



**CONFERENCE INTERAFRICAINNE DES MARCHES D'ASSURANCES
(CIMA)**

**INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES
B.P 1575 YAOUNDE – Tél :(+237) 22 20 71 52 – FAX : (+237) 22 20 71 □**

E-mail : ia@cameroun.com

**Site web : <http://www.iicameroun.com>
Yaoundé/Cameroun**



**RAPPORT DE STAGE
POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE MAÎTRISE EN SCIENCES ET
TECHNIQUES D'ASSURANCES (MST-A)**

(Cycle II 10^{ème} promotion 2010 – 2012)

THEME :

**CONCEPT DE COUVERTURE UNIVERSELLE EN SOINS DE SANTE.
ETUDES DE FAISABILITE DE
L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE (AMU) : CAS DU TCHAD.**

Présenté et soutenu par :

DJAGUENANG Malmé

Sous la direction de :

NADJIADOU M KOULENGAR Mathias

Chef de Service Prévoyance Sociale

à la STAR Nationale sa

Diplômé du cycle supérieur de l'IIA.

Novembre 2012

DEDICACE

A mon feu père :

- ✓ **MALME BAGDRA Michel** qui n'a pas pu goûter le fruit de ce qu'il a semé;

A ma mère :

- ✓ **OUSMAL NGAWAL Lucienne** qui m'a donné une bonne éducation ;

A mon épouse :

- ✓ **BETELEM Bernice** pour son soutien sans faille et son sens de responsabilité durant mon absence ;

A mes enfants :

- ✓ **DOUGOUDONG MALME Elvis** ;
- ✓ **AGUELE OUSMAL MALME**;
- ✓ **TIMEWOLWA MALME Eltsine** ;
- ✓ **ARIGN MALME Bétika**.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à l'endroit :

✓ de toute l'Administration de l'Institut International des Assurances et le Corps enseignant pour l'encadrement dont nous avons bénéficié ;

✓ de l'ensemble des dirigeants de la Société Tchadienne d'Assurances et de Réassurances (STAR) Nationale sa et son personnel dont l'hospitalité et la cordialité nous ont marqué durant tout le moment de notre stage ;

✓ de mon maître de stage **NADJIADOUM KOULENGAR Mathias** qui n'a ménagé aucun effort pour la réalisation de ce document

✓ de mes frères et sœurs :

- **NOMDAKALANG MALME Bernardine ;**
 - **DILASSEM MALME Sophie ;**
 - **DARDAYN-KALANG MALME Clark ;**
 - **GOUSSONOU-HYE MALME Sylvie ;**
 - **DOURATCHINDIGUENANG MALME Modeste ;**
 - **WAIKOURNDI MALME ;**
 - **BASSEUNG MALME E et KOUDREBERE MALME;**
 - **GUYENG-PEUNA MALME Paulin;**
- pour leur amour et leur tendresse à mon égard ;

✓ de ma tante :

- **BOUBLANANG BAGDRA Marie ;**
- pour son soutien moral et spirituel ;

✓ de mes cousins :

- **BEKOUTOU Adrian ;**
 - **BERAMGOTO Matthieu ;**
 - **AMANE Edmond et MONG-NANG Salomon;**
- pour leurs soutiens indéfectibles ;

✓ de mes amis et compagnons qui ont été toujours proches de moi ;

Hommage à ma petite sœur, feu **DJAGLENANG MALME Léonie** connue sous le nom de **JACKIE**.

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

AMASOT :	Association pour le Marketing Social au Tchad
AMU :	Assurance Maladie Universelle
Auto :	Automobile
BAD :	Banque Africaine de Développement
BDM :	Bris de Machines
BM :	Banque Mondiale
CCAF :	Caisse de Compensation des Allocations Familiales
CEFOD :	Centre d'Etudes, de Formation et d'Orientation pour le Développement
CICA-RE :	Compagnie Commune de Réassurance des Etats membres de la CICA
CIMA :	Conférence Interafricaine de Marché d'Assurances
CNPS :	Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNUCED :	Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement
ECOSIT :	Enquête sur la Consommation et le Secteur Informel
EDP :	Excédent de plein
EDST :	Enquête Démographique et de Santé au Tchad
FACOB :	Facultative Obligatoire
FMI :	Fonds International Monétaire
FOSAP :	Fonds de Soutiens aux Initiatives d'Activités pour la Population
FNUAP :	Fonds des Nations Unies aux Initiatives de la Population
IACC :	Individuelle Accidents
IARD :	Incendie, Accident, Risques Divers
IIA :	Institut International des Assurances
INSEED :	Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques

IPPTE :	Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés
MSP :	Ministère de la Santé Publique
OMD :	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PCPSL :	Pool de Coréassurance des Pays Sans Littoral
PFA :	Préservatrice Foncière Assurances
PMD :	Prime Minimum de Dépôt
PNLS :	Programme National de Lutte contre le Sida
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
RA :	Risques Annexes
RAMU :	Régime de l'Assurance Maladie Universelle
RD :	Risques Divers
RGPH :	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SAFAR SA :	Société Africaine d'Assurances et de Réassurances sa
SIDA :	Syndrome Immunodéficience Acquis
SMAC :	Société Mutuelle d'Assurances des Cadres
SNRP :	Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté
STAR Nationale sa :	Société Tchadienne d'Assurances et de Réassurances Nationale
TRC :	Tous Risques Chantiers
TRE :	Tarif de Risque d'Entreprises
TRI :	Tous Risques Informatiques
TRM :	Tous Risques Montages
UNFPA :	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF :	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
VIH :	Virus Immunodéficience Humain
XL/XS :	Excédent de sinistres

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau n°1</u> : Population ayant accès à tout moment et à un coût abordable aux médicaments essentiels	30
<u>Tableau n°2</u> : Personnel de santé (2000-2009)	31
<u>Tableau n°3</u> : Evolution des dépenses publiques en santé (1998-2003)	35
<u>Tableau n°4</u> : Sources de financement du secteur de la santé en 2000)	36
<u>Tableau n°5</u> : Evolution de l'allocation des dépenses publiques en santé	37

LISTE DES FIGURES

<u>Figure n°1</u> : Organigramme	05
<u>Figure n°2</u> : Taux de mortalité due au paludisme pour 100.000 habitants (2006)	32
<u>Figure n°3</u> : Prévalence de la tuberculose pour 100.000 habitants (2007) pour les années 2000 -2008	33
<u>Figure n°4</u> : Pourcentage des personnes âgées de 15-49 ans vivant avec le VIH/SIDA (2007)	34
<u>Figure n°5</u> : Distribution des causes de décès parmi les enfants de moins de 5 ans (2008)	34
<u>Figure n°6</u> : Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses publiques de santé	36

SUMMARY

Social protection schemes inherited from colonization benefit a segment of the population that is to say, workers only excluding informal and agricultural sectors. However, only very early after independence, these systems have begun to show their limitations. Because Africa has over 80% of the rural population is therefore a need for a social protection system must take into account the needs of all layers without distinctions.

Like other African countries south of the Sahara and the former French colony, Chad has inherited the same social protection system. Because these plans inherited from colonization are not designed for Africans, some young African states will begin to question and thus in the 2000s, they will try to think about a concept that must integrate their current concern to the achievement of Millennium Development Goals (MDGs) by 2015.

Despite all the shortcomings of existing social protection schemes in health, the Chadian state is heckled and why he adopted two (02) strategic plans in 2003 and 2006 he undertook to address three (3) challenges.

Despite the efforts of the State three (03) years, the health indicators are still red after the latest report on the UNDP Human Development Index (HDI) which ranks in Chad 175th out of 182 countries in the world with 55% of its population lives below the poverty line.

However, the General Assembly of the World Health Organization (WHO) held in Tanzania in 2005 encourages states to cover the Universal Health Insurance is defined as access for all to adequate health care at an affordable price some African countries such as South Africa, Ghana and Rwanda are very advanced and the results are satisfactory as health indicators are encouraging. These countries are followed by other African countries namely Cote d'Ivoire, Benin, Nigeria, Burkina Faso, Senegal and soon in Togo.

So Chad is called to follow in the footsteps of those colleagues who have already begun the process of implementation of Universal Health Insurance which aims to provide health care to all without discrimination.

SOMMAIRE

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES	vi
SUMMARY	vii
AVANT PROPOS	ix
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE :.....	1
DESCRIPTION DES ORGANES DE DECISION ET D'EXECUTION DE LA STAR NATIONALE S.A ET LE DEROULEMENT DU STAGE.....	1
CHAPITRE 1 : LES ORGANES DE DECISION ET D'EXECUTION DE LA STAR NATIONALE S.A	4
Section 1 : Les organes de décision.....	4
Section 2 : Les organes exécutifs et de gestion.....	6
CHAPITRE 2 : LE DEROULEMENT DU STAGE	15
Section 1 : La présentation de la STAR Nationale s.a et la prise de contact avec le Chef de Service Administratif et des Ressources Humaines	15
Section 2 : Le déroulement du stage.....	16
Section 3 : Les difficultés rencontrées au cours du stage	18
Section 4 : Les remarques et suggestions.....	21
DEUXIEME PARTIE :	24
ANALYSE DU CONCEPT DE COUVERTURE UNIVERSELLE EN SOINS DE SANTE ET SA FAISABILITE AU TCHAD.....	24
CHAPITRE 1 : L'INTRODUCTION DES REGIMES DE PROTECTION SOCIALE, LEUR RESTRICTION ET LA PROBLEMATIQUE DE SOINS DE SANTE AU TCHAD	25
Section 1 : L'introduction des régimes de protection sociale au Tchad.....	25
Section 2 : Les limites du système de couverture sociale.....	27
Section 3 : La problématique de soins de santé au Tchad.....	29
CHAPITRE 2 : LA CREATION D'UN SYSTEME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE.....	42
Section 1 : Les différentes approches selon les pays africains et les objectifs poursuivis.....	42
Section 2 : L'organisation et le fonctionnement de l'AMU	46
Section 3: Les avantages du régime d'assurance maladie universelle et les difficultés dans l'application de ce programme	48
CONCLUSION GENERALE	50
BIBLIOGRAPHIE :	52
TABLE DES MATIERES	55

AVANT PROPOS

Il est de tradition pour les étudiants de l'Institut International des Assurances du cycle II de diplôme de Maîtrise en Sciences et Techniques d'Assurances (MST-A) de présenter un rapport de fin de formation après avoir passé dix huit (18) mois de cours théorique et six (06) mois de stage pratique dans une société d'assurance ou organismes, en vue de l'obtention dudit diplôme.

A cet effet, nous avons eu le privilège de passer notre stage à la Société Tchadienne d'Assurances et de Réassurances (la STAR Nationale sa) pendant cinq mois et demi (5, ½) pour la période allant du 03 mai au 18 octobre 2012.

Notre rapport comporte deux (02) parties:

- ✓ La première est descriptive car elle consiste à présenter la société avec ces différents organes de décision et d'exécution;
- ✓ La seconde est analytique dans la mesure où elle est axée sur le thème en question.

Sur ce, nous demandons votre indulgence pour des erreurs et imperfections que vous aurez à déceler au moment de votre lecture car « toute œuvre humaine n'est jamais parfaite ».

INTRODUCTION GENERALE

Le Tchad est un pays qui vient de loin, qui a connu plus de cinq (05) décennies de déstabilisation qui lui ont causé énormément du tort.

Sur le plan économique, le Tchad reste encore un pays très pauvre malgré l'exploitation de son bassin pétrolier de Doba en octobre 2003 dont le pipeline souterrain va jusqu'à la côte de Kribi (Cameroun) et celle du bassin de Bongor avec une mini raffinerie à Djarmaya (Tchad) en décembre 2011. Son système de santé peu performant est dû essentiellement à l'insuffisance des ressources humaines qualifiées, d'infrastructures sanitaires et d'équipements médicaux limités.

Au Tchad, l'accès au service de base notamment celui de la santé demeure un luxe pour une grande majorité de la population et résulte des indicateurs sociaux les plus médiocres. L'espérance de vie de 48 ans en 2000 serait en réalité bien en deçà si l'on tient compte de l'impact de VIH-SIDA. La mortalité infantile mesurée par la probabilité pour un enfant de ne pas atteindre sa cinquième année (200‰) est élevée et supérieure à la moyenne de l'Afrique subsaharienne (174‰). S'agissant des services de santé, on estime qu'une femme parcourt en moyenne 23 km pour accéder à un centre de santé (Banque Mondiale, 2004). Ces indicateurs ne font que refléter la situation globale du pays qui est l'un des pays pauvres au monde. Le Tchad fait partie des pays à faible développement humain et le rapport mondial sur le développement humain (PNUD, décembre 1996) le classe au 167^{ème} rang sur 177 pays du classement mondial et 55% de sa population vit en dessous du seuil de pauvreté.

Sur ce, le Gouvernement du Tchad, en adoptant en juin 2003 et en octobre 2006 un cahier de charges dénommé la Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté (SNRP), s'engageait à relever trois (3) défis majeurs :

- ✓ le défi d'une extrême paupérisation qui maintenait le pays au plus bas de l'échelle du développement humain ;
- ✓ le défi de la faiblesse des capacités de répondre à la pauvreté et enfin ;
- ✓ le défi des contraintes structurelles qui entravent l'accès de la population aux aspirations essentielles du développement humain durable. C'est aussi la concrétisation de l'engagement du Tchad à l'Initiative en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (IPTE) et à atteindre les huit (8) Objectifs du Millénaire pour le

PREMIERE PARTIE :

DESCRIPTION DES ORGANES DE DECISION ET D'EXECUTION DE LA STAR NATIONALE S.A ET LE DEROULEMENT DU STAGE.

Cette première partie comporte deux (02) chapitres dont :

- ✓ le chapitre un (01) parle des organes de décision et d'exécution de la STAR Nationale s.a;
- ✓ le chapitre deux (02) s'attèle sur le déroulement du stage

Développement (OMD)¹ à l'horizon 2015. Trois (3)² des huit (8) Objectifs du Millénaire pour le Développement sont consacrés à la santé. Il est question de réduire la mortalité infantile, d'améliorer la santé maternelle et de combattre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies.

Malgré cet effort du gouvernement tchadien, la situation sanitaire du Tchad est plutôt moins bonne que celle des autres pays d'Afrique subsaharienne et l'évolution dans le temps des indicateurs de santé du pays ne laisse pas beaucoup d'espoir pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) à l'horizon 2015. Cela se confirme par le tout dernier rapport³ mondial sur le développement humain qui le classe au 175^{ème} rang sur 182 pays et 55% de sa population vit en dessous du seuil de pauvreté. Au lieu d'avancer, le Tchad ne fait que reculer malgré les stratégies mises sur place pour pouvoir lutter contre cette pauvreté et améliorer l'accès aux soins de santé à toutes les couches sociales.

Pour ce faire, le Tchad doit expérimenter l'idée de l'Assemblée Mondiale de la Santé de 2005 qui a appelé les systèmes de santé à évoluer vers la *couverture de santé universelle*⁴ définie comme l'accès pour tous à des soins de santé appropriés à un prix abordable. Cette Assemblée Générale de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) encourage les Etats vers une couverture de **l'Assurance Maladie Universelle** dont certains pays africains tels que l'Afrique du Sud, le Ghana et le Rwanda sont très avancés et les résultats sont satisfaisants car les indicateurs de santé sont à encourager. Ces pays sont suivis par d'autres pays africains à savoir la Côte d'Ivoire, le Bénin, le Nigeria, le Burkina, le Sénégal et bientôt au Togo.

