3), le système s'expose à des risques élevés : doublons, fraudes, refus de services, erreurs administratives, et manque de traçabilité.

Dans le cas du **Régime 1** (secteur formel), l'identification est relativement facile. Les employés sont généralement concentrés dans les zones urbaines, travaillent dans des structures bien organisées, et sont déjà recensés dans les bases de données officielles. Ces membres, ainsi que leurs ayants droit (conjointes et enfants), peuvent être identifiés grâce au **Numéro d'Identification National (NIN)** généré par l'**ANATS**, l'Agence Nationale des Titres Sécurisés. Cela permet un enrôlement rapide, efficace et sécurisé, avec une charge opérationnelle limitée.

En revanche, pour les **Régimes 2 et 3** (indépendant et populations démunies), la situation est bien plus complexe. Ces populations sont souvent dispersées, peu documentées, et vivent en dehors des réseaux administratifs classiques. Il devient alors nécessaire de générer un **identifiant unique propre au système d'assurance**, non seulement pour les individus mais aussi pour les ménages. Cela implique de concevoir une méthode simple, abordable et fiable pour attribuer une identité à chaque membre, base indispensable pour garantir l'accès aux services de santé, assurer la transparence du système, et construire la confiance du public.

Options pour la carte : Analyse Comparative

Option 1 : Utiliser la carte NIN via l'ANATS

La première option consiste à utiliser le **Numéro d'Identification National (NIN)** émis par l'**ANATS** (Agence Nationale des Titres Sécurisés), qui est l'entité mandatée pour produire des titres d'identité sécurisés au Tchad. Cette solution a plusieurs avantages : elle garantit une identification officielle, sécurisée, unique et reconnue par les autres institutions de l'État. Cela renforcerait l'interopérabilité entre les systèmes publics (santé, état civil, protection sociale, etc.) et réduirait le risque de fraude ou de doublons.

Cependant, dans la pratique, cette solution présente **des limitations importantes**, en particulier pour les populations du secteur informel vivant en zones rurales. Le processus d'obtention d'un NIN est long, coûteux en temps, et exigeant sur le plan administratif. Il faut tout d'abord rassembler plusieurs documents justificatifs (acte de naissance, certificat de résidence, témoins, etc.), ce qui est déjà un obstacle majeur pour une large part de la population. Ensuite, le citoyen doit effectuer **au moins trois déplacements** :

1. **Premier déplacement** : collecte des pièces requises et dépôt du dossier ;
2. **Deuxième déplacement** : enregistrement biométrique (empreintes digitales, photo) dans un centre ANATS agréé
3. **Troisième déplacement** : retrait de la carte, souvent après un délai de plusieurs semaines.

Le problème est aggravé par la **centralisation de la production des cartes NNI**. Les cartes sont actuellement **imprimées uniquement à N'Djamena**, ce qui complique leur distribution vers les zones rurales. Même en envisageant une collaboration entre l'ANATS et nos équipes de mobilisation communautaire, la réalité reste la même : une personne vivant à des dizaines de kilomètres doit faire plusieurs allers-retours, sans garantie de réussite. Or, dans le contexte de la Couverture Santé Universelle, où nous devons d'abord **convaincre les populations de payer une assurance santé**, il serait contre-productif de leur imposer une procédure aussi lourde rien que pour obtenir une carte. Cela risque de **freiner massivement l'adhésion**, surtout lors de la phase de lancement.

Option 2 : Imprimer en interne des cartes plastiques de type NFC

La deuxième option consiste à produire en interne des **cartes plastiques personnalisées**, similaires à des cartes bancaires ou professionnelles, intégrant des éléments comme une **photo, le nom du membre, un code QR, et éventuellement une puce NFC** (Near Field Communication). Cette carte pourrait être utilisée pour authentifier un membre au point d'entrée d'un centre de santé à l'aide d'un simple scan. L'idée derrière cette option est de donner un **aspect professionnel, sécurisé et moderne** au système d'identification des membres.

L'un des principaux avantages de cette solution est le **contrôle total du processus** : l'institution peut gérer l'impression, la personnalisation, la distribution, et même l'intégration des éléments technologiques comme les QR codes ou les puces. Cela permettrait d'**harmoniser le design**, de garantir l'unicité des cartes et de projeter une image sérieuse et fiable du système. Pour les bénéficiaires, recevoir une carte plastique de qualité donne une impression de professionnalisation et de crédibilité. De plus, la carte pourrait être durable dans le temps, résistante à l'eau et à l'usure, ce qui est un avantage dans des environnements ruraux ou semi-urbains.

Cependant, cette option présente **des défis majeurs**. D'abord, le **coût unitaire** de production est élevé : une carte plastique NFC peut coûter entre **2 000 et 2 500 FCFA** ou plus, sans compter les coûts d'impression, d'encodage et de distribution. Ensuite, la production nécessite des **équipements spécialisés** : des imprimantes à cartes plastiques, des consommables coûteux (ribbons, puces NFC, encres spéciales), et un personnel formé à leur manipulation. Ces équipements ne sont pas conçus pour être utilisés dans des environnements chauds, poussiéreux ou humides — ils nécessitent des locaux adaptés, climatisés, sécurisés.

De plus, pour que cette solution fonctionne à l'échelle nationale, il faudrait **multiplier ces équipements dans plusieurs régions**, ou centraliser l'impression et organiser une distribution complexe vers des zones rurales difficiles d'accès. Cela augmente considérablement **les coûts logistiques**, tout en **rendant le processus de remplacement d'une carte plus long et coûteux**. En cas de perte ou de dégradation, le bénéficiaire devrait attendre que le centre réimprime la carte, souvent à distance. Ainsi, bien que cette option offre un **haut niveau de qualité et de technologie**, elle est difficilement soutenable dans un contexte de déploiement massif, surtout pour les populations du secteur informel et en zone rurale.

Option 3 : Produire des cartes papier plastifiées avec QR code

Pour contourner les coûts prohibitifs des cartes plastiques traditionnelles – estimées à 2 500 FCFA par carte, soit 25 milliards de FCFA pour 10 millions de cartes—nous proposons une alternative simple, économique et efficace :

- **Conception** : Une carte fabriquée à partir d'une feuille de papier standard (type A4), portant le nom, l'identifiant unique (numéro généré par le système), et un QR code. Pour optimiser, une feuille A4 peut être coupée en deux, chaque moitié suffisant pour une carte.
- **Protection** : Plastifiée localement à l'aide de machines abordables (20-50 \$ par plastifieuse, disponibles dans les centres de santé ou les marchés).
- **Coût** :
 - Papier A4 : 2 FCFA sur le marché, soit 1 FCFA par carte (moitié d'une feuille).
 - Encre d'impression : environ 1-2 FCFA par carte.
 - Plastification : 2-3 FCFA avec une plastifieuse basique.
 - **Total** : 4-6 FCFA par carte, arrondi à 50-100 FCFA avec une marge pour la logistique et la main-d'œuvre. Pour 10 millions de cartes, cela représente 500 millions à 1 milliard de FCFA – une réduction de plus de 30 fois par rapport aux 25 milliards de FCFA des cartes plastiques.
- **Fonctionnement** : À l'arrivée dans un centre de santé, le QR code est scanné via un smartphone, suivi d'une vérification faciale en temps réel pour confirmer l'identité.



