

## SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE AU TCHAD : DÉFIS POUR L'ATTEINTE DES ODD ?

### Editorial

### Sommaire

#### Thème Central :

#### SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE AU TCHAD : DÉFIS POUR L'ATTEINTE DES ODD ?

I - Revue de la littérature sur la santé  
maternelle et infantile

II - Programmes ou structures d'appui à  
l'amélioration de la santé maternelle et  
infantile au Tchad

III - Indicateurs de la santé maternelle et  
infantile du Tchad

IV - Essai d'explication du niveau élevé  
de la mortalité maternelle, néonatale et  
infantile au Tchad

V - Atteinte des Objectifs de Développement  
Durable ayant trait à la santé ma-  
ternelle et infantile du Tchad

VI - Perspectives en matière de l'améli-  
oration de la santé maternelle  
et infantile au Tchad.

#### NOUVELLES DE L'INSEED

INSTALLATION DU NOUVEAU  
PCA DU FNDS

#### ACTIVITES DU SSN

Deuxième Stratégie Natio-  
nale de Développement  
de la Statistique (SNDS2)

#### PUBLICATIONS DE L'INSEED

I- Indice National des Prix à  
la Consommation

#### REUNIONS, ATELIERS ET SEMINAIRES

1. Conseil d'Administration du  
Fonds National de  
Développement de la Statis-  
tique du 25 janvier 2022

### Défi de la réduction de la mortalité maternelle et infantile au Tchad

L

a santé maternelle est la santé  
des femmes pendant la gros-  
sesse, l'accouchement et la  
période post-partum. L'en-  
fance est la période de vie al-

lant de la naissance jusqu'à l'âge de 18  
ans mais une attention particulière sera ac-  
cordée à la petite enfance (moins de cinq  
ans). La santé infantile vise principalement  
les enfants de moins d'un an.

La bonne santé et la survie des mères ont  
des conséquences directes sur la survie et  
la bonne santé de leurs enfants.

Les enfants de moins de 5 ans meurent  
principalement de maladies dont cer-  
taines pourraient être évitées (pneumonie,  
diarrhée, paludisme, VIH/sida...) et les  
femmes en âge de procréer, quant à elles,  
meurent chaque jour des causes évitables  
liées à la grossesse et à l'accouchement.  
Il est connu que les femmes continuent de  
mourir en donnant la vie à cause principa-  
lement des trois retards :

1. Retard pour décider à recourir aux soins  
d'urgence ;
2. Retard pour atteindre un établissement  
de soins ;
3. Retard pour recevoir des soins de qualité  
dans un établissement.

Comme l'affirme Fred SAI, ancien Président  
de la Fédération Internationale du Plan-  
ning Familial : « Aucun pays n'envoie ses  
soldats défendre leur patrie sans se préoc-  
cuper de les voir revenir sains et saufs, et  
pourtant, depuis des siècles, l'humanité en-  
voie ses femmes au combat pour le renou-  
vellement de l'espèce humaine sans les  
protéger ».

La réduction de la mortalité maternelle et  
infantile est le défi critique le plus important  
au Tchad dans le cadre de l'atteinte des  
Objectifs du Développement Durable  
(ODD). On a par exemple seulement 29  
formations sanitaires sur 158 requises  
(Normes OMS) qui offrent en permanence  
les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Ur-  
gence (MSP 2018, évaluation nationale des  
SONU) et le taux de prévalence contra-



ceptive qui est passé de 6% (EDS-MICS  
2014-2015) à 8% (MICS6, 2019) est faible.  
Selon le rapport mondial 2021 de « Inter-  
agency Group on Mortality Estimates  
(IGME) » qui comprend l'UNICEF, l'UNFPA,  
l'OMS et la Banque Mondiale, le Tchad ac-  
cuse un taux de mortalité infanto-juvénile  
de 110 pour mille en 2020.

Depuis l'initiative de la « maternité  
sans risque » lancée en 1987 à  
Nairobi, plusieurs stratégies ont  
été développées pour prévenir  
les décès maternels.

Les politiques de santé de  
nombreux pays en Afrique  
Sous-saharienne reposent en  
grande partie sur la disponi-  
bilité des services de SONU,  
incluant la césarienne et la  
transfusion sanguine, dans les  
hôpitaux de référence au ni-  
veau des districts ou provinces  
sanitaires.

Une accessibilité pour toutes les  
femmes, à des soins obstétricaux d'ur-  
gence (SOU) de qualité, a été recom-  
mandée comme étant l'un des facteurs  
clé pour une réduction de la mortalité ma-  
ternelle à moyen terme (Nuripam & al,  
1995; The Prevention of Maternal Mortality  
Network, 1996). Pour réduire la mortalité  
maternelle, plusieurs méthodes d'investiga-  
tion des décès maternels ont été dévelop-  
pées dont les audits de décès maternels  
(ADM) qui sont réalisés par les sage-  
femmes/maïeuticiens et les autres presta-  
taires de soins dans les hôpitaux.

En termes d'amélioration de la santé de la population, on note parmi les résultats les plus importants le fait que le Tchad est exempt de poliovirus sauvage depuis 2012, alors que la méningite et la rougeole sont sous contrôle (document du PND53). Le taux de mortalité maternelle est passé de 1099 pour 100 000 naissances vivantes en 2004 à 860 en 2014, soit une réduction de 21,7%. Les couvertures en CPN1 et CPN4 sont passées respectivement de 53% et 23% à 64% et 31% soit une amélioration respective de 11 et 8 points de pourcentage. Le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 102‰ en 2004 à 72 ‰ en 2014 soit une réduction de 29,4%. La couverture des enfants complètement vaccinés avant leur premier anniversaire est augmentée de 14 points de pourcentage en passant de 11% en 2004 à 25% en 2015. La prise en charge des PVVIH aussi s'est améliorée. Les ARV sont régulièrement disponibles et le nombre de malades sous ARV est passé de 7 215 en 2007 à 44 207

au 31 décembre 2016. Par ailleurs, la proportion de femmes dont l'accouchement a été assisté par un personnel de santé qualifié est passée de 24,3% en 2015 (EDS-MICS 2014-2015) à 47,2% en 2019 (MICS6, 2019), soit une hausse de 23 points de pourcentage. Cette proportion était de 20,7% en 2004 (EDST2). La prévalence du VIH a baissé de 3,3% en 2005 à 1,6% en 2014 (ODD3). En 2018, trois Tchadiens sur dix (30,5%) vivent avec moins de 1,9\$ par jour (en parité de pouvoir d'achat de 2011) et ceci quel que soit le sexe du chef de ménage et 42,3% de la population tchadienne vivent en dessous du seuil de pauvreté national soit plus de 6,5 millions d'individus (ODD1). Le Gouvernement a mené des actions d'envergure en lien avec l'ODD5 : (i) Promulgation d'une loi interdisant le mariage d'enfants en 2015 ; (ii) Ordonnance numéro 12/PR/2018 instituant la parité dans les fonctions normative et élective au

Tchad ; (iii) Mise en place d'une Stratégie Nationale de Lutte Contre les Violences Basées sur le Genre (SNVBG) en 2018 ; (iv) l'accès des femmes et des hommes, y compris les jeunes et les personnes handicapées, à un emploi productif, décent et durable.

Sachant que l'amélioration de la santé maternelle et infantile est une condition préalable essentielle de la réduction de la pauvreté, l'Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED) du Tchad diffusera des informations pertinentes sur les stratégies et programmes visant la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile pour éclairer et aider les autorités tchadiennes et ses partenaires qui œuvrent pour le développement du Tchad.

**Le Directeur Général de l'INSEED**

**Dr BARADINE ZAKARIA MOURSAL**

## Thème central : Santé Maternelle et Infantile (SMI) au Tchad : défis pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) ?

La santé, composante essentielle du capital humain, est définie selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un « état de parfait bien-être physique, mental et social et non une simple absence de maladies ou d'infirmités ». L'un des problèmes auxquels l'espèce humaine est perpétuellement confrontée demeure incontestablement l'amélioration de la santé des femmes et des enfants et par ricochet la lutte contre la morbidité et la mortalité des groupes vulnérables. Pour comprendre les processus morbides et leurs impacts sur la population, identifier les populations les plus touchées et les principales causes de décès, des études et recherches sur le phénomène se sont avérées nécessaires.

Ces investigations fournissent également des indicateurs pour déterminer objectivement les priorités dans la mise en place des politiques, programmes et projets de santé et à leur suivi et évaluation. La connaissance du niveau de la mortalité des femmes et des enfants est d'une importance capitale pour l'évaluation de la situation socio-sanitaire d'un pays et l'estimation du rythme de sa croissance surtout dans un pays d'Afrique subsaharienne où les exclus du système de soins de santé de type occidental se comptent en centaines de milliers voire en millions.

La santé maternelle est la santé des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum.

L'enfance est la période de vie allant de la naissance jusqu'à l'âge de 18 ans mais une

attention particulière sera accordée à la petite enfance (moins de cinq ans) au niveau de l'amélioration de la santé des enfants. La santé infantile vise principalement les enfants de moins d'un an.

La bonne santé et la survie des mères ont des conséquences directes sur la survie et la bonne santé de leurs enfants.

Les enfants de moins de 5 ans meurent principalement de maladies dont certaines pourraient être évitées (pneumonie, diarrhée, paludisme, VIH-sida, ...) et les femmes en âge de procréer, quant à elles, meurent chaque jour des causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement.

Environ un tiers des femmes tchadiennes qui souffrent ou qui ont souffert de la fistule obstétricale ont déclaré que ce problème était consécutif à un accouchement (35 %). Une proportion très faible d'accouchements (1 %) a eu lieu par césarienne (EDS-MICS 2014-2015).

Au pays de Toumai, le paludisme demeure un problème majeur de santé publique et constitue la première cause de consultation dans les formations sanitaires. C'est un facteur d'anémie chez l'enfant et cause des fréquentes absences scolaires. Le principal symptôme du paludisme est la fièvre. Les premiers signes d'une anémie sont une sensation de fatigue chronique, une pâleur, des vertiges, un essoufflement à l'effort, des troubles de la concentration et de la mémoire, une accélération du rythme cardiaque et des maux de tête. A l'ENIPT-2017, la prévalence

du paludisme était de 40,9% au niveau de la population (29,8% en 2010) et de 40,9% chez les enfants de 6 à 59 mois (35,8% en 2010). La prévalence de l'anémie au moment de la même enquête de 2017 est de 49,9% chez les enfants, elle était de 70,9% en 2010 et de 17% chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans (21,6% en 2010).

Malgré une baisse importante ces 15 dernières années, la mortalité maternelle et infantile reste un fléau en Afrique Subsaharienne et particulièrement au Tchad. Il faut donc développer des actions de mécénat en faveur des femmes et des filles surtout des mères en situations précaires dans la période pré et post natale et de leurs enfants de moins de 5 ans. Il est souhaitable d'avoir une franche collaboration avec les individus, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile. C'est pour cela que le Tchad suit de près les directives de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030). Lancée en septembre 2015 pour favoriser l'action et la redevabilité, ladite stratégie comprend une liste de cibles pour « survivre, s'épanouir et transformer » ainsi qu'un ensemble d'indicateurs de base visant à suivre les progrès accomplis. Ces indicateurs sont alignés sur ceux du cadre des Objectifs de Développement Durable (ODD).

L'atteinte de cinq Objectifs de Développement Durable est indispensable pour assurer l'amélioration de la santé maternelle et infantile au Tchad :

**Objectif 1.** Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde ;

**Objectif 2.** Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable ;

**Objectif 3.** Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ;

**Objectif 5.** Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles ;

Objectif 6. Garantir l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable.

Les estimations nationales du niveau et des tendances de la mortalité maternelle, de la mortalité infantile (de la naissance à 1 an) et infanto-juvénile (de 0 à 5 ans) permettent de fixer des priorités, d'influencer les politiques, de concevoir les programmes et de suivre les progrès accomplis vers la réalisation des Objectifs de Développement Durable (ODD) tant au niveau national et qu'international. C'est pourquoi, le présent document essaie de présenter la situation de la santé maternelle et infantile en perspective de l'atteinte des ODD. Il est structuré en 6 parties :

1- Revue de la littérature sur la santé maternelle et infantile ;

2- Programmes ou structures d'appui à l'amélioration de la santé maternelle et infantile au Tchad ;

3- Indicateurs de la santé maternelle et infantile du Tchad ;

4- Essai d'explication du niveau élevé de la mortalité maternelle, néonatale et infantile au Tchad ;

5- Atteinte des Objectifs de Développement Durable ayant trait à la santé maternelle et infantile du Tchad ;

6- Perspectives en matière de l'amélioration de la santé maternelle et infantile au Tchad.

## I. Revue de la littérature sur la santé maternelle et infantile

On distingue généralement trois types de mortalité : une mortalité endogène qui correspond à la façon dont s'éteindrait un groupe d'êtres humains soustraits aux aléas de l'existence et livrés aux seules forces biologiques ; une mortalité de « civilisation » due au fait que les conditions rapportées ci-dessus ne sont jamais réalisées et que les différentes formes de sociétés ont plus ou moins de moyens de lutter contre la mort ; une mortalité accidentelle, au sens large du terme, qui résulte de la rencontre de l'organisme avec un agent délétère imprévu.

Les progrès ont jusqu'ici surtout porté sur ce troisième type de mortalité, et dans les directions de recherche suivantes : on s'est efforcé d'éviter la rencontre avec le facteur délétère : la distribution d'une eau potable ou d'une moustiquaire imprégnée d'insecticide est un exemple d'une telle action ; la destruction du vecteur d'une maladie, tel le moustique porteur de la malaria, en est un second. Nous nous pencherons beaucoup plus sur le troisième type de mortalité, résultat des défis de l'amélioration significative de la santé maternelle et infantile dans un pays.

Lors des différentes Conférences mondiales des Nations Unies sur la Population qui se sont succédées, Bucarest (1974), Mexico (1984) et Caire (1994), la question de la fécondité et de la natalité a retenu l'attention des chercheurs et des décideurs suite notamment à son association avec la plupart des problèmes de santé de la femme et de l'enfant et des problèmes de planification socio-économique.

Au Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH2) du Tchad, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est évalué à 7,1 enfants par femme et le Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) est de 226 naissances vivantes pour 1000 femmes en âge de procréer au niveau national. Il est plus élevé en milieu rural (233,6‰) qu'en milieu urbain (195,6‰). Plusieurs raisons expliquent cette forte fécondité, il s'agit entre autres :

- De l'entrée en union trop précoce ;
- D'une faible prévalence des méthodes contraceptives modernes ;
- Du désir d'une progéniture nombreuse ;

- D'une proportion des femmes d'un faible niveau d'instruction majoritairement occupées dans le secteur agricole en milieu rural ;

- D'une mortalité infanto-juvénile élevée conduisant les couples à procréer davantage pour compenser les pertes ou pour que certains aient la chance de survivre ;

- Des maternités trop précoces, trop rapprochées, trop tardives et trop nombreuses.

La mortalité maternelle est « le décès d'une femme survenu en cours de grossesse ou dans un délai de 42 jours après la fin de la grossesse quelle qu'en soit la durée ou la localisation pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés mais ni accidentelle, ni fortuite » (OMS).

La mortalité maternelle est l'un des indicateurs de santé qui reflètent le plus les disparités entre les pays riches et les pays pauvres. Environ 80% des décès maternels à travers le monde sont dus à des complications obstétricales directes : hémorragie, septicémie, complications de l'avortement, pré-éclampsie et éclampsie, et longue durée/arrêt de l'accouchement. Environ 20% des décès ont des causes indirectes, généralement des états médicaux préexistants qui sont aggravés par la grossesse ou l'accouchement. Ce sont notamment l'anémie, le paludisme, l'hépatite et, de plus en plus, le SIDA (INSD, 2009b). Dans la pratique, il est souvent impossible de déterminer la cause exacte du décès d'une femme enceinte ou récemment enceinte, en particulier lorsque le décès survient en dehors d'un établissement de santé. C'est pourquoi l'OMS et d'autres acteurs dans ce domaine utilisent souvent une définition plus large, à savoir le décès lié à la grossesse. Ainsi, dans le cas d'une femme qui est morte quelques semaines après avoir mis au monde un enfant, l'accouchement a pu être la cause de la dépression dont elle souffrait, ou, sans en être la cause, l'aggraver ; sa mort est alors classée parmi les décès maternels.

La forte mortalité maternelle dans les pays en développement sont imputables à trois retards : (i) retard dans la prise de décision d'aller vers une structure de soins (perte de temps), (ii) retard pour obtenir un moyen de déplacement vers

une structure de santé (inexistence ou éloignement) et (iii) retard dans la prise en charge par le personnel soignant lorsque la femme est arrivée dans une structure de santé (mauvais accueil par le personnel soignant).

Comme aucune femme ne doit mourir en donnant naissance, le MSPSN du Tchad a décidé de développer et mettre en œuvre les stratégies nationales pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale dans toutes ses composantes à savoir : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base et Complets (SONUB/SONUC), les mutilations génitales féminines (MGF), le Planning familial (PF) et la santé environnementale.

En matière de Communication pour le Développement, il est question de chercher à augmenter le niveau de connaissances, attitudes, et pratiques en ce qui concerne les 4 pratiques essentielles : l'allaitement maternel exclusif, le lavage des mains, l'utilisation des SRO pour la diarrhée et l'utilisation des MI.

Il est à souligner que dans le cadre du renforcement de la santé maternelle, l'OMS encourage le Tchad à agir maintenant pour un « accouchement sûr et respectueux » surtout à être regardant en matière de sécurité des patientes.