Notre rapport de stage dont le thème de réflexion est « *concept de couverture universelle des soins de santé. Etudes de faisabilité de l'Assurance Maladie Universelle : cas du Tchad* », comporte deux parties, la première est descriptive puis la seconde analytique.

¹ Assemblée Générale de New-York, 2000.

² Les objectifs 4 ; 5 et 6

³ PNUD, décembre 2011

⁴ Recommandation de l'Assemblée Générale de l'Organisation Mondiale pour la Santé Tanzanie, 2005.

CHAPITRE 1 : LES ORGANES DE DECISION ET D'EXECUTION DE LA STAR NATIONALE S.A

La Société Tchadienne d'Assurance et de Réassurance s.a (STAR Nationale s.a) est la première société de droit national. Elle est régie par l'ordonnance n°09/PCSM/SGG/77 du 23 juin 1977 portant organisation de l'industrie des assurances en République du Tchad, remplacée par le code CIMA en juillet 1992. Créée par ordonnance n°10/PCSM/SGG/77 du 22 juillet 1977 et opérationnelle le 01 janvier 1978, elle a été privatisée en 1996. La STAR Nationale s.a a de la peine à se scinder en une société non vie et une société vie conformément aux dispositions de l'article 300 du code CIMA. Toutefois, un effort est entrain d'être fait pour se conformer à cette réglementation.

S'agissant de son organigramme, une étude du Cabinet d'Investissement, d'Assistance et de Développement (CIAD)⁵ de Dakar (Sénégal) a proposé un nouvel organigramme à la STAR Nationale s.a qui a pris effet le 02 mai 2011. Nous n'allons pas décrire les activités de chacun de ces services mais seulement ceux auxquels nous avons eu le privilège de passer notre stage.

Section 1 : Les organes de décision

Ils sont au nombre de deux (02) à savoir :

- ✓ l'Assemblée Générale ;
- ✓ le Conseil d'Administration.

Paragraphe 1 : L'Assemblée Générale

C'est l'organe de décision suprême, composé de tous les actionnaires.

Paragraphe 2 : Le Conseil d'Administration

Composé de neuf (09) membres élus parmi les actionnaires. Il est investi d'un large pouvoir de décision et de contrôle par l'Assemblée Générale. Ces membres ont un mandat de trois (03) ans renouvelables. Il est dirigé par un Président du Conseil d'Administration. Le Conseil d'Administration se tient deux (02) fois l'an en session ordinaire mais, il peut se tenir également en session extraordinaire en cas de nécessité.

⁵ *Cabinet Cissé*

ORGANIGRAMME DE LA STAR NATIONALE S.A

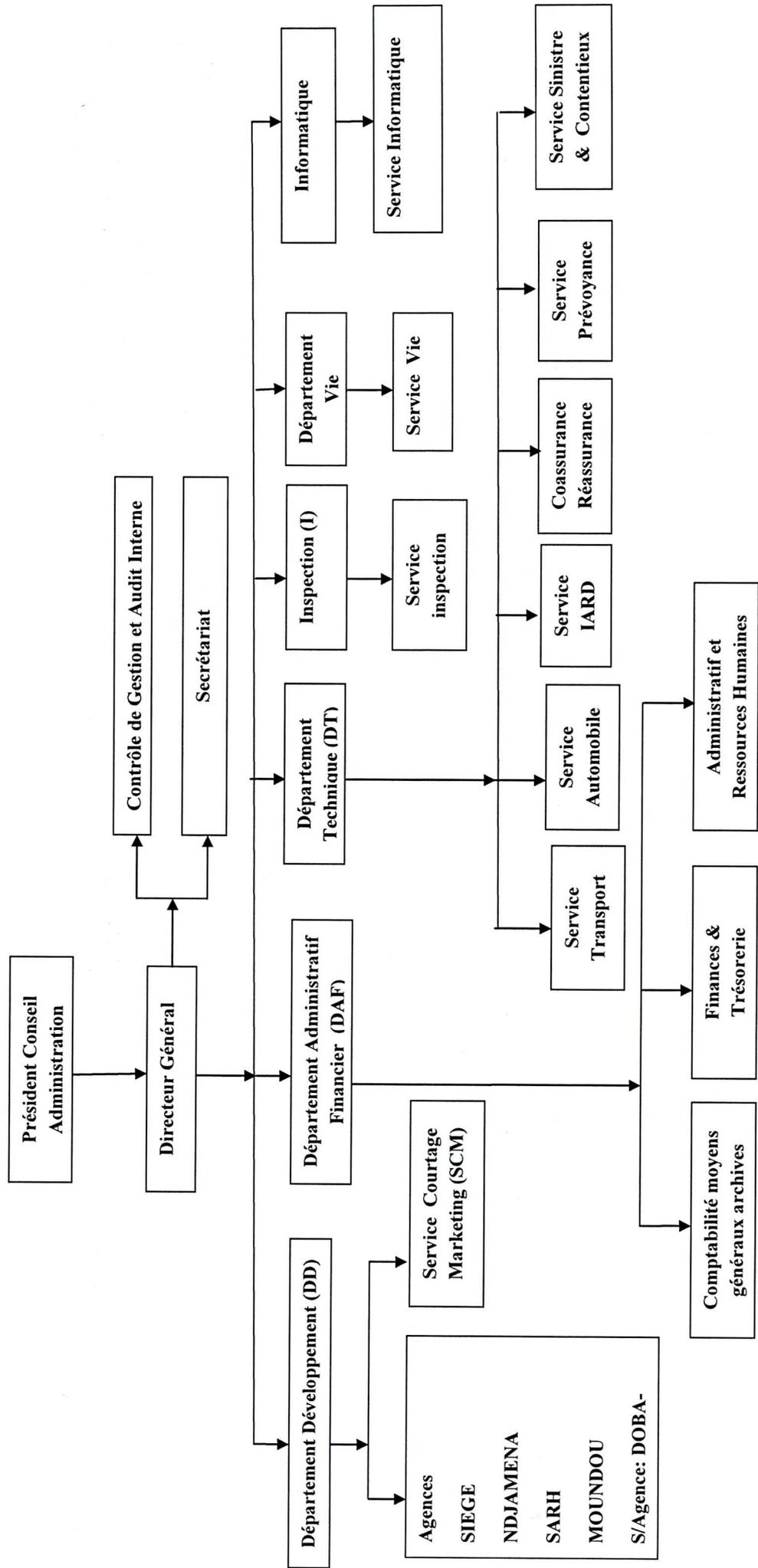


Figure : 1

Section 2 : Les organes exécutifs et de gestion

Nous allons parler uniquement de la Direction Générale (DG) et les trois (03) autres Départements dont nous avons réellement passé le stage en l'occurrence le Département Administratif et Financier (DAF), le Département Technique (DT) puis le Département Vie.

Paragraphe 1 : La Direction Générale

La Direction Générale est l'organe exécutif suprême chargé d'appliquer les différentes orientations du Conseil d'Administration dans la gestion de l'entreprise. Elle est chargée de :

- ✓ coordonner et contrôler les activités des différents services ;
- ✓ élaborer des stratégies ;
- ✓ fixer les objectifs à atteindre compte tenu des décisions et orientations du Conseil d'Administration ;
- ✓ conduire le processus de transformation de la société en deux (02) sociétés non vie et vie.

Paragraphe 2 : Les Départements

Il y a plusieurs Départements mais nous n'allons pas tous les étudier en détails à l'exception de ceux que nous avons réellement parcourus tels que le Département Administratif et Financier, le Département Technique et le Département Vie.

2.1 Le Département Administratif et Financier

Le Département Administratif et Financier détient toutes les informations administratives et financières. Il est le baromètre pouvant indiquer la situation financière de l'organisation à travers ses rapports avec les différents partenaires qui sont les sinistrés, les fournisseurs, l'Etat, etc. Il est piloté par un Chef de Département chargé de coordonner et gérer les différents flux administratifs et financiers au sein de l'entreprise à travers ses trois (03) services qui sont :

- ✓ service de comptabilité et moyens généraux archives ;
- ✓ service de finances et trésorerie ;
- ✓ service administratif et ressources humaines ;

2.1.1 Le service de la comptabilité et moyens généraux archives

Ce service est basé sur le système centralisateur qui obéit aux trois (03) types de comptabilités à savoir :

- ✓ la comptabilité divisionnaire : répartit des tâches par la création de plusieurs journaux divisionnaires dont l'enregistrement des opérations se font au jour le jour ;
- ✓ la comptabilité centralisation : à la fin de chaque mois, on centralise toutes les données issues de la comptabilité divisionnaire pour compiler une comptabilité générale;
- ✓ la comptabilité générale : c'est la création des grands livres généraux dont on reporte les données issues de la centralisation qui permettront à établir des états financiers.

2.1.2 Le service des finances et trésorerie

Ce service s'occupe de tous les aspects financiers comme la trésorerie liée aux opérations bancaires et celles d'entrée et sortie de caisse. Il s'occupe aussi de la gestion des biens de la Société et en principe de placement.

2.1.3 Le service administratif et ressources humaines

Ce service veille à l'organisation administrative et à la gestion du personnel. La STAR Nationale s.a a un effectif de quatre vingt onze (91) agents toutes catégories confondues.

2.2 : Le Département Technique

Il regroupe les Services de Transport, Automobile, Incendie et Autres Risques Divers, Prévoyance Sociale, Réassurance et Sinistre & Contentieux.

Sur ce, nous allons parler brièvement des activités de chacun de ces six (06) services dont nous avons eu à effectuer un stage pratique de **cinq mois et demi (05,1/2) pour la période allant du 03 mai au 18 octobre 2012** selon le programme en annexe.

2.2.1 Le Service Automobile

Ce service est l'un des services le plus important du Département Technique. Il s'occupe de la production automobile. Il est assuré par les agents producteurs au nombre de (06) sous la conduite du Chef de Service.

Rendu obligatoire au Tchad par l'ordonnance n°02/65 du 13/02/1965, l'assurance responsabilité civile automobile est le produit le plus connu des usagers à cause de son caractère obligatoire.

Les différentes garanties automobiles proposées aux assurés sont :

- ✓ la garantie responsabilité civile automobile;
- ✓ les garanties autres risques⁶ automobiles : dommages, vol, incendie;
- ✓ la garantie sécurité routière.

Le tarif appliqué est le tarif minima d'assurance de responsabilité civile des véhicules terrestres à moteurs, leurs remorques et semi-remorques fixé par l'arrêté n°0246/MF/SG/DGT/DFEOST/DA/05 du 12 décembre 2005. En fonction de leur usage et de leurs caractéristiques, les véhicules sont répartis en dix (10) catégories correspondant à dix (10) tarifs. Le logiciel « ORASS » du groupe « ORSIS⁷ » est utilisé depuis 2007 par le service production de l'assurance automobile.

2.2.2 Le Service Transport

Le service transport dispose quatre (04) produits d'assurances à savoir :

- ✓ le **transport de facultés terrestre ou le transport de marchandises** par route c'est-à-dire par camion, voie ferrée;
- ✓ le **transport de facultés maritime ou le transport maritime** c'est-à-dire le transport des marchandises par voie de mer ;
- ✓ le **transport de facultés aériennes ou le transport des marchandises par avion** ;
- ✓ le **corps aviation** est une garantie qui couvre le corps (aéronefs) transporté et les dégâts causés à autrui.

⁶ Les garanties Bris de glace, tierce complète et tierce collision ne figurent pas au tarif mais sont paramétrées dans le logiciel « ORASS »

⁷ Basé au Maroc

L'obligation d'assurance sur facultés est instituée par le décret n°736/PR/MFM/DG/SCA/85 du 19 novembre 1985, portant application aux facultés ou marchandises à l'importation dont la valeur Coût-Assurance-Frêt (CAF) atteint cinq cent mille (500.000) francs CFA. Le service transport renferme quatre (04) personnes dont le chef de service. Il s'occupe des contrats d'assurance des marchandises transportées par voie de terre et maritime sur facultés. Les différents types de contrats sont : police au voyage, police à l'abonnement, police à alimenter. Les différentes garanties proposées au public sont : « Tous risques » et « Francs d'Avarie Particulière » sauf (FAP Sauf).

Etant donné que le Tchad est un pays enclavé, il est contraint de passer par les ports de Douala, Cotonou ou Lagos pour le transport de ses marchandises. Certes, ce service a conçu un tarif pour faciliter la souscription des contrats sans référence automatique aux services du siège mais la plupart de sa cotation est faite par ses courtiers en ce qui concerne certains risques techniques. C'est un service qui produit et règle ses sinistres dans les limites de ses compétences.

Contrairement à l'arrêté n°19/MFM/MEC/DG/SCA/86 du 02 avril 1986 dans son article 3 stipule que : « les marchandises ou facultés transportées doivent être garanties depuis le port ou l'aéroport d'embarquement jusqu'au point de livraison au Tchad ». Mais en réalité, cette loi tchadienne est foulée au pied par les grandes filiales occidentales dans ce sens où le transport a une dimension internationale et le Code CIMA même reste muet devant cette situation. Voire les hommes d'affaires Tchadiens ne se soumettent pas à cette loi car chaque jour, il y a de tonnes de marchandises qui entrent à N'Djaména sans assurance et les compagnies d'assurances n'ont que les yeux pour pleurer.

2.2.3 Le Service Incendie et Autres Risques Divers

Les diverses garanties proposées au public sont : l'incendie proprement dit, la responsabilité civile générale (responsabilité civile chef d'entreprise, responsabilité civile chef de famille, responsabilité civile professionnelle, responsabilité civile professions médicales et paramédicales, responsabilité civile profession pharmaciens, responsabilité civile vétérinaires, etc.), vol, dégâts des eaux, bris de machines, bris de glace, Tous Risques Informatiques (TRI), Tous Risques Chantiers et Montages (TRCM), bris de glace, Responsabilité Civile Décennale. Ces garanties sont regroupées dans des contrats multirisque habitation, multirisque bureau, multirisque professionnel, multirisque commerciale, multirisque

industrielle, global dommage, global banque, etc. Le tarif appliqué est le « tarif bleu » car pour de raison technique, ce service ne peut utiliser le tarif de la « TRE »⁸. En rappel, le taux pris dans le « tarif bleu » est directement applicable sans chargement contrairement au tarif de « TRE » dont les taux de base sont chargeables avant l'application. A propos de la taxe d'enregistrement, le taux applicable est de 30%.

Parmi toutes ces garanties, sauf « tous risques chantiers et montages » et « responsabilité civile décennale » sont rendues obligatoires par le **décret n°737/PR/MFM/DG/SCA/85** du 19 juillet 1985. Pour les autres garanties, le tarif est facultatif et dépend de la politique de chaque société. La STAR Nationale sa applique le « tarif de Mutuelle GROUPAMA⁹ » en ce qui concerne les garanties «Bris de Machine » et « Tous Risques Informatiques » car dans la TRE, le taux ne concerne que les accessoires de ces garanties. Le Service incendie est composé de deux (02) personnes y compris le Chef de Service.

2.2.4 Le Service Prévoyance Sociale

Le service prévoyance sociale compte quatre (04) agents dont le chef de service.

Les différents produits proposés par le service de la prévoyance au public sont :

- ✓ **L'assurance maladie groupe** qui garantit le remboursement des frais médicaux engagé pour la maladie, l'accident ou la maternité à un taux de prestation convenu d'avance. Elle garantit par ailleurs, la chirurgie, les maladies ordinaires, les soins dentaires, les frais funéraires, l'optique et éventuellement une évacuation sanitaire plafonnée à un capital de trois millions cinq cent francs (3.500.000) FCFA ;
- ✓ **L'individuelle accidents** garantit le paiement des indemnités prévues au contrat en cas d'accident subi par l'assuré. Les risques garantis sont le décès, l'invalidité permanente, l'incapacité temporaire et les frais médicaux.
- ✓ **La responsabilité civile** (RC scolaire, RC sportive,) a pour objet de garantir les conséquences des accidents causés aux tiers ou éprouvés par les élèves ou bien les sportifs au cours de leurs activités ou encore de leurs trajets.