Comment Ça Marche

- **Enrôlement** : Les agents capturent une photo via smartphone (ou scannent les empreintes pour R1 si le NNI est insuffisant), génèrent l'identifiant, et impriment la carte papier plastifiée sur place ou dans des hubs locaux.
- **Vérification** : Au centre de santé, un agent scanne le QR code, la photo est prise, et le système confirme l'identité en quelques secondes via le backend.
- **Évolutivité** : La 4G croissante et la simplicité des smartphones permettent une couverture nationale, même dans les zones reculées.

Options pour l'Authentification Biométrique

Le choix du système influence les équipements, les coûts, et la maintenance. Voici une évaluation des deux principales options envisagées : les empreintes digitales et la reconnaissance faciale.

Option 1 : Empreintes Digitales - Une Solution Complexe et Coûteuse

La capture d'empreintes digitales représente un défi technologique considérable. Elle requiert des équipements spécialisés comme des capteurs Futronic FS88H, coûtant entre 80 et 150 dollars par unité, montés sur des ordinateurs portables ou des terminaux POS. Chaque appareil nécessite une application middleware complexe pour convertir et transmettre les données biométriques.

L'infrastructure de vérification est tout aussi problématique. La comparaison des empreintes (un-à-un ou un-à-plusieurs) exige un système centralisé type ABIS, dont le coût s'ajoute à la facture déjà salée. Les défis sont multiples et rédhibitoires.

Dans les zones rurales, l'environnement devient l'ennemi direct de la technologie. Poussière, chaleur et conditions difficiles usent rapidement les capteurs et ordinateurs portables. La maintenance annuelle par unité ne garantit pas la fiabilité. Une panne signifie un retour coûteux au papier, compromettant tout le système.

La logistique ajoute une couche de complexité : les smartphones standard sont inutilisables, limitant la flexibilité des agents de terrain. Les mises à jour du middleware deviennent un cauchemar logistique, nécessitant des interventions manuelles sur des milliers d'appareils dispersés.

Conclusion : Cette option, bien que techniquement fiable, est simplement inadaptée à un déploiement national en milieu rural. Lourde, coûteuse et fragile, elle ne devrait être envisagée qu'en dernier recours, comme une solution de désespoir plutôt qu'un véritable et long-terme choix stratégique.

Option 2 : Reconnaissance Faciale - Une Solution Intelligente et Adaptée

La reconnaissance faciale émerge comme une réponse technologique élégante aux défis d'identification dans des environnements complexes. Contrairement aux solutions traditionnelles, elle exploite la technologie déjà présente : le smartphone.

Avec des appareils disponibles à partir de 50-100 dollars et une connectivité 4G en croissance, la capture devient un processus simple et accessible. Une application web légère transforme n'importe quel smartphone en outil d'identification. Une photo suffit : l'application extrait les données faciales et les transmet instantanément au serveur backend.

La vérification se fait de manière centralisée, similaire aux systèmes ABIS, mais sans l'infrastructure lourde et coûteuse. Qu'il s'agisse de vérifier l'identité d'une personne (un-à-un) ou de prévenir les doublons (un-à-plusieurs), tous les calculs sont gérés efficacement dans le cloud.

Les avantages sont multiples et significatifs. Les smartphones, désormais omniprésents, offrent une flexibilité incomparable. Nos visites de terrain révèlent une adoption croissante, particulièrement dans les zones rurales. Les agents de santé peuvent utiliser leurs propres appareils, réduisant considérablement les coûts de déploiement.

D'un point de vue économique, le modèle est particulièrement attractif. Un investissement initial de 100 000 dollars en smartphones, complété par une infrastructure backend entre 200 000 et 300 000 dollars, suffit à lancer le système. La maintenance se résume à des mises à jour logicielles centralisées, éliminant les complications logistiques.

La fiabilité n'est pas en reste. La précision et la rapidité de la reconnaissance faciale ont déjà été démontrées, avec des pays comme le Rwanda adoptant cette approche pour des projets similaires.

Conclusion : Légère, économique et facilement adaptable, la reconnaissance faciale n'est pas seulement une solution technologique. C'est une réponse intelligente qui s'aligne parfaitement avec les réalités du terrain, transformant un défi d'identification en une opportunité d'innovation.

9.4. Proposition Innovante : Intégration des agents de mobile money dans la stratégie d'enrôlement

Dans le cadre du déploiement du Plan Quinquennal de Développement de la Couverture Santé Universelle (PQDD/CSU 2024–2028), la mobilisation communautaire joue un rôle central. Pour maximiser l'efficacité de cette phase critique, le recours aux agents de mobile money, en soutien aux agents d'assurance santé, constitue une solution à la fois pragmatique, inclusive et durable.

Environ 65 % de la population tchadienne dispose aujourd'hui d'un téléphone mobile mais peu utilisent activement les services de mobile money, notamment pour les transferts de fonds, les paiements de biens et services ou encore les frais de scolarité. En nouant des partenariats avec les opérateurs télécoms, il est possible de partager ces coûts via un cofinancement des agents mobiles, réduisant ainsi la charge budgétaire sur les institutions publiques.

Ce partenariat représente une stratégie « gagnant-gagnant ». D'un côté, les opérateurs augmentent la base d'utilisateurs actifs de leurs services digitaux ; de l'autre, les populations bénéficient d'un canal de paiement simple, sécurisé et instantané pour leur souscription à l'assurance santé. Cela permet également d'éviter les délais liés à la manipulation d'espèces, souvent source de frustration et un manque de confiance des assurés. Grâce à l'utilisation du mobile money, les cotisations sont directement versées sur les comptes institutionnels, assurant traçabilité et efficacité dans la gestion des flux financiers.

Au-delà de la seule phase de collecte, ce partenariat ouvre la voie à une présence plus durable des agents de mobile money sur le terrain. Plutôt que de simplement collecter de l'argent liquide et re-partir, ces agents peuvent jouer un rôle de proximité pour encourager l'usage du mobile money dans la durée. C'est une opportunité pour les opérateurs de renforcer la culture du paiement numérique, en capitalisant sur les comportements existants où la population utilisait déjà le crédit téléphonique comme une forme de monnaie d'échange. Ceci montre que le besoin est là. En facilitant cette transition vers le mobile money formel, la mobilisation pour l'assurance santé devient un levier pour l'inclusion financière.

Enfin, un protocole d'accord (MoU) sera établi entre la CNAS, les opérateurs de téléphonie et les acteurs impliqués, définissant les modalités d'intervention, les incitations, les zones de couverture prioritaire, ainsi que les mécanismes de suivi et d'évaluation. Ce cadre permettra d'assurer une coordination fluide et transparente, essentielle pour atteindre les objectifs de couverture universelle fixés à l'horizon 2028.