La sécurité des patients est un domaine des soins de santé qui a émergé avec la complexité croissante des systèmes de santé et la hausse des préjudices causés aux patients au sein des établissements de santé. Les erreurs humaines sont rarement commises par négligence, mais résultent plutôt de défauts, de failles ou de dysfonctionnements des systèmes, des procédés et des procédures avec lesquels les acteurs humains travaillent. Ces failles entraînent inévitablement des erreurs et les effets préjudiciables y relatifs sont souvent catastrophiques aux patients.

L'OMS a identifié trois défis mondiaux majeurs que le monde doit relever pour améliorer la sécurité des patients :

- Un soin propre est un soin plus sûr ;
- Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies ;
- Les médicaments sans les méfaits.

## II. Programmes ou structures d'appui à l'amélioration de la santé maternelle et infantile au Tchad

Le Tchad est l'un des pays au monde qui accuse un taux de mortalité maternelle très élevé. Plusieurs facteurs expliquent ces niveaux des indicateurs du Tchad en matière de mortalité maternelle et néonatale : la grande étendue du pays ; la présence des populations nomades ; la pauvreté des ménages ; la faiblesse en quantité et qualité des prestations de soins et le manque de matériels et médicaments des services de santé de la mère et de l'enfant. Pour relever ces défis, le Tchad a connu des réformes et des développements importants dans le domaine de la santé. Il a adopté une nouvelle Politique Nationale de Santé (PNS 2016-2030) dont l'objectif est d'assurer à la population l'accès universel aux soins de santé de qualité, globaux, intégrés, continus et centrés sur la personne afin de contribuer efficacement au développement socio-économique du pays. Pour la mise en œuvre de cette politique, des structures et programmes sont créés pour aider le gouvernement dans sa bonne conduite. Il s'agit de :

### \*\* Projet PRPSS

Le Projet de Renforcement des services de Santé Maternelle et Infantile (PRSSMI), créée en 2014 et clôturée en mars 2019 a été institué pour aider le gouvernement dans sa quête de l'amélioration de son système de santé. Les principales stratégies d'intervention du projet ont été le financement basé sur les performances et le développement des approches communautaires. Dans le contexte du Tchad, le FBR/FBP/PBF est une approche du système de santé, axée sur les résultats qui vise l'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins de santé maternelle et infantile, financièrement et géographiquement accessibles aussi pour les vulnérables à travers une approche contractuelle, matérialisée par des contrats de performance. Cela implique que les formations sanitaires soient considérées comme des organisations autonomes qui réalisent un bénéfice au profit d'objectifs de santé publique et / ou de leur personnel. Il est également caractérisé par des contrats de performance pour les acteurs de la régulation, les ACV/AAP (Agence de Contractualisation et de Vérification / Agence d'Achat et de Paiement), les financeurs et le renforcement de la voix de la population. Le principe de base du FBR est qu'une structure qui génère plus d'activités ou une meilleure qualité va recevoir plus de subsides, donc plus d'argent ; il est différent du financement classique de type input (intrants) où les structures de soins recevaient tous les intrants nécessaires à leur fonctionnement sans aucune obligation de résultats.

Après la clôture du PRSSMI en mars 2019, le Gouvernement tchadien et la Banque Mondiale ont convenu d'un nouveau projet dénommée «Projet de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS)». Ce projet devra permettre de capitaliser les ré-

sultats et les acquis des interventions basées sur le FBR dans l'optique non seulement de les consolider mais aussi dans une perspective de mise à l'échelle afin de toucher le maximum de bénéficiaires.

### \*\* Fonds Muskoka

Depuis 2012, la France a accordé 24,8 millions d'euros au Tchad à travers le Fonds Muskoka pour lutter contre la mortalité maternelle, néonatale et infantile : mise en œuvre d'activités à haut impact en matière notamment de planification familiale, santé de la reproduction chez les adolescents mais également de santé maternelle,

néonatale et infantile. Il est plus question d'accès aux services de santé de reproduction. Par service de santé de reproduction, on entend l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation et à l'amélioration de la qualité de vie et des relations interpersonnelles et qui ne se limitent pas seulement à dispenser des conseils.

Le Fonds français Muskoka est créé pour le renforcement de la politique nationale de développement sanitaire et du système d'informations sanitaires, et permet de renforcer les ressources humaines, de faciliter l'accessibilité aux produits médicaux essentiels et aux matériels médico techniques, d'améliorer la prestation des services de santé maternelle, néonatale et infanto-juvénile et de promouvoir au niveau familial et communautaire les pratiques familiales essentielles.

### \*\* Projet SWEDD

Le projet « autonomisation des femmes et le dividende démographique au Sahel (SWEDD : Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend) » est une initiative d'envergure régionale ciblant six<sup>1</sup> pays (le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Mali, la Mauritanie, le Niger et le Tchad) et dont l'objectif est d'accélérer la transition démographique, de déclencher le dividende démographique (DD) et de réduire les inégalités de genre dans les pays participants. Il vise notamment : (i) l'achèvement du cursus scolaire par les filles, (ii) le renforcement des compétences de vie notamment en matière de leadership, d'accès aux services de santé maternelle et reproductive et (iii) l'amélioration des revenus par un meilleur accès à l'emploi et à la facilitation de l'auto-emploi.

Le projet SWEDD s'exécute à travers 3 composantes dont la composante 2 vise à renforcer les capacités régionales, afin d'améliorer l'offre en produits de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et nutritionnelle et en personnel qualifié

Elle s'articule autour de quatre sous-composantes :

Sous-composante 2.1 : Promouvoir l'harmoni-

sation régionale de l'enregistrement et le contrôle qualité des produits de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et nutritionnelle (SRMNIN) ;

Sous-composante 2.2 : Soutenir les efforts des pays pour améliorer les performances de leur chaîne d'approvisionnement des produits SRMNIN ;

Sous-composante 2.3 : Créer un suivi régional des stocks de produits SRMNIN ;

Sous-composante 2.4 : Soutenir les institutions de formation des sages-femmes rurales pour améliorer la qualité et augmenter le nombre de sages-femmes et autres personnels impliqués dans la santé SRMNIN.

Pour ce projet, l'importance de garantir la bonne santé et le bien-être s'avère capitale pour assurer la réduction de la vulnérabilité des jeunes et maximiser l'investissement dans le capital humain. Il s'avère également essentiel d'accélérer la transition démographique et d'améliorer la productivité de la main-d'œuvre. A ce titre, pour tirer pleinement profit du dividende démographique, il est indispensable d'entreprendre des investissements stratégiques susceptibles d'améliorer les résultats en matière de santé relatifs à l'accès à la santé sexuelle et génésique, y compris la planification des naissances, afin de s'assurer que les femmes peuvent décider elles-mêmes du nombre d'enfants qu'elles souhaiteraient avoir et de l'écart entre les naissances de ces enfants. Par ailleurs, il est également nécessaire d'accroître la survie des enfants en mettant l'accent sur la prévention des maladies infectieuses, la vaccination, l'amélioration de la nutrition et le renforcement des interventions médicales pendant la période néonatale.

### \*\* CARMMA

Le 15 Décembre 2009, le Tchad a lancé officiellement la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA).

La CARMMA est une initiative de l'Union Africaine et de plusieurs organisations et ONG dont l'UNFPA. Elle vise à sensibiliser et à promouvoir le Plan d'Action de Maputo<sup>2</sup> et à accélérer la réduction de la mortalité maternelle en Afrique.

### \*\* CNLS

Le cadre organisationnel et institutionnel de lutte contre le VIH/SIDA/IST au Tchad est structuré comme suit :

- ✓ Le Conseil National de Lutte Contre le VIH/SIDA et les IST (CNLS) ;
- ✓ Le Secrétariat Exécutif National ;
- ✓ Les Comités Sectoriels ;
- ✓ Les Conseils Régionaux ;
- ✓ Les Secrétariats Exécutifs Régionaux.

Le cadre organisationnel et institutionnel de lutte contre le VIH/SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles est l'ensemble des dispositions stratégiques, des ressources et des structures dont le pays s'est doté pour enrayer la progression de ces maladies dans le cadre de la politique sanitaire en vigueur. Sa mission est de conduire, de renforcer et de soutenir la lutte élargie visant à :

- ✓ Arrêter la progression du VIH/SIDA/IST;
- ✓ Réduire la vulnérabilité de l'individu, de la famille et des communautés ;
- ✓ Réduire l'impact sur l'individu, la famille et les communautés ;
- ✓ Assister et soutenir les personnes vivant avec le VIH/SIDA/IST.

Le CNLS est une instance politique d'orientation et de décision. Il a pour mission :

- ✓ Définir les orientations de la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA/IST;
- ✓ Assurer le plaidoyer, la conduite et la coordination de la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA/IST ;
- ✓ Mobiliser les ressources financières, humaines, matérielles en faveur de la lutte contre le VIH/SIDA/IST ;
- ✓ Assurer le partenariat régional et international au plus haut niveau dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA/IST ;
- ✓ Délibérer sur toutes les questions relatives à la lutte contre le VIH/SIDA/IST sur toute l'étendue du territoire national ;
- ✓ Veiller au respect de la réglementation et de l'éthique en matière de lutte contre le VIH/SIDA/IST.

#### \*\* Initiative FP2020

Family Planning 2020 (FP2020) vise à permettre à 120 millions de femmes supplémentaires d'utiliser une méthode de contraception moderne d'ici 2020. Ce progrès est suivi au niveau mondial et au niveau du pays. La réussite du mouvement mondial dépend entièrement des résultats du pays.

L'initiative FP2020 a été lancée sur la base d'un principe simple : chaque femme et chaque fille, où qu'elle vive, devrait avoir la possibilité d'utiliser des méthodes de contraception moderne qui permettent de sauver des vies, de les transformer.

Pour permettre aux femmes, adolescentes et jeunes filles de jouir de leurs droits en matière de santé de reproduction, le Gouvernement du Tchad s'est engagé dans le partenariat FP2020 avec pour objectifs :

1. Accroître l'utilisation des méthodes contraceptives modernes de 5% à 8% d'ici 2020 ;
2. Atteindre 115 000 nouvelles acceptantes de méthodes contraceptives modernes d'ici 2020;
3. D'ici 2020, 52 000 adolescents et jeunes

ont accès aux services de santé de la reproduction et 5 000 adolescentes et jeunes filles additionnelles utilisent les méthodes contraceptives.

Il est à rappeler que la santé de reproduction est un état de complet bien-être physique, mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et ne consiste pas seulement en l'absence de maladies ou d'infirmités.

Selon la loi N°006 du 15 avril 2002 portant promotion de la santé de reproduction au Tchad, l'accès aux services de la santé de reproduction est un droit.

Les principes et droits en matière de santé de la reproduction sont entre autres:

Art.3.- Tous les individus sont égaux en droit et dignité en matière de santé de reproduction sans discrimination aucune fondée sur l'âge, le sexe, la fortune, la religion, l'ethnie, la situation matrimoniale ou sur toute autre situation.

Art.4.- Les couples et les individus ont le droit de décider librement et avec discernement des questions ayant trait à la santé de la reproduction dans le respect des lois en vigueur, des us et coutumes, de l'ordre public et des bonnes mœurs. Ils peuvent décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et du droit d'accéder à la meilleure santé de la reproduction.

#### \*\* PASST

Le Projet d'Appui au Secteur de la Santé au Tchad (PASST) vise à contribuer à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile dans les provinces de N'Djaména, du Logone Occidental et du Ouaddaï. Pour ce projet, le MSPSN a délégué en partie la maîtrise d'ouvrage à des opérateurs (Expertise France, l'ONG BASE, CHU Bon Samaritain, CDN, ENASS-N'Djaména, ERSAS-Abéché-Moundou, ECOSSET, Handicap Santé/MNDP-Moundou) sous contrats de prestations de services pour développer les interventions définies dans les projets;

Le PASST1 comportait trois composantes:

1. Le renforcement des ressources humaines en santé ;
2. La réduction de la mortalité humaine ;
3. La lutte contre le VIH/Sida.

Le PASST2 comporte quatre composantes:

1. Renforcement des capacités du Ministère de la Santé ;
2. Renforcement des structures de soins (offre et qualité) ;
3. Formation du personnel de santé ;
4. Financement de soins et mécanismes solidaires d'exemption de paiement.

#### \*\* Projet Santé Urbaine à N'Djaména

Le projet Santé Urbaine à N'Djaména contribue à renforcer le rôle de la mairie centrale comme acteur de la santé territoriale et à appuyer les actions d'organisations de la société civile tchadienne dans le domaine de la santé maternelle et infantile. Il s'insère dans une démarche multi-acteurs incluant le Ministère de la Santé, l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN), et des ONG tchadiennes (BASE et ASTBEF) travaillant dans le secteur de la santé. Son financement participe à la contribution française pour accélérer la lutte contre la mortalité maternelle et infantile annoncée au cours du G8 à Muskoka (Canada) et s'inscrit dans l'approche «villes en santé », préconisée par l'OMS, qui met en évidence le rôle déterminant des conditions de vie des ménages sur leur état de santé (l'accès à l'eau potable, l'amélioration de l'habitat, l'assainissement).

Impacts du projet Santé Urbaine à N'Djaména

- ✓ Influencer sur la croissance économique au Tchad, jusqu'ici freinée par une croissance démographique galopante ;
- ✓ Permettre d'assainir l'environnement urbain (ODD 6) ;
- ✓ Contribuer à la réduction de la mortalité infantile et à l'amélioration de la santé maternelle (ODD 3).

#### \*\* Projet PEAN

Le «Projet eau et assainissement à N'Djaména» (PEAN), co-financé par l'AFD, l'Union Européenne et RVO (Pays-Bas), intervient dans certains quartiers de N'Djaména en partie habités par des populations défavorisées, nouveaux arrivants dans la capitale suite à un exode rural massif durant la fin des années 90. Les objectifs du projet PEAN sont:



✓ Accroître le taux de couverture du réseau d'eau potable de N'Djaména de 30% à au moins, 45% en 2021.

✓ Renforcer les capacités de la Société Tchadienne des Eaux (STE) et assurer la mise en place de nouvelles structures de gestion des points d'eau publics dans les quartiers péri-urbains de N'Djaména.

On a par exemple 20 000 habitants des 7<sup>ème</sup> et 8<sup>ème</sup> arrondissements de la capitale tchadienne qui bénéficient d'une amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement.

### III. Indicateurs de la santé maternelle et infantile du Tchad

La population du Tchad est estimée de 11 039 873 habitants en 2009 selon le Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2009 (RGPH2, 2009) ; cette population était de 6 279 931 habitants en 1993 (RGPH1, 1993). Elle a atteint 16 818 391 habitants en 2021 (17 414 717 personnes au 1er juillet 2022) selon les projections de l'Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED, 2014, hypothèse moyenne). Le taux d'accroissement de cette population est passé successivement de 1,4 % en 1964 (Service de Statistique, 1966), à 2,5 % en 1993 (BCR, 1995), à 3,6 % en 2009 (résultats globaux, RGPH2, 2012) et pourrait s'établir à 3,4 % en 2020 selon les projections de l'INSEED publiées en 2014. Sur le plan nuptial, le mariage est précoce et généralisé, et l'usage de la contraception est faible. En effet, trois femmes sur dix âgées de 25-49 ans étaient déjà en union avant d'atteindre 15 ans exacts au moment de l'enquête et 70 % avant d'atteindre 18 ans exacts (EDS-MICS, 2014-2015).

L'indice synthétique de fécondité est passé de 5,1 enfants par femme en 1964 à 6,6 enfants en 1996 puis à 6,4 enfants en 2014-2015. L'âge moyen à la procréation est passé de 28,2 ans en 1964 à 29,9 ans en 2009 et le taux brut de natalité de 16,3‰ en 1993 à 49,6‰ en 2009. Dans l'ensemble, selon les résultats de l'EDS-MICS 2014-2015, 6 % des femmes de 15-49 ans utilisaient, au moment de l'enquête, une méthode de contraception : 5 % appliquaient une méthode moderne et 1 % une méthode traditionnelle.

Selon les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) menées au cours de la période 2010-2015, l'ISF au Tchad de 6,4 enfants par femme en 2014-2015 est parmi les plus élevés en Afrique (7,6 au Niger en 2012 et 7,6 en 2013-2014 en RDC) alors qu'il est plus faible dans des pays comme le Gabon (4,1 en 2012), le Libéria (4,7 en 2016) ou le Nigeria (5,5 en 2013).

#### Nombre d'enfants par femme (ISF) aux EDS

#### Les paramètres nécessaires sont manquants ou erronés.

Au niveau de la santé de la reproduction, selon les résultats de l'EDS-MICS, le rapport de mortalité maternelle est estimé à 860 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2014-2015 et seulement 24% de naissances ont été assistées par un personnel de santé (28% à la MICS6 de 2019), 58,6% en milieu urbain et 15,9% en milieu rural. Les décès maternels représentent 45 % de tous les décès de femmes de 15-49 ans et les femmes courent un risque de 1 sur 16 de décéder de cause maternelle pendant les âges de procréation. Les différents taux sont plus préoccupants en milieu rural où les pratiques traditionnelles néfastes (tabous, croyances coutumières et recours aux soins traditionnels) sont encore importantes.

À la fin de l'année 2020, le Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale a notifié

334 décès maternels contre 355 en 2019 sur environ 5 000 décès maternels attendus par an si on s'en tient au taux de mortalité actuel. En fait, au Tchad seulement 27% (MICS6, 2019) des femmes enceintes accouchent dans une structure sanitaire. Les cas de décès maternels notifiés actuellement sont issus de cette fréquentation.