⁸ Tarif de Risques d'Entreprises

⁹ Mutuelle française

- ✓ **L'assurance voyage ou assistance voyage appelée Assurance Mixte Particulier** garantit le rapatriement du corps en cas de décès de l'assuré, le remboursement des frais médicaux et accessoires, en dehors du territoire national. Il faut rappeler que cette garantie est rendue obligatoire dans l'espace « Shengen¹⁰ » pour tous ceux qui désirent voyager ou qui sont de transit dans cet espace. D'ailleurs l'obtention de visa est conditionnée par la souscription préalable de cette garantie. Par contre, dans d'autres espaces, elle est facultative.

Il faut souligner que l'assurance maladie est gérée avec légèreté surtout en ce qui concerne l'assurance maladie souscrite par la Société Cotontchad. Peut-être que cette Société est actionnaire dans la Star Nationale s.a et bénéficie de deux (02) sièges au sein du Conseil d'Administration ?

2.2.5 Le Service Sinistre et Contentieux

Les principales tâches consistent à :

- ✓ enregistrer de manière régulière toutes les déclarations faites par les assurés, souscripteurs de contrats ou par toute autre personne intéressée par le règlement ;
- ✓ envoyer des lettres d'informations aux victimes ou aux ayants-droits en vertu des articles 240 et suivant du Code CIMA¹¹ ;
- ✓ régler dans les délais prescrits les dossiers sinistres ;
- ✓ suivre efficacement les dossiers contentieux ayant un caractère technique, au besoin, assister d'un avocat ;
- ✓ communiquer à la production, les noms de tous les assurés ayant commis un accident dans l'année, en vue de l'application de malus au renouvellement ;
- ✓ centraliser les données sinistres des agences vers le siège à savoir les sinistres déclarés, leurs évaluations, les payés et non payés ;
- ✓ mettre en cause l'assureur adverse dès qu'une déclaration est faite.

Le règlement du sinistre se fait sur la base des pièces justificatives ou après expertise. Dans tous les cas, qu'il s'agisse des dommages corporels ou matériels, une fiche de règlement définitif du sinistre est établie et soumise à l'appréciation du Chef de Département Technique. Après l'approbation de la fiche, une quittance de règlement est établie en vue de paiement. Le paiement peut être fait en espèce, par chèque ou par compensation d'une dette.

¹⁰ Les pays membres de la Communauté Européenne.

¹¹ Législation unique pour l'espace de la zone franc

Le service sinistre et contentieux travaille en étroite collaboration avec les tribunaux, les avocats, les médecins, la brigade des constats de la police et autres. Il est à noter que ce service règle, exception faite de la branche vie, de transport et de la prévoyance sociale, tous les autres sinistres.

2.2.6 Le Service de Réassurance

Le service de Réassurance a deux (02) plans de réassurance dont :

- ✓ l'un lié par un traité de rétrocession incendie d'une part, et d'autre part par un traité de réassurance transport conclus d'un commun accord entre les parties. Ce traité est dénommé « Pool¹² de Coréassurance des Pays Sans Littoral (PCPSL) » ;
- ✓ l'autre est lié par les traités (conditions générales) et le slip (conditions particulières) de réassurance avec des codes bien spécifiés de chacun des réassureurs relatif à toutes les émissions.

Pour toutes affaires placées en réassurance facultative, la STAR Nationale se passe par son intermédiaire qui est Atlas Reinsurance Consultants « ARC¹³ » qui fait la cotation. Après avoir examiné le Département Technique, nous examinerons le Département Vie.

2.3 Le Département Vie

Il faut rappeler que par rapport au principe de la spécialisation exigé par le Code CIMA dont la séparation des branches IARD et VIE, la STAR Nationale traîne encore les pas. Mais en attendant la création de cette Société Vie, ce Département s'en charge de liquider les affaires courantes. Il fonctionne avec un seul service.

2.3.1 Le Service Vie

Ce service est composé deux (02) agents y compris le Chef de Service. Les principaux produits sont :

- ✓ **l'assurance épargne et retraite** garantit en cas de vie de l'assuré au terme de contrat, le paiement d'un capital égal au montant atteint par le compte retraite et en cas de décès ou d'invalidité permanente et total (IPT) de l'assuré avant le

¹² Groupement des producteurs qui s'entendent momentanément pour continger la production

¹³ Basé en Tunisie

terme au bénéficiaire d'un capital tel qu'il est prévu aux conditions particulières augmenté de la valeur du compte retraite évaluée à la date du décès. La souscription des nouveaux contrats est interdite.

- ✓ **l'assurance collective décès invalidité** est souscrite par l'organisme prêteur ou banque au profit des emprunteurs de crédit. Ce produit est le plus vendu actuellement.
- ✓ **l'assurance groupe décès** est souscrite par les entreprises au profit de leurs employés en cas de décès ou d'invalidité. Tous les contrats sont entrain d'être liquidés.

Il faut aussi rappeler que, ce Département travaillait manuellement pour le traitement de ses dossiers jusqu'en juin 2012 avant d'intégrer le logiciel de gestion dénommé « LOGIVIE ». En ce moment, ce Département éprouve beaucoup des difficultés pour s'adapter à ce nouvel outil de travail car certains paramètres lui font défaut puis il y a de temps en temps la perturbation du réseau. Ce désagrément entrave sérieusement le traitement des dossiers des clients qui viennent souvent.

Pour l'instant, ce Département Vie ne gère rien que les portefeuilles existants car la CRCA lui a interdit de souscrire des affaires nouvelles jusqu'à l'obtention de son agrément.

La STAR Nationale s.a a noué de partenariat avec plusieurs sociétés d'assurance à travers le continent africain et est appuyée par des grands réassureurs¹⁴ reconnus au niveau mondial. Ensuite, elle collabore également avec les filiales des grands courtiers¹⁵ installées au Tchad.

La STAR Nationale s.a a un réseau de distribution de ses produits à travers ses agences qui sont réparties dans l'ensemble du territoire. Il s'agit de :

- ✓ Agence de N'Djaména ;
- ✓ Agence de Moundou ;
- ✓ Agence de Sarh ;
- ✓ Sous Agence de Pala ;
- ✓ Sous Agence de Doba ;
- ✓ Antenne de Bongor ;

¹⁴ CICA-RE ; CONTINENTAL-RE ; AFRICA-RE

¹⁵ Gras-Savoie, ASCOMA, ARC

✓ Antenne de Léré.

Après avoir défini les attributions de certains Départements de la STAR Nationale s.a auxquels nous avons eu à passer notre stage, nous allons donner une description sur le déroulement du stage.

CHAPITRE 2 : LE DEROULEMENT DU STAGE

L'obtention du diplôme de fin d'étude à l'Institut International des Assurances est soumise à la rédaction et la soutenance d'un rapport de stage pour tout étudiant au cycle de Maîtrise en Sciences et Techniques d'Assurances (MST-A). Un rapport à travers lequel « l'étudiant doit poser un problème lié à la structure d'accueil du stage ou à expliquer un phénomène ou une thématique dont la compréhension favorisera à une prise de décision par les responsables du lieu de stage »¹⁶.

Le stage est une période pendant laquelle une personne exerce une activité temporaire dans une entreprise en vue de parachever sa formation. Au cours de cette période, le stagiaire doit faire preuve de ses connaissances théoriques apprises à l'école. Cette première expérience ne pourra être accomplie sans sacrifice et difficultés majeures.

Section 1 : La présentation de la STAR Nationale s.a et la prise de contact avec le Chef de Service Administratif et des Ressources Humaines

Il serait logique que nous commençons à présenter d'abord la structure d'accueil avant d'en parler de la prise de contact avec les dirigeants de la Société.

Paragraphe 1 : La présentation de la structure d'accueil

Depuis plus de 30 ans, la Société Tchadienne d'Assurance et de Réassurances sa (STAR Nationale SA) est leader du marché tchadien d'assurances. Créée par Ordonnance n°10/PCSM/SGG/77 du 30 juin 1977, la STAR Nationale s.a était une société de droit national tchadien née sur les cendres des succursales des sociétés d'assurance françaises installées au Tchad. La STAR Nationale s.a a été privatisée en mars 1996, avec des participations étrangères à hauteur de 37,25% de son capital qui est d'un milliard (1.000.000.000 FCFA). Elle est devenue une société anonyme d'où l'appellation STAR Nationale sa. Elle est placée sous la tutelle du Ministère des Finances et est régie par le code des assurances des Etats membres de la CIMA (code CIMA).

Elle est logée dans un très bel immeuble construit en 1992 et située en plein capitale au quartier Résidentiel sur l'avenue Charles De Gaulle entre la Présidence de la République et l'Aéroport International Hassan Djamous. Elle est la première compagnie d'assurance de droit

¹⁶ Cf. : *Référentiel de l'IIA d'avril 2009 définissant les grands axes liés au mémoire professionnel et rapport de stage*

tchadien avec un chiffre d'affaires de plus de 5.000.000.000 FCFA selon le rapport de FANAF de 2010. La STAR Nationale s.a emploie actuellement plus de quatre vingt onze (91) agents toutes catégories confondues.

Paragraphe 2 : La prise de contact avec le Chef de Service Administratif et des Ressources Humaines

Etant donné que les stagiaires sont sous la surveillance de la Direction Nationale des Assurances (DNA), il serait normal que ce soit la DNA qui conduise les étudiants dans leurs structures d'accueil respectives selon son programme de répartition. C'est ainsi que le Responsable de Centre Professionnel de Formation à l'Assurance (CPFA) nous a conduit à la STAR Nationale s.a le 30 avril 2012 afin de nous mettre en contact avec le Chef de Service Administratif et des Ressources Humaines.

Section 2 : Le déroulement du stage

Nous avons commencé effectivement notre stage le 03 mai 2012 à 7h 00 au siège national de la STAR Nationale s.a. Il faut signaler au passage que le travail commence à 7h 00 et finit à 15h 00 mn sans pause.

Paragraphe 1 : Le planning du stage

Un planning de stage individuel était établi par le Chef de Service Administratif et des Ressources Humaines pour autoriser chaque étudiant à effectuer un stage pratique de cinq mois et demi (5,1/2) pour la période allant du 03 mai au 18 octobre 2012 selon le programme ci-annexé.

Paragraphe 2 : Le choix du thème et celui de l'encadreur

S'agissant du thème de rapport ou de mémoire, une note a été adressée par la Direction Générale de l'IIA aux sociétés de tous les pays membres de la Conférence Interafricaine de Marché d'Assurances (CIMA) de proposer des thèmes à l'IIA afin de permettre aux étudiants de choisir. Certains l'ont fait d'autres non et c'est le cas du Tchad qui n'a pas proposé des thèmes.

2.1 Le choix du thème

A défaut de proposition du thème par le Tchad, nous sommes obligés de choisir notre thème depuis Yaoundé et que nous avons soumis à la structure d'accueil. Ce thème a été amendé par le Département Technique et adopté.

2.2 Le choix de l'encadreur

De même, le choix de l'encadreur était laissé à l'appréciation du Département Technique. Le Chef de Département Technique Adjoint, en concertation avec ses Chefs de Services Techniques, nous ont désigné un encadreur au sein de leur cercle.

Paragraphe 3 : La méthodologie de recherche

Sur le plan méthodologique, le suivi de la santé pose problème dans la mesure où les informations font défaut, notamment pour apprécier l'évolution de la situation. Deux sources principales¹⁷ d'information seront utilisées :

- ✓ les sources nationales (les rapports du Ministère de la Santé Publique, les Journaux, les Revues, les rapports, les mémoires, les résultats des enquêtes, les archives de la STAR Nationale s.a, les Bibliothèques du CEFOD ainsi que les causeries-débats, les conférences, les documents officiels, INSEED¹⁸, PNLS), qui permettent de rendre de façon plus complète la situation, mais ne fournissent pas toujours d'indications sur l'évolution des phénomènes ;
- ✓ les sources sous-régionales et internationales (BEAC¹⁹, Banque Mondiale, OMS, UNICEF, FNUAP, FOSAP, AMASOT²⁰) dont les données rendent possible les comparaisons internationales, et parfois, de qualifier les évolutions. Le passage d'une source à l'autre relève parfois des difficultés, voire des contradictions. Mais la mise en perspective des données qui peuvent être réalisées grâce à la base de données de l'OMS, de l'UNICEF, du FNUAP, de FOSAP.

¹⁷ Sources nationales et internationales

¹⁸ Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques

¹⁹ Banque des Etats de l'Afrique Centrale

²⁰ Association pour le Marketing Social au Tchad

L'accès à certaines Organisations Non Gouvernementales et à certains Organismes Internationaux nécessite une certaine procédure administrative, qui n'est pas souvent facile. Toutefois, nous nous sommes référés à leurs sites pour collecter certaines données.

Section 3 : Les difficultés rencontrées au cours du stage

Les difficultés sont considérées comme des choses embarrassantes que nous devrions faire face lors de l'exécution d'une tâche. Cette épreuve constitue une expérience pour le stagiaire.

Paragraphe 1 : Dans l'application du planning

La STAR Nationale s.a n'accueille pas seulement les étudiants venant des écoles et instituts des assurances mais aussi les étudiants sortant des écoles et instituts universitaires d'autres filières²¹. Par conséquent, au moment où nous étions arrivés pour notre stage, la STAR Nationale s.a a accepté déjà quelques stagiaires recommandés par l'Office National de la Promotion de l'Emploi (ONAPE), créant ainsi une confusion. Conformément à notre programme, nous devons faire la rotation des services suivant notre planning préétabli. Malheureusement, lorsque nous avons fini dans un service et voulons aller dans un autre service, il y a souvent coïncidence avec les autres stagiaires et les Chefs du Service nous disent que c'est impossible de les déplacer car ils viennent de commencer. Toutefois, ce n'est pas la faute de Chefs de Service car ils nous confondent avec d'autres stagiaires malgré que nous nous présentons devant eux avec le programme à l'appui. En principe, à chaque fois que nous finissons dans un service, le Chef de Personnel doit nous présenter lui-même au Chef de Service suivant, malheureusement, c'est le stagiaire lui-même qui se présente. Alors, devant ce refus, nous tournons en rond. Cette façon de faire nous a rendu la situation un peu embarrassante. Nous étions contraints de faire recours aux Chefs de Département pour nous trouver une solution.

Paragraphe 2 : D'ordre technique

En ce 21^{ème} siècle où les progrès technologiques et scientifiques sont à la pointe, l'outil informatique semble très indispensable pour l'exécution des tâches pour une compagnie d'assurance qui se respecte. Alors, la STAR Nationale s.a ne pourra se soustraire des autres. Pour ce faire, une intégration des logiciels dans le cadre de son travail semble indispensable. Ceux-ci permettront d'effectuer un travail rapide, une économie de temps et accroître le

²¹ *Juristes, économistes, gestionnaires, comptables*

chiffre d'affaires. Toutefois, il faut également dire que l'intégration d'une telle technologie ne peut se faire sans difficultés.

2.1 L'utilisation des logiciels

Etant donné que la STAR Nationale sa veut obéir au principe de spécialisation, elle a acheté deux logiciels à savoir « ORASS »²² pour l'IARDT²³ et « LOGIVIE »²⁴ pour la branche vie qui, en principe, doivent prendre en compte tous les paramètres. Curieusement, nous constatons des difficultés dans leur application.