9.5. Collecte des Cotisations des membres

La collecte des cotisations est le moteur financier de l'assurance maladie au Tchad, permettant de transformer une couverture santé universelle (CSU) de 0,2 % en un système viable pour des millions de personnes. Pour les trois régimes : R1 (salariés du secteur formel), R2 (indépendants du secteur informel), et R3 (démunis) . Nous proposons des mécanismes distincts mais interconnectés, tirant parti des réalités économiques et sociales observées sur le terrain. Voici comment cela fonctionne et pourquoi ces choix sont les plus adaptés.

R1 : Salariés du Secteur Formel

Cible : Employés du secteur public et privé figurant sur des fiches de paie, ainsi que leurs employeurs.

Approche : Collecte automatique à la source via un système déclaratif.

1. **Mécanisme** :

- Les cotisations sont déduites directement des salaires par l'employeur, selon un pourcentage défini par la loi (par ex., 4 %, 5 %, ou 8 % du salaire brut ⇒ à préciser dans la réglementation).
- Chaque mois, les employeurs soumettent une déclaration numérique via un portail sécurisé, détaillant les salaires de leurs employés..
- Le système calcule automatiquement le montant des cotisations (primes) dues, générant une facture consolidée pour chaque employeur.

2. **Paiement** :

- L'employeur effectue le paiement et non l'employé via une banque, un service de mobile money, ou tout autre canal numérique approuvé.
- Une fois le paiement reçu, tous les employés et leurs ayants droit deviennent immédiatement éligibles aux soins, y compris dans les hôpitaux privés, selon le panier de soins défini.

Pourquoi Ça Marche :

Le secteur formel est plus ou moins structuré, avec des fiches de paie et des employeurs identifiables via le SIGFIP (NIF). La collecte à la source élimine les intermédiaires, réduit les fraudes, et garantit une rentrée régulière de fonds. L'automatisation via un système déclaratif minimise les erreurs et allège la charge administrative, tandis que la flexibilité des canaux de paiement s'adapte aux infrastructures existantes.

R2 et R3 : Indépendants et Démunis

Cible : R2 regroupe les indépendants (70 % de la population), R3 les démunis (20 % estimés).

Approche : Cotisations graduées pour R2 basées sur une classification des ménages ; subventions intégrales pour R3 par le gouvernement.

1. Classification des Ménages :

- Le Registre Social Unifié (RSU) joue un rôle central en catégorisant les ménages selon leur niveau de revenu ou de pauvreté. Par exemple, voici les classes au Rwanda:
 - **Catégorie 1** : Les plus pauvres (R3, démunis).
 - **Catégorie 2** : Moins pauvres.
 - **Catégorie 3** : Moyennement aisés.
 - **Catégorie 4** : Plus aisés (indépendants avec revenus élevés ou actifs).
- Cette classification, interopérable avec le système d'assurance, permet une tarification équitable et une expansion rapide de la CSU.

2. R3 : Démunis :

- Les cotisations des démunis (20 % de la population) sont entièrement prises en charge par le gouvernement.
- Deux options :
 - Le gouvernement verse une subvention annuelle anticipée basée sur le nombre de démunis enrôlés.
 - Nous émettons une facture périodique au gouvernement pour couvrir leurs primes.
- Une fois financés, ces ménages sont éligibles aux soins sans contribution personnelle.

3. R2 : Indépendants :

- Les cotisations sont obligatoires mais adaptées à la catégorie du ménage, calculées par membre de la famille.
- Exemple : Si la prime est de 2 000 FCFA par personne et par an dans une catégorie donnée, un ménage de 5 personnes paie 10 000 FCFA. Les tarifs varient selon les catégories (ex. : 1 000 FCFA pour Catégorie 2, 3 000 FCFA pour Catégorie 4, etc...).
- Chaque ménage reçoit un identifiant unique (via le RSU), utilisé pour le paiement.

4. Paiement :

- Les paiements se font exclusivement par mobile money (ex. Airtel Money, Moov Money) ou autres canaux numériques, évitant la manipulation d'espèces pour réduire les risques de fraude et simplifier la collecte.
- Une fois le paiement effectué, l'éligibilité est activée instantanément, permettant l'accès aux centres de santé.

Pourquoi Ca Marche :

Le secteur informel, qui représente 70 % de la population pour R2 et 20 % pour R3, est le cœur de la CSU au Tchad. La classification des ménages via le RSU garantit une équité : les démunis sont couverts sans frais, tandis que les indépendants paient selon leurs moyens. L'interopérabilité avec le RSU accélère l'expansion, ciblant les 70 % d'indépendants cruciaux pour la viabilité financière.

Comment Tout S'imbrique

- **R1** : Les employeurs déclarent et paient mensuellement via un portail automatisé, assurant une couverture immédiate pour les salariés et leurs familles.
- **R3** : Le gouvernement subventionne les démunis, activant leur éligibilité dès réception des fonds ou validation des factures.

- **R2** : Les indépendants paient annuellement via canal numérique approuvé (mobile money, banque, etc) avec des primes ajustées par catégorie et taille du ménage, déclenchant l'accès aux soins.

Flexibilité légale : Le pourcentage pour R1 et les paniers de soins (par ex: un strict système de référence pour R2/R3, hôpitaux privés inclus pour R1) dépendront de la loi à venir. Notre système est conçu pour s'adapter à ces paramètres, assurant une mise en œuvre fluide.

Pourquoi Cette Approche Est Supérieure

- **Automatisation pour R1** : La collecte à la source via les employeurs est éprouvée mondialement (ex. Rwanda RAMA), garantissant des flux constants et minimisant les défauts de paiement.
- **Équité pour R2/R3** : La tarification graduée et les subventions gouvernementales reflètent la diversité économique du secteur informel, évitant une charge insupportable pour les plus pauvres tout en mobilisant les revenus des indépendants aisés.
- **Numérisation** : L'abandon de l'argent liquide au profit du mobile money réduit les coûts de gestion et renforce la transparence, un atout dans un pays où 45 % vivent sous le seuil de pauvreté.

9.6. Système de Facturation et de Remboursement Fiable

La facturation est une étape cruciale pour garantir que les soins dispensés dans le cadre de l'assurance maladie au Tchad soient correctement enregistrés, vérifiés, et payés, tout en assurant la transparence et la viabilité financière du système. Ce processus couvre l'identification du patient, la compilation des soins, la vérification des factures, et leur règlement pour les régimes R1, R2, et R3. Voici comment cela fonctionne et pourquoi cette méthode est la plus efficace.

Étape 1 : Identification et Enregistrement du Patient

Objectif : Confirmer l'identité du patient pour éviter les fraudes et les "patients fantômes".