L'espérance de vie à la naissance au Tchad en 2009 était de 52,4 ans ; elle est estimée à 51,6 ans chez les hommes et à 53,4 ans chez les femmes. On constate que les femmes présentent des risques de mortalité moindres que les hommes avec une différence de 1,8 an en leur faveur (INSEED, 2014 :77).

La prévalence du VIH/SIDA dans la population générale de 15-49 ans est passé de 3,3% en 2005 (enquête nationale de séroprévalence de 2005) à 1,6% en 2015 (enquête EDS-MICS 2014-2015).

La comparaison des résultats de l'EDST-II 2004 et de l'EDS-MICS 2014-2015 révèle que la mortalité des enfants a diminué de façon significative au cours des 10 dernières années. En effet, la mortalité infantile a baissé de 102‰ à 72‰ entre 2004 et 2014-2015. Par ailleurs, d'après les résultats du RGPH2, le taux brut de mortalité était de 14,8‰ en 2009. Il est plus élevé chez les hommes (15,7‰) que chez les femmes (13,8‰).

Entre 1997 et 2004, le taux de mortalité néonatale est passé de 44‰ (EDST1) à 39‰ (EDST2) alors que celui de mortalité post-néonatale est plutôt en hausse (59‰ en 1997 contre 63‰ en 2004). À l'enquête EDS-MICS 2014-2015, durant les cinq dernières années, sur 1000 naissances vivantes, 34 meurent au cours du premier mois de vie (38‰ pour la mortalité post-néonatale).

Comme la mortalité reflète l'état sanitaire de la population, il est intéressant de faire la situation de la morbidité car on n'oubliera pas que le décès est le plus souvent l'aboutissement d'une chaîne, d'un processus commençant par la détérioration de la santé. Le taux de morbidité au cours des trente derniers jours précédant l'enquête ECOSIT4 est évalué à 43,2% en 2018. Ce taux est plus élevé que celui trouvé en 2011 qui était de 27,9%.

Outre les causes directes de mortalité, plusieurs facteurs contribuent à maintenir les niveaux élevés de la mortalité des femmes et des enfants. Parmi les plus importants, sont à noter : les facteurs politiques et institutionnels ; les facteurs socioculturels ; les facteurs environnementaux et les facteurs liés au système de santé.

Sur le plan des ressources humaines, malgré les efforts fournis par le Gouvernement tchadien avec l'appui des partenaires techniques et financiers, plusieurs défis demeurent. D'après l'annuaire des statistiques sanitaires de 2018, le nombre d'agents de santé toutes catégories confondues est estimé à 13 291. Selon la même source, le ratio habitants pour un médecin est

de 28 401 (norme OMS : 10 000), celui d'habitants pour un pharmacien est de 196 755. Par ailleurs, le ratio habitants pour un infirmier s'établit à 5 092 (norme OMS : 5000) tandis que celui des femmes en âge de procréer par sage-femme est de 5 005 (norme OMS : 3000).

En ce qui concerne les ressources financières, en dépit de l'engagement d'Abuja qui exige que la part du budget de l'Etat consacré au secteur de la santé soit de 15%, de 1961 jusqu'en 2008, pour les années où les données sont disponibles, la part du budget de la santé dans le budget total de l'Etat n'a jamais atteint 10%. La proportion la plus élevée (9,7%) est observée en 1964 et la plus faible en 1987 (INSEED, 2000). De 8,3% en 2004, la part du budget de la santé dans le budget total de l'Etat a chuté à 4,5% en 2008 (DSIS, 2008). Par ailleurs, en 2015, le Gouvernement tchadien en a consacré seulement 5,5%. En 2013, en raison des retombées des ressources pétrolières, il a été consacré près de 10% du budget au secteur hormis les ressources investies dans les grands projets présidentiels. En 2017, la part du budget allouée à la santé représentait 6,5% du budget général de l'Etat.

D'après le rapport sur la mesure du dividende démographique au Tchad de 2017 (calculs NTA 2016), La consommation privée de santé est inférieure à la consommation publique de santé dans les tranches d'âge 0-4 ans, 12-16 ans et 41-49 ans correspondant respectivement à la petite enfance, à la tranche d'âge de début de procréation et à la tranche d'âge de la fin de la période féconde où des investissements massifs sont consacrés au secteur de la santé par le pouvoir public alors qu'elle est nettement supérieure à cette dernière dans les autres groupes d'âge.

A l'ECOSIT4, l'analyse de la structure des dépenses des ménages en 2018 par poste relève que les dépenses de santé et d'hygiène (3,6%) viennent en 8eme position après alimentation et boissons (46,3%), logement, eau, électricité, gaz et autres combustibles (14,7%), hôtels et restaurants (10,0%), habillement et chaussures (6,0%), transport et déplacement (5,3%), ameublement, articles de ménage et entretien courant (4,2%) et communication et télécommunication (4,1%).

L'état nutritionnel des enfants est le reflet de leur état de santé général. Lorsqu'un enfant a accès à une source d'alimentation appropriée, qu'il n'est pas sujet à des maladies récurrentes et qu'il est bien protégé, il atteint son potentiel de croissance et il est considéré comme bien nourri. A l'EDS-MICS de 2014-2015, 40 % des enfants accusent un retard de croissance et souffrent donc de malnutrition chronique : 18 % sous la forme modérée et 22 % sous la forme sévère et près d'un enfant sur huit (13 %) est atteint de malnutrition aiguë. Par ailleurs, vingt-neuf pour cent des enfants de moins de cinq ans présentent une insuffisance pondérale : 18 % sous la forme modérée et 11 % sous la forme sévère.

D'après les carnets de santé ou les déclarations de la mère, le poids à la naissance des enfants n'est connu que dans 12 % des cas. Parmi les naissances dont le poids a été déclaré, 7 % pesaient moins de 2,5 kg. Un enfant sur quatre âgé de 12-23 mois (25 %) a été complètement vacciné en 2014-2015.

Il est à rappeler que la vaccination constitue l'essentiel des mesures préventives pour assurer la protection des enfants contre les neuf maladies ciblées (la tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la rougeole, l'hépatite B, l'Haemophilus Influenzae B (HIB) et la fièvre jaune).

La mortalité des enfants varie selon certaines caractéristiques socioéconomiques. On note dans l'ensemble au Tchad en 2019 que, quel que soit le type de mortalité considéré, le risque de décès est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain. Ainsi, le quotient de mortalité infanto-juvénile est de 94 ‰ pour le milieu urbain contre 128 ‰ pour le milieu rural. Pour ce qui est de la mortalité infantile, ce risque est de 63 ‰ pour le milieu urbain contre 82 ‰ pour le milieu rural.

De nombreuses études ont mis en évidence la corrélation entre le niveau d'instruction des parents et la probabilité de mourir des enfants. A la MICS6 de 2019, plus le niveau d'instruction de la mère est élevé (secondaire et plus), on note moins le risque de décès de leurs enfants. En effet, le quotient de mortalité infanto-juvénile passe de 113 ‰ chez les mères de niveau d'instruction primaire à 108 ‰ chez celles qui ont un niveau secondaire et plus.

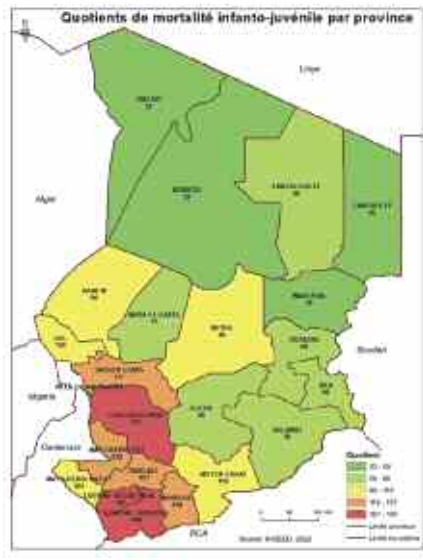
Cette tendance est observée pour les différents types de mortalité chez les enfants. Pour ce qui est de la mortalité infantile, le risque de décès passe de 101 ‰ à de 67 ‰ lorsqu'on passe du primaire au secondaire et plus. L'indice de bien-être économique du ménage influencerait moins le niveau de mortalité chez les enfants. Le risque de décès des enfants de moins de cinq ans varierait de 102 ‰ chez les ménages les plus pauvres à 149 ‰ chez les moyens et 93 ‰ chez les plus riches.

La carte ci-dessous présente les estimations de la mortalité infanto-juvénile selon la province de résidence.

On note d'importants écarts entre les différentes provinces. Le Logone Occidental avec un quotient de mortalité de 197 ‰ afficherait le plus haut niveau de mortalité infanto-juvénile du pays. Il est suivi immédiatement de Logone Oriental (188 ‰), Chari Baguirmi (179 ‰), Tandjilé (157 ‰), Mandoul (148 ‰), Hadjer Lamis

(137 ‰) et Mayo Kebbi Est (130 ‰). La province de Borkou/Tibesti a enregistré le plus faible niveau de mortalité infanto-juvénile du pays avec seulement 33 décès d'enfants de moins de cinq ans sur 1000 naissances. Wadi Fira arriverait en deuxième position avec 38 ‰ et Ennedi Est en troisième position avec 50 ‰. N'Djamena avec 92 ‰ de quotient de mortalité info-juvénile arrive à la 11<sup>ème</sup> place sur les 22 provinces du pays.

Carte 01 : Quotients de mortalité infantile (‰) selon la province en 2019



Par ailleurs, il est à noter que dans toutes les provinces du Tchad en 2019, la mortalité infantile est supérieure à la mortalité juvénile.

En ce qui concerne le mode de vie, la religion, l'ethnie, le statut matrimonial, la situation d'activité, le statut dans la profession et le statut de handicap, le rapport thématique du RGPH2 portant sur la mortalité révèle que le quotient de mortalité infantile est de 47 ‰ chez les nomades contre 99 ‰ chez les enfants des femmes sédentaires. La mortalité des enfants de moins d'un an des femmes de religion catholique (125 ‰) est plus élevée que celle des enfants des femmes de religion protestante (116 ‰), musulmane (79 ‰) et animiste (112 ‰).

La mortalité des enfants est la plus élevée dans le groupe ethnique Karo/Zimé/Pévé (139 ‰), ce quel que soit le sexe (141 ‰ chez les garçons et 139 ‰ chez les filles). Les enfants du groupe ethnique Zaghawa (Bideyat/Kobé) ont le quotient de mortalité infantile le plus faible (49 ‰ tous sexes confondus et pour le sexe masculin et 50 ‰ pour le sexe féminin).

Au Tchad, en 2009, les enfants issus de mères célibataires meurent plus que ceux issus de mère mariée ou en rupture d'union. En effet, la mortalité infantile des enfants des femmes célibataires (118 ‰) représente 1,3 fois celle des enfants des femmes veuves (88 ‰) et 1,5 fois celle des enfants des femmes mariées monogames (77 ‰).

La mortalité infanto-juvénile des enfants des femmes célibataires (197 ‰) est 1,6 fois celle des enfants des femmes mariées monogames (123 ‰) et 1,4 fois celle des enfants dont la mère est veuve (143 ‰).

Il apparaît que le mariage, comme institution de stabilisation sociale, est un élément important pour la survie des enfants. Théoriquement, la forte mortalité des enfants des femmes célibataires est expliquée par le fait que (i) ces enfants sont généralement de rang 1, (ii) ces mères sont très jeunes et âgées de moins de 20 ans et (iii) ces mères connaissent un traumatisme psychologique et social.

La situation d'activité de la mère est liée à la mortalité des enfants car le risque de décéder des enfants aux bas âges dépend de la situation économique des parents plus particulièrement celle de la mère. Le fait qu'une mère travaille ou non, et si oui, dans le foyer ou à l'extérieur, peut avoir des conséquences sur l'alimentation (allaitement et sevrage), sur l'attention et les soins à accorder à l'enfant et en définitive sur sa survie. Les enfants des femmes au foyer ont une mortalité plus basse (1Q0 de 76 ‰, 4Q1 de 49 ‰ et 5Q0 de 121 ‰). Par contre, les enfants dont la mère est occupée ont une plus forte mortalité (1Q0 de 104 ‰, 4Q1 de 76 ‰ et 5Q0 de 172 ‰).

Le statut dans la profession caractérise la position de la personne par rapport à son occupation principale. L'analyse des quotients de mortalité selon le statut dans la profession de la mère en 2009 montre que les enfants des femmes indépendantes (98 ‰) et salariées (85 ‰) courent moins de risque de décéder avant le premier anniversaire que ceux des femmes ayant pour statut employeur (109 ‰). Par contre les enfants des aides familiales (120 ‰) et apprenties (116 ‰) ont un niveau de mortalité infantile relativement supérieur à ceux des femmes employées (109 ‰).

Quel que soit le sexe, les enfants des femmes vivant avec un handicap courent un risque plus élevé de décès que ceux dont la mère ne présente aucun handicap. En effet, le quotient de mortalité infantile des enfants dont la mère vit avec un handicap est de 136 ‰ et de 98 ‰ lorsque la mère n'a aucun handicap.

## IV. Essai d'explication du niveau élevé de la mortalité maternelle, néonatale et infantile au Tchad

Selon le dictionnaire multilingue de Louis Henry, la mortalité c'est l'action de la mort sur les populations. De façon générale, l'étude de la mortalité consiste à mesurer l'impact de la mort sur une population ou une sous population donnée. De façon spécifique, il s'agira de confronter, pour un temps défini, le nombre de décès et le volume de la population étudiée.

Généralement considérées comme des variables intermédiaires, les facteurs de risque de mortalité concernent essentiellement la mortalité des enfants et portent pour l'essentiel sur l'âge de la mère à l'accouchement, l'intervalle intergénéral, le rang de naissance, les visites prénatales, la vaccination et le type d'allaitement.

Plusieurs cadres analytiques sont utilisés par les chercheurs pour relier et hiérarchiser les types de variables selon leur niveau (macro, méso et micro) ou selon la nature (sociale, économique, environnementale, biologique, ...) en passant par une série de variables intermédiaires avant d'arriver à la morbidité et à la mortalité.

Ces variables intermédiaires diffèrent selon le groupe cible (infantile, infanto-juvénile, adulte, maternelle ou générale) en fonction des contextes étudiés (cadres généraux, sociétés, ...) ; en fonction des mécanismes, certains chercheurs privilégient telle ou telle autre variable (par exemple la malnutrition, le niveau de vie, ...) et aussi en fonction du niveau d'analyse (approche globale, niveau individuel ou ménage).

### Déterminants de la mortalité maternelle

Globalement, quand on parle de déterminants de la mortalité maternelle, il s'agit de : causes obstétricales directes et indirectes, l'âge de la femme, la parité, mode d'admission, retard incriminé, l'hypertension artérielle et la consultation prénatale. Au Tchad, le Ministère en charge de la santé, avec l'appui de ses partenaires, suit de près le taux de mortalité maternelle et cherche des moyens de le réduire à travers une série de stratégies.

Beaucoup de raisons expliquent la mortalité maternelle au Tchad. Il y a d'abord les facteurs sous-jacents. Le Tchad est confronté à des importants défis structurels (pauvreté, analphabétisme, faible disponibilité des services sociaux de base entre autres) qui amplifient les besoins humanitaires. Le taux élevé de mortalité maternelle est l'une des conséquences de ces défis.

Certaines raisons sont liées à l'âge de la femme enceinte, comme lors des grossesses précoces (moins de 18 ans) ou des grossesses tardives (plus de 35 ans). Ce sont des grossesses dites à risque. On peut ajouter à cette catégorie les grossesses rapprochées (moins de deux ans entre les naissances) et le nombre élevé de grossesses (au-delà de sept).

D'autres raisons sont liées à l'accès aux soins de qualité. On note l'insuffisance en personnel de qualité en particulier les sage-femmes, équipement, médicaments et fournitures adéquats, l'éloignement du centre de santé ou le manque de route pour atteindre les formations sanitaires.

Il y a aussi la pauvreté qui empêche les ménages démunis d'accéder aux soins compte tenu des frais imposés dans certains cas et du manque de moyens de déplacement pour transporter la patiente vers les formations sanitaires.

Certains facteurs sont liés au niveau d'instruction des ménages et de la communauté. On peut citer l'analphabétisme, l'ignorance des signes de danger de la grossesse par les femmes, les familles, les accoucheuses traditionnelles et les communautés, et l'insuffisance de sensibilisation sur la santé de la reproduction. Les pesanteurs socioculturelles telles que le statut de la femme dans la société tchadienne et les pratiques traditionnelles néfastes, à l'exemple des soins obstétricaux prodigués par des guérisseurs traditionnels qui s'ajoutent à ces facteurs pouvant aggraver la mortalité maternelle.

### Déterminants de la mortalité infantile

Les premières études sur les déterminants de la mortalité des enfants apparaissent au cours des années 1980. Meegama (1980) est l'un des premiers auteurs à s'intéresser à l'étude des causes de la mortalité infantile et juvénile. Il identifie trois catégories de causes de décès des enfants. La première, inhérente à une inadéquation ou une absence d'assistance au moment de la naissance, regroupe le tétanos néonatal, l'asphyxie postnatale et les complications lors de l'accouchement. La deuxième catégorie est composée de facteurs relatifs à l'immatrité et aux malformations congénitales de l'enfant. Quant à la troisième, elle regroupe les infections néonatales et les convulsions liées à l'environnement malsain.