2.1.1 Le logiciel « ORASS »

Le logiciel intégré de gestion « ORASS » est confectionné uniquement pour la gestion des affaires IARDT exploité en réseau. Le service automobile a commencé à faire usage depuis 2007. D'autres services, par contre, ont intégré progressivement jusqu'en 2011. Cependant, ce logiciel pose un tout petit peu de problème dans certains services tels que le service réassurance et celui d'incendie. Nous avons constaté qu'il y a encore un problème de paramétrages qui manque rendant ainsi inexacte la prise en compte de certaines données.

2.1.2 Le logiciel « LOGIVIE »

Par contre, le logiciel « LOGIVIE » est destiné au traitement des affaires en vie. Ce logiciel vient d'être intégré qu'à partir du 1^{er} juillet 2012 et cause beaucoup de tort au personnel du moins pendant notre période de stage. Etant donné que l'administrateur du réseau de la STAR Nationale s.a n'est pas associé ni aux paramétrages ni à l'installation, à chaque panne, il faut qu'il envoie un message au siège²⁵ et c'est le siège qui essaie de le guider pour solutionner les problèmes rencontrés.

2.1.3 La documentation de base juridique et technique du travail

A l'instar d'autres pays de la zone CIMA, La STAR Nationale s.a ne doit pas se soustraire du reste en se mettant à jour tant en matière de la réglementation qu'en matière technique. En dehors des Chefs de Départements qui possèdent leur propre code CIMA, nous n'avons pas vu les codes CIMA avec les agents au niveau des services. Raison évoquée, c'est la STAR Nationale s.a qui doit leur procurer des documents de base juridique et technique

²² Basé au Maroc

²³ Incendie, Accident, Risque-Divers et Transport

²⁴ Pour la SYRAVIE basé en France

²⁵ Groupe SYRAVIE basé en France

pour le travail. Ensuite, le Service Incendie continue toujours à utiliser le « Tarif bleu »²⁶. Or, dans près que la quasi-totalité des pays de l'espace CIMA, c'est l'usage de « Tarif rouge » du Tarif de Risques d'Entreprises (TRE) qui est privilégié.

Certains textes ou traités tels que le décret rendant obligatoire la responsabilité civile automobile ne sont pas retrouvables facilement même aux archives.

Paragraphe 3 : D'ordre social

Notre stage a connu une période de trouble social surtout dans le secteur public du 17 juillet au 17 septembre 2012 rendant ainsi difficile les recherches des informations surtout dans les Ministères et Instituts de Recherches car tous les bureaux sont hermétiquement fermés sauf les services vitaux et financiers assurent un service minimum.

Paragraphe 4 : D'ordre relationnel

Il règne une bonne collaboration entre les services par contre, une psychose avec la Direction Générale à cause de la rigueur du Directeur Général qui serait due sans doute au redressement de la société.

4.1 Entre les services

L'ambiance est parfaite entre les services voire les agents. Il n'y a pas un climat de tension ou de suspicion malgré que certains agents soient très calmes, discrets ou réservés. vis-à-vis des stagiaires.

4.2 Avec la Direction Générale

Nous n'avons pas besoin de mettre soixante douze heures pour nous rendre compte qu'il y a une psychose au sein de la maison à cause de la rigueur du Directeur Général. Il faut dire que la STAR Nationale s.a est sous surveillance de la CIMA que les séquelles y demeurent encore. Par conséquent, pour redresser cette situation financière de la société, la Direction Générale est obligée de serrer les boulons en supprimant certains avantages du personnel (crédits, prêts, déplacements,). Or, cette rigueur met mal à l'aise le personnel et les démotive.

²⁶ Ancien tarif incendie et ne plus en vigueur dans l'espace CIMA.

Section 4 : Les remarques et suggestions

Pendant le déroulement de notre stage, nous avons constaté de choses qui ont attiré notre attention et sommes tentés de donner notre point de vue sous formes de remarques et suggestions.

Paragraphe 1 : Les remarques

- ✓ un cahier est institué au niveau de rez-de-chaussée au guichet de la déclaration de sinistre et contentieux, pour contrôler l'heure d'arrivée du personnel chaque matin. Tout le personnel y compris les Chefs de Service doit s'inscrire chaque jour ouvrable à ce guichet.
- ✓ une démotivation du personnel qui se lamente beaucoup à cause de leur traitement.
- ✓ nous nous interrogeons sur l'existence de certains postes dans la mesure où tout le monde est équipé d'ordinateur.
- ✓ à la fin de l'heure, les agents se bousculent pour rentrer y compris les responsables.
- ✓ La durée de certains agents dans leur poste depuis plus de quinze (15) ans.
- ✓ peu de communication avec le personnel.

Paragraphe 2 : Les suggestions

De tout ce qui précède, notre contribution pourra peut-être aider la Direction Générale à prendre des mesures pour l'amélioration du travail et pour la prospérité de l'entreprise.

2.1 L'amélioration de conditions techniques de travail

C'est le point culminant et important. même de tout le problème car en cette ère de technologie, tout s'arrête si le réseau informatique connaît des difficultés et de surcroît lorsqu'il n'y a pas assez de documents du travail. La formation des agents qui devrait être continue n'est pas respectée, il va falloir y songer.

2.2 A propos de l'usage des logiciels

Il faut :

- ✓ envoyer en formation l'administrateur du réseau et le maintenancier afin qu'ils soient à la hauteur de leur tâche et d'éviter les désagréments que causent de temps en temps le réseau informatique ;

- ✓ installer une connexion internet à moindre coût afin de faire la mise en jour des données et permet l'envoi des correspondances assez rapidement aux partenaires (chose faite vers la fin de notre stage);
- ✓ doter tous les ordinateurs de l'antivirus performant afin de sauvegarder les données.

2.3 La dotation des différents services de documents actualisés.

Équiper les différents services techniques avec les documents de base tels que le code CIMA, la TRE de couleur rouge, les textes et traités pour leur permettre d'être à jour.

2.4 La réglementation des horaires du travail

Pour éviter les ponctuations des heures d'arrivée et du départ de chaque agent par complaisance, nous vous proposons un système efficace qui évitera les contestations et les notations par affinités. Il s'agit de :

- ✓ d'introduire un système de carte biométrique au sein de la société ;
- ✓ de confectionner la carte en incorporant les empreintes digitales et les photos de chaque agent ;
- ✓ de placer l'appareil électronique à l'entrée et à l'intérieur du bâtiment;
- ✓ de créer une boîte au nom de chaque personnel afin de classer et garder ces cartes biométriques car ces cartes ne doivent pas être gardées par les agents ;
- ✓ Chaque matin, tout agent doit prendre sa carte pour introduire dans l'appareil électronique à son arrivée ainsi qu'à son départ ; ceci permettra de contrôler les heures de l'arrivée et du départ de chaque agent.

2.5 L'amélioration de conditions de travail des employés

Pour une vie meilleure du personnel et de la société, Il faut :

- ✓ rendre la maison vivable en améliorant les conditions de vie des travailleurs autrement revoir en hausse leur traitement ;
- ✓ créer un dialogue permanent entre le personnel et la Direction Générale ;
- ✓ établir un calendrier de rotation de postes dans les délais raisonnables.

Paragraphe 3 : Rendre effectif le principe de spécialisation

Le Tchad est l'un des pays de l'espace CIMA qui foule au pied les traités dans la mesure où le code CIMA a exigé à tous les pays membres d'obéir au principe de

spécialisation en séparant la branche IARDT et branche vie dans un délai de trois (03) ans à compter de l'année 1994. Mais jusque-là, la STAR Nationale s.a traîne les pas pour l'obtention de l'agrément pour la branche vie.

DEUXIEME PARTIE :
**ANALYSE DU CONCEPT DE COUVERTURE UNIVERSELLE
EN SOINS DE SANTE ET SA FAISABILITE AU TCHAD.**

Cette deuxième partie comporte deux (02) chapitres à savoir :

- ✓ le chapitre un (01) s'articule sur l'introduction des régimes de protection sociale, leurs restrictions et la problématique de soins de santé au Tchad ;
- ✓ le chapitre deux (02) traite de la création d'un système obligatoire d'assurance maladie universelle (AMU).

CHAPITRE 1 : L'INTRODUCTION DES REGIMES DE PROTECTION SOCIALE, LEUR RESTRICTION ET LA PROBLEMATIQUE DE SOINS DE SANTE AU TCHAD

Avec un régime d'assurance maladie existant depuis l'indépendance, essentiellement limité aux employés des secteurs formels, notamment aux travailleurs du secteur privé. Cette générosité des régimes au profit des secteurs formels constituent d'ailleurs un frein puissant à l'effort pour faire reculer la frontière entre secteur formel et secteur informel.

Section 1 : L'introduction des régimes de protection sociale au Tchad

Les régimes de protection sociale ont fait leur pénétration en Afrique en même temps que les colons. C'était pour la protection de leurs propres intérêts. A l'instar d'autres pays africains, le Tchad a abrité dans son territoire les premières sociétés de protection sociale en l'occurrence la Caisse de Compensation des Allocations Familiales (CCAF).

Paragraphe 1 : La période précoloniale

Pour s'assurer contre les risques de tout bord, les colonisateurs ont fait venir les succursales de leurs compagnies d'assurance en Afrique.

1.1 Le régime de prévoyance sociale

Dans le souci de se protéger contre certains risques tels que : les accidents, la maladie, les invalidités et la retraite que furent nées les structures de sécurité sociale à savoir la Caisse de Compensation des Allocations Familiales (CCAF) au profit des expatriés qui vivaient en Afrique. Il a fallu attendre les indépendances dans les années 1960 pour que les premières compagnies des régimes de protection sociale de droit national furent voir le jour d'où la création de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS).

1.2 Les filiales des compagnies d'assurances

Pour garantir leurs investissements dans le monde, les expatriés et les multinationales occidentales ont développé partout ailleurs comme en Afrique les sociétés d'assurances. C'est ainsi que furent apparues les premières compagnies d'assurances en Afrique datées de l'ère coloniale telles :

- ✓ la Mutuelle Générale Française des Assurances (MGFA) ;
- ✓ l'Union des Assurances de Paris (UAP) ;

- ✓ l'Assurance Générale de France (AGF) ;
- ✓ la Préservatrice Foncière d'Assurance (PFA).

Malheureusement, celles-ci n'ont pas joué leur rôle d'investisseurs institutionnels pour le développement du continent africain. Leurs soucis majeurs étaient le rapatriement des capitaux vers l'Europe. Il a fallu les indépendances²⁷ et les bonnes volontés au niveau de la Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement (CNUCED) pour que naissent les sociétés d'assurances de droit national.

Paragraphe 2 : La période post-coloniale

A l'instar d'autres pays africains, le Tchad a hérité de la situation du système de couverture sociale né sur la cendre du système colonial. Nous distinguons deux (02) systèmes de régimes de couverture sociale en l'occurrence les régimes obligatoires de couverture sociale (2.1) et les régimes volontaires de couverture sociale (2.2).

2.1 Les régimes obligatoires de couverture sociale

Il y a environ trois (03) régimes obligatoires de couverture sociale à savoir :

- ✓ la couverture des fonctionnaires et agents de l'Etat ;
- ✓ le régime général des travailleurs du secteur privé ;
- ✓ la médecine d'entreprise.

2.1.1 La couverture des fonctionnaires et agents de l'Etat

Population couverte : Fonctionnaires et agents de l'Etat

Prestations offertes : le statut général de la fonction publique prévoit les prestations suivantes pour les fonctionnaires et agents de l'Etat :

- ✓ la prise en charge des maladies professionnelles et accidents de travail ;
- ✓ les allocations familiales ;
- ✓ la retraite.

Financement : à la charge de l'Etat.

2.1.2 : Le régime général des travailleurs du secteur privé :

Population couverte : les travailleurs des entreprises privées déclarés à la CNPS.

Prestations offertes :

²⁷ 1960

- ✓ les prestations familiales ;
- ✓ la prise en charge des soins médicaux pour les cas d'accident du travail ou maladies professionnelles.

Financement : à la charge de l'employeur et du travailleur.

2.1.3 : La médecine d'Entreprise

Elle fait obligation à toutes entreprises ayant plus de cent (100) salariés de disposer d'une infirmerie privée :

Population couverte : les travailleurs de l'entreprise et leur famille.

Prestations offertes :

- ✓ Premiers soins en cas d'accident du travail ;
- ✓ Soins infirmiers.

Mode de financement : exclusivement à la charge de l'employeur.

2.2 Les régimes volontaires de couverture sociale

Ils sont assurés par les compagnies d'assurance privée et les mutuelles de santé.

2.2.1 Les Compagnies d'assurances privées

Personnes couvertes : les souscripteurs et/ou bénéficiaires du contrat d'assurance.

Mode de financement : paiement d'une prime d'assurance

2.2.2 Les Mutuelles de santé

Personnes couvertes : les adhérents.

Mode de financement : paiement d'une cotisation d'assurance

Section 2 : Les limites du système de couverture sociale

La politique de la protection de prévoyance sociale est bénéfique pour les travailleurs tant du secteur public que privé avec l'exclusion formelle du secteur informel et agricole. Par conséquent, 6% seulement de la population (fonctionnaires, salariés privé et travailleurs indépendants) bénéficient de cette protection de sécurité sociale et les 94% sont exclues (monde agricole, secteur informel, indigents,). Par conséquent, cette partie est composée de deux (02) à savoir : les limites du régime obligatoire de couverture sociale et en second celles du régime volontaire de couverture sociale.

Paragraphe 1 : Les limites du régime obligatoire de couverture sociale

Au Tchad, l'accès aux médicaments demeure un problème majeur, surtout au niveau périphérique, limitant ainsi la fonctionnalité des structures sanitaires. On observe des ruptures fréquentes non seulement des médicaments essentiels, mais aussi des vaccins, des réactifs et autres consommables médicaux, tant du côté de l'Etat, de la CNPS ou de la médecine d'entreprise.

1.1 Couverture assurée par l'Etat:

- amenuisement²⁸ des moyens financiers de l'Etat ;
- la réduction des investissements publics dans le domaine sanitaire ;
- l'institution de la politique de recouvrement des coûts de santé ;
- la suppression de la gratuité des soins aux fonctionnaires ;
- la dégradation de l'offre publique de soins de santé ;
- la perte de confiance dans les structures sanitaires publiques ;
- Faible niveau d'information des fonctionnaires ;
- Méconnaissance des avantages sociaux, etc.

1.2 Couverture assurée par la CNPS :

La population couverte (travailleurs immatriculés) :

- l'institution de la politique de recouvrement des coûts de santé dans les Centres Médico-sociaux ;
- les employeurs échappent à l'immatriculation : exclusion de nombreux travailleurs ;
- le faible niveau d'information des usagers : avantages sociaux méconnus.

Le financement est à la charge du salarié et de l'employeur.

1.3 Couverture assurée par la médecine d'entreprise :

Population couverte :(travailleurs de l'entreprise) :

- le non respect des prestations légales ;
- les prestations offertes limitées aux premiers soins ;
- les personnes couvertes : les travailleurs et leurs familles.

Financement : à la charge exclusive de l'entreprise.

²⁸ *Rendre quelque chose plus petit*

Paragraphe 2 : Les limites du régime volontaire de couverture sociale

2.1 Couverture assurée par les Compagnies d'assurance privée :

L'existence même d'une assurance maladie est un luxe que le bon nombre des pays d'Afrique méconnaissent.