- **Processus** :
 - À l'arrivée dans un centre de santé, l'agent identifie numériquement le patient.
 - Une reconnaissance biométrique est effectuée en temps réel.
 - Une fois confirmé, le patient est enregistré comme éligible dans le système, avec son identifiant unique (NNI pour R1, généré par le RSU pour R2/R3).
 - **Pourquoi Ça Marche** :
 - La reconnaissance biométrique, rapide et fiable élimine les risques d'usurpation d'identité, un problème majeur pour les assureurs maladie. Nos visites terrain montrent que sans cette vérification, des soins pourraient être attribués à des personnes non couvertes, drainant les ressources.
-

Étape 2 : Centralisation et Génération des Factures

Objectif : Consolider les données pour le paiement mensuel.

- Processus :
 - À la fin de chaque mois, le système compile tous les paquets de soins enregistrés dans chaque formation sanitaire à travers le pays.
 - Une facture unique par prestataire est générée automatiquement, détaillant les soins fournis, les patients traités, et le coût total. Ces factures sont centralisées et envoyées à l'équipe de vérification.
- Pourquoi Ça Marche :
 - La centralisation mensuelle permet une vue d'ensemble nationale, essentielle pour un pays aussi vaste que le Tchad. L'automatisation réduit les délais et les coûts administratifs, assurant une gestion fluide même avec des milliers de centres.

Étape 3 : Vérification des Factures

Objectif : Garantir l'exactitude et détecter les anomalies ou fraudes.

- Processus :
 - Une équipe de vérification, composée de professionnels cliniques (pharmaciens, médecins, consultants médicaux), examine les factures électroniquement.
 - Le système signale les anomalies potentielles (ex. : volumes inhabituels de soins, coûts excessifs) grâce à des algorithmes simples.
 - En cas de suspicion (ex. : augmentation anormale de soins), un vérificateur est envoyé sur le terrain pour enquêter, visiter le prestataire, et confirmer les données avec le personnel et les registres locaux.
 - Une fois validées, les factures sont approuvées dans le système.
 - Pourquoi Ça Marche :
 - La vérification électronique, appuyée par une expertise clinique, garantit que seuls les soins réels et conformes sont payés. L'intervention sur le terrain en cas d'anomalie inspirée des meilleures pratiques d'assurance renforce la confiance et limite les fraudes, un risque élevé dans les zones reculées.
-

Étape 4 : Paiement des Factures

Objectif : Régler les prestataires rapidement pour maintenir leurs opérations.

- Processus :
 - Les factures approuvées sont transférées au module de paiement du système.
 - Les paiements sont effectués directement aux prestataires via des canaux numériques (virement bancaire, mobile money), selon leurs préférences.
 - Les fonds sont déboursés mensuellement, assurant une trésorerie stable pour les prestataires.
 - Pourquoi Ça Marche :
 - Les paiements numériques accélèrent le règlement (quelques jours au lieu de semaines) et réduisent les coûts de gestion par rapport aux chèques ou espèces. Cette régularité est cruciale pour les centres ruraux, souvent à court de liquidités, comme observé sur le terrain.
-

Parcours Complet de la Facturation:

1. Identification : Reconnaissance biométrique à la formation sanitaire pour valider le patient.
2. Soins : Enregistrement électronique des consultations, labs, et médicaments selon le panier de soins.
3. Compilation : Consolidation mensuelle des paquets de soins en une facture par centre.
4. Vérification : Analyse électronique et sur site (si nécessaire) par une équipe clinique.
5. Paiement : Versement numérique aux centres une fois les factures approuvées.

Pourquoi Cette Approche Est Supérieure

- **Fiabilité** : La reconnaissance biométrique empêche les "patients fantômes", un fléau pour les assureurs, tandis que la saisie électronique des soins élimine les pertes de données.
- **Contrôle** : La vérification mixte (numérique et terrain) assure une utilisation juste des fonds, essentielle dans un système naissant comme celui du Tchad.
- **Efficacité** : La centralisation et les paiements numériques réduisent les délais et les coûts, soutenant les centres de santé dans des zones où les ressources sont limitées.

Ce processus, ancré dans la technologie et la réalité tchadienne, transforme la facturation en un levier pour la CSU, garantissant que chaque soin dispensé est payé équitablement et rapidement.

Au-delà du DHIS2 : Une solution complète et proactive

L'approche moderne de gestion du système de santé doit être vue non simplement comme un système d'information, mais comme une solution intégrée répondant aux réalités opérationnelles et techniques.

Le DHIS2 est largement reconnu comme un système d'information sanitaire utilisé principalement pour la collecte de données agrégées au niveau départemental. Cependant, il présente plusieurs limitations notables :

- **Collecte de données agrégées** : Le DHIS2 se concentre sur des indicateurs statistiques globaux, souvent saisis manuellement, ce qui peut entraîner des retards et des erreurs.
- **Utilisation limitée au niveau des centres de santé** : Les centres de santé ne saisissent pas directement les données dans le DHIS2 ; ils remplissent des rapports papier qui sont ensuite transmis aux niveaux supérieurs, entraînant une perte de granularité et de réactivité.
- **Absence de suivi individualisé** : Le système ne permet pas un suivi détaillé des patients, des prestataires ou des prestations spécifiques, limitant ainsi la capacité à prendre des décisions éclairées basées sur des données précises.

En revanche, notre solution offre une approche intégrée et détaillée de la gestion de l'assurance santé :

- **Collecte de données en temps réel** : Les données sont saisies directement au point de service, permettant une visibilité immédiate sur les prestations fournies, les bénéficiaires, les prestataires et les ressources utilisées.
- **Suivi individualisé** : Chaque interaction est enregistrée avec des détails précis, facilitant le suivi des parcours de soins des patients, l'évaluation des performances des prestataires et l'analyse des tendances en matière de consommation de services de santé.
- **Réduction des erreurs et des fraudes** : Grâce à l'automatisation et à la vérification en temps réel, notre système minimise les risques d'erreurs de saisie et de fraudes, assurant ainsi une meilleure intégrité des données.
- **Support à la prise de décision** : Les données détaillées et actualisées permettent aux décideurs de planifier, de budgétiser et d'allouer les ressources de manière plus efficace, en réponse aux besoins réels identifiés sur le terrain.

En somme, notre solution dépasse les capacités du DHIS2 en fournissant une plateforme complète et proactive pour la gestion de l'assurance santé, adaptée aux exigences opérationnelles actuelles et futures.

SECTION 10: ARCHITECTURE DES SYSTÈMES REQUIS

10.1. Introduction

L'écosystème numérique de la CNAS sera une suite complète et intégrée de systèmes conçue pour soutenir la mise en œuvre et la gestion à l'échelle nationale de la Couverture Santé Universelle (CSU). Cet écosystème regroupera des modules essentiels, notamment l'enregistrement, la collecte des contributions, la gestion des prestations, la détection des fraudes, la chaîne d'approvisionnement en produits pharmaceutiques, ainsi qu'un système central ERP englobant la gestion financière, les ressources humaines et les achats. Chaque système jouera un rôle clé dans la garantie d'un service fluide, de la transparence et de l'efficacité opérationnelle au sein du dispositif national d'assurance santé.