Mais l'étude des déterminants de la mortalité des enfants trouve un fondement avec le cadre d'analyse de Mosley et Chen (1984). En effet, en combinant des facteurs issus des sciences sociales (facteurs socioéconomiques) et médicales (variables biologiques et nutritionnelles), les deux auteurs proposent une approche synthétique de la mortalité des enfants.

Selon eux, la maladie n'est plus la cause immédiate de la mortalité des enfants, mais la conséquence de nombreux mécanismes qui découlent de variables intermédiaires (ou déterminants proches), et des déterminants socio-économiques à partir desquels tout le processus se développe.

Mosley et Chen (1984) identifient cinq catégories à travers lesquelles les variables intermédiaires peuvent interagir avec les facteurs socio-économiques pour provoquer la mort : (i) les facteurs maternels (âge de la mère à la naissance, rang de naissance de l'enfant, et intervalle intergénéral) ; (ii) la contamination de l'environnement (de l'air, des aliments, de l'eau, de la peau, etc.) ; (iii) les carences nutritionnelles (en nombre de calories, protéines, vitamines et sels minéraux) ; (iv) les blessures (accidentelles ou fortuites, volontaires ou intentionnelles) ; (v) le contrôle individuel sanitaire (hygiène, prévention, normes sociales, etc.).

On peut distinguer généralement les déterminants proches (variables intermédiaires) qui influent directement sur la mortalité des enfants, des facteurs socio-économiques et culturels qui affectent cette mortalité à travers les variables intermédiaires. Les relations générales entre facteurs et mortalité des enfants rencontrées dans la littérature seront présentées dans les lignes qui suivent.

### Cadre de vie

Les facteurs communautaires incluent l'environnement physique, les politiques publiques de santé, et l'organisation économique. Dans le premier cas, la littérature admet que les facteurs climatiques et écologiques (température, altitude, pluviométrie, variations saisonnières, etc.) influencent fortement la mortalité chez les enfants, à travers leur impact sur le développement des maladies tropicales (paludisme, méningite, choléra, etc.). Les pays d'Afrique de l'Ouest, situés en basse altitude avec un climat humide, connaissent des niveaux élevés de

mortalité dus au paludisme (Blacker, 1991). En outre, les sécheresses et les crises alimentaires au Sahel et dans la corne d'Afrique, provoquées en partie par un environnement climatique dégradant, ne sont pas étrangères aux niveaux de mortalité élevés qu'on y observe (Akoto, 1994).

Les conditions sociales et matérielles nationales influencent les caractéristiques socio-économiques et culturelles des ménages et les caractéristiques contextuelles (cadre de vie) dans lesquelles se trouvent les ménages dont naissent et vivent les enfants. Elles déterminent non seulement la disponibilité des moyens matériels et financiers permettant d'accéder à une bonne alimentation et de soins adéquats, mais agissent également sur les comportements des individus en matière d'utilisation des services de santé. Le cadre de vie du ménage influence aussi la survie des enfants, à travers la transmission de l'agent vecteur de maladie responsable de la détérioration de l'état de santé de l'enfant.

### Niveau de vie

Enfin, au sein de la cellule familiale, le niveau des ressources financières constitue une variable déterminante de la santé des enfants. Il existe un lien positif fort entre le niveau de revenu et l'amélioration de la santé. En effet, les ressources économiques conditionnent la possession de nombreux biens et services pouvant affecter la mortalité ou la survie des enfants (Barbieri, 1991). La qualité de la nourriture, la présence d'installations sanitaires adéquates et d'une source d'eau potable, l'état du logement, et la disponibilité d'actifs physiques (biens durables et animaliers) sont autant de facteurs qui garantissent le bon équilibre physiologique.

La disponibilité de ces facteurs au sein du ménage détermine ainsi le degré d'exposition au risque pour de nombreuses maladies infectieuses et respiratoires. Par exemple, les bonnes pratiques d'hygiène sont relativement difficiles à observer là où les conditions locales d'approvisionnement en eau et d'assainissement sont mauvaises (Wagstaff, 2002).

### Niveau d'utilisation des services de santé

Quant au rôle des politiques publiques sanitaires, il convient de noter que les taux de mortalité à tous les niveaux sont fortement faibles dans les pays dans lesquels les problèmes de santé sont des priorités nationales. Lorsque l'État investit massivement dans les programmes sanitaires, il s'ensuit une amélioration générale du bien-être des populations et une baisse de la mortalité des enfants, à condition, bien sûr, que les sommes investies soient gérées prudemment et de façon saine (Rajkumar et Swaroop, 2008 ; Wagstaff et Claeson, 2004). Ces programmes qui peuvent prendre la forme de campagnes de vaccination, de contrôle des épidémies, des subventions des biens et services médicaux (médicaments, réduction des frais de consultation, assistance sociale, etc.) ont tous un impact direct sur la santé.



En Ouganda par exemple, une étude de Deininger et Mpuga (2004) démontre l'importance de la suppression des frais de consultation sur le niveau d'utilisation des services de santé et la baisse de la mortalité. Enfin, les campagnes actives de sensibilisation sur les bonnes pratiques sanitaires et l'utilisation effective des services de santé peuvent modifier favorablement le comportement de la mère à l'égard de la santé de l'enfant (Mosley et Chen, 1984 ; Banerjee, Deaton et Dufo, 2004).

### Niveau d'instruction de la mère

Dans beaucoup d'études, une relation statistique entre la mortalité infantile et le niveau d'instruction de la mère semble largement partagée (Caldwell, 1979, 1986 ; Farah et Preston, 1982 ; Barbieri, 1991 ; Barbieri et al., 2003 ; Akoto, 1994 ; Tabutin et Schoumaker, 2004 ; Ferry, 2007). Toutefois, l'effet réel du niveau d'instruction de la mère n'est lisible que dans un cadre global de facteurs socio-économiques, sanitaires et politiques favorables (Pace et al., 2002 ; Akoto, 1994). En effet, lorsqu'une femme vit dans une communauté avec des standards de vie bas associés à un contexte économique stagnant et à une rigidité des normes sociales, son niveau d'éducation pourrait n'avoir pas suffisamment d'influence sur la santé des enfants.

### Ethnie de la mère

L'appartenance ethnique de la mère, en tant qu'indicateur de sa culture d'origine, est aussi un facteur non négligeable qui agit sur la **Age de la mère à l'accouchement**

Les facteurs maternels exercent une grande influence sur la santé infantile. Ils incluent l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, le niveau d'éducation, le statut d'activité de la mère, etc. Plusieurs études ont montré l'importance de l'influence des "facteurs maternels" sur la mortalité des enfants (Ibara et Ambapour, 2012, H. Daouda, 2012, Dramani et Laye, 2017).

On observe en général une corrélation entre l'âge de la mère à l'accouchement et le niveau de la mortalité des enfants. Le risque de décès des enfants nés des femmes âgées de moins de 2 ans ou plus de 35 ans est relativement plus élevé que celui des enfants des mères des autres groupes d'âge (AKOTO et HILL, 1988 ; T. K. LEGRAND et C. S. MBACKE, 1992 ; Amadou NOUMBISSI, 1993).

Le risque de décès d'enfants est lié à l'âge de la mère pour des raisons physiologiques et comportementales. En général, les mères jeunes n'ont pas encore atteint la maturité biologique (le système reproductif de la femme n'est pas encore préparé adéquatement pour la grossesse) (BARBIERI, 1991). Elles ne sont pas expérimentées et peuvent avoir un comportement inapproprié en matière de soins de santé et de nutrition pour leurs enfants (SENDERWOITZ et PAXMAN, cité par T. K. LEGRAND, 1992).

mortalité des enfants (Cantrelle et al., 1986). Ainsi, au Cameroun, au Kenya et au Sénégal, on constate une forte variation inter-ethnique de la mortalité infanto-juvénile à la fois en mi-

lieu rural et urbain (Akoto, 1993).

### Consultations prénatales

Le suivi des femmes enceintes se fait au cours des Consultations Prénatales (CPN) qui permettent de prévenir les risques et les complications de l'accouchement. Ces prestations devraient être offertes au niveau d'une structure adéquate et par un personnel qualifié. La surveillance médicale de la grossesse, de l'accouchement ainsi que celle du nouveau-né déterminent les chances de survie de l'enfant. La surveillance prénatale a pour objet de rendre la grossesse, le travail d'accouchement et l'accouchement plus faciles et plus sûrs pour les mères et pour les enfants.

Les affections telles que le paludisme et l'anémie sont les causes déterminantes du faible poids à la naissance et sont facilement dépistés et traités lors des consultations prénatales.

Lors des consultations, on peut assurer l'immunisation de la future mère contre le tétanos et fournir des suppléments nutritionnels aux femmes présentant des signes de malnutrition.

L'OMS recommande quatre visites prénatales (la première doit avoir lieu au cours du premier trimestre de grossesse et une au cours du dernier trimestre) répondant aux objectifs suivants : la promotion de la santé à travers les conseils nutritionnels, les soins de pédiatrie et des exercices pour préparer la naissance ; prévention par détection précoce des complications éventuelles, la prévention contre le paludisme et le tétanos ; le traitement de l'anémie, des maladies sexuellement transmissibles et d'autres maladies.

D'ailleurs, on établit une relation négative entre le nombre de visites médicales et la mortalité des enfants. « Les femmes qui ont fait moins de 3 visites médicales courent un risque plus important de perdre leurs enfants, alors que celles qui ont fait plus de deux visites avaient plus de chance de garder leur enfant (DACKAM, 1986-1987, p274) ».

Il est très difficile de dissocier les effets des autres variables sur celui de la consultation prénatale. Les femmes issues des couches sociales les plus aisées sont souvent les plus instruites, les plus disposées à utiliser avec efficacité et efficience les services disponibles. C'est ce qu'illustre MBACKE, (1989), qui montre effectivement que la fréquentation des soins prénatals, des vaccinations et des visites post-natals dépendrait d'autres facteurs tels que le niveau d'instruction, de revenu de la mère. En général, c'est le niveau d'instruction qui est le plus lié à la fréquentation des services de santé.

### Sexe de l'enfant

Il ressort des analyses à plusieurs variables effectués sur les pays du tiers-monde que le sexe de l'enfant était la seule variable qui revêtait toujours la même importance (SULLIVAN et al 1982, cité par P. RAKOTONDRABE FARANIINA, 1996). D'une manière générale, on observe une surmortalité masculine durant la petite enfance (0-1 an) ; AKOTO (1985) a noté

que les garçons sont plus vulnérables à la naissance alors qu'une fois les premiers mois franchis, la résistance des enfants aux agressions extérieures dépend en grande partie du comportement social à l'égard des garçons et des filles.

Cette surmortalité masculine peut être attribuée à des facteurs biologiques : la moindre résistance des garçons aux maladies infectieuses en général ou le rythme de développement fœtal différent lié à une grande fragilité pulmonaire qui entraîne une prévalence de maladie respiratoire plus forte chez les garçons (WALDRON 1983, cité par P. RAKOTONDRABE FARANIINA, 1996).

En revanche, en Afrique, pendant la période 1-4 ans de l'enfance, on trouve généralement une surmortalité féminine qui peut traduire une différence d'attitude des adultes selon le sexe de l'enfant.

### Intervalle de naissance

Beck Lise (2009) a étudié la santé des nouveau-nés au Rwanda en utilisant une régression logistique auprès des générations d'enfants nés en 1987-1991 et en 2000-2004 respectivement à partir des données recueillies lors des EDS de 1992 et 2005. L'auteur a utilisé les variables telles que l'intervalle de naissance, la taille à la naissance, le niveau d'éducation de la mère et le nombre de visites prénatales pour expliquer l'évolution des déterminants de la mortalité néonatale au Rwanda.

Les résultats obtenus sont semblables à ceux des auteurs suscités. Les enfants espacés de leur frère ou sœur de moins de deux ans sont davantage soumis au risque de mourir avant 1 mois. Les enfants ayant un intervalle de deux, trois ans ou quatre ans ou plus avec leur frère ou sœur né (e) précédemment sont moins exposés au risque de mourir avant 1an. La taille du nouveau-né est également discriminante : plus les nourrissons sont grands, moins ils ont des risques élevés de mourir. Le fait que les nouveau-nés aient un frère/sœur jumeau est aussi un facteur de mortalité important, les risques de décès étant divisés par deux. Les garçons courent près de 1,5 fois plus de risque de mourir que les filles. Pour les variables contextuelles, alors que ni le niveau de scolarisation de la mère ni celui du père ne sont discriminants, le fait que la mère lise « avec facilité » protège les nourrissons, notamment en comparaison des enfants dont la mère lit avec difficulté : ces derniers courent 2,2 fois plus de risque de mourir avant 1 mois. Enfin, le lieu de vie, représenté par les préfectures de résidence, s'avère également discriminant.

Pour voir l'influence des différentes variables intermédiaires dans l'explication de la mortalité maternelle et infantile au Tchad, des démographes tchadiens ont mené des recherches en utilisant des méthodes multivariées dans le cadre de la rédaction de leurs mémoires de fin d'études à l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques (IFORD) de Yaoundé au Cameroun. Les points saillants des différents résultats de ces analyses explicatives sont entre autres :

## 1. Pauvreté et accès aux soins obstétricaux

Nadjioroun N. en utilisant les données de l'EDST2 a démontré que les facteurs qui expliquent l'accès aux soins obstétricaux au Tchad sont : le niveau de vie du ménage, le milieu de résidence, la région de résidence, le niveau d'instruction. Ainsi :

- Les chances de la femme d'accéder aux soins obstétricaux diminuent sensiblement avec la pauvreté du ménage ;

- L'impact de la pauvreté du ménage sur l'accès aux soins obstétricaux est plus marqué en milieu rural qu'en milieu urbain; L'impact de la pauvreté du ménage sur l'accès aux soins obstétricaux est plus important chez les femmes sans niveau d'instruction que chez leurs congénères de niveau secondaire ou plus ;

- L'impact de la pauvreté du ménage sur l'accès aux soins obstétricaux est plus marqué chez les

femmes musulmanes et les adeptes de religions traditionnelles que chez leurs congénères chrétiennes ;

- Les femmes d'ethnie Gorane, Arabe, Ouaddaï, Baguirmi-Kanembou ont plus de difficultés d'accéder aux soins obstétricaux que leurs congénères des ethnies Sara et Mayo-Kebbi-Tandjilé.

## 2. Utilisation actuelle de la contraception

Tagang G. en utilisant les données de l'EDS-MICS 2014-2015 a montré que les facteurs explicatifs de la pratique contraceptive des femmes en union au Tchad sont dans l'ordre: Au niveau individuel : l'occupation de la femme,

son niveau d'instruction ;

Au niveau ménage : l'occupation du conjoint, l'exposition aux médias, le projet de fécondité du couple, l'ethnie de la femme et le niveau de

vie du ménage ;

Au niveau communautaire : la proportion de femmes désapprouvant la PF, la région de résidence et le milieu de résidence.

## 3. Discontinuité des soins obstétricaux

La forte prévalence de la mortalité maternelle au Tchad s'explique en partie par la déperdition des soins prénatals. Les études montrent que seulement 33% de femmes recourent aux soins de santé modernes pendant la grossesse. Parmi la sous-population utilisatrice des services prénatals, une large majorité ne revient plus à la pro-

chaine visite assurer la continuité des soins. La déperdition des soins prénatals constitue ainsi un blocage à la lutte contre la mortalité maternelle et périnatale.

Bouba D. en utilisant les données de l'EDST1, a remarqué une forte déperdition entre la CPN3 et

la CPN4. Il a particulièrement suggéré que l'Etat tchadien, les institutions et organismes intervenant dans le cadre des soins prénatals renforcent la sensibilisation de femmes à partir de la troisième visite prénatale, pour que celles-ci reviennent nécessairement à la quatrième visite assurer la continuité des soins.

## 4. Prédominance des facteurs culturels

Vridao T. qui a cherché à identifier les facteurs explicatifs les plus déterminants de la mortalité des enfants au Tchad grâce aux données de l'EDST1 a abouti aux résultats suivants :

- Au niveau de la mortalité juvénile, la région de résidence s'est avérée la variable la plus déterminante. Cette variable agit sur la mortalité juvénile

par l'intermédiaire du comportement des mères ;

- Pour la mortalité infanto-juvénile, les déterminants les plus importants sont ceux relevés chez les moins d'un an. Il s'agit de la durée d'allaitement et la région de résidence;

- En définitive, l'hypothèse de base qui postulait que la prédominance des facteurs culturels sur les

facteurs socio-économiques et contextuels a été confirmée dans chacun des cas. De même, l'hypothèse selon laquelle l'influence de différents groupes de facteurs sur la mortalité des enfants se réalise par le biais de comportements sanitaires de la mère et biodémographiques de la mère et des enfants a été vérifiée en partie.

# V. Atteinte des Objectifs de Développement Durable ayant trait à la santé maternelle et infantile du Tchad

Le Tchad a adhéré à l'instar des autres nations aux Objectifs de Développement Durable (ODD). Pour suivre l'évolution des indicateurs ODD et atteindre ceux assignés à la Vision 2030, quatre (04) Axes Stratégiques ont été définis dans le document de la vision 2030 et l'objectif général de l'axe 4 est d'améliorer les conditions de vie de la population et de réduire les inégalités sociales tout en assurant la préservation des ressources naturelles et en s'adaptant aux changements climatiques.