Population couverte (assurés, souscripteurs et/ou bénéficiaires du contrat d'assurance) :

- les personnes ayant un revenu intermédiaire : impossibilité pour les pauvres de souscrire une assurance maladie ;
- les travailleurs du secteur privé pour la plupart ou les organismes internationaux.

Financement : assuré exclusivement par l'entreprise, par le souscripteur ou bénéficiaire lui-même.

2.2 Couverture assurée par les Mutuelles

Elles ne sont pas suffisamment développées et peu implantées sur le territoire national.

Section 3 : La problématique de soins de santé au Tchad

D'une manière générale, nous constatons que les pays développés se soucient de la santé de leur population mieux que les pays émergents. Ce qui se traduit dans la vie des ménages et l'analyse de leur situation sanitaire.

Paragraphe 1 : Les conditions de vie des ménages au Tchad

Le Tchad compte plusieurs sources relatives à la pauvreté durant la période 1990-2010 à savoir :

- ✓ une enquête sur les conditions de vie des ménages à N'Djamena portant sur 1990, qui conduit à un indice de la pauvreté de 52,8% dans la capitale ;
- ✓ une enquête sur la consommation et le secteur informel au Tchad (ECOSIT 1) qui porte sur 1995, et qui débouche sur un indice de la pauvreté de 54%. Cette enquête ne porte que sur les quatre zones du pays, dans leurs composantes urbaines et rurales : Chari-Baguirmi ; Logone occidentale ; Moyen-Chari ; Ouaddaï ;

- ✓ une deuxième enquête sur la consommation et le secteur informel au Tchad (ECOSIT 2) portant sur 2003-2004, qui calcule une incidence de la pauvreté de 55% sur l'ensemble du territoire ;
- ✓ selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain (RMDH) de 2007, la pauvreté humaine est de 53% de la population tchadienne.
- ✓ selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain (RMDH) de 2011, la pauvreté humaine est de 55% de la population tchadienne.

Dans ces conditions, la cible 1 des OMD pour le Tchad qui consiste donc à atteindre un indice de la pauvreté de 26,5% en 2015 serait difficile.

1.1 Dépenses moyennes annuelles de santé des ménages

Globalement, les dépenses de santé²⁹ représentent 4,5% du total des dépenses. Elles viennent en cinquième position après les dépenses d'alimentation (61,7%), de logement, eau et électricité (7,3%), d'habillement et chaussures (7,0%) et d'ameublement et d'hygiène (6,1%). Les dépenses de santé semblent être moins importantes dans les villes secondaires que dans le milieu rural. La dépense moyenne de santé par ménage est de 42.580 FCFA. L'analyse selon le niveau de vie révèle que les ménages nantis ont une dépense moyenne de santé plus importante que les ménages pauvres (59.965 FCFA contre 22.040 FCFA) d'après l'ECOST 2 de 2003-2004.

1.2 D'après l'Enquête sur la Consommation et le Secteur Informel

Selon les résultats d'ECOSIT 2, *le seuil de pauvreté au Tchad, base 2003, se situe aux alentours de 144 570 FCFA par personne et par an, soit 396 FCFA (moins d'un dollar EU) par jour. Environ 55% des tchadiens vivent en dessous de ce seuil, donc sont considérés comme pauvres. En fait, les 20% les plus pauvres vivent avec seulement 153 FCFA par jour tandis que les 20% les plus riches dépensent en moyenne 1105 FCFA par jour. Touchant 55% de la population, la pauvreté au Tchad est massive et profonde. La distance moyenne qui sépare les pauvres de la ligne de pauvreté est évaluée à 21,6% du seuil de pauvreté. Donc, théoriquement, pour éradiquer la pauvreté, il faudrait que les pauvres disposent de ressources additionnelles égales à 21,6% du seuil de pauvreté. Une part importante de la population tchadienne (36% du total) est dans une situation d'extrême pauvreté car, ne disposant même pas des ressources nécessaires pour satisfaire leurs besoins alimentaires. La pauvreté est plus*

²⁹ Source : INSEED, ECOSIT 2, 2003/2004

profonde et plus alarmante dans les zones rurales du sud où la profondeur de la pauvreté dépasse 30%.

D'après le résultat du dernier recensement³⁰ du 13 octobre 2009, la population du Tchad est de 11.274.106 habitants soit une densité de 8,79 habitants/km², dont 51,6% de sexe féminin. Cette population est très jeune : plus de la moitié a moins de 15 ans et seulement 4% a 60 ans ou plus. Près de huit (08) tchadiens sur dix vivent en milieu rural. N'Djaména, la capitale, est de loin la ville la plus importante. Cependant, N'Djaména et les trois (03) principales villes du pays ont moins de 11% de la population du pays. Quant aux autres centres urbains. Leur population est inférieure à 10% de la population tchadienne. La zone rurale septentrionale compte plus de 42% des habitants du pays. La population de la zone rurale méridionale atteint près de 38% du total. Donc, la pauvreté est moins répandue dans la capitale que dans les autres villes et régions du pays : à N'Djaména, la pauvreté touche seulement une personne sur cinq. Dans les autres villes, c'est un tiers (1/3) des habitants qui est considéré comme pauvre. La pauvreté est donc principalement un problème du monde rural : 87% des pauvres vivent en milieu rural, contre seulement 13% dans les villes.

L'enclavement intérieur et extérieur du pays, la cherté des coûts du transport sont des handicaps dans les échanges à l'intérieur du pays, un accès très difficile à l'ensemble des régions du pays, pendant la saison des pluies, un réseau inadéquat de routes non bitumées permettant de relier les principales villes du pays reste des préoccupations majeures et des défis à relever.

1.3 D'après l'Enquête Démographique et de Santé au Tchad

Selon les résultats de cette enquête, l'accès aux médias (radio, journaux, internet et télévision) n'est pas à la portée de tout le monde, ensuite ces médias ne couvrent pas aussi l'ensemble du Pays.

Le Tchad, malgré son extrême pauvreté, demeure l'un des pays au monde où l'électricité est la plus chère. Compte tenu de cette situation, la quasi-totalité du monde rural reste sans éclairage. Même certaines grandes villes y compris la capitale Ndjama sont constamment perturbées par les coupures intempestives d'électricité.

³⁰ *Recensement Général de la Population et de l'Habitat, avril 2009.*

Peu de chefs de ménage ont été scolarisés, donc n'ont pas accès aux emplois du secteur moderne. Plus de la moitié de la population vit dans des ménages dont l'activité principale du chef est l'agriculture, un quart (1/4) vit dans des ménages dont le chef est sans emploi.

Paragraphe 2 : L'analyse de la situation sanitaire au Tchad

D'après cette analyse sur le diagnostic de la pauvreté au Tchad, plusieurs conclusions peuvent être tirées. Tout d'abord, la pauvreté est un problème majeur pour le Tchad. Elle est plus accentuée dans le monde rural que dans les grandes villes. Compte tenu de l'immensité du territoire, le degré de cette pauvreté varie d'une région à une autre. Par conséquent, cette pauvreté doit avoir des répercussions sur la situation sanitaire de la population.

En effet, les raisons de non consultation sont multiples mais nous n'allons évoquer que quelques unes à savoir : le manque d'argent, l'éloignement des infrastructures sanitaires, le manque de service et moyen de transport, l'accueil et la qualité de soin médiocre, pas de gravité de la maladie, l'auto-traitement.

2.1 L'accès aux structures sanitaires et aux médicaments essentiels

La distance moyenne qui sépare les ménages d'une structure sanitaire est de 14 kilomètres au niveau national. Elle est courte dans les villes (au plus 3 km) mais au moins 5 fois plus importante en milieu rural (18 km dans le rural septentrional et 16 km dans le rural méridional). Alors, un ménage est considéré comme ayant accès à une structure sanitaire, en termes de distance, s'il se trouve à une distance d'au plus 5 km de celle-ci.

Aussi, l'une des causes de la mortalité d'un plus grand nombre de personnes au Tchad est la non accessibilité des médicaments de qualité à moindre coût pour une population dont le pouvoir d'achat est relativement bas. La volonté politique est de renverser la tendance actuelle. L'enclavement du pays et le manque de production locale des produits pharmaceutiques entraînent un coût exorbitant des médicaments et rendent aléatoire l'accès des populations aux médicaments de qualité. Ce qui entraîne un bon nombre de nos concitoyens à se rabattre sur des produits pharmaceutiques de la rue dont l'origine, la qualité et la conservation sont douteuses.

Tableau n°1 : Population ayant accès à tout moment et à un coût abordable aux médicaments essentiels en 1999.

Pays	Burkina	Cameroun	Centrafrique	Tchad	Niger	Gabon	Soudan
Taux (%)	50-79	50-79	50-79	0-49	50-79	0-49	0-49

Sources : données du RMDH, 2003

2.2 Le personnel médical

Une faible couverture sanitaire, un personnel médical qualifié en nombre insuffisant et inégalement réparti dans le pays, un financement en deçà des besoins des populations en matière de santé, une implication quasi-inexistante des communautés dans la réflexion concernant leur santé. Voilà le sombre tableau de la réalité sanitaire au Tchad.

Tableau n°2 : Personnel de santé (2000 – 2009)

	Nombre d'Infirmiers et Sages-femmes pour 10.000 habitants	Nombre de Médecins pour 10.000 habitants
Tchad	3	Tchad 0,4
Région Africaine	2	Région Africaine 2

Source : Revue des dépenses publiques, 2001.

Le défi est de taille à l'heure où environ un (01) médecin pour 10.000 habitants, trois (03) infirmiers et sages-femmes pour 10.000 habitants et un (01) pharmacien pour 50.000 habitants

Malgré les différents appuis qu'apportent les partenaires et particulièrement l'OMS³¹, pour le développement des ressources humaines, en termes de bourses d'études pour les spécialisations, les besoins demeurent immenses et exigent pour les années à venir des efforts soutenus aussi bien de l'Etat que des partenaires du développement. L'OMS et l'Union Européenne sont les principaux partenaires dans le domaine de la formation.

2.3 La situation de la femme

Les femmes sont les plus nombreuses mais elles restent dans la plupart, analphabètes et constituent la couche la plus pauvre. Elles n'ont pas d'activités économiques lucratives à part

³¹ Organisation Mondiale de la Santé

l'agriculture et l'élevage surtout les femmes rurales. Beaucoup des ménages tchadiens sont placés dans un environnement qui limite les opportunités d'ascension économique et sociale.

2.4 La situation épidémiologique au Tchad

Au Tchad, la situation épidémiologique est caractérisée par une dizaine de maladies endémiques. Parmi les motifs de consultation, le paludisme arrive en tête avec près de 27% des cas. Les taux de décès liés au **paludisme**³² varient entre 7‰ et 12‰. Les cas les plus graves concernent les moins de cinq (05) ans et représentent 15%.

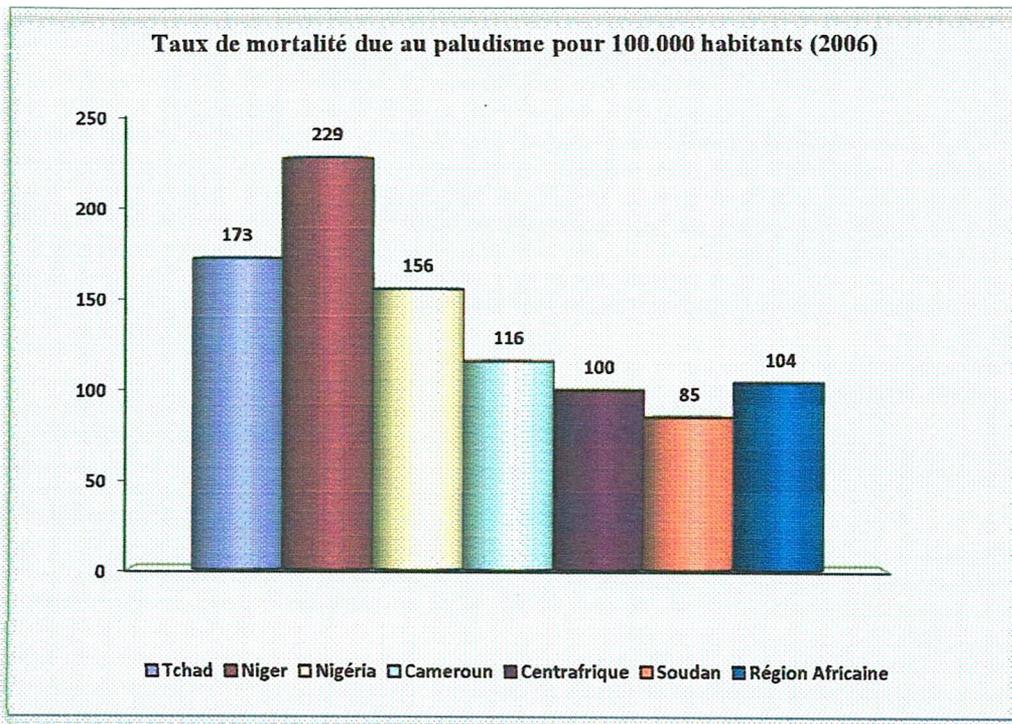


Figure 2

Viennent ensuite les **infections aiguës des voies respiratoires inférieures (IAVR)** avec 9%, la dysenterie (3%) et les conjonctivites (2,15%). Rapportées à la population âgée de 0 à 4 ans, les causes de consultation les plus fréquentes sont le paludisme, les IAVR et les diarrhées. Entre 1997 et 2003, on a noté environ 160 000 cas d'infections aiguës des voies respiratoires par an. Des variations climatiques expliqueraient le nombre élevé de ces cas. Concernant la tuberculose, l'incidence reste élevée avec 266 cas de contamination pour 10.000 habitants.

³² Données de 2007 uniquement

**Prévalence de la tuberculose pour 100.000 habitants (2007)³³ pour les années 2000
et 2008**

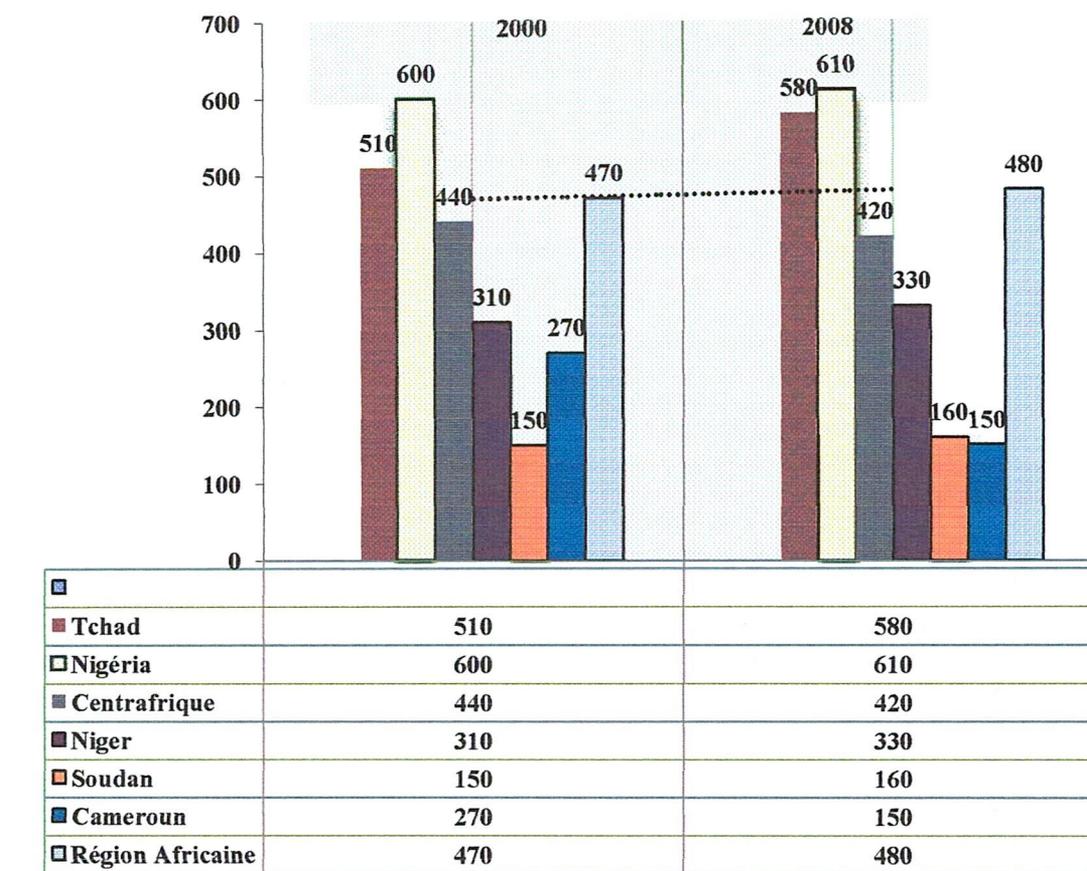


Figure 3

La troisième cause de recours aux soins dans le pays, les cas de **diarrhées** notifiés ont connu une baisse de plus de 21% entre 1999 et 2003. Les cas de dysenterie s'observent plus fréquemment chez les enfants de cinq (05) ans.