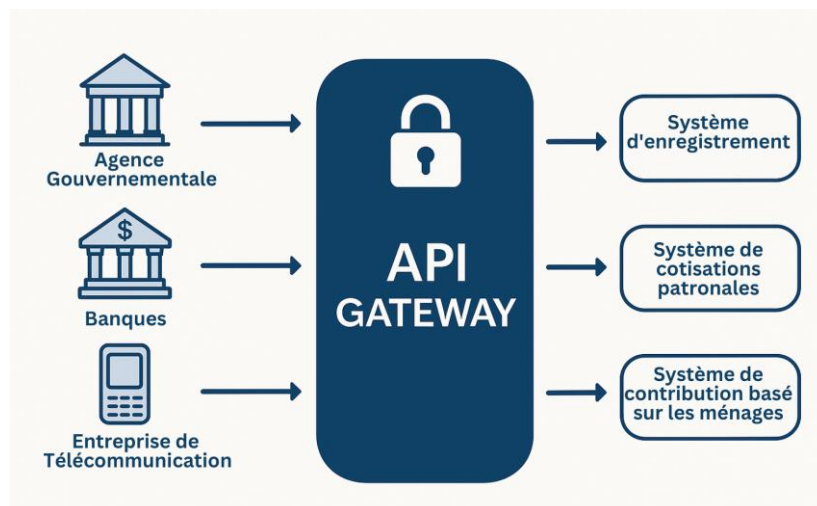
En s'appuyant sur des intégrations externes avec des partenaires, des banques, des compagnies de télécommunication et des agences gouvernementales, l'écosystème facilitera l'échange de données en temps réel, les transactions sécurisées et la prise de décision coordonnée. Cette plateforme unifiée donnera à la direction de la CNAS une visibilité complète, des flux de travail automatisés et des informations exploitables à tous les niveaux de fonctionnement. En fin de compte, elle garantira à tous les citoyens un accès équitable et efficace à des services de santé de qualité à travers tout le pays.

10.2. Parties composantes essentielles

1. API Gateway - Passerelle d'interface

Dans un écosystème moderne d'assurance santé, l'interopérabilité n'est pas un luxe — c'est une exigence structurelle. Chaque microservice du système doit être conçu pour fonctionner de manière fluide avec un ensemble de systèmes externes. Il s'agit notamment du registre national d'identification (NNI), du registre social unifié (RSU) qui contient les données socio-économiques des ménages, ainsi que des passerelles de paiement variées : opérateurs de mobile money, API des télécoms, et plateformes bancaires commerciales. Sans des interfaces d'intégration robustes — via des API sécurisées et normalisées — les sous-systèmes internes tels que l'enrôlement, la vérification des droits, la gestion des cotisations ou le traitement des prestations ne peuvent ni fonctionner en temps réel, ni garantir la fiabilité à grande échelle.

La valeur de ces intégrations va bien au-delà d'une simple optimisation technique : elles constituent le socle de la viabilité opérationnelle. L'authentification des identités doit être instantanée pour prévenir les fraudes et éviter les doublons. Les données de vulnérabilité des ménages doivent être consultées dynamiquement pour déterminer les droits à subvention. Les paiements doivent être rapprochés quotidiennement, même s'ils proviennent de contributeurs dispersés. La supervision publique, la modélisation actuarielle et la prise de décision stratégique dépendent toutes d'un échange de données unifié. Autrement dit, sans ponts numériques entre les systèmes internes et externes, même la meilleure architecture logicielle reste un système isolé — inefficace et insoutenable. Une architecture orientée services, centrée sur l'interopérabilité, n'est pas une option technologique : c'est la condition sine qua non de la réussite de la Couverture Santé Universelle à l'ère numérique.



2. Système d'Enrôlement des Ménages (R2, R3)

Dans le cadre du processus d'intégration à l'assurance santé, un système d'enrôlement dédié joue un rôle fondamental pour accompagner les ménages nouvellement mobilisés. Une fois la sensibilisation effectuée, il est essentiel de disposer d'un outil capable de gérer, de bout en bout, l'intégration de l'ensemble du ménage — père, mère, enfants et autres ayants droit — dans une seule opération fluide et cohérente.

Ce système d'enrôlement ne se limite pas à une simple saisie de données personnelles. Il **capte également les informations biométriques de chaque membre du foyer (empreintes, photo, etc.)**, enregistre leur localisation géographique précise, et établit un lien clair avec toute pièce d'identité disponible — qu'il s'agisse d'un NNI ou d'un autre identifiant reconnu. Sur la base de ces données, le système génère pour chaque individu un identifiant unique, sécurisé, mais lisible et mémorisable : un numéro court, de 10 chiffres maximum, conçu pour être facile à comprendre par la population, y compris dans les zones à faible niveau d'alphabétisation.

Enfin, pour assurer un retour immédiat et renforcer la confiance dans le processus, une notification est envoyée à chaque membre disposant d'un numéro de téléphone enregistré. Ce message confirme l'enrôlement et communique l'identifiant unique. Ce système d'enrôlement, à la fois mobile et interopérable, constitue ainsi le premier maillon critique de la chaîne numérique de la couverture santé universelle, en assurant un enrôlement rapide, fiable, et centré sur les familles.

3. Registre Social Unifié (RSU)

Le Registre Social Unifié (RSU) est un système distinct mais absolument central pour la réussite des régimes R2 et R3 de la Couverture Santé Universelle (CSU). Contrairement au régime R1, basé sur les salariés du secteur formel, les régimes R2

(travailleurs indépendants) et R3 (populations vulnérables subventionnées) reposent sur une logique de cotisation par ménage, et non par individu. Cette cotisation dépend directement du profil socio-économique du ménage, ce qui rend indispensable la disponibilité d'un système de gestion actualisé et fiable de ces données.

Dans un pays où un recensement exhaustif annuel serait logistiquement et financièrement intenable, le RSU doit être conçu comme une infrastructure dynamique, capable de suivre en temps réel les changements de statut des ménages (naissances, décès, déménagements, séparations, etc.). Il doit donc être interopérable et nativement intégré aux systèmes de la CNAS, de manière à permettre une classification automatique, une actualisation continue des droits, et un calcul intelligent des cotisations en fonction des vulnérabilités réelles.

Il faut rappeler que les régimes R2 et R3 représenteront à eux seuls environ 90 % des bénéficiaires de la CSU — soit la majorité de la population. Autrement dit, la performance globale du système dépendra directement de la fiabilité du RSU. À terme, ce registre pourrait aussi servir de socle à d'autres politiques sociales (transferts monétaires, programmes d'aide, subventions ciblées), devenant une infrastructure publique d'inclusion à large spectre. Sans un RSU opérationnel, la tarification devient aveugle, la subvention mal orientée, et la viabilité financière de la CNAS est mise en péril.