Sur les plans social et démographique, il s'agira : (i) de construire, d'équiper des infrastructures socio-sanitaires et éducatives et de les rendre opérationnels ; (ii) d'améliorer le plateau technique des formations sanitaires ; (iii) de mettre en place un système de recherche épidémiologique plus performant et un mécanisme de communication accrue; (iv) de réduire le taux de la malnutrition chronique et aiguë ;

(v) d'instaurer un dialogue entre les générations pour le changement de comportements; (vi) d'atteindre la parité filles/garçons dans le système éducatif ; (vii) de promouvoir l'accès des femmes aux instances de prise de décisions et (viii) de mettre en œuvre des straté-

gies de protection sociale durables.

Par ailleurs, depuis mars 2018, une Coordination Nationale pour le Suivi de la mise en œuvre des ODD (CNSODD) a été instituée par le MEPDCI. Cette coordination comprend une trentaine de représentants des ministères sectoriels et de toutes les autres institutions (Assemblée nationale, société civile, secteur privé, agences du système des Nations Unies, etc.).

Jusqu'à décembre 2021, de façon globale les niveaux des différents indicateurs de suivi des ODD se présentent comme suit :

**Objectif 1.** Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde

L'ODD1 vise l'élimination de la pauvreté sous toutes ses formes, y compris l'extrême pauvreté, à l'horizon 2030.

**Politiques, stratégies et programmes:**

D'après la brochure d'informations sur les ODD au Tchad (INSEED, 2020), les actions réalisées dans le PND 2017-2021 en lien avec l'ODD1 sont entre autres :

(i) La stratégie nationale de protection sociale a été adoptée par le Gouvernement

en juillet 2015

(ii) Le Tchad met en œuvre, depuis 2016, un projet pilote de filets sociaux destiné à aider les ménages pauvres et vulnérables dans 3 provinces du pays, étendu dans d'autres provinces du pays.

Les programmes, services et projets en lien avec ODD1 :

✓ Système d'Information sur la Sécurité Alimentaire et l'Alerte Précoce (SISAAP) ;

✓ Projet « Autonomisation des femmes et dividende démographique au Sahel – SWEDD »;

✓ Projets d'urgence du programme résilience;

✓ Direction de la Nutrition et de Technologie Alimentaire (DNATA) ;

✓ Comité d'Action pour la sécurité alimentaire et la gestion des crises (CASAGC).

**Situation des indicateurs :**

**Cible 1.1**

En 2018, trois Tchadiens sur dix (30,5%) vivent avec moins de 1,9\$ par jour (en parité de pouvoir d'achat de 2011) et ceci quel que soit le sexe du chef de ménage.

En effet, 32,1% des individus vivant dans des ménages dont le chef de ménage est une femme et 30,1% des individus vivant dans des ménages dont le chef de ménage est un homme vivent avec moins de 1,9\$ par jour. La pauvreté selon le seuil international touche 3 fois plus les populations rurales (36,3%) que celles urbaines (12,7%).

#### Cible 1.2

De même en 2018, 42,3% de la population tchadienne vivent en dessous du seuil de pauvreté nationale soit plus de 6,5 millions d'individus dont plus de 80% des pauvres vivent en milieu rural. La pauvreté touche environ un individu sur cinq en milieu rural contre un individu sur deux en milieu rural.

#### Cible 1.3

En 2018, 1,6% de la population âgée du Tchad est couverte par le socle de protection sociale et le pays dépense 0,1% du PIB sur la protection sociale (hors les dépenses de santé). Les dépenses publiques affectées aux services essentiels (éducation, santé et protection sociale) qui étaient d'environ 10 millions USD en 2005 ont cru régulièrement pour atteindre 600 millions USD en 2014 avant d'amorcer une baisse à partir de 2015 (ENV-TCHAD-2019).

#### Progrès réalisés :

Le taux de pauvreté (son incidence) est passé de 55% en 2003 à 46,7% en 2011. Il est estimé à 42,3% en 2018. La proportion des pauvres a donc baissé entre 2003 et 2018.

#### Défis :

Les défis ayant trait à l'élimination de la pauvreté au Tchad :

⇒ Le faible niveau d'autonomisation des femmes et des adolescentes : le risque de mortalité des femmes est plus élevé au Tchad, un pays à revenu faible. Elles gagnent moins et sont actuellement moins productives. On doit leur offrir davantage de débouchés économiques et d'opportunités d'auto-emploi ;

⇒ Une démographie galopante : Au Tchad, en moyenne, les femmes ont beaucoup plus de grossesses que dans les pays développés; le risque de mourir du fait d'une grossesse au cours de leur vie est pour elles bien supérieur. Avec l'ISF du pays, on a un fragile et difficile équilibre entre démographie, économie et développement durable (maîtrise de la fécondité en tenant compte des ressources disponibles).

#### Objectif 2. Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable

L'ODD2 vise l'élimination de la faim et de la malnutrition et la promotion de l'agriculture durable à l'horizon 2030.

#### Politiques, stratégies et programmes :

Actions réalisées dans le PND 2017-2021 en lien avec l'ODD2 : (i) La mise en place des institutions spécialisées rattachées à des ministères clés : la DNTA (MSPSN), le SISAAP et le CASAGC (MDA) ; (ii) L'élaboration du plan Na-

tional d'Investissement du Secteur Rural (PNISR 2016 – 2022) ; (iii) L'élaboration du Plan National de Développement de l'Élevage, PNDE (2017- 2021).

#### Situation des indicateurs :

##### Cible 2.1

Au Tchad, 6,1 millions de personnes sont sous-alimentées sur la période 2018 soit 39,6% contre 35,4% sur la période 2015.

La prévalence de l'insécurité alimentaire s'est accrue de 6,2% entre 2015 et 2017. En 2015, 2,5 personnes sur 10 étaient en insécurité alimentaire contre 3,1 individus en 2017.

##### Cible 2.2

Au Tchad, selon le rapport EDS-MICS 2014-2015, près d'un enfant sur huit (13 %) est atteint de malnutrition aiguë globale, 9 % sous la forme modérée et 4 % sous la forme sévère. Ces proportions sont nettement plus élevées que celles que l'on s'attend à trouver dans une population en bonne santé et bien nourrie (respectivement 2,3 % et 0,1 %).

Le retard de croissance a augmenté de 3 points de pourcentage depuis 2017 pour atteindre 32% par rapport à son niveau de 2015 (29%).

La prévalence de la malnutrition est passée de 12% en 2015 à 13% en 2019. En 2017, elle atteignait son plus haut niveau sur les 5 dernières années : 13,9%.

Comparativement à 2015, le retard de croissance des filles s'est plus dégradé que celui des garçons en 2019. En 2019, la prévalence de la malnutrition aiguë était de 14%, chez les garçons contre 10,9% chez les filles.

#### Défis :

Les défis ayant trait à la lutte contre la faim :

⇒ Les mauvaises conditions agro-climatiques: beaucoup de variations temporelles des conditions climatiques affectent négativement l'agriculture tchadienne donc les conditions de vie des femmes ;

⇒ La faible diversification de l'économie nationale : l'économie tchadienne est peu diversifiée. Un effort significatif de modernisation et de diversification de l'économie doit être fait en développant les capacités industrielles notamment dans les secteurs des hydrocarbures, des investissements dans des institutions financières, dans la téléphonie mobile et dans l'industrie manufacturière et surtout aider les femmes à s'insérer dans le secteur privé formel.

#### Objectif 3. Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

L'ODD3 vise la promotion de la bonne santé et du bien-être à l'horizon 2030.

#### Politiques, stratégies et programmes :

Actions réalisées dans le PND 2017-2021 en lien avec l'ODD3 : (i) Un plan national de développement sanitaire (PNDS) 2018-2021 ; (ii) un

plan stratégique de lutte contre la tuberculose 2018-2021 ; (iii) un plan national de lutte contre le paludisme 2016-2020 ; (iv) l'adoption par l'Assemblée nationale de la loi sur la couverture sanitaire universelle.

En plus de cela, il est à noter que :

- La Politique Nationale de Santé 2016-2030 vise à améliorer la gouvernance du secteur de la santé pour une plus grande efficacité dans la fourniture des services de santé ;

- L'Arrêté N° 218 /PR/MSP/DG/DSRV/2018 Portant création d'une Plateforme Technique de Coordination et de Suivi des Interventions et des Intervenants dans le domaine de la Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, Infantile, de l'Adolescent et de la Nutrition (SRMNIAN) est en cours d'exécution.

Les programmes, services et projets en lien avec ODD3 :

- ✓ Projet « Autonomisation des femmes et dividende démographique au Sahel – SWEDD »
- ✓ Direction de la Nutrition et de Technologie Alimentaire (DNTA)
- ✓ Projet d'Appui au Secteur de Santé au Tchad (PASST)
- ✓ Programme National de lutte contre LMD/IRA
- ✓ Programme Elargi de Vaccination (PEV)
- ✓ Programme des Troubles dus à la carence en iode (TDCI)

#### Situation des indicateurs :

##### Cible 3.1

Au Tchad, la proportion de femmes dont l'accouchement a été assisté par un personnel de santé qualifié est passée de 24,3% en 2015 (EDS-MICS) à 47,2% en 2019 (MICS6) soit une hausse de 23 points de pourcentage. Cette proportion était de 20,7% en 2004 (EDST2).

Le taux de mortalité maternelle a baissé entre 2004 et 2015, il est passé de 1099 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes à 860 (niveau visé sur le plan mondial : 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2030). Cette amélioration constatée en matière de santé de la reproduction est attribuable à plusieurs facteurs, notamment la mise en œuvre de la feuille de route nationale (2009-2015) pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile ainsi que la campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) lancée au Tchad en 2009.

##### Cible 3.2

Sur 1000 naissances vivantes, 33 sont décédés avant d'atteindre un mois exact en 2019 (niveau visé au niveau mondial : 12 décès pour 1000 naissances vivantes en 2030) contre 34 en 2015. Le risque de décès avant l'âge de 5 ans est passé de 133‰ en 2015 à 122‰ en 2019 (niveau visé sur le plan mondial : 25 décès pour 1000 naissances vivantes en 2030).

La mortalité infanto-juvénile est légèrement plus élevée chez les garçons que chez les filles (129‰ contre 116‰). De 2015 à 2019, des progrès ont été plus réalisés au niveau de la mortalité des enfants de moins de 5 ans que de celle des enfants de moins d'un mois.

### Cible 3.3

Au Tchad, la prévalence du VIH/ SIDA est de : 1,6% dans la population de 15-49 ans (3,3% en 2003). Au niveau de l'accélération de l'élimination de l'hépatite B chez la mère et chez l'enfant, l'annuaire des statistiques sanitaires du Tchad de 2015 révèle globalement que l'incidence de l'hépatite B est de 13,74 pour 100 000 habitants en 2015. En cette même année, 72 211 poches de sang ont été collectées et testées aux 4 marqueurs (VIH, Syphilis, Hépatite B et C) soit 100% dans les laboratoires des hôpitaux du pays. De l'ensemble de ces poches testées 2,4% s'étaient révélées positives pour le VIH/SIDA, 3,4% positives à la Syphilis, 9,2% à l'hépatite B et 2,2% à l'Hépatite C.

L'incidence (nouvelle infection) du paludisme pour 100 000 habitants est de 5 757 en 2015.

L'incidence (nouvelle infection) de la tuberculose est de 113,2 pour 100 000 habitants en 2015.

Le Tchad fait face aux dix maladies tropicales négligées sur les onze maladies évitables et guérissables, affectant 6 138 675 des habitants du Tchad en 2016 dont 2,6 millions d'habitants du Tchad ont bénéficié d'un traitement, et 3,6 millions d'habitants du Tchad ayant besoin d'un traitement n'ont pas été prises en charge.

### Cible 3.4

Les conséquences du tabagisme sur la santé sont actuellement bien connues. Il est responsable d'un nombre important de décès prématurés ; en particulier, le fait de fumer accroît les risques de développer des affections cardiovasculaires et des cancers. À ce titre, le tabac est un déterminant important de l'état de santé de la population. Chez les femmes, la consommation de tabac comporte des risques spécifiques, en particulier durant la grossesse. D'après les résultats de l'EDS-MICS 2014-2015, on constate qu'au Tchad, la quasi-totalité des femmes de 15 ans et plus ne consomment pas de tabac (97 %). Dans 2 % des cas, les femmes ont déclaré consommé du tabac autrement que sous forme de cigarette.

### Cible 3.5

Il est reconnu que la consommation excessive d'alcool a des effets néfastes sur la santé que ce soit sur le plan physique ou psychique. Près d'une femme sur cinq (17 %) et près d'un quart des hommes (24 %) boivent de l'alcool. Dans 10 % des cas, il est arrivé aux femmes d'être ivres. Cette consommation excessive d'alcool est moins fréquente parmi les femmes les plus jeunes (4 % à 15-19 ans et 7 % à 20-24 ans) que parmi les femmes les plus âgées (15 % à 50-54 ans). On note aussi qu'en 2014-

2015, la proportion de femmes à qui il arrive d'être soûles est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (11 % contre 7 %), parmi les femmes de niveau primaire que les autres (14 % contre 9 % parmi celles sans niveau d'instruction et 8 % parmi celles de niveau secondaire ou plus).

En ce qui concerne le renforcement de la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives, notamment de stupéfiants et d'alcool, le taux d'abus d'alcool de 2000 à 2010 se stabilise entre 2015 à 2016. Un habitant de 15 ans ou plus consomme en moyenne 1,5 litre d'alcool par an. La consommation d'alcool pur est en augmentation depuis les années 2000 pour atteindre son niveau le plus élevé en 2010 avec 4,9 litres par habitant par an.

### Cible 3.6

La mortalité due aux accidents de la route est passée de 28,5 décès pour 100 000 habitants en 2010 à 24,1 décès pour 100 000 habitants en 2013. Entre 2000 et 2009, ce taux variait entre 24,8 à 25,9 pour 100 000 habitants chaque année (OMS, Observatoire de la Santé Mondiale, 2016).

### Cible 3.7

Dans l'étude de la fécondité, on distingue les adolescentes et les femmes âgées comme groupes à risque. La fécondité des adolescentes occupe une place importante dans l'élaboration des politiques et la mise en œuvre des stratégies et programmes de la santé de la reproduction. On constate que 36 % des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde : 30 % d'entre elles ont eu au moins un enfant et 6 % sont enceintes du premier enfant (EDS-MICS 2014-2015).

Cette proportion a peu changé depuis 2004 où elle était estimée à 37 %. La proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde augmente rapidement avec l'âge, passant de 8 % à 15 ans à 67 % à 19 ans, âge auquel 62 % des jeunes filles ont déjà eu, au moins, un enfant. Elle est nettement plus élevée en milieu rural (39 %) qu'en milieu urbain (26 %). Le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction, passant de 41 % parmi les adolescentes sans aucun niveau d'instruction à 24 % parmi celles ayant atteint le niveau secondaire

Le taux de fécondité des adolescentes a baissé de 26% dans le milieu urbain entre 2015 et 2019 contre 23% dans le milieu rural. Le niveau de la fécondité des adolescentes en milieu rural reste élevé malgré la baisse constatée entre 2015-2019.

Au niveau National, 8,1% des femmes de 15-49 ans utilisaient, au moment de l'enquête, une méthode de contraception en 2019 contre 5,4% en 2015. La prévalence contraceptive moderne est passée de 4,8% en 2015 à 6,7% en 2019 et celle des méthodes traditionnelles, de 0,5% en 2015 à 1,3% en 2019.

### Cible 3.8

Les indicateurs en rapport avec la cible 3.8 portant sur la couverture sanitaire universelle sont encore très faibles. Selon le rapport 2017 mondial de suivi de l'OMS, l'indice de couverture universelle de santé est encore très faible (29,0%), il faut une progression de 8,3% chaque année pour atteindre la cible de 100% en 2030. Les indicateurs d'utilisation des services de santé essentiels sont presque tous au rouge malgré des améliorations par rapport aux années précédentes. En 2018, 9,2% de la population tchadienne consacrent une grande part (supérieur à 10%) de ses dépenses ou de ses revenus domestiques aux services de soins de la santé.

### Cible 3.9

La tendance en ce qui concerne les facteurs environnementaux de santé est à la hausse :

- Le taux de mortalité attribuable à la pollution de l'air dans les habitations et à la pollution de l'air ambiant (pour 100 000 habitants) est en hausse. En 2015, ce taux est estimé à 121 décès pour 100.000 habitants selon l'OMS. Cette proportion est en croissance comparée aux estimations de l'OMS en 2016, elle était à 280 décès pour 100 000 habitants ;

- Le taux de mortalité attribuable à l'insalubrité de l'eau, aux déficiences du système d'assainissement et au manque d'hygiène est estimé à 101 décès pour 100 000 habitants (OMS, Observatoire de la Santé Mondiale, 2016).

