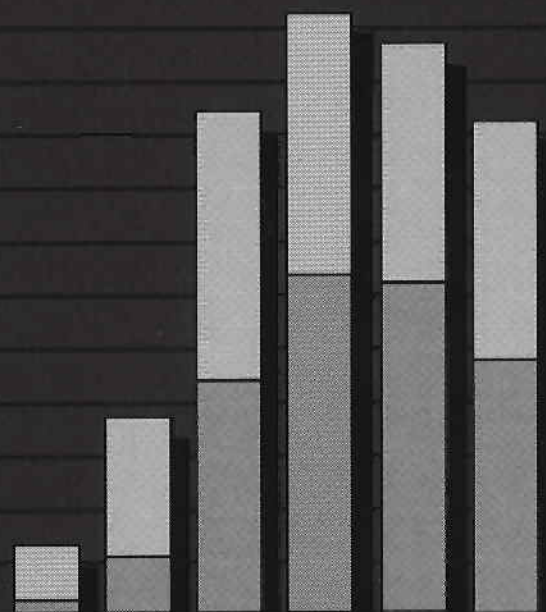


Tchad



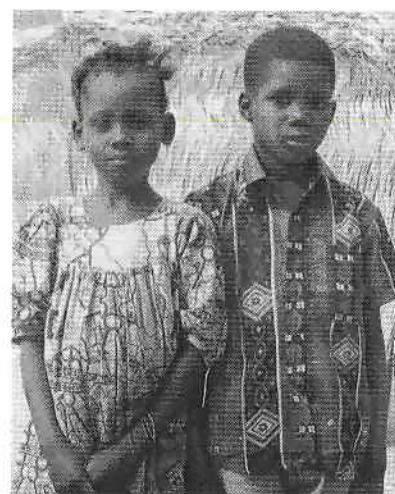
Enquête Démographique et de Santé 1996-1997

RAPPORT DE SYNTHÈSE

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ TCHAD 1996-1997

RAPPORT DE SYNTHÈSE

| | |
|--|-----------|
| Cadre de l'enquête | 3 |
| Caractéristiques de la population de l'enquête | 4 |
| Disponibilité des services de santé | 5 |
| Fécondité | 6 |
| Niveaux et tendances | 6 |
| Grossesses improductives | 6 |
| Fécondité des adolescentes | 7 |
| Nuptialité et exposition au risque de grossesse | 7 |
| Préférences en matière de fécondité | 9 |
| Planification familiale | 10 |
| Connaissance et utilisation de la contraception | 10 |
| Informations sur la planification familiale | 11 |
| Besoins non-satisfaits en matière de planification familiale ... | 11 |
| Santé de la mère et de l'enfant | 12 |
| Soins prénatals et assistance à l'accouchement | 12 |
| Vaccination | 13 |
| Maladie des enfants et traitements | 14 |
| Allaitement et alimentation de complément | 15 |
| État nutritionnel des enfants | 16 |
| État nutritionnel des mères | 17 |
| Mortalité des enfants | 18 |
| Niveaux et tendances | 18 |
| Causes de décès | 19 |
| Mortalité maternelle | 19 |
| MST et Sida | 20 |
| Conclusions et recommandations | 21 |
| Principaux indicateurs | 22 |



BUREAU CENTRAL DU RECENSEMENT

Bureau Central du Recensement (BCR)
Direction de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques
BP 453, N'Djaména
Tchad

Mai 1998

Rapport préparé par :

*Monique Barrère, Bernard Barrère,
Bandoumal Ouagadjo et Ningam Ngakoutou,*

Production :

Celia Siebenmann et Sidney Moore

Ce rapport résume les principaux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDST) réalisée au Tchad en 1996-1997 par le Bureau Central du Recensement (BCR) de la Direction de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (DSEED). L'EDST, a été financée par le gouvernement tchadien grâce à ses propres ressources, par un crédit auprès de la Banque Mondiale, par le FNUAP et l'UNICEF. L'assistance technique a été assurée par Macro International Inc.

L'EDST fait partie du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys-DHS) dont l'objectif est de collecter, d'analyser et de diffuser des données démographiques portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant.