4. Système de Gestion des Cotisations des Ménages (R2, R3)

Le Système de Gestion des Cotisations des Ménages est une composante critique de l'écosystème numérique de la Couverture Santé Universelle (CSU), notamment pour les régimes R2 (secteur informel) et R3 (populations vulnérables). Ce système ne se limite pas au calcul du montant dû : il s'agit d'un moteur transactionnel interopérable, conçu pour assurer la collecte, la traçabilité, l'activation des droits et la relance automatique en fonction de l'état des paiements.

Grâce à son intégration native avec le Registre Social Unifié (RSU) et les bases d'enrôlement, le système identifie chaque ménage, détecte automatiquement le chef de ménage, et calcule le montant de la cotisation en fonction du barème applicable à la taille et à la catégorie du ménage. Par exemple, si la politique prévoit de cotiser pour 3 membres sur 5, le système génère automatiquement un appel de cotisation de 15 000 FCFA.

Là où ce système devient véritablement stratégique, c'est dans son intégration directe avec les canaux de paiement nationaux. Il est connecté, en temps réel, aux plateformes de Mobile Money (Airtel Money, Moov, etc.) ainsi qu'aux systèmes bancaires (UBA, Coris Bank, etc.). Cela permet aux ménages de payer leurs cotisations depuis leur téléphone portable ou leur compte bancaire, 24h/24, avec remontée instantanée des informations dans la base de données CNAS. À réception du paiement, le système :

- Active immédiatement la couverture santé du ménage ;
- Génère un identifiant transactionnel sécurisé ;
- Envoie une notification SMS au chef de ménage et aux membres (si numéros disponibles) ;
- Met à jour la base d'éligibilité.

En cas de retard ou de non-paiement, le système génère automatiquement des notifications de rappel, informe les utilisateurs des échéances, et procède, en dernier recours, à la désactivation des droits en toute transparence.

Ce système incarne donc l'automatisation des droits contributifs à grande échelle. Il garantit à la fois l'équité (paiement proportionnel à la capacité du ménage), la simplicité d'usage (paiement mobile ou bancaire) et la sécurité transactionnelle. Sans cette infrastructure de collecte intelligente, le financement de masse de la CSU resterait manuel, lent, et non viable à long terme.

5. Système de Déclaration et de Collecte pour le Secteur Formel (R1)

Le Système de Déclaration et de Collecte pour le Secteur Formel constitue le socle opérationnel du régime R1 de la CNAS. Contrairement aux régimes R2 et R3, ici, l'obligation contributive repose sur les employeurs — publics ou privés — qui versent une cotisation mensuelle calculée sur la base d'un pourcentage fixe du salaire brut de chaque employé, selon une logique similaire à celle de l'IRPP, du CNPS ou de la CRCT.

Ce système a d'abord pour mission de recenser, enregistrer et suivre tous les employeurs assujettis, ainsi que leurs effectifs déclarés. Il dispose d'un portail employeur sécurisé, par lequel chaque entreprise peut soumettre ses déclarations mensuelles, visualiser l'historique de ses paiements, ses obligations en cours, et corriger toute anomalie éventuelle. Le système vérifie la conformité des déclarations : en croisant les données avec les bases existantes comme le SIGFIP pour le secteur public ou les numéros fiscaux pour le privé, il détecte automatiquement les cas de sous-déclaration, de retards ou d'anomalies de structure.

L'une des fonctionnalités clés de ce système est la gestion automatique des pénalités : tout retard dans le paiement entraîne l'application immédiate d'une amende, calculée en fonction des montants et des jours de retard. Cette amende est directement ajoutée à la prochaine échéance, et visible dans l'espace employeur.

Ce système ne fonctionne pas en silo. Il est conçu pour être interopérable avec le système IRPP/SIGFIP, afin d'éviter la duplication des efforts pour les employeurs, tout en garantissant la cohérence entre les obligations fiscales et sociales. Une déclaration unique, centralisée, permet ainsi à l'État de mieux suivre les engagements, à la CNAS d'optimiser ses flux de trésorerie, et aux employeurs de gérer leur conformité sans surcharge administrative.

Enfin, ce système sert aussi de passerelle d'affiliation pour les salariés : c'est à travers lui que les employés sont automatiquement enregistrés, que leurs droits sont activés, et que leur historique de cotisation est consolidé. En résumé, ce système est le moteur du régime contributif R1, combinant rigueur fiscale, transparence sociale et incitations au respect des délais. Il sécurise les ressources, réduit la fraude, et renforce la crédibilité de l'assurance santé obligatoire auprès des employeurs comme des salariés.

6. Système de Gestion des Demandes de Remboursement et de Facturation

Le Système de Gestion des Demandes de Remboursement est une pièce maîtresse du dispositif de la CNAS. Il permet de tracer, valider et automatiser tout le cycle de vie des prestations médicales, depuis la saisie de l'acte jusqu'au paiement des établissements de santé. Il est utilisé en premier lieu par les prestataires de soins (centres de santé, hôpitaux, cliniques), mais également par les équipes médicales et de vérification de la CNAS, qui y accèdent en temps réel.

Chaque visite patient y est enregistrée, avec les actes effectués : consultations, examens biologiques, médicaments, consommables, dispositifs médicaux — le tout encadré par le paquet de prestations couvertes. Le système vérifie

automatiquement la conformité de chaque prestation avec les droits de l'assuré, et applique les tarifs de référence officiels, garantissant ainsi une facturation juste, encadrée et transparente.

Au fil du mois, toutes les prestations sont agrégées dans le système. À la fin de chaque période, les factures médicales sont automatiquement générées, consolidées par établissement, et transmises à la CNAS pour vérification électronique. C'est à ce stade que l'équipe de la CNAS peut valider ou rejeter certains éléments, de manière totalement numérique, en traçant les ajustements, les litiges ou les écarts par rapport aux règles du régime.

Une fois cette étape finalisée, le montant dû est automatiquement calculé et prêt à être versé à l'établissement de santé, avec une traçabilité complète. Ce processus digital réduit considérablement les délais de traitement et de paiement, ce qui est crucial pour assurer la liquidité et la confiance des prestataires dans la mise en œuvre du régime.

Ce système intègre également la base de données nationale des structures de santé, des praticiens, des actes médicaux, des examens biologiques, des médicaments, des dispositifs médicaux, et des pathologies couvertes. Il constitue ainsi non seulement un outil de gestion, mais aussi un levier stratégique de pilotage médico-économique, assurant que les prestations délivrées soient conformes, optimisées, et équitables.