### Défis :

Les défis relatifs à la bonne santé et au bien-être :

⇒ La bonne gouvernance du secteur de la santé : la gouvernance du système de santé du Tchad met en jeu plusieurs acteurs : le secteur public ou étatique, le secteur privé lucratif (cabinets de soins, cliniques, ...),

les organisations multilatérales et bilatérales, le secteur associatif et/ou confessionnel, et la population (organisations communautaires et leaders communautaires). Les enquêtes récentes montrent que le pays aura besoin de recruter annuellement 8000 agents de santé, toutes catégories confondues, pour être à la norme. En plus, vu la faiblesse du système national d'information sanitaire et la non fonctionnalité de certaines formations sanitaires, il faut renforcer les ressources humaines pour la santé et tenir un dialogue national autour des décès maternels et infantiles afin qu'on y apporte des solutions idoines surtout que la grande partie de ces décès sont évitables ;

⇒ L'accessibilité et la qualité des soins sanitaires : l'indice de disponibilité des services calculé en utilisant les 3 indices (indice de la disponibilité de l'infrastructure sanitaire, indice de disponibilité du personnel et l'indice d'utilisation des services) est faible (10,2% au niveau national, enquête SARA 2015), l'accès aux soins de qualité est faible et l'accès aux médicaments est limité. Cette dernière situation est due aux ruptures fréquentes des stocks de médicaments dans les établissements de santé et leur cherté;

⇒ Les pesanteurs socio-culturelles liées à la fréquentation des établissements sanitaires : les facteurs socioculturels tels que la famille, le groupe d'appartenance, le groupe de référence et les institutions, les organisations et les classes sociales jouent énormément sur les comportements des femmes surtout les pratiques d'allaitement et de sevrage, les croyances vis-à-vis de la mort et le traitement des maladies, ce qui explique en partie le faible niveau de fréquentation de services de santé reproductive, infantile et maternelle de qualité au Tchad.

#### **Objectif 5. Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles**

L'ODD5 vise la promotion du genre à l'horizon 2030.

#### **Politiques, stratégies et programmes:**

Actions réalisées dans le PND 2017-2021 en lien avec l'ODD5 : (i) Promulgation d'une loi interdisant le mariage d'enfants en 2015; (ii) Ordonnance numéro 12/PR/2018 instituant la parité dans les fonctions normative et élective au Tchad; (iii) Mise en place d'une Stratégie Nationale de Lutte Contre les Violences Basées sur le Genre (SNVBG) en 2018; (iv) Projet « Autonomisation des femmes et dividende démographique au Sahel – SWEDD ».

#### **Situation des indicateurs :**

##### **Cible 5.1**

La création en 2015, de « la Maison Nationale de la Femme » structure de sensibilisation, de formation, d'encadrement, de prise en charge psychosociale des victimes de violence qui offre en son sein des cours d'informatique et de coutures à moindre coût aux jeunes depuis 2018 et particulièrement aux filles pour leurs réinsertion. Ainsi que la création de la radio dénommée « la voix de la femme tchadienne » au sein de ladite structure font d'elle un instrument d'action efficace pour la lutte contre les discriminations.

En 2018, une ordonnance a été signée par le chef de l'Etat instituant la parité dans les fonctions nominatives et électives au Tchad.

##### **Cible 5.2**

En ce qui concerne l'objectif d'éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violences faites aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation, en 2015, 17,5% des femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus, ayant vécu en couple, sont victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques infligées au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête EDS-MICS par leur partenaire actuel ou un ancien partenaire.

##### **Cible 5.3**

Le pays a enregistré des avancées considérables en ce qui concerne l'élimination de toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine. En

effet, la proportion des femmes âgées de 20-24 ans mariées ou en couple avant l'âge de 18 ans est passée de 66,9% en 2015 à 60,6% en 2019 et celle des femmes âgées de 20-24 ans mariées ou en couple avant l'âge de 15 ans est passée de 29,7% en 2015 à 24,2% en 2019.

Une femme de 15-49 ans sur trois (34,2%) a subi une mutilation génitale féminine en 2019 contre 38,4% en 2015. Parmi les femmes de 15-19 ans, 28,9% ont subi une mutilation génitale féminine en 2019 contre 31,8% en 2015. Le phénomène a plus baissé parmi les 15-49 ans que parmi les adolescentes. Le pourcentage des femmes excisées diminue avec l'âge signifie que cette pratique diminue dans la société.

##### **Cible 5.5**

En ce qui concerne la pleine participation des femmes aux fonctions de direction à tous les niveaux de décision, dans la vie politique, économique et publique, il ressort que :

- Au sein du gouvernement, des services déconcentrés et des grandes institutions, la représentation féminine évolue en dents de scie. Huit (8) femmes membres du gouvernement sur 29 (27,6% le 18 juin 2018), une (1) femme gouverneure sur 23 provinces, sept (7) femmes membres de la Cour Suprême sur 43 (7 juin 2018) et une (1) femme chef de canton sur plus de 800.

- De 2012 à 2019, la proportion des sièges occupés par les femmes au parlement représente 14,9%.

- Sur les 40 membres du gouvernement du 2 mai 2021, il y a 9 femmes (22,5%).

##### **Cible 5.6**

S'agissant de l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative, on note un faible pouvoir de décision pour les femmes en couple, la Loi n°006/PR/2002 portant promotion de la Santé de Reproduction d'avril 2002 constitue le cadre législatif en matière de santé sexuelle et procréative.

En 2015, 27,1% de femmes âgées de 15 à 49 ans ont pris, en connaissance de cause, leurs propres décisions concernant leurs relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et les soins de santé procréative. Et en cette même année, le Tchad rejoint les pays ayant adopté les textes législatifs et réglementaires garantissant un accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et procréative, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine.

#### **Défis :**

Les défis ayant trait à la promotion du genre:

⇒ L'applicabilité des textes légaux et réglementaires : le Tchad a accompli des progrès considérables dans l'élaboration des lois clés visant à protéger la dignité et l'égalité de genre. Ce progrès se manifeste par la ratification des instruments juridiques internationaux, notamment la Convention relative aux

Droits de l'Enfance (CDE), la Charte Africaine des Droits et au Bien-être de l'Enfant (CADBE) et la Convention pour l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes (CEDEF). Mais le manque de certains décrets d'application, le manque de recours à la justice pour l'application des textes légaux et réglementaires et l'impunité font que la situation sanitaire des femmes reste un sérieux problème de politique de développement ;

⇒ La persistance des pesanteurs socioculturelles : le traitement et les soins traditionnels en partie liés aux représentations de la maladie, les pratiques néfastes à la santé telles que le lévirat, les mariages forcés ou arrangés, les mutilations génitales, les appréhensions ayant trait à la religion limitent l'accès équitable et sans restriction aux soins de santé sexuelle et procréative.

Objectif 6. Garantir l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement gérés de façon durable

L'ODD6 vise l'accès de tous à des services adéquats d'alimentation en eau et d'assainissement à l'horizon 2030.

#### **Politiques, stratégies et programmes :**

#### **Actions réalisées dans le PND 2017-2021 en lien avec l'ODD6 :**

(i) Mise en œuvre du Plan d'Investissement régional Eau & Assainissement (2015-2030); (ii) adoption de la Politique et Stratégie Nationales d'Assainissement du Tchad; (iii) validation en 2018 d'une feuille de route pour un Tchad sans défécation à l'air libre d'ici à 2030.

#### **Situation des indicateurs :**

##### **Cible 6.1**

L'accès à l'eau de boisson potable, à l'hygiène et à l'assainissement (WASH) est reconnu comme un droit humain par l'Assemblée Générale des Nations Unies et le Conseil des droits de l'Homme en 2010 et en 2015. L'eau insalubre peut être un vecteur de maladies comme le trachome, la diarrhée, la dysenterie, l'hépatite A, la poliomyélite, le choléra, la typhoïde et la schistosomiase. La proportion de la population du Tchad qui consomme de l'eau provenant d'une source potable est en nette augmentation. Elle passe de 43,7% (ECOSIT3) en 2011 pour atteindre 55,3% en 2015 (EDS-MICS) et 62,7% en 2018 (ECOSIT4).

##### **Cible 6.2**

La proportion de la population tchadienne utilisant des toilettes améliorées a augmenté d'environ 7 points de pourcentage entre 2015 et 2018 passant de 14,8% en 2015 à 21,4% en 2018.

En 2019, 63,2% des ménages évacuaient les excréments des installations sanitaires sur place de façon sûre dont 72,5% des ménages vivant en milieu urbain et 51,8% des ménages ruraux.

### Par ailleurs, à l'ECOSIT4 de 2018-2019, on a constaté que :

Plus de huit ménages pauvres sur dix (85,2%) vivant en milieu rural n'ont pas de WC. Cette proportion est de 40,9% pour les ménages pauvres du milieu urbain. Cela suggère la nécessité de mettre en place des politiques d'assainissement priorisant les ménages pauvres vivant en milieu rural ;

Près d'un ménage sur sept (71,4%) utilise le dépotoir sauvage comme mode d'évacuation des ordures contre respectivement 4,1% et 4,5% qui utilisent le dépotoir public et le service de ramassage (Rapport profil de pauvreté-ECOSIT4).

#### Cible 6.3

En ce qui concerne les indicateurs relatifs à la protection et la restauration des écosystèmes liés à l'eau, notamment les montagnes, les forêts, les zones humides, les rivières, les aquifères et les lacs d'ici à 2030, au Tchad, chaque année il y a une variation importante de

la superficie des zones humides.

L'année 2007 a enregistré la diminution la plus importante sur la période 2006 – 2016. En 2016, la variation de l'étendue des écosystèmes tributaires de l'eau était de 1,6%, contre 1,3% en 2015 et -0,7% en 2006.

En moyenne \$23 Millions d'aide publique au développement sont dépensés chaque année dans le secteur de l'eau et de l'assainissement au Tchad sur la période 2000-2016. En 2016 plus de \$31,4 Millions ont été dépensés dans ce secteur légèrement en baisse comparés aux dépenses de 2015 (ENV-TCHAD-2019).

Défis :

Les défis relatifs à l'accès de tous à des services adéquats d'alimentation en eau et d'assainissement :

⇒ Application des textes législatifs et réglementaires en matière de l'eau et assainissement : les statistiques sanitaires

du Tchad montrent que le manque d'eau potable et les conditions défavorables d'hygiène sont les principales causes du niveau élevé des différents taux de morbidité. Pour améliorer la santé maternelle et infantile, il faut une application rigoureuse de la politique du gouvernement en matière de développement des infrastructures d'eau et d'assainissement et de la gestion environnementale ;

⇒ Equipement des structures socio-sanitaires en eau potable : le développement des infrastructures d'eau ne se fait pas en fonction des besoins comme il se doit : on doit privilégier les zones les plus nécessiteuses et parvenir à une absence totale de centres de santé sans équipement en eau potable fonctionnel ;

⇒ Poids des pesanteurs socioculturelles : le traitement et les soins traditionnels en partie liés aux représentations de la maladie impactent négativement le respect des règles d'hygiène et le traitement de l'eau de boisson.

## VI. Perspectives en matière de l'amélioration de la santé maternelle et infantile au Tchad.

L'allaitement maternel revêt une importance particulière. En effet, de par ses propriétés particulières (stérile et transmet les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires aux enfants dans les premiers mois d'existence), le lait maternel permet d'éviter les carences nutritionnelles et de limiter la prévalence de la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, rien qu'à travers son intensité et sa fréquence, l'allaitement maternel prolonge l'infécondité post-partum et par conséquent, allonge l'intervalle inter-génésique, ce qui permet une amélioration de l'état de santé des enfants et des mères. A l'EDS-MICS 2014-2015, pratiquement tous les enfants (98 %) sont allaités mais très peu d'enfants sont exclusivement allaités.

Il est reconnu que l'utilisation régulière de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MI) contribue à faire diminuer l'incidence du paludisme et du nombre des décès et des malades liés au paludisme, en particulier chez les femmes. A l'ENIPT-2017, parmi les enfants de moins de 5 ans, 52% avaient dormi sous une MI et 55% des femmes enceintes l'avaient aussi fait, ce qui est encourageant en termes d'avancée vers l'atteinte des ODD ayant trait à la Santé Maternelle et Infantile.

Par ailleurs, avec l'aide de l'OMS, le Tchad prépare un Dialogue national de haut niveau sur la santé maternelle, néonatale et infantile dont l'objectif est de s'engager sur les stratégies et interventions reconnues efficaces pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

Le Tchad a organisé de 1964 à 2019 plusieurs enquêtes par sondage. Les résultats

issus de ces enquêtes et des deux Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat organisés en 1993 et 2009 ont été soigneusement utilisés pour l'évaluation des progrès accomplis par le Tchad vis-à-vis des OMD, des ODD et des Objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants de la décennie 1990-2000. Comme il faut des données nationales récentes publiées au plus tard fin 2025 pour présenter la situation du pays vis-à-vis de l'atteinte des ODD et du PND 2022-2026, le Gouvernement tchadien a décidé d'organiser à cet effet en 2023 une Quatrième Enquête Démographique et de Santé au Tchad (EDST4), ce qui constitue une opportunité pour la présentation des indicateurs fiables et à jour en rapport avec les ODD à la communauté scientifique internationale.

Actions préconisées pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile au Tchad :

1. Renforcer le dispositif de formation des agents de santé ;
2. Sensibiliser les leaders d'opinion, les femmes et les jeunes sur les 4 trop (grossesses nombreuses, précoces, tardives et rapprochées) et les 3 retards (prise de décision d'aller vers une structure de soins ; obtention d'un moyen de déplacement vers une structure de santé et prise en charge par le personnel soignant lorsque la femme est arrivée dans une structure de santé) ;
3. Construire et équiper des infrastructures socio-sanitaires et les rendre opérationnels ;
4. Renforcer les politiques mises en œuvre ciblées concernant les jeunes enfants, les

adolescents et les femmes en âge de procréer ;

5. Prendre de mesures appropriées visant à protéger les filles vulnérables ;
6. Renforcer la participation de la population locale à l'amélioration de la gestion de l'eau et de l'assainissement ;
7. Améliorer le plateau technique des formations sanitaires ;
8. Mettre en œuvre les mesures relatives au changement climatique ;
9. Construire des points d'eau dans des couloirs de transhumance ;
10. Développer les services sociaux de base et les infrastructures en fonction des besoins ;
11. Sensibiliser les populations sur les mariages des enfants et l'importance de la formation professionnelle des femmes ;
12. Accorder de micro-crédits aux jeunes et femmes appartenant à des réseaux et associations locaux ;
13. Promouvoir la scolarisation et le maintien des filles à l'école jusqu'au cycle secondaire ;
14. Développer le capital humain en investissant dans la santé et l'éducation des adolescentes et des femmes en âge de procréer.

Par NOUBADIGNIM RONELYAMBAYE

DOUZOUNET MALLAYE

RIRADJIM MADNODJI

ATOKARE ALEXIS

# NOUVELLES DE L'INSEED

## 1. INSTALLATION DU NOUVEAU PCA DU FNDS

Un nouveau Président du Conseil d'Administration (PCA) du Fonds National de Développement de la Statistique (FNDS) vient d'être nommé par Décret N°1014/PR/2021 du 21 décembre 2021, en la personne de Monsieur OUSMANE MATAR BREME. La cérémonie de passation de service a eu lieu sous la supervision du Ministre Secrétaire d'Etat à l'Economie, à la Planification du Développement et de la Coopération Internationale, M. ABDERAHIM YOUNOUS ALI, entourée pour la circonstance de quelques collaborateurs. Le Directeur Général du FNDS M. Abdoulaye Bahr Bachar et son Adjoint, des invités ainsi que de l'équipe de la direction générale du FNDS.

Après la lecture du Décret N°1014/PR/2021 du 21 décembre 2021 nommant le nouveau PCA, le Ministre Secrétaire d'Etat a donné la parole au PCA sortant, Monsieur AHMED DJIDDA, qui a commencé par le remerciement au Feu Président, le maréchal du Tchad, IDRIS DEBY ITNO, pour avoir placé sa confiance sur sa personne. Il a par la suite remercié le Président de

la République, GENERAL MAHAMAT IDRIS DEBY, pour lui avoir confié une autre mission nationale. Et il a également énuméré les résultats obtenus par le Conseil d'Administration qu'il a eu à diriger en si peu de temps avant de souhaiter au nouveau PCA plein succès et de demander aux membres de garder le cap du développement de la statistique au Tchad.

A son tour, le PCA entrant, Monsieur OUSMANE MATAR BREME, a remercié le Président de la République pour la confiance accordée à sa modeste personne et tout en exprimant les vœux de réussite au PCA sortant AHMED DJIDDA dans sa nouvelle fonction. Il s'est dit très attaché à la nouvelle mission qu'on l'a confiée et il a déclaré que sa responsabilité sera incontestablement de préserver les acquis, de contribuer à la poursuite de la réforme de l'appareil statistique et d'améliorer quantitativement et qualitativement la production des statistiques nationales à tous les niveaux du Système Statistique National (SSN). Il a rappelé les prédispositions institutionnelles qui, avec l'engagement du Gouvernement et l'implication

conséquente des membres du Conseil, sont des gages rassurants pour bâtir un système statistique national performant. Il a annoncé que l'organisation de la table Ronde est pour la deuxième stratégie nationale de développement de la statistique dans l'agenda 2022.

Il a également exprimé sa disponibilité à travailler sans relâche, à l'appui des organes du SSN avec l'ensemble des institutions impliquées dans le processus de développement de la statistique nationale, à savoir : le Gouvernement, le Ministère tutelle, les membres du Conseil d'Administration du FNDS. Il a enfin formulé, à l'endroit de l'assistance et à tous les acteurs du SSN, ses vœux pour la nouvelle année 2022.

Après les deux interventions, le Ministre Secrétaire d'Etat a sanctionné cette cérémonie par une signature d'un procès-verbal.

Commencée à 09h07, la séance de passation de service a pris fin à 09h39.

Par SENOUSI YOUSOUF HASSAN

## ACTIVITES DU SSN

### 1. Deuxième Stratégie Nationale de Développement de la Statistique (SNDS2)

Du 3 au 5 Novembre 2021, un Atelier de présentation de la Deuxième Stratégie Nationale de Développement de la Statistique (SNDS2) et de renforcement des capacités des structures du Système Statistique National (SSN) pour l'élaboration des Rapports d'Activités et des Plans d'Actions a été organisé à Mara (localité située à une vingtaine de Km au Nord-Ouest de N'Djaména). Cette SNDS2 (2022-2026) est parfaitement arrimée au prochain PND 2022-2026.