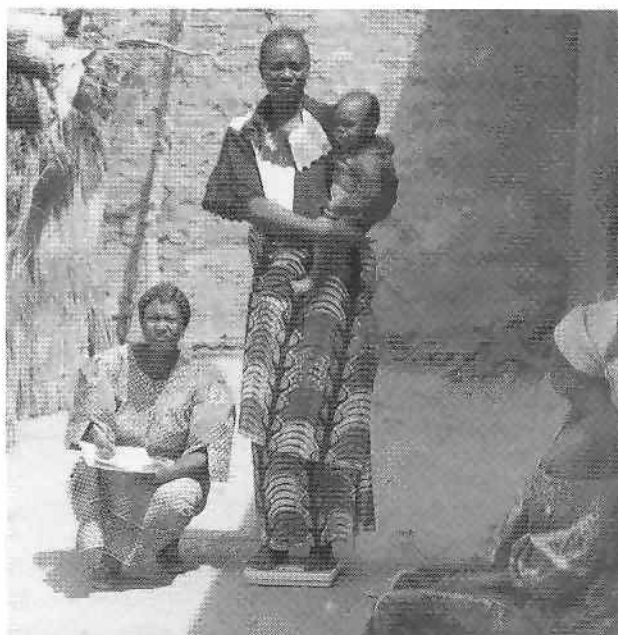
Des informations complémentaires sur l'EDST peuvent être obtenues auprès du Bureau Central du Recensement (BCR) de la Direction de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques, BP 453, N'Djaména, Tchad (Tél. (235) 52-31-64 ou 51-45-49; Fax (235) 51- 51-85). Concernant le programme DHS, des renseignements peuvent être obtenus auprès de Macro International Inc., 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA (Tél. 301-572-0200; Fax 301-572-0999; E-mail reports@macroint.com; Internet <http://www.macroint.com/dhs/>).

Cadre de l'enquête

L'Enquête Démographique et de Santé au Tchad (EDST) est une enquête nationale par sondage. Elle a été exécutée par le Bureau Central du Recensement (BCR) de la Direction de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (DSEED). Elle a été financée par le gouvernement tchadien grâce à ses propres ressources, par un crédit auprès de la Banque Mondiale, par le FNUAP et l'UNICEF. L'assistance technique a été assurée par Macro International Inc.

L'EDST fournit des informations détaillées sur les principaux indicateurs démographiques (fécondité des femmes, mortalité des jeunes enfants, mortalité maternelle) et sanitaires (santé des enfants, couverture vaccinale, état nutritionnel, causes de décès des enfants) ainsi que sur la planification familiale (connaissance et utilisation), les Maladies Sexuellement Transmissibles (MST), le sida et la disponibilité des services communautaires. Au cours de l'enquête réalisée sur le terrain de décembre 1996 à juillet 1997, 6 840 ménages, 7 454 femmes âgées de 15-49 ans et 2 320 hommes de 15-59 ans ont été interviewés avec succès. En outre, des informations sur la disponibilité des services communautaires ont été collectées dans chacune des 250 grappes de l'échantillon.

Les informations recueillies sont significatives au niveau national et au niveau du milieu de résidence : N'Djaména, les Autres Villes et le milieu rural.



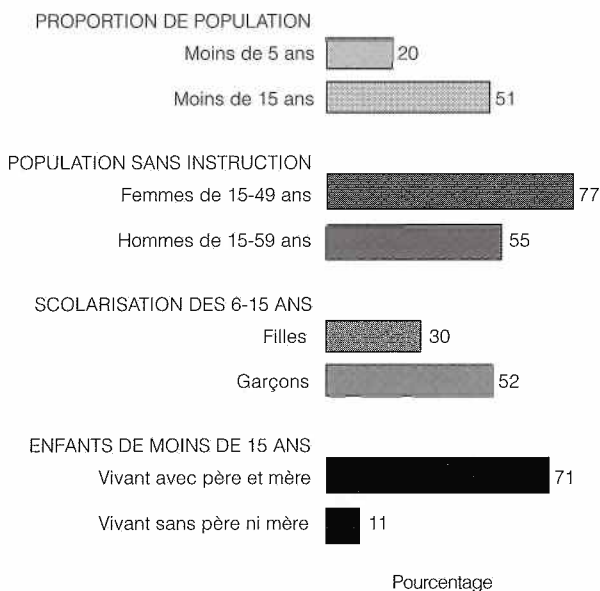
BUREAU CENTRAL DU RECENSEMENT

Caractéristiques de la population de l'enquête