7. Traffic Light System -Tableaux de bord pour le pilotage

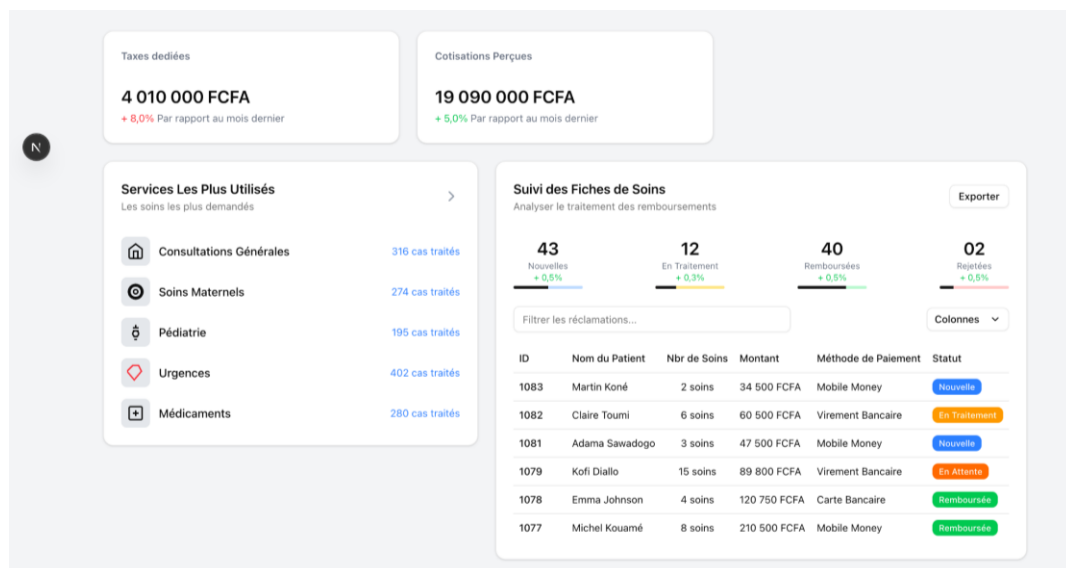
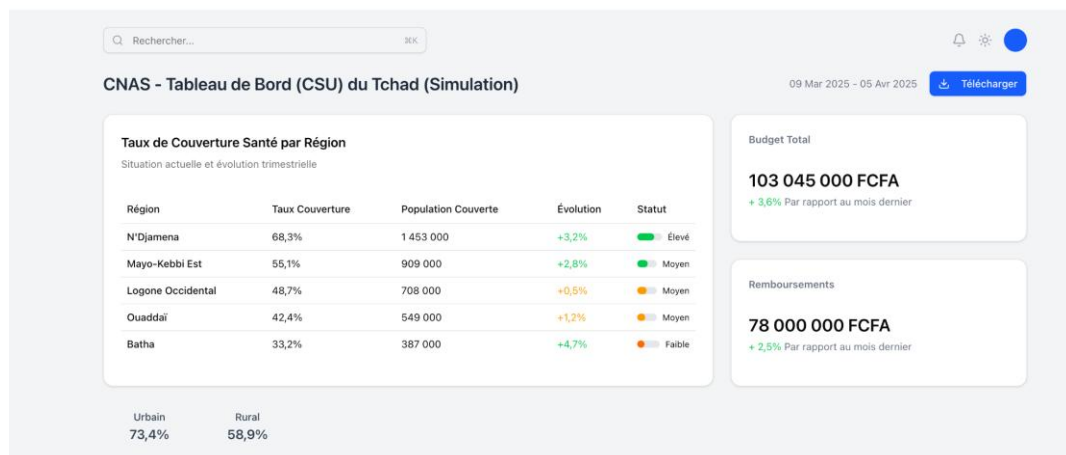
Le Traffic Light System (TLS) constitue la couche d'intelligence stratégique de l'infrastructure numérique de la CNAS — une véritable tour de contrôle en temps réel, conçue pour éclairer la performance, signaler les risques et renforcer la redevabilité à tous les niveaux du dispositif d'assurance santé.

Basé sur une logique visuelle universelle — vert pour les objectifs atteints, orange pour les signaux d'alerte, rouge pour les zones critiques — ce système transforme les données opérationnelles en indicateurs décisionnels clairs et exploitables. Il agrège, analyse et affiche les performances selon plusieurs dimensions : par région, département, régime (R1, R2, R3), secteur (formel, informel), statut (public, privé, État), et par population cible (ménages, employeurs, assurés).

Reposant sur l'ensemble des systèmes sous-jacents (enrôlement, cotisations, RSU, remboursement, paiements), le TLS fournit une vue consolidée des écarts entre les objectifs fixés et la réalité du terrain. Il permet de visualiser instantanément où les dynamiques sont bonnes, où elles ralentissent, et où des interventions rapides sont nécessaires.

Mais ce n'est pas un simple tableau de bord. Le système est doté de fonctionnalités avancées de détection d'anomalies, d'alerte automatique et d'analyse des tendances. Il identifie, par exemple, des retards de paiement récurrents, des pics de consommation médicale anormaux, ou des zones géographiques sous-performantes. Il agit ainsi comme un radar préventif, un compas de pilotage, et un garant de la viabilité du système.

En somme, le TLS ne se limite pas à trois couleurs : il incarne la lucidité, la vigilance et la maîtrise opérationnelle. Il donne à la CNAS et à ses partenaires la capacité de piloter, en temps réel, la Couverture Santé Universelle avec précision, agilité et transparence.



8. Système de gestion comptable et financière intégré ERP

Au-delà des plateformes métier qui assurent l'enrôlement, la collecte des cotisations, la gestion des prestations et le pilotage stratégique, la CNAS a également besoin d'un système de gestion comptable et financière intégré, de type SAGE ou

équivalent. Ce système n'est pas un accessoire : il est le socle comptable et fiduciaire qui garantit la conformité, la transparence et la traçabilité de toutes les opérations financières.

Concrètement, ce système permettra de tenir les écritures comptables, de produire les états financiers réglementaires (bilans, comptes de résultat, rapports mensuels ou annuels), et de gérer les journaux comptables, les réconciliations bancaires, ainsi que le suivi budgétaire en lien avec les flux opérationnels.

Même si le système de gestion des prestations médicales consolide les montants dus aux établissements de santé, la comptabilisation réelle des paiements, leur ventilation analytique, et leur rapprochement bancaire doivent impérativement passer par un système comptable structuré. De plus, ce système permettra de :

- Gérer les factures fournisseurs (hors soins : équipement, services, logistique, etc.) ;
- Suivre les processus de passation de marchés et de commandes publiques ;
- Assurer une gestion intégrée de la paie et des ressources humaines ;
- Contrôler les dépenses internes de l'institution (frais généraux, immobilisations, etc.) ;
- Répondre aux exigences des audits internes et externes.

En somme, ce système type SAGE est le garant de la crédibilité financière de la CNAS. Il permet de passer d'une logique de gestion transactionnelle à une logique de gouvernance financière intégrée, nécessaire à toute institution publique de grande envergure. Il complète les systèmes métier, en assurant que chaque chiffre produit peut être tracé, validé, et consolidé selon les standards comptables nationaux et internationaux.

Dans ce contexte, nous ne fournissons pas ce système nous-mêmes. Il s'agira pour la CNAS de faire appel à un fournisseur local ou régional agréé, qui se chargera de la fourniture, de l'installation et de la personnalisation du logiciel en fonction des besoins spécifiques de l'institution. Notre rôle pourra être d'appuyer l'intégration entre ce système comptable et les autres plateformes métier, si nécessaire, mais ce n'est pas un produit que nous développons.