L'atelier a réuni 65 participants, représentants 34 institutions parmi lesquels des planificateurs et statisticiens des ministères sectoriels, des responsables des différentes corporations qui constituent le Système Statistique National (FNDS, INSEED, SP/CNS et les Sectoriels), des directeurs de statistiques, des représentants des institutions de production statistique.

Durant les travaux, plusieurs présentations ont permis d'animer les trois jours des assises. Il s'est agi des présentations de la Deuxième Stratégie Nationale de Développement de la Statistique, du plan d'actions et ses contours, du partage des expériences de l'INSEED en matière de la planification stratégique en lien avec la SNDS2 et de l'élaboration du rapport d'activité du SSN et de son contenu.

L'objectif principal de l'atelier était de contribuer à l'élaboration des rapports d'activités et les plans d'actions de chaque service. Plus précisément, l'atelier visait à : i) présenter la deuxième Stratégie Nationale de Développement de la Statistique adoptée par le Gouver-

nement; ii) présenter le canevas du rapport d'activités et le Plans d'actions et iii) élaborer les plans d'actions 2022 des principales structures statistiques sectorielles.

L'atelier a été ouvert par Mr ABDOULAYE Barh Bachar, Directeur Général du Fonds National de Développement de la Statistique (FNDS). D'autres officiants à la cérémonie d'ouverture étaient : M. GOGNIN GONDIGUÉ, Secrétaire Permanent du Conseil National de la Statistique (SP-CNS) ; Dr TATOLOUM Amane, Directeur des Etudes et de la Programmation du FNDS.

Les séances de travaux ont été animées par un président modérateur, un Vice-Président et un Rapporteur Général. Quatre présentations et une phase de restitution ont été faites.

#### Les principales conclusions de l'atelier :

1. Les participants se sont engagés à poursuivre les travaux d'élaboration des plans d'actions et des rapports d'activités au plus tard fin décembre pour être soumis à l'appréciation du Conseil National de la Statistique lors de sa prochaine réunion de janvier 2022.

2. Les participants sont encouragés à présenter des résultats tangibles pour attirer plus de ressources financières pour la réalisation des activités.

3. Les structures sectorielles doivent être appuyées pour la mise en place des dispositifs de production de statistiques devant répondre aux besoins des politiques publiques, des cher-

cheurs et partenaires au développement;

4. L'ensemble des structures statistiques sectorielles doivent avoir un mandat claire de production statistique pour bénéficier des allocations pour leurs activités ;

5. En attendant la formation des premiers étudiants qui sortiront de la future école nationale de statistique, il est important de renforcer les capacités des cadres travaillant dans les structures afin d'améliorer la qualité des données.

6. Les différentes parties prenantes s'engagent à travailler ensemble pour mieux coordonner le Système Statistique National.

**Des recommandations ont été faites à l'endroit du Gouvernement de la Transition ; des PTF, du CNS et du FNDS.**

L'atelier a atteint ses objectifs, car les participants étaient bien informés sur les questions relatives aux plans d'actions et rapports d'activités dans le cadre de la mise en œuvre de la SNDS2. En effet, les participants ont pu soumettre leurs inquiétudes et, en retour, ont obtenu des réponses du FNDS et du Secrétaire Permanent concernant l'allocation des ressources pour la production de statistiques mais aussi l'appui technique qu'ils désirent avoir pour mettre en place un dispositif de production répondant aux normes et qualité des standards régionaux et internationaux.

Par RIRADJIM MADNODJI, GAGUE NGANGTAR et GOGNIN GONDIGUE

## 2. Recensement Général de la Population, de l'Habitat et de l'Agriculture (RGPH-3)

Il s'est tenu le vendredi 5 Novembre 2021 dans la salle de réunions VIP de l'Hôtel RADISSON BLU de N'Djaména dans la matinée, une table ronde pour la mobilisation de ressources pour le RGPH-3 Il s'en est suivi dans

l'après-midi d'une réunion d'évaluation de ladite table ronde dans la salle de réunion du Bureau de Coordination du Troisième Recensement (BCTR) et qui n'a concerné que les techniciens de l'UNFPA et de l'INSEED.

### 3.1 Table ronde de mobilisation de ressources pour le RGPH-3 :

La Table Ronde des partenaires pour le financement du RGPH-3 vise essentiellement à mobiliser les différents partenaires à s'engager à accompagner le recensement dans toutes ses phases.

#### De façon spécifique, elle vise à :

- Susciter l'adhésion des PTF à la réalisation de l'opération ;
- Obtenir des partenaires, un engagement et un positionnement par rapport aux rubriques du budget du recensement.

#### i. Résultats attendus

Il est attendu qu'à la fin de la Table Ronde :

- Les partenaires adhèrent au processus de financement du budget du RGPH-3 ;
- Les partenaires annoncent le montant de leurs contributions au financement du RGPH3;

#### ii. Méthodologie

La table ronde proprement dite est prévue pour une durée de deux à trois heures avec un ordre du jour précis. Il a prévu aussi la participation de trois CTP des pays de la sous-région (Mali, Burkina Faso et RDC) pour partager leurs expériences.

#### iii. Profil des participants

La rencontre a concerné les représentants des partenaires bilatéraux et multilatéraux, les Institutions Internationales, les Agences du Système des Nations Unies, les Ambassadeurs accrédités au Tchad, etc.

#### 3.1.4 Déroulement des travaux

Conformément à l'agenda retenu, il y a eu le mot introductif du DG de l'INSEED, le mot du Représentant Résident de l'UNFPA (Chef de file des partenaires pour le RGPH-3), le mot de Madame la Ministre du Développement Agricole, le discours d'ouverture de Monsieur le Ministre de l'Economie, de la Planification du Développement et de la Coopération Internationale, la présentation sur le RGPH-3 par le Coordonnateur, le partage d'expériences par les CTP, le tour de table des PTF pour permettre à chacun de se positionner par rapport au financement du budget du RGPH-3, le mot de la fin du Ministre de l'Economie, de la Planification du Développement et de la Coopération Internationale (MEPDCI) et les résultats obtenus.

**3.1.4.1** Mot introductif du DG de l'INSEED : Le DG de l'INSEED a remercié les participants pour leur présence et attend leur soutien pour le financement du RGPH-3.

**3.1.4.2** Mot du Représentant de l'UNFPA : Il a réitéré l'importance de la réalisation du RGPH-3 et également le soutien du Système des Nations Unies au RGPH-3 à travers l'UNFPA étant donné que le Système des NU favorise la collecte, l'ana-

lyse et la diffusion des données statistiques à travers le monde.

**3.1.4.3** Mot de Mme la Ministre du Développement Agricole : Elle a remercié les participants invités pour leur présence à cet atelier de mobilisation des ressources pour le financement du RGPH-3 qui intègre un module agricole. Il a fait la genèse du recensement agricole au Tchad, car le précédent de 1972 n'a pas réussi du fait de la faible couverture (8 préfectures sur 14). Elle a abordé les limites de statistiques agricoles utilisées actuellement au Tchad (obsolescence, non désagrégées, etc.) et les motivations ayant conduit aux sollicitations pour le greffage du module agricole au RGPH-3 eu égard aux outputs qui en résulteront (base de sondage pour les enquêtes agricoles spécifiques, connaissance exacte de la performance du secteur agricole, etc.). Elle a appelé les PTF à soutenir le RGPH-3.

**3.1.4.4** Discours d'ouverture du Ministre de l'Economie, de la Planification du Développement et de la Coopération Internationale (MEPDCI) : Le MEPDCI est revenu sur l'obsolescence des données du RGPH2 de 2009 et la nécessité de les mettre à jour à travers la réalisation du RGPH-3 qui permettra la mise à disposition des statistiques pertinentes du secteur agricole. Il a rappelé que le budget du RGPH-3 de 40,8 milliards a été validé par la Commission Nationale de la Population (CNP). Il a rappelé que le RGPH-3 est inscrit comme une priorité nationale par le Conseil Militaire de Transition (CMT) et a recommandé aux PTF qui ont toujours soutenu le pays de le refaire en apportant leurs contributions pour le financement du RGPH-3.

#### 3.1.4.5 Présentation du RGPH-3 par le Coordonnateur du RGPH-3 :

**3.1.4.6** Partage d'expériences par les Conseillers Techniques Principaux (CTP) du Mali, du Burkina Faso et de la République Démocratique du Congo (RDC) :

Trois présentations ont été faites sur trois pays qui ont des similitudes avec le Tchad en termes de pauvreté, insécurité, climat et politique.

**3.1.4.6.1** Présentation sur le 5<sup>ème</sup> RGPH du Burkina : Elle a été faite par le CTP du 5<sup>ème</sup> RGPH du Burkina, Monsieur RENE Charles SYLVA.

**3.1.4.6.2** Présentation sur le 5<sup>ème</sup> RGPH du Mali : Le CTP du 5<sup>ème</sup> RGPH pays concerné, Monsieur Jean WAKAM étant empêché et n'a pu effectuer le déplacement de N'Djaména malgré l'invitation par l'UNFPA, c'est le CTP de la RDC, Professeur Pierre KLISSOU, qui s'en est chargé.

**3.1.4.6.2** Présentation du 2<sup>ème</sup> RGPH de la RDC : Elle a été faite par le CTP du 2<sup>ème</sup> RGPH de la RDC, Professeur Pierre KLISSOU.

**3.1.4.7** Tour de table des PTF pour le positionnement par rapport au financement du RGPH3:

Après les présentations faites par les CTP sur l'expérience en matière de mobilisation de ressources de leurs RGPH, le MEPDCI a donné la parole aux représentants des PTF de se prononcer. Ainsi, se sont prononcés les représentants de la Banque Mondiale (BM), du Fonds Monétaire International (FMI), de la Banque Africaine de Développement (BAD), de l'Agence Française de Développement (AFD), de l'UNHCR, de l'UNICEF, de la FAO, de GIZ (Coopération Allemande), de l'OMS, du FIDA, de l'Ambassade de Turquie, de l'Ambassade d'Espagne, de la Banque Islamique de Développement (BID), du PNUD, de MOOV-Africa (ex. Tigo), de l'Ambassade du Maroc, de l'UNESCO et de l'OIM.

Suite aux interventions des uns et des autres, il est ressorti ce qui suit :

✓ Les agences du Système des Nations Unies ont pris bonne note des doléances du Gouvernement, transmissions seront faites à la hiérarchie et la situation sera clarifiée lors d'une réunion globale en vue d'une approche commune et cohérente ;

✓ La Banque Mondiale qui appuie le SSN à travers le Projet de Développement de la Statistique au Tchad (PDST) logé à l'INSEED, se prononcera après juin 2022 avec un nouveau programme car l'actuel prend fin en juin 2022 et le RGPH n'y est pas pris en compte ;

✓ Pas d'annonce chiffrée mais les intentions y sont le temps de partager avec la hiérarchie ou les différents sièges.

**3.1.4.8** Mot de la fin par Monsieur le Ministre de l'Economie, de la Planification du Développement et de la Coopération Internationale (MEPDCI) : Le MEPDCI a remercié les PTF pour avoir répondu à l'invitation et a fait rappel de la réforme de l'appareil statistique dont la dernière institution est la création de l'Ecole Nationale de la Statistique et d'Economie appliquée (ENSIA).

#### a. Résultats obtenus

A l'issue de la Table Ronde, les PTF ont adhéré au processus de financement du budget du RGPH-3 à travers les intentions exprimées même si les contributions chiffrées n'ont pas été prononcées en attendant le temps de concertation ou de réponse de la hiérarchie ou du siège.

#### Conclusion

La table ronde s'est globalement bien déroulée et le résultat escompté a été atteint même s'il n'y avait pas eu d'annonce chiffrée. La volonté y est et la stratégie devant être mise en œuvre par l'INSEED pour le suivi des intentions des PTF.

**Commencée à 9h28, la table ronde a près fin à 11h47 par un cocktail.**

**Par RIRADJIM MADNODJI, NOBADIGNIM RONELYAMBAYE et ATOKARE ALEXIS**



## 3.2 Réunion d'évaluation, le soir du 5-11-2021, après la table ronde

A l'issue de la Table Ronde organisée le matin à l'Hôtel RADISSON BLU, une réunion d'évaluation et de recommandations pour le suivi a eu lieu dans la salle de réunions du BCTR entre techniciens de l'INSEED et ceux de l'UNFPA. La réunion était présidée par le Directeur Général de l'INSEED, Dr BARADINE ZAKARIA MOURSAL. La liste de présence est annexée au présent rapport (Annexe 2).

### Trois points étaient inscrits à l'ordre du jour:

1. Evaluation de la Table Ronde ;
2. Recommandations pour le suivi afin de réussir la mobilisation des ressources pour le financement du RGPH-3.

#### 3.2.1 Evaluation de la Table Ronde :

La Table Ronde tenue le matin n'est que le début des activités liées à la mobilisation des ressources. Les travaux de la dite Table Ronde ont été bien menés sous la supervision du Ministre de l'Economie, de la Planification du Développement et de la Coopération Internationale (MEPDCI). Le temps imparti a été respecté car la Table Ronde a duré exactement 2h19 mn. Le devoir des CTP invités est d'assurer la partie technique. La présente réunion vise à attirer l'attention de la Direction Générale de l'INSEED, du BCTR et de l'UNFPA sur la suite à donner qui nécessite une vigilance particulière en vue de conférer une réussite évidente à la Table Ronde. Globalement, la Table Ronde des PTF du 5 Novembre 2021 a été une réussite même s'il n'y a eu pas d'annonce chiffrée. Les représentants des PTF ont pris bonne note des sollicitations du Gouvernement et des réponses seront bientôt données après concertation ou instruction de la hiérarchie ou du siège.

chie ou du siège.

#### 3.2.2 Recommandations retenues et à mettre en œuvre après la Table Ronde:

Les recommandations retenues devant favoriser la concrétisation des intentions des PTF sont les suivantes :

##### A l'endroit de l'INSEED et du BCTR :

- 1) Mettre en place un Comité des PTF pour le financement du RGPH-3 car cela aidera pour la transparence de la gestion des fonds mobilisés ;
- 2) Elaborer une note (au maximum deux pages) à adresser au Président du Conseil Militaire de Transition (PCMT) et au Premier Ministre de la Transition (PMT) en guise de débriefing de la Table Ronde. Cette démarche est un plaidoyer auprès des Hautes Autorités pour l'inscription d'une ligne RGPH-3 dans le budget Etat de 2022 ;
- 3) Ecrire des argumentaires pour les différentes lignes du budget du RGPH-3. Ce sont des éléments justifiant les montants des différentes rubriques. Le draft d'argumentaires élaboré doit être partagé aux cadres du BCTR et projeté en plénière pour sa validation. Ces argumentaires sont plus convaincants dans les négociations avec les PTF ;
- 4) Avoir des points focaux du RGPH-3 au sein des Agences du Système des Nations Unies ou autres PTF car cela facilite le suivi des dossiers RGPH-3 qui y sont envoyés ;
- 5) Organiser la cartographie test avec les fonds mis à disposition par l'UNFPA avant la fin de l'année 2021 pour ne pas les perdre;
- 6) Encourager la tenue des audits car

très utiles à travers les recommandations qui seront faites, des améliorations pourront ainsi être apportées dans la mise en œuvre du RGPH-3 :

7) Traduire les conseils donnés au BCTR par les CTP en plan d'actions avec une colonne responsable pour un meilleur suivi de la mise en œuvre des recommandations. Ce plan d'actions doit être annexé au rapport de la Table ronde.

##### A l'endroit de l'UNFPA :

- 1) Elaborer une note de debriefing au siège de l'UNFPA à New York (version anglaise) ;
- 2) Prendre en compte le projet RGPH-3 lors de la rencontre globale du SNU (UN City) ;
- 3) Mettre en place un panier commun (basket Fund) au profit du RGPH-3 ;
- 4) Faire des réunions bilatérales avec les PTF et le MEPDCI.

#### 3.2.3 Divers

Le Directeur Général de l'INSEED a pris la parole pour remercier les CTP du Mali et de la RDC qui ont bien voulu faire le déplacement de N'Djaména pour que la Table Ronde du 5 Novembre 2021 réussisse, et ce, malgré leurs nombreuses occupations. Qu'ils reçoivent la gratitude de l'INSEED pour cet accompagnement et les divers conseils prodigués. L'INSEED se rapprochera toujours d'eux pour des orientations à distance. Pour finir, il leur a souhaité bon voyage et bon retour dans leurs pays de résidence respectifs.

**Commencée à 14h10, la réunion a pris fin à 15h20.**

**Par RIRADJIM MADNODJI, ATOKARE ALEXIS et HASSAN IZZO ABAKAR**

## 3.3 Cartographie Test

La cartographie test du RGPH-3 a été réalisée à travers trois principales phases : les travaux préparatoires, les travaux de terrain et les travaux de bureau post-terrain.

#### 3.3.1 Travaux préparatoires

Les travaux préparatoires sont composés de deux phases : la cartographie du bureau et le recrutement et formation des Agents Cartographes.

Les travaux de cartographie de bureau ont consisté à faire le téléchargement des images satellitaires des localités, la digitalisation des concessions et la mise en page et impression des cartes.

Dans le cadre des travaux cartographiques test, il était prévu le recrutement et la formation du personnel de

terrain. A cet effet, 50 stagiaires ont été identifiés et invités à suivre la formation.

Après la formation des Agents cartographes, Chefs d'équipe et Chefs de groupe, l'on a procédé à l'organisation des travaux de terrain. En effet, 10 équipes ont été constituées et réparties en deux groupes. Le premier groupe était composé de six équipes et le second de quatre équipes. A la tête d'un groupe se trouve le Chef de groupe. Chaque équipe est composée de quatre

personnes : trois Agents cartographes et un Chef d'équipe.

Les quatre agents composant l'Equipe de Veille auront chacun à sa charge de contrôler le travail de quelques équipes. Il s'agit de réaliser les activités suivantes :

Dans le cadre de la cartographie test, les provinces concernées sont le Mayo-Kebbi Est, le Kanem et la Ville de N'Djaména. Cependant, les équipes constituées sont réparties comme suit :

Province	Département	Commune	Observation
N'Djaména	N'Djaména	6 <sup>ème</sup> Arrondissement	Quartier Paris-Congo
Mayo Kebbi Est	Mayo-Lemié	Guélandeng	Ville de Guélandeng
Kanem	Sud Kanem	Am-Doback	Canton Amdoback

Ainsi, les six équipes du Groupe N°1 ont été affectées dans le Quartier Paris-Congo puis dans la Commune d'Am-Doback. Les quatre autres équipes ont été déployées dans la Ville de Guélandeng.

Les travaux se sont déroulés sur les périodes suivantes :

- Quartier Paris-Congo : du 17 au 21 décembre 2021 ;

- Canton Am-Doback : du 23 au 31 décembre 2021 ;

- Ville de Guélandeng : du 18 au 31 décembre 2021.

### 3.3.2 Missions de supervision

Afin de mieux apprécier la qualité du travail sur le terrain et le rendement des agents cartographes, le BCTR a effectué

une mission de supervision dans chaque zone concernée par la cartographie test. A cet effet, quatre équipes de supervision étaient constituées et affectées comme suit :

- Trois équipes au Quartier Paris-Congo et dans la Commune d'Am-Doback ;
- Une équipe dans la Ville de Guélandeng.

### 3.3.3 Résultats obtenus

Libellé	Zones travaillées			Total
	N'Djaména (Quartier Paris-Congo)	Guélandeng	Am-Doback	
Structure	1 145	3 757	8 670	13 561
Ménage	3 456	5216	8211	16883
Population	17 067	33 164	47 135	97 366
Ménage pratiquant l'agriculture	146	3 320	7706	11172
Ménage pratiquant l'agriculture	140	1788	6 829	8 757
Ménage pratiquant l'agriculture	11	304	9	324
Zone de Dénombrement (ZD)	17	35	61	113

Par RIRADJIM MADNODJI, ATOKARE ALEXIS et HASSAN IZZO ABAKAR

## 1. Activités du Registre Social Unifié (RSU)

Dans le cadre de la mise en œuvre de la Cellule des Filets Sociaux (CFS) initiée par le Gouvernement depuis 2016, plusieurs interventions ont été réalisées tant par le pouvoir public que par les partenaires et les acteurs humanitaires. Ces interventions se sont opérées sur la base des données issues de Registre Social Unifié, outil initialement intégré

à la CFS. Par arrêté N° 0010/PR/MEPD/SE/DG/INSEED/2019 portant création d'une Unité de Gestion de Registre Social Unifié, cet instrument est désormais placé sous la responsabilité de l'Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographique. Depuis sa mise en place, la coordination de

gestion du registre social unifié, a réalisé plusieurs activités qui sont entre autres la sensibilisation des partenaires sur la nécessité d'utiliser les données de RSU à travers des réunions ; la consolidation de la base RSU par la collecte de nouvelles données et le transfert des données collectées par les partenaires et la gestion des protocoles.

## I- Collecte des données sur financement de PARCA

La coordination du RSU, par rapport à ses attributions, a été sollicité pour la collecte des données pour le compte no-

tamment de Projet d'Appui au Refugeis et Communauté d'Accueil (PARCA) et le Programme Alimentaire Mondial (PAM),

Au total, 509 737 ménages ont été enrôlés dans les communautés hôtes et les ménages réfugiés.

Tableau 1 : Répartition des données selon les provinces et les partenaires

PROVINCES	CFS	DIZA/SI	DIZA/SI/IHDL	DIZA-EST	DIZA-SI	PAM	TOTAL GENERAL
BARH EL GAZAL	26 552					14 814	41366
BATHA						80 016	80 016
ENNEDI-EST	5598						5 598
KANEM							5 598
LAC	30 311					80 898	30 311
LOGONE OCCIDENTAL	18 479						18 479
LOGONE ORIENTAL	38 711	557			1 039		40 307
MANDOUL	41 573		738				42 311
MOYEN CHARI	19 868		2 296				22 164
N'DJAMENA	15 244						15 244
OUADDAÏ	64 203			7 584			71 787
SALAMAT				12 406			40 106
SILA				5 813			5813
WADI-FIRA	43 037						
TOTAL GENERAL	303 576	557	3034	25 803	1039	175 728	509 737
CONTRIBUTION EN %	59,6	0,1	0,6	5,1	0,2	34,5	100,0

## I- Gestion de protocole d'accord pour la collecte et l'utilisation des données

Les données collectées et détenues pendant un temps par les partenaires n'auraient servi à grand-chose si elles n'avaient pas été transférées à l'UGRSU. Grâce aux données reçues, le RSU est devenu robuste et a été capable de répondre à plusieurs demandes adressées pour accéder à la base des données dans le cadre de ciblage de ménages pauvres. Le tableau ci-dessous résume les différents protocoles signés en 2020 :

N°	Nom du Partenaire
1	Solidarités International
2	Alliance Sahélienne de Recherches Appliquées pour le Développement (ASRADD)
3	Cluster Sécurité Alimentaire du Tchad
4	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR)
5	AL-BIR pour le secours et le développement
6	Action Contre la Faim (ACF)
7	ACTED
8	Cellule Filets Sociaux (CFS)/PARCA
9	Organisation NIRVANA pour la Promotion de la Femme et de la Jeunesse Africains
10	Organisation Humanitaire pour le Développement Social et Santé (OHDSS)
11	Bureau d'Appui Santé et Environnement-Tchad (BASE)
12	Organisation Initiative Humanitaire pour le Développement Local (IHDL)
13	Action Humanitaire pour le Développement (ACHUDE)
14	Système d'Information sur la Sécurité Alimentaire et d'Alerte Précoce (SISAAP)

## II- Participation aux réunions de travail

Le RSU a pris activement part aux réunions organisées aussi bien par la CFS que certaines institutions de l'Etat. L'ordre de jour était souvent porté sur la ré-

ponse à la demande des données de RSU pour procéder au ciblage de ménages pauvres. C'était l'occasion où le RSU a été reconnu comme instrument

incontournable pour des interventions dans les cas de crise d'urgence telle qu'en période de pandémie comme le Covid-19.

## III- Perspectives du RSU

Pour la mise en œuvre effective du RSU :

✓ Il est prévu la finalisation d'une plateforme de collecte et de gestion des données accessible en ligne par tous les

utilisateurs ;

✓ La mise à jour du questionnaire harmonisé prenant en compte les besoins de l'ensemble des partenaires ;

✓ La finalisation des critères de ciblage;

**Ahmat Abderahim Abbo**

**/CHERIF Ousman**

# PUBLICATIONS DE L'INSEED

## 1. Indice National des Prix à la Consommation

### I.1 Analyse du niveau des prix par fonction au quatrième trimestre de l'année 2021

L'analyse de l'évolution par fonction de consommation permet d'apprécier les fluctuations des prix de leurs composantes, ainsi que leur contribution à l'évolution de l'indice global des prix à la consommation.

L'Indice Harmonisé des Prix à la Consommation (IHPC) est en baisse de 1,4% au quatrième trimestre 2021, après une hausse de 1,1% au trimestre précédent. Cette évolution est conjointement expliquée par celle des prix des « produits alimentaires et boissons non alcoolisées » (-3,2%), des services de « transports » (-2,2%) ainsi que des « restaurant et hôtels » (-2,2%).

Par ailleurs, cette décélération fait suite à une diminution simultanée des prix des produits locaux et produits importés.

En variation annuelle, il est en régression de 0,7% sous l'effet de la baisse des « meubles, articles de ménage et entretien courant de maison » (-1,9%), des « boissons alcoolisées et tabac » (-1,7%), et des « articles d'habillement et chaussures » (-1,7%).

I.2 Analyse du niveau des prix selon la nomenclature secondaire au quatrième trimestre de l'année 2021.

L'analyse de l'évolution des prix est également effectuée selon les différentes classifications fonctionnelles, à savoir l'origine des produits, le secteur de production, la durabilité et l'inflation sous-jacente.

#### I.2.1 Evolution des prix selon l'origine des produits

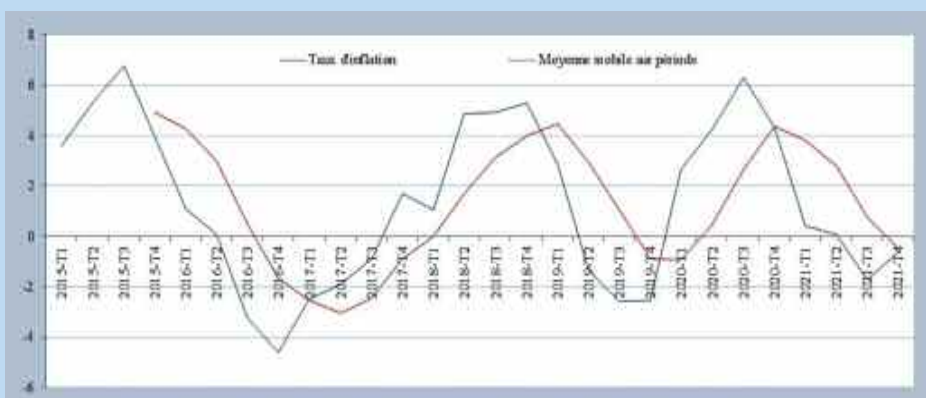
Le quatrième trimestre de l'année 2021 est marqué par une baisse dans l'ensemble des prix des produits dans toutes les nomenclatures secondaires. Selon le lieu de provenance, les produits locaux et les produits importés ont diminué respectivement de 1,1% et 1,0% en variation trimestrielle. En glissement annuel, on note une baisse de 0,5% des produits locaux et 0,9% importés sur la période.

Selon la volatilité des prix des biens et services, au quatrième trimestre 2021, le niveau de prix des « produits frais » et « hors produits frais et énergie » s'est régressé de 1,8% respectivement par rapport au trimestre précédent. Par rapport au même trimestre de l'année 2020, le

niveau des prix des « produits frais » a diminué de 7,6%.

Selon le secteur d'activité, les prix des produits du secteur primaire et du tertiaire ont connu respectivement une baisse de 4,8% et 1,2% au quatrième trimestre de l'année 2021 par rapport au trimestre précédent.

Selon la durabilité des biens et services, l'on note une baisse du niveau des prix des biens durables et non durables respectivement de 1,2% et 1,9% au quatrième trimestre 2021 par rapport au trimestre précédent. Les services sont en progression de 0,4% sur la période. L'inflation trimestrielle est ressortie -0,7% à alors qu'elle était de -1,7% au trimestre précédent, en liaison notamment avec la baisse généralisée des prix des produits alimentaires.



## 2. L'Indice du Coût de la Construction

### II.1 L'Indice du Coût de la Construction au quatrième trimestre 2021

Au quatrième trimestre de l'année 2021, l'activité dans le secteur de la construction des nouveaux logements à usage d'habitation recule de nouveau après une baisse constatée au troisième trimestre 2021. En effet, le coût de construction des nouveaux logements s'est replié de 0,2% en variation trimestrielle à la suite de la baisse observée de manière simultanée au niveau des prix des matériaux de construction (-0,2%) et du coût de la main d'œuvre (-0,2%).

Cependant, en variation trimestrielle, le coût de la location des matériels et amortissement est en hausse de 0,6% et le prix des moyens de gestion est resté stable sur la même période.

En glissement annuel, le coût de la construction des nouveaux logements à usage d'habitation des ménages a baissé de 0,3.

#### II.2 Analyse par composante

Les prix des « matériaux de construction » se sont repliés de 0,2% par rapport au troisième trimestre de l'année 2021. Cette baisse des prix des matériaux de construction s'explique par celle des prix des matériaux de base (-0,4%), des matériaux pour revêtement des murs et sols (-0,4%), des matériaux pour couverture et menuiserie (-0,3%), des matériaux pour travaux d'électricité (-0,2) et des prix de peinture, vernis et chaux (-0,1%).

Toutefois, cette contraction des prix « des matériaux de construction » a été amortie par la hausse des prix des matériaux des menuiseries (+0,7%), et ceux des matériaux de plomberie sanitaire (+0,3%).

Comparé au troisième trimestre de l'année 2020, les prix des matériaux de construction sont également en baisse de 0,1%.

Le coût de « location de matériel et amortissement » a progressé de 0,6% après une hausse de 1,0% au trimestre précédent en variation trimestrielle. Comparé au quatrième trimestre 2020, le coût de la location de matériels et amortissement est en hausse de 2,2%.

S'agissant du coût du service de la « main d'œuvre », on note un recul de 0,1% en ce quatrième trimestre 2021 par rapport au troisième trimestre. Ce recul s'explique par la diminution des services des autres ouvriers (-2,2%) et de la maçonnerie (-0,7%). Comparé au quatrième trimestre de l'année 2020, le coût de la main d'œuvre a baissé de 1,1%.

Les prix des « moyens de gestions » sont restés stables en variation trimestrielle et en glissement annuel

Par AHMAT HACHIM SOULEYMANE ET FANGAMLA

# REUNIONS, ATELIERS ET SEMINAIRES

## 3. Conseil d'Administration du Fonds National de Développement de la Statistique du 25 janvier 2022

Le Conseil d'Administration du Fonds National de Développement de la Statistique au Tchad (FNDS) s'est tenu en séance ordinaire le 25 janvier 2022 à l'Hôtel Meridian de N'Djaména. Il s'agit de la cinquième réunion dudit Conseil depuis sa création, dans un contexte marqué par la mise en route des structures opérationnelles du Système Statistique National définies dans le cadre de la réforme de l'appareil statistique, et aussi et surtout, par la première année de mise en œuvre de la deuxième Stratégie Nationale de Développement de la Statistique (SNDS2 2022-2026).

Cette importante réunion a été dirigée par son nouveau Président, Monsieur OUSMANE MATAR BREME, en présence des membres du Conseil d'Administration.

Le nouveau Président du Conseil d'Administration (PCA) du FNDS nommé par le Décret N°1014/PR/2021 du 21 décembre 2021, a fait une brève introduction et présenté les sujets inscrits à l'ordre du jour suivant :

1. la note d'information sur l'exécution des résolutions des conseils d'administrations du 24 février 2021 ;
2. la note information de l'étude sur le financement de la SNDS2 ;
3. l'examen et l'adoption du procès-verbal de la réunion du CA du 17 décembre 2021;
4. le projet de résolutions du rapport d'activités du FNDS de l'année 2021 ;
5. l'examen et l'adoption du rapport financier du FNDS de l'année 2021 ;
6. l'examen et l'adoption du plan d'actions 2022 et le budget pour l'année 2022 du FNDS;

7. le réexamen et l'adoption du Règlement Intérieur du CA du FNDS.

A la suite de l'adoption de cet ordre du jour, la parole a été donnée au Directeur Général du FNDS, M. Abdoulaye Barh Bachar, qui a présenté chaque point de manière détaillée en faisant ressortir les principaux résultats atteints dans la mise en œuvre et proposition de plan d'actions, les rapports des activités au titre de l'année écoulée et de l'exercice 2022.

Enfin, les Administrateurs du Fonds National de Développement de la Statistique au Tchad

(FNDS) ont rappelé l'importance de la statistique dans les politiques publiques et ils ont exprimé leur soutien au processus de développement de la statistique engagé par le système national de la statistique et surtout la mise en œuvre effective de la réforme. Sur cette base, le rapport d'exécution 2021, les notes et les résolutions et le plan d'actions 2022 et leurs budgets respectifs, ont été validés et approuvés par le Conseil sous réserve de la prise en compte des observations et recommandations formulées.

Par SENOUSI YOUSOUF HASSAN

### EQUIPE DE REDACTION

#### Le Directeur de publication :

Dr BARADINE ZAKARIA MOURSAL

#### Le Rédacteur en chef :

SENOUSI YOUSOUF HASSAN

#### MEMBRES DU COMITE DE REDACTION

ABDOULAYE BAHAR BACHAR

AHMAT ABDERAHIM ABBO

AHMAT SOULEYMANE HACHIM

AMANE TATOLOUM

ATOKARE Alexis

BANDOUMAL OUAGADJIO

CHERIF OUSMANE ABDOULAYE

DOUZOUNET MALLAYE

FANGAMLA MARANDI

GAGUE Ngangtar

GOGNIN Gomdigué

HASSAN IZZO ABAKAR

MANTOBAYE MOUNDIGBAYE

NOUBADIGNIM RONELYAMBAYE

RIRADJIM MADNODJI

SALAMA IBNI OUMAR

#### INSTITUTION

FNDS

INSEED

INSEED

FNDS

INSEED

BPE

INSEED

DGSE/MEPDCI

INSEED

INSEED

INSEED

DSA/MA

INSEED

INSEED

INSEED

FNDS