On note au niveau national un recul des cas de lèpre (le taux de prévalence est de 1,4‰ et le taux annuel de détection est de 13‰).

Le VIH/SIDA constitue une préoccupation majeure. Le taux de prévalence varie en fonction du lieu de résidence. Selon l'enquête démographique et santé de 2004 (EDST-II), le taux est de 7,0‰ en milieu urbain et 2,3‰ en milieu rural. La comparaison par sexe et lieu de résidence donne un taux plus élevé chez les femmes (4,0‰) contre 2,6‰ chez les

³³ Données de 2007 uniquement

hommes. D'une manière globale, le taux par groupe d'âge va de 1,9 ‰ chez les plus jeunes à 4,6‰ chez les 25-29 ans pour chuter à 3‰ chez les 45-49 ans.

Pourcentage des personnes âgées de 15-49 ans vivant avec le VIH/SIDA (2007)³⁴

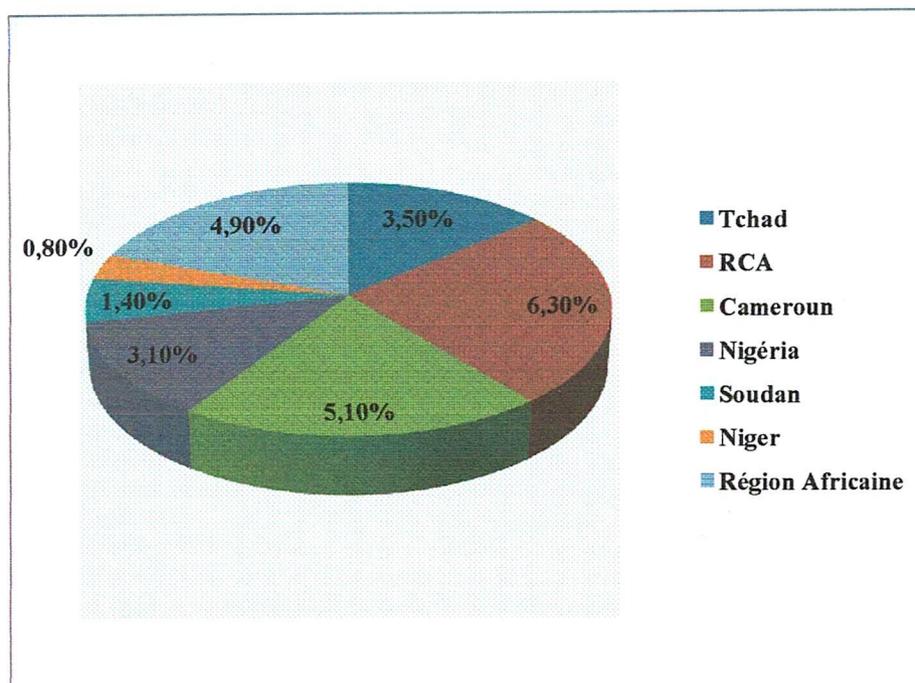


Figure 4

En 1999, 4710 cas de tuberculose, toutes formes confondues, ont été enregistrés. D'après une enquête réalisée par le Programme National de Lutte contre la Tuberculose en 1999, parmi les malades tuberculeux, la prévalence de l'infection du VIH est de 33%. La double infection tuberculose/VIH touche près de 70.000 personnes, soit plus de 1% de la population totale. Le taux de mortalité liée à la tuberculose est de 4%.

³⁴ Données de 2007 uniquement

Distribution des causes de décès parmi les enfants de moins de cinq (5) ans (2008)³⁵

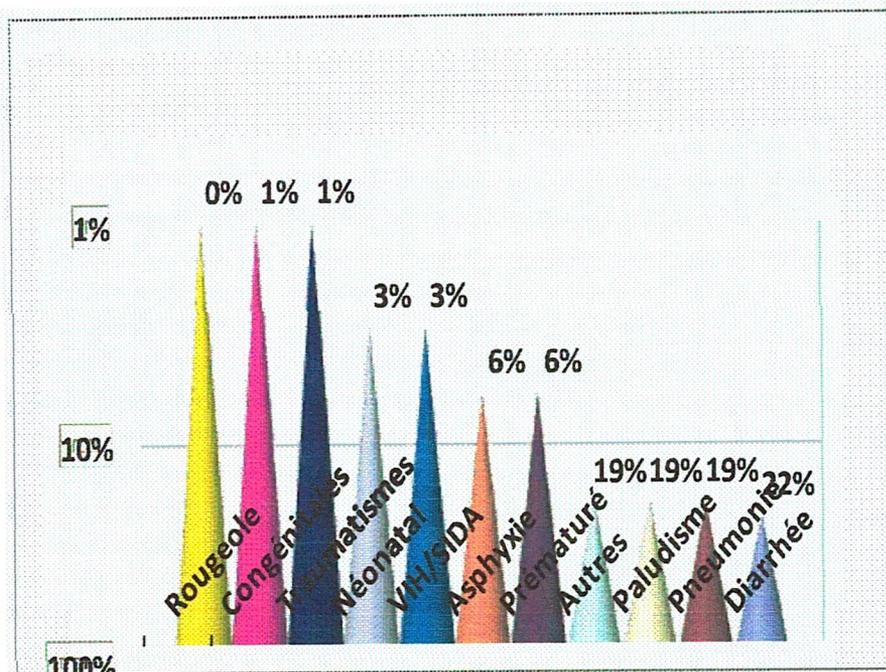


Figure 5

Paragraphe 3 : Le financement du secteur de la santé au Tchad

Le financement du secteur de la santé au Tchad provient de trois (3) sources : l'Etat (3.1), les partenaires au développement (3.2) (bailleurs de fonds, organismes internationaux, organisations non gouvernementales) et la population au travers des paiements directs sous forme de recouvrement des coûts (3.3).

3.1 : Le financement par l'Etat

De manière globale, le secteur de la santé est faiblement financé, notamment par l'Etat. Ce qui limite fortement l'offre de soins et ne contribue pas à améliorer l'état sanitaire des populations de manière significative : Il s'agit :

- ✓ du Budget Général de l'Etat (ressources naturelles, impôts, taxes...).

3.2 : Le financement par les partenaires au développement

- ✓ l'apport des Partenaires Techniques et Financiers ;
- ✓ les subventions de divers organismes ;
- ✓ les dons et legs.

³⁵ Données de 2008 uniquement

3.3 : Le financement par la population

- ✓ les cotisations sociales (salariés, employeurs, autres affiliés.) ;

L'efficacité de l'allocation intra sectorielle des ressources est certainement le niveau important dans un contexte où l'objectif est de mettre en place des mesures d'amélioration de l'accès à de soins.

Tableau n°3 Evolution des dépenses publiques en santé 1998 – 2003

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Dépenses totales(en milliards de FCFA)	17,1	18,8	26,3	21,1	29,2	33,4
Dont dépenses récurrentes	10,4	10,3	13,9	8,3	10,1	14,3
Dont dépenses d'investissement	6,7	8,5	12,4	12,8	19,1	19,1
<i>Dépenses publiques :</i>						
- par habitant (en FCFA)	2404	2582	3524	2757	3723	4259
- en % des dépenses publiques	12,2	11,3	13,9	8,20	10,05	9,07
- en % du PIB	1,71	1,95	2,62	1,7	2,1	2,2

Source : Ministère de l'Economie et des Finances, RDP 2003, INSEED

Nb : les dépenses en 2001 – 2002 sont les dépenses ordonnancées et 2003 est la valeur budgétaire.

Le tableau n°3 présente l'évolution des dépenses publiques en santé au cours des six (6) dernières années. On constate une augmentation substantielle de la part des ressources allouées au secteur de la santé (elle est passée de 1,71% à 2,2% du Produit Intérieur Brut (PIB) entre 1998 et 2003) mais il n'en reste pas moins que cette part ne représente qu'en moyenne trois mille cinq cent francs (3.500 FCFA) par habitant et par an, soit environ une fois et demi le coût d'une consultation à l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN) de N'Djaména. Néanmoins, cela représente une part non négligeable des dépenses publiques totales (13,9%)³⁶. La forte hausse des investissements observée en 2000 s'explique par le lancement d'un Projet d'Appui au Secteur de la Santé (PASS). Ce projet dont l'objectif principal est d'améliorer l'accessibilité ayant des objectifs spécifiques en termes de réforme de la gestion des ressources budgétaires ainsi que de renforcement des capacités.

Les dépenses de santé publiques et privées (en % du PIB)³⁷ varient pour certains pays africains tels que :

³⁶ Initiative de Bamako 1987 et engagement d'Abuja de 2001 faisant obligation aux Etats africains d'accorder 15% de leur budget à la santé.

³⁷ Données 2006. Source : Banque mondiale, 2009.

- ✓ (Lybie, Angola, Congo, Mauritanie,) sont de moins de 3 ;
- ✓ (Tchad, Cameroun, Nigéria, Togo, Côte d'Ivoire, Libéria) entre 3 à 5 ;
- ✓ (Maroc, Tunisie, Ghana, Egypte, Rwanda,) entre 5 à 7 ;
- ✓ (Afrique du Sud, Botswana, Malawi, Namibie) entre 7 à 9.

Dépenses publiques de santé en pourcentage du total des dépenses publiques de santé³⁸

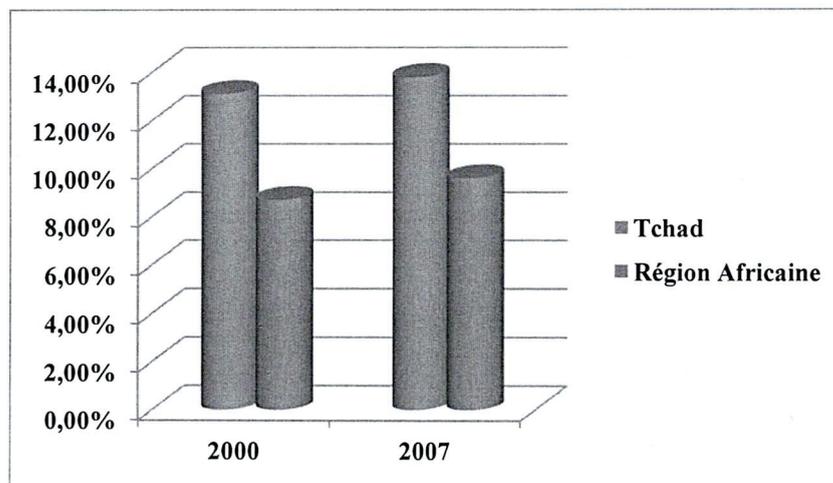


Figure 6

Tableau n°4 : Les sources de financement du secteur de la santé en 2000 (en %)

	Dépenses de financement	Dépenses d'investissement	Dépenses totales
Ressources propres	17,8	6,0	12,4
Aides budgétaires	23,2	10,7	17,5
Prêts et dons	52,5	82,7	66,3
Communauté	6,6	0,7	3,8
Total	100	100	100

Source : Revue des dépenses publiques, 2001

Ces ressources proviennent cependant, pour une faible part des ressources propres de l'Etat. Les ressources extérieures occupent une place importante dans le financement du secteur de la santé, aussi bien au niveau du fonctionnement que des investissements. En 2000, celles-ci représentent 93,4% des dépenses d'investissement et 83,8% des dépenses totales dans le secteur. Une telle dépense limite certainement la marge de manœuvre des

³⁸ Source Ministère de la Santé Publique, 2001

autorités publiques quant à l'allocation de ces ressources. Par conséquent, les difficultés financières et humaines dans lequel gît le ministère de la santé publique compromet la régularité annuelle de l'élaboration du budget. L'assistance technique du partenaire stratégique qui est la Banque Mondiale a permis de respecter jusqu'ici le délai mais cette assistance est temporelle et doit conduire à une prise en charge du processus par les services techniques.

Tableau n°5: Evolution de l'allocation des dépenses publiques en santé (en %)

Niveau	Dépenses de fonctionnement		Dépenses d'investissement		Dépenses totales	
	1998	2000	1998	2000	1998	2000
Administration centrale	31,2	23,5	27,3	31,4	29,7	27,2
Formation	5,4	0,9	10,7	16,8	7,5	8,4
Tertiaire	6,9	7,8	2,0	2,0	5,0	5,1
Délégations sanitaires	56,5	67,8	60,0	49,8	57,9	59,3
Total	100	100	100	100	100	100

Source : *Revue des dépenses publiques, 2001*

Ce tableau décrit l'évolution de l'allocation de ces ressources entre les principaux niveaux du système sanitaire. Ainsi, au niveau des dépenses de fonctionnement, on a assisté à une contraction de la part entre 1998 et 2000 en faveur d'une augmentation des ressources allouées aux délégations régionales sanitaires qui, elles sont plus proches des structures fournissant les services de santé. Cette évolution a été accompagnée d'une tendance inverse au niveau des dépenses d'investissement. Ainsi, la part des dépenses d'investissement accordée aux délégations sanitaires est passée de 60% en 1998 à 49,8% en 2000 contre une augmentation de 27,3% à 31,4% au niveau de l'administration centrale.

Paragraphe 4 : Les Conséquences financières du risque maladie pour les ménages

- ✓ la perte de revenu ;
- ✓ l'endettement de l'individu ou de sa famille ;
- ✓ la perte des moyens de production ;

- ✓ l'indigence³⁹ ;
- ✓ l'exclusion des soins de santé de qualité.

En dépit de toutes ces insuffisances relevées des régimes de protection sociale existants, l'Etat tchadien est interpellé car la majorité de sa population (80 à 90%) ne bénéficie d'aucune couverture sociale, notamment les populations du milieu rural et les travailleurs indépendants du secteur informel d'où la création d'une Assurance Maladie Universelle semble indispensable.

³⁹ *Etat d'une personne qui vit dans la misère*

CHAPITRE 2 : LA CREATION D'UN SYSTEME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE

Plus de dix (10) ans après l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) par les Chefs d'Etat et de Gouvernements à New-York⁴⁰ dans le cadre des Nations Unies, le Tchad offre un paysage contrasté : des progrès importants ont été réalisés en matière d'éducation, de scolarisation des filles, de lutte contre le VIH/SIDA, d'accès à l'eau potable et aux techniques d'informations et de communications (TIC). Mais en matière de santé infantile et maternelle, les indicateurs disponibles montrent qu'il n'est pas probable que les cibles visées en 2000 soient atteintes en 2015 ; car force est de constater que dans ces deux (02) domaines la situation du Tchad est durablement insatisfaisante.

Le pays est bien moins situé que la plupart des pays africains sub-saharienne, et les tendances observables ne sont pas favorables. Un aperçu synoptique sur la situation des OMD au Tchad met le pays en position d'inquiétude à condition que les stratégies soient adaptées et affinées, et que leur mise en œuvre soit effective.

Pour ce faire, les cibles qui ne pourront pas être atteintes invitent à revoir les différents approches et objectifs (S1) et à canaliser des ressources vers les secteurs les plus défavorisés, de manière à s'approcher des objectifs en 2015. Raison pour laquelle, nous proposons la création du Régime de l'Assurance Maladie Universelle au Tchad afin de pallier à la situation de la mortalité infantile et maternelle (S2).

Section 1 : Les différentes approches selon les pays africains et les objectifs poursuivis

Chaque pays africain a ses spécificités, donc la mise en œuvre de l'Assurance Maladie Universelle amorcée par les pays africains ci-dessous, doit tenir compte des aspirations de leurs populations et de leurs gouvernants. Sur ce, nous allons évoquer, d'une part, des pays africains se trouvant dans la phase préparatoire (§ 1), et d'autre part, ceux ayant entamé la phase de mise en œuvre (§ 2).

⁴⁰ En septembre 2000

Paragraphe 1 : Les pays se trouvant encore dans la phase préparatoire et ceux ayant entamé la phase de mise en œuvre

Ces pays africains⁴¹ ci-dessous viennent d'amorcer la phase préparatoire du régime et celle de mise en œuvre de l'assurance maladie universelle.

1.1 Les pays se trouvant encore dans la phase préparatoire

- ✓ l'Afrique Centrale (Gabon, Cameroun) ;
- ✓ l'Afrique Australe et Orientale (Rwanda, Zambie, Ouganda, Afrique du Sud) ;
- ✓ l'Afrique de l'Ouest (Côte d'Ivoire, Ghana, Togo, Mali, Burkina Faso, Sénégal, Bénin).

1.2 Les pays ayant entamé la phase de mise en œuvre

Ce sont des pays africains ayant franchi l'étape préparatoire pour amorcer l'étape de mise en œuvre du régime de l'assurance maladie universelle. Le Maroc et la Tunisie sont les premiers à avoir mis en place une assurance maladie universelle digne de ce nom depuis 2005. Par contre, l'Algérie a toujours fait exception à cela, avec un régime d'assurance maladie universelle existant depuis l'indépendance et hérité de l'époque où le pays était non pas une colonie mais un département français.

Paragraphe 2 : Le concept de couverture universelle⁴² des soins de santé et les objectifs du programme de l'AMU

La philosophie de l'assurance maladie universelle suppose d'abord un concept et un programme. Mais à l'ère du 21^{ème} siècle, combien d'entre nous savent que l'existence même d'une assurance maladie universelle est un luxe que la plupart des pays d'Afrique n'ont pas ?

2.1 Le fondement de l'AMU

C'est à l'issue de l'Assemblée Générale de l'Organisation Mondiale de la Santé tenue en Tanzanie en 2005 que l'AMU a été créée.

Population couverte : l'ensemble de la population.

Prestations offertes : la couverture maladie

Financement : cotisation des assurés et subventions de l'Etat.

⁴¹ Sources : Conférence formative de l'IIA à Douala ; 4 novembre 2011

⁴² Voir document « Histoire des soins de santé au Canada, 1914-2007 »

2.1.1 Le concept de couverture universelle de soin de santé

La couverture maladie universelle propose une assurance maladie de base pour tous (et notamment pour les personnes qui ne répondent pas aux critères d'ouverture des droits à la Sécurité sociale) et une couverture complémentaire santé pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles :

- ✓ *l'accès de toutes les couches sociales au paquet de soins le plus large possible, de qualité et à moindre coût à l'échelle nationale;*
- ✓ *en conséquence, la couverture universelle implique:*
 - *la prise en compte de toutes les catégories sociales d'un pays (100%) de la population, souvent de façon progressive) ;*
 - *un panier de soins le plus large possible ;*
 - *des prestations sanitaires de qualité.*

2.1.2 Les objectifs du programme AMU au Tchad

Le système de ce régime, communément appelé « Régime de l'Assurance Maladie Universelle », a pour but de veiller à ce que toute la population aient un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux nécessaires sans avoir à déboursier directement pour ces services. C'est pour :

- ✓ alléger la souffrance de la population par une réduction progressive et durable du phénomène de «paiement direct des soins» ;
- ✓ contribuer à l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité ;
- ✓ élargir la couverture sanitaire et améliorer la qualité des services de santé ;
- ✓ améliorer l'état de santé de la population en assurant l'accessibilité financier de tous aux soins de santé de qualité ;
- ✓ rendre disponible et accessible à 100% des médicaments essentiels génériques ;
- ✓ promouvoir la pharmacopée traditionnelle ;
- ✓ subventionner la totalité des médicaments des maladies chroniques ;
- ✓ rechercher le maximum d'équité dans l'accès aux services de santé de base ;
- ✓ rendre opérationnel tous les districts de santé ;
- ✓ réduire l'impact des maladies endémiques et épidémiques ;

- ✓ approvisionner en médicaments essentiels en vaccins, en consommables médicaux et en réactifs ;
- ✓ renforcer l'hygiène publique et la salubrité ;
- ✓ répartir équitablement les ressources entre les régions ;
- ✓ doter les services des soins de santé des outils efficaces de planification et de budgétisation.

Contrairement au système en vigueur dans d'autres, où le gouvernement ne règle que les frais médicaux des personnes âgées, le régime de l'assurance maladie universelle offre une protection universelle à tous ses citoyens et aux résidents permanents, leur donnant accès aux services de santé, partout au pays, quand ils voyagent ou s'installent dans une autre province.

Le système de l'AMU est comme la solution miracle qui devait assurer l'accès aux soins à l'ensemble de la population tchadienne, aussi bien aux riches qu'aux pauvres, aux jeunes qu'aux personnes âgées. Par ailleurs, l'ancien système qui exigeait que le patient paye ses soins à l'avance avant qu'il ne soit pris en charge. Alors que le bénéficiaire de l'AMU complémentaire n'aura pas à faire l'avance. Le RAMU est un projet novateur et un instrument d'approche pour atteindre toutes les couches sociales à l'amélioration à l'accès aux soins de santé. C'est un facteur de solidarité et de cohésion sociale.

Il est regrettable qu'en 2012, seule une poignée de pays africains aient franchi le pas de l'assurance maladie universelle. **D'autres sont certes dans les starting blocks⁴³, comme le Sénégal, le Burkina Faso, le Bénin, le Rwanda, le Gabon, le Togo, le Cameroun, la Cote d'Ivoire** avec des fortunes diverses d'un pays à un autre. La palme d'or revient au Rwanda où 70% de la population est déjà sous programme AMU. Mais il faudra bien du temps avant que le milliard d'habitant que compte l'Afrique ait accès à une couverture maladie. Souhaitons que les prochains pays qui rejoindront ce cercle fermé de l'assurance maladie africaine prennent le soin de bien cadrer leurs régimes, pour ne pas exposer le principe et l'image de l'assurance maladie universelle à de graves déceptions qui pourraient effrayer les autres. Surtout les défis à relever dans la mise en œuvre de l'AMU en Afrique demeurent notamment dans la problématique du financement des soins de santé c'est-à-dire les sources de financement de ce programme, la conception et la mise

⁴³ Phase préparatoire

en œuvre des programmes. Pour ce faire, il faudrait une bonne organisation pour son fonctionnement.

Section 2 : L'organisation et le fonctionnement de l'AMU

L'institution d'un cadre de promotion du partenariat Public/Privé, pour une implication judicieuse des assureurs dans la mise en œuvre du programme.

Paragraphe 1 : Le principe de base et le montage institutionnel du programme

Avant de parler du montage institutionnel du programme, il faut en définir le principe de base même de l'AMU.

1.1 Le principe de base

- ✓ la gestion collective du risque maladie ;
- ✓ l'affiliation obligatoire ;
- ✓ la couverture étendue à toutes les couches sociales ;
- ✓ la contribution financière pour tous (cotisations, contributions exceptionnelles de l'Etat) ;
- ✓ la couverture complémentaire assurée par les mutuelles de santé et assurances privées ;
- ✓ le système de tiers payant avec ticket modérateur.

1.2 Le montage institutionnel du programme

Les initiatives ou expériences en cours dans divers pays ont montré que, dans le montage institutionnel d'un tel programme de l'AMU et dans sa mise en œuvre, le rôle des assureurs est très indispensable dans la mise en œuvre. L'assureur doit prendre part aux instances préparatoires et de concert avec les Directions Nationales des Assurances (DNA). C'est l'assureur qui doit :

- ✓ veiller au respect des règles et principes assurantiels notamment le trépied⁴⁴ de l'assurance maladie qui est le système de tiers payant.
- ✓ veiller à la cohérence des options prises (définition des principes de base, des orientations stratégiques, textes législatifs et réglementaires sur l'AMU...) avec les directives internationales (CIMA, UEMOA⁴⁵, CEMAC⁴⁶ ...)

⁴⁴ *Support ou siège à trois pieds*

- ✓ veiller à l'instauration d'un cadre de promotion du partenariat Public/Privé, pour une implication judicieuse des assureurs dans la mise en œuvre du programme.

Ainsi, l'assureur doit prendre aussi part dans la mise en œuvre des programmes AMU Selon les options du pays à savoir:

- ✓ Opérer comme organismes:
 - d'affiliation de certaines catégories de la population ;
 - des délégataires de la gestion du panier de base ;
 - de gestionnaire du paquet complémentaire ;
 - de gestionnaire des deux (Panier de soins et paquet complémentaire).
- ✓ Fournir aux instances gouvernementales, notamment aux organismes de gestion et de coordination des programmes d'AMU, leur expertise en matière de:
 - renforcer des capacités des acteurs du système AMU ;
 - gérer des risques ;
 - contrôler des prestations.

Paragraphe 2: L'organisme de gestion

Il faut instituer un Fonds de Garantie d'Assurance Maladie Universelle (FGAMU)⁴⁷, une institution privée dotée d'une autonomie financière, chargé de la gestion technique du risque et financière du système. Ce Fonds doit comporter deux (02) régimes distincts dont l'un se chargera du secteur agricole et l'autre des autres secteurs.

Paragraphe 3 : Les sources potentielles de financement et les prestations offertes

A la différence des prestations offertes par les régimes de protection sociale, celles de l'AMU sont également les mêmes sauf que celles-ci s'étendent à toutes les couches sociales en tenant compte de leur revenu. Ainsi, pour financer ce programme, nous proposons à l'Etat ces sources potentielles et innovantes afin de permettre sa subvention.

3.1 Les sources potentielles de financement

- ✓ **Sources innovantes :**

⁴⁵ Union des Etats Monétaire Ouest Africain

⁴⁶ Communauté des Etats et Monétaire de l'Afrique Centrale

⁴⁷ Etablissement de droit privé assurant la gestion d'un service public

- les taxes spécifiques ;
- la téléphonie mobile ;
- les transferts d'argent ;
- la majoration de la TVA;
- certains types de liquide gazeux tels que le gaz butane;
- les taxes sur l'exportation des bétails sur pied ;
- certains types de carburant tels que le kérosène ;
- les boissons alcoolisées, tabac ;
- l'embarquement (à l'aéroport);
- les cotisations des affiliés ;
- les taxes sur les produits de beauté.

3.2 Les prestations offertes

- ✓ les consultations d'ordre général ;
- ✓ les examens complémentaires à titre de diagnostic ;
- ✓ les actes chirurgicaux ;
- ✓ les hospitalisations ;
- ✓ les médicaments ;
- ✓ les examens complémentaires à titre de diagnostic ;
- ✓ les soins dentaires.

Section 3: Les avantages du régime d'assurance maladie universelle et les difficultés dans l'application de ce programme

L'expérience de l'AMU inspirée des autres pays africains procure beaucoup d'avantages et réduit énormément les taux de mortalités maternelles et infantiles. Elle améliore l'accès des couches sociales les plus démunies aux soins de santé. Grâce à ce programme, ces pays ont pris de l'avance sur le Tchad, le reléguant de loin selon le dernier rapport du PNUD de décembre 2011.

Paragraphe 1 : Les avantages de l'AMU

L'assurance maladie universelle assure aux personnes dont les revenus sont les plus faibles et qui ne bénéficient pas d'une protection sociale dans un régime obligatoire :

- ✓ le rattachement au régime général d'assurance maladie (remboursement des consultations médicales et frais d'hospitalisation hors forfait hospitalier) ;
- ✓ l'obtention, sous condition de ressources, d'une couverture complémentaire santé gratuite comprenant : le ticket modérateur, le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, le remboursement (dans une certaine limite) des frais de prothèse, d'orthopédie dentaire et de lunettes ;
- ✓ la contribution au développement du système de santé ;
- ✓ l'amélioration de l'offre de soins ;
- ✓ le développement du secteur privé ;
- ✓ la normalisation de la tarification (maîtrise des coûts) ;
- ✓ l'évaluation permanente de la qualité de service ;
- ✓ le financement de la santé par la solvabilité de la demande ;
- ✓ l'enquête dans la distribution de soins ; prise en compte des indigents⁴⁸ (contribution forfaitaire).

Paragraphe 2 : Les difficultés dans l'application du programme de l'AMU

Toute œuvre humaine ne pourra être exécutée sans difficultés étant donné que ce projet doit générer beaucoup des ressources financières. Sa gestion doit faire l'objet de toute convoitise et de rivalité entre le public et le privé. Nous ne pouvons énumérer toutes les difficultés néanmoins, voici quelques unes que nous avons relevées :

- ✓ la réticence des cadres de l'Administration habitués à gérer les programmes sociaux (remise en cause de certains intérêts) ;
- ✓ la forte perception du caractère hautement social des programmes d'AMU d'où la «nécessité» de les faire piloter par l'Etat ;
- ✓ la remise en cause présumée de certaines prérogatives de l'Etat en matière de la mise en œuvre et de la gestion des programmes sociaux ;
- ✓ la faiblesse présumée des capacités institutionnelles des sociétés d'assurance (faible couverture du territoire, concentration dans les zones urbaines...), est un argument aujourd'hui critiquable ;
- ✓ le préjugé «cherté» de la gestion du risque maladie par les assureurs considérés comme des sociétés essentiellement à but lucratifs.

⁴⁸ *Qui sont privés de ressources suffisantes*

CONCLUSION GENERALE

C'est depuis plus de cinq (05) décennies que « nos ancêtres les gaulois » nous ont instauré un système de protection sociale à travers les filiales européennes. Ces régimes ne sont pas conçus pour les Etats africains dont plus de 80% de sa population vit dans l'extrême pauvreté. Ils n'accordent une grande faveur qu'aux travailleurs du secteur privé uniquement sans tenir compte des couches vulnérables et ont fini par montrer leurs limites.

C'est ainsi que dans les années 2000⁴⁹, les Etats africains ont commencé à réfléchir sur un système de protection sociale qui doit prendre en considération, tous les besoins des couches sociales sans discrimination. Ce qui les amènera lors de l'Assemblée Générale de l'Organisation Mondiale de la Santé tenue en Tanzanie en 2005 à recommander aux systèmes de santé des Etats africains à évoluer vers la *couverture de santé universelle, définie comme l'accès pour tous à des soins de santé appropriés à un prix abordable.*

Cette Assemblée Générale de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) encourage les Etats vers une couverture de **l'Assurance Maladie Universelle** dont certains pays africains tels que l'Afrique du Sud, le Ghana et le Rwanda sont avancés avec des résultats satisfaisants qu'il faut encourager. Ces derniers sont suivis par d'autres à savoir la Côte d'Ivoire, le Bénin, le Nigeria, le Burkina, le Sénégal et bientôt le Togo.

Mais qu'attend le Tchad pour adhérer à ce programme salvateur pour le bien être de sa population si meurtrie ?

Car d'après le tout dernier rapport de PNUD du décembre 2011, tous les indicateurs de la santé sont au rouge et le Tchad occupe le 175^{ème} rang mondial sur 182 pays avec 55% de la population qui vit en dessous du seuil de la pauvreté.

Du fait que le Tchad ait été miné par des crises politico-militaires depuis 1963 jusqu'à nos jours, qui ont eu un effet désastreux sur son potentiel économique, éducatif et surtout sanitaire. La sécurité reste une préoccupation majeure dans un pays où les conflits armés sont structurellement présents depuis plus de quarante (40) ans. Un processus durable de développement ne peut se dérouler dans un contexte d'insécurité. Le cadrage budgétaire établi par la Direction Générale du Budget montre que les dépenses militaires et

⁴⁹ Déclaration du Millénaire adoptée en septembre 2000 à New-York par les Chefs d'Etat et de Gouvernement des pays membres de l'ONU.

de sécurité mobilisent une part importante des dépenses publiques : 31% environ, en moyenne, pour 2008-2010 contre 14% seulement pour la santé, selon les projections. Il est clair que le rétablissement durable de la sécurité permettrait une réorientation de ces dépenses vers un processus soutenu de croissance et de réduction de la pauvreté.

D'une manière générale, les experts ont relevé les forces et faiblesses, autrement dit les contraintes et les perspectives, qui entravent l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) au Tchad, et cela par rapport aux pathologies qui sont le paludisme, le VIH/SIDA, la tuberculose voire le taux anormal de la mortalité infantile et maternelle.

Pour réussir ce projet et permettre à la population à y adhérer afin que cette belle et joyeuse progéniture africaine, en générale et celle du Tchad en particulier, ait enfin accès aux soins de santé de qualité ; il faut :

- ✓ une volonté politique fortement exprimée ;
- ✓ une adhésion des populations au projet de l'AMU;
- ✓ les potentialités économiques du pays qui favorisent la capacité contributive des ménages, etc.

Ainsi, l'ouverture du cycle de préparation de la troisième révision⁵⁰ de la stratégie nationale de réduction de la pauvreté (SNRP 3) incite à l'optimisme car, elle constituera une occasion pour la société tchadienne et ses représentants de prendre en compte les enseignements des deux (02) premiers cycles et d'adapter les stratégies et l'allocation des moyens de manière à confirmer l'atteinte de certains objectifs et de se rapprocher des autres.

De tout ce qui précède, nous suggérons à l'Etat Tchadien, la création de l'Assurance Maladie Universelle à l'instar des autres pays africains afin de réduire et ramener le taux de mortalité maternelle et infantile au barème du taux fixé par les Objectifs du Millénaire pour le Développement d'ici à l'horizon 2015.

⁵⁰ *Rapport décennal sur la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement (page 9)*

BIBLIOGRAPHIE :

- **Bureau central de recensement (BCR).** Recensement général de la population et de l'habitat, 1993 : Rapport de synthèse. Ndjamena, République du Tchad : MPED, 1994
- **Bureau central de recensement (BCR).** Recensement général de la population et de l'habitat, 2009 : Rapport de synthèse. Ndjamena, République du Tchad : MPED, 2011.
- **Colloque sur la couverture du risque maladie en Afrique Francophone** (CNAM-Paris du 26 au 30 avril 2004).
- **Hugues TCHIBOZO** «Rôle des assureurs dans la mise en place de l'Assurance Maladie Universelle en Afrique», Douala, novembre 2011.
- **Institut national de la statistique, des études économiques et démographiques,** Rapport de l'enquête de séroprévalence. Rapport final, Ndjamena, République du Tchad : Ministère des Finances, de l'Economie et du Plan, 2005
- **Institut national de la statistique, des études économiques et démographiques.** Tchad, profil de pauvreté : deuxième Enquête sur la consommation et le secteur informel au Tchad –ECOSIT 2, Ndjamena, Ministère des Finances, de l'Economie et du Plan, République du Tchad, 2006
- **Institut national de la statistique, des études économiques et démographiques, Orc Macro.** Enquête démographique et de santé Tchad, II, 2004, Ndjamena, Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération, République du Tchad, 2005
- **Ministère de l'Economie et du Plan.** Bilan d'exécution des investissements publics de la gestion 2005 : Exécution du PTIP 2005-2007, Ndjamena, Direction des investissements publics et du suivi des programmes et projets, 2007
- **Ministère de la Santé publique,** Division du système d'information sanitaire, Annuaire des statistiques sanitaires du Tchad 2006, Ndjamena, Ministère de la Santé publique, 2008
- **Ministère de la Santé publique,** Politique nationale de santé 2007-2015, Ndjamena, République du Tchad, 2007
- **Organisation mondiale de la Santé** EB 105/3 Une stratégie institutionnelle pour le Secrétariat de l'OMS

- **Organisation mondiale de la Santé.** Le plan stratégique à moyen-terme 2008-2013
- **Organisation mondiale de la Santé.** Onzième programme général de travail de l'OMS 2006-2015 : Programme mondial d'action sanitaire. Genève, 2006
- **Organisation mondiale de la Santé.** Orientations stratégiques de l'action de l'OMS dans la Région africaine (2005-2009)
- **Organisation mondiale de la Santé.** Rapport sur la santé dans le monde 2006, Genève, 2006
- **PNUD,** Rapport mondial sur le développement humain 2007-2008 : la lutte contre le changement climatique : un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé. Paris, 2007
- **République du Tchad,** Document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté, Programmes d'actions prioritaires (PAP) 2008-2011, en cours de finalisation, Ndjamena, 2007

ANNEXES



Société Tchadienne d'Assurances et de Réassurances

LA STAR NATIONALE S. A.

Société Anonyme au Capital de 1 000 000 000F CFA entièrement libéré
«Entreprise Régie par le Code des Assurances» RC-15/B/77 - N.I.F. 90 00017M
Siège Social : B.P. 914 N'Djaména - Rue 1016
Avenue Charles De Gaulle (République du Tchad)

Tél. : (235) 22 52 56 77 & 22 52 42 22 - Fax. : (235) 22 52 51 89

Planning de Stage

Monsieur **DJAGUENANG MALME** ~~GABRIEL~~, Etudiant à l'Institut International des Assurances de Yaoundé au Cameroun, est autorisé à effectuer un stage pratique de **Cinq mois et demi (05, 1/2)** pour la période allant du **03 mai au 18 octobre 2012** selon le programme ci-après :

Période	Service d'Accueil	Observations
Du 03 au 21/05/2012	I A R D	Vu le 21/05/12
Du 22/05 au 13/06/2012	Réassurance	Vu de Mr. 06.12 Le CSR
Du 14/06 au 05/07/2012	Production Automobile	Vu le CDPA le 28.06.2012
Du 06 au 27/07/2012	Vie	Vu le 27/07/12
Du 28/07 au 18/08/2012	Prévoyance Sociale	Vu le 21/08/2012 le CSR
Du 19/08 au 09/09/2012	Transports & Maritimes	Vu le CSR le 29.08.12
Du 10 au 30/09/2012	Sinistres & Contentieux	23-07-12 03-08-12
1 ^{er} au 18/10/2012	Comptabilité	Vu le 09/09/2012

Fait à N'Djaména, le 02 mai 2012

Pour la Société,
Le Chef de Service Administratif
& des Ressources Humaines



BRAHIM MAHAMAT



Société Tchadienne d'Assurances et de Réassurances

LA STAR NATIONALE S. A.

Société Anonyme au Capital de 1 000 000 000F CFA entièrement libéré
«Entreprise Régie par le Code des Assurances» RC-15/B/77 - N.I.F. 90 00017M

Siège Social : B.P. 914 N'Djaména - Rue 1016
Avenue Charles De Gaulle (République du Tchad)

Tél. : (235) 22 52 56 77 & 22 52 42 22 - Fax. : (235) 22 52 51 89

E-mail : star@intnet.td

N/Réf. : N° 2026/DG/DAF/CSARH/ 2012

ATTESTATION DE STAGE

Nous soussignés, le Directeur Général de la **STAR NATIONALE S.A.** «**Société Tchadienne d'Assurances et de Réassurances**», attestons par la présente que **Monsieur DJAGUENANG MALME**, Etudiant à **L'Institut International des Assurances de Yaoundé au Cameroun**, a effectué un stage pratique de Cinq (05) mois dans les différents Services de la Société.

En foi de quoi, la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit. /-

Fait à N'djamena, le 30 Septembre 2012

Pour la Société,
Le Directeur Général. / PI

BADAI GAIN GAYA

Visa :

- CSARH

- DAF

REPUBLIQUE DU TCHAD
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE
PRIMATURE
MINISTERE DE FINANCES ET DU BUDGET
SECRETARIAT GENERAL
DIRECTION GENERALE DU TRESOR
DIRECTION DES FINANCES EXTERIEURES ET
ORGANISMES SOUS TUTELLE (DFEOST)

UNITE – TRAVAIL – PROGRES

Réf.....024...../MFB/SG /DGT/DFEOST/2012 *af*

Le Directeur des Finances Extérieures et
Organismes Sous Tutelle

à

Monsieur le

Objet : Autorisation de recherches

Monsieur,

Dans le cadre de la rédaction de mémoire pour l'obtention du Diplôme de fin d'études, je vous recommande Monsieur **DJAGUENANG Malmé**, Etudiant en 2^{ème} année au cycle de Maîtrise en Sciences et Techniques d'Assurance (MST-A) promotion 2010-2012 à l'Institut International des Assurances de la Conférence Interafricaine des Marchés d'Assurance (IIA – CIMA) de Yaoundé en République du Cameroun, à mener des recherches sur le thème : « **LE CONCEPT DE LA COUVERTURE UNIVERSELLE DES SOINS DE SANTE. ETUDES DE FAISABILITE DE L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE (AMU) : CAS DU TCHAD** » au sein de votre institution.

Comptant sur votre diligence habituelle, recevez mes salutations cordiales.

Fait à N'Djaména ; le **29 AOUT 2012**



[Signature]
DJORET LABOU

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES	vi
SUMMARY vii	
AVANT PROPOS	ix
INTRODUCTION GENERALE	1
PREMIERE PARTIE :	1
DESCRIPTION DES ORGANES DE DECISION ET D'EXECUTION DE LA STAR NATIONALE S.A ET LE DEROULEMENT DU STAGE.....	1
CHAPITRE 1 : LES ORGANES DE DECISION ET D'EXECUTION DE LA STAR NATIONALE S.A	4
Section 1 : Les organes de décision.....	4
Paragraphe 1 : L'Assemblée Générale	4
Paragraphe 2 : Le Conseil d'Administration	4
Section 2 : Les organes exécutifs et de gestion.....	6
Paragraphe 1 : La Direction Générale	6
Paragraphe 2 : Les Départements.....	6
2.1 Le Département Administratif et Financier	6
2.1.1 Le service de la comptabilité et moyens généraux archives	7
2.1.2 Le service des finances et trésorerie	7
2.1.3 Le service administratif et ressources humaines	7
2.2 : Le Département Technique	7
2.2.1 Le Service Automobile.....	8
2.2.2 Le Service Transport	8
2.2.3 Le Service Incendie et Autres Risques Divers	9
2.2.4 Le Service Prévoyance Sociale	10
2.2.5 Le Service Sinistre et Contentieux.....	11
2.2.6 Le Service de Réassurance	12
2.3 Le Département Vie	12
2.3.1 Le Service Vie.....	12
CHAPITRE 2 : LE DEROULEMENT DU STAGE.....	15
Section 1 : La présentation de la STAR Nationale s.a et la prise de contact avec le Chef de Service Administratif et des Ressources Humaines	15
Paragraphe 1 : La présentation de la structure d'accueil.....	15
Paragraphe 2 : La prise de contact avec le Chef de Service Administratif et des Ressources Humaines.....	16
Section 2 : Le déroulement du stage.....	16
Paragraphe 1 : Le planning du stage	16
Paragraphe 2 : Le choix du thème et celui de l'encadreur	16
Paragraphe 3 : La méthodologie de recherche	17
Section 3 : Les difficultés rencontrées au cours du stage	18
Paragraphe 1 : Dans l'application du planning	18
Paragraphe 2 : D'ordre technique	18
Paragraphe 3 : D'ordre social	20

Paragraphe 4 : D'ordre relationnel	20
Section 4 : Les remarques et suggestions	21
Paragraphe 1 : Les remarques	21
Paragraphe 2 : Les suggestions	21
Paragraphe 3 : Rendre effectif le principe de spécialisation	22
DEUXIEME PARTIE :	24
ANALYSE DU CONCEPT DE COUVERTURE UNIVERSELLE EN SOINS DE SANTE ET SA FAISABILITE AU TCHAD.....	24
CHAPITRE 1 : L'INTRODUCTION DES REGIMES DE PROTECTION SOCIALE, LEUR RESTRICTION ET LA PROBLEMATIQUE DE SOINS DE SANTE AU TCHAD	25
Section 1 : L'introduction des régimes de protection sociale au Tchad.....	25
Paragraphe 1 : La période précoloniale	25
Paragraphe 2 : La période post-coloniale.....	26
Section 2 : Les limites du système de couverture sociale.....	27
Paragraphe 1 : Les limites du régime obligatoire de couverture sociale.....	28
Paragraphe 2 : Les limites du régime volontaire de couverture sociale	29
Section 3 : La problématique de soins de santé au Tchad.....	29
Paragraphe 1 : Les conditions de vie des ménages au Tchad	29
Paragraphe 2 : L'analyse de la situation sanitaire au Tchad	32
Paragraphe 3 : Le financement du secteur de la santé au Tchad.....	37
CHAPITRE 2 : LA CREATION D'UN SYSTEME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE.....	42
Section 1 : Les différentes approches selon les pays africains et les objectifs poursuivis.....	42
Paragraphe 1 : Les pays se trouvant encore dans la phase préparatoire et ceux ayant entamé la phase de mise en œuvre	43
Paragraphe 2 : Le concept de couverture universelle des soins de santé et les objectifs du programme de l'AMU.....	43
Section 2 : L'organisation et le fonctionnement de l'AMU	46
Paragraphe 1 : Le principe de base et le montage institutionnel du programme.....	46
Paragraphe 2: L'organisme de gestion	47
Paragraphe 3 : Les sources potentielles de financement et les prestations offertes.....	47
Section 3: Les avantages du régime d'assurance maladie universelle et les difficultés dans l'application de ce programme	48
Paragraphe 1 : Les avantages de l'AMU.....	48
Paragraphe 2 : Les difficultés dans l'application du programme de l'AMU.....	49
CONCLUSION GENERALE	50
BIBLIOGRAPHIE :	52
TABLE DES MATIERES	55