10.3. Pré-requis pour le lancement des solutions numériques de la CNAS

La mise en œuvre effective des systèmes numériques décrits dans le cadre de la Couverture Santé Universelle repose sur un certain nombre d'éléments de base indispensables, à préparer en amont ou à constituer progressivement pendant les phases initiales de déploiement.

1. Cartographie administrative complète

Il est impératif de disposer d'une nomenclature administrative exhaustive, allant du niveau national jusqu'à la plus petite unité territoriale. Cela inclut les provinces (ou régions), les départements (ou préfectures), les sous-préfectures, les communes, etc. Cette structuration géographique est essentielle pour localiser les bénéficiaires, les structures de santé, et permettre une analyse territorialisée des performances.

2. Intégration des canaux de paiement

Les partenariats avec les opérateurs de paiement (Mobile Money, banques, Trésor public) doivent être engagés suffisamment tôt pour permettre le développement des interfaces d'intégration. Sans cela, les modules de collecte des cotisations, de confirmation de paiement et de génération des droits ne pourront pas fonctionner en temps réel.

3. Définition du paquet de soins et des tarifs (ajout du régime complémentaire)

Il est nécessaire de disposer d'une nomenclature claire des prestations couvertes, différenciée selon les régimes (R1, R2, R3) et les niveaux de référence (CS, Hôpital de district, hôpital régional, central). Ce panel doit indiquer :

- les prestations couvertes,
- les règles de référencement (quand un patient est référé à un niveau supérieur),
- les tarifs officiels associés à chaque acte.

Cette nomenclature est indispensable pour garantir la conformité médicale, la facturation automatique, et le traitement transparent des remboursements.

4. Base de données des formations sanitaires et du personnel

Une liste actualisée de toutes les formations sanitaires (publiques et privées) est requise, avec leur niveau, leur localisation et leur code d'identification. Il est également nécessaire d'enregistrer les prestataires de soins : médecins, infirmiers, RSHs, administrateurs — toute personne autorisée à utiliser le système. Si cette base n'existe pas intégralement au lancement, elle peut être construite progressivement lors des phases d'enrôlement et de formation.

5. Déploiement de centres de formation et d'accompagnement

La réussite du déploiement passe par un programme structuré de formation massive, avec des centres d'entraînement régionaux pour former les utilisateurs (agents CNAS, prestataires, collectivités, etc.). Ces centres joueront un rôle crucial dans le renforcement des capacités numériques et dans l'accompagnement terrain des premiers mois de mise en œuvre.

10.4. Feuille de route pour l'implémentation des solutions numérique

Dans le cadre de la feuille de route, un plan d'action a été élaboré sur une période de trois ans. Les deux premières années sont consacrées à l'établissement des systèmes fondamentaux, tandis que l'année suivante sera dédiée non seulement à leur amélioration continue, mais aussi à leur ajustement progressif et à leur expansion fonctionnelle.

Durant cette seconde phase, nous travaillerons étroitement avec l'équipe locale pour renforcer leurs compétences. L'objectif est de leur transférer suffisamment de capacités pour qu'ils puissent, par la suite, poursuivre le développement en interne de manière autonome.

Phase 1 – Secteur informel (R2 et R3)

Le travail pour le secteur informel est divisé en deux groupes de travail.

Pour le premier groupe (R2 et R3), nous estimons que la conception et l'implémentation du système prendront environ 7 mois, suivis d'une phase pilote de 2 à 3 mois avant un déploiement à grande échelle.

Les livrables attendus durant ces 7 mois incluent :

1. Un système de collecte et de cotisation pour R2 et R3,
2. Un système de remboursement et de facturation,
3. Une application USSD permettant aux prestataires de soins et aux membres de vérifier leur éligibilité,
4. Le TLS (Traffic Light System) pour le suivi en temps réel.

En parallèle, le deuxième groupe de travail se concentrera sur le Registre Social Unifié (RSU). Ce système est essentiel pour le ciblage et la gestion du R2. Sans ce registre, il serait pratiquement impossible d'atteindre cette population. Son développement commencera dès maintenant, en parallèle du premier groupe, pour qu'il soit pleinement fonctionnel à partir de la deuxième année.

Phase 2 – Secteur formel (R1)

Le troisième groupe de travail portera sur le secteur formel, plus précisément sur le système de collecte des cotisations du régime R1. Bien qu'il soit planifié en parallèle avec les autres groupes, ce chantier prendra plus de temps en raison du nombre important de parties prenantes impliquées.

Nous devons collaborer étroitement avec des institutions clés telles que la CNPS, la CRCT et la DGI, afin de récupérer, migrer et assainir les données nécessaires. Ce processus de nettoyage de données pourrait constituer un goulot d'étranglement important, susceptible de ralentir considérablement le projet.

En conséquence, le délai estimé est de 12 à 14 mois, englobant la conception, le développement et l'ensemble des intégrations nécessaires. Toutefois, en cas de forte collaboration institutionnelle, cette durée pourrait être réduite jusqu'à 60 %.

SECTION 11: CONCLUSION GÉNÉRALE

La présente étude de faisabilité a permis de démontrer que la mise en œuvre d'une Couverture Santé Universelle (CSU) au Tchad est à la fois une nécessité sociale et un défi opérationnel complexe. Face à des indicateurs de santé alarmants, un taux de couverture actuel quasi inexistant (0,2 %), et une population majoritairement active dans le secteur informel, la transformation du système de santé tchadien nécessite une réponse globale, intégrée et pragmatique.

L'approche retenue repose sur la mise en place d'un écosystème numérique structurant, capable de soutenir l'ensemble des fonctions critiques : enrôlement des ménages, collecte des cotisations, gestion des prestations de soins, traitement des factures, et pilotage stratégique en temps réel. Toutefois, il a été clairement établi que la technologie seule ne suffira pas. Le succès de la CSU dépendra d'une gouvernance partagée et renforcée, d'une meilleure coordination institutionnelle, d'une implication active des autorités locales et d'une mobilisation communautaire forte.

La feuille de route proposée préconise un déploiement progressif en deux phases, avec une priorité accordée au secteur informel, en s'appuyant sur les infrastructures existantes et des solutions adaptées au contexte (cartes QR code, mobile money). Le renforcement du Registre Social Unifié (RSU), la résolution des dettes pharmaceutiques, l'amélioration de l'offre de soins, ainsi que la modernisation des processus de gestion des ressources humaines et financières, sont des prérequis essentiels pour garantir la viabilité du système.

En définitive, la réussite de la CSU au Tchad repose sur un double engagement : celui des institutions à jouer pleinement leur rôle dans un cadre de gouvernance clair et celui des communautés à adhérer massivement au système. La technologie est un accélérateur de transformation, mais seule une responsabilité collective permettra d'atteindre les objectifs d'accès équitable et durable aux soins pour l'ensemble des citoyens tchadiens d'ici 2030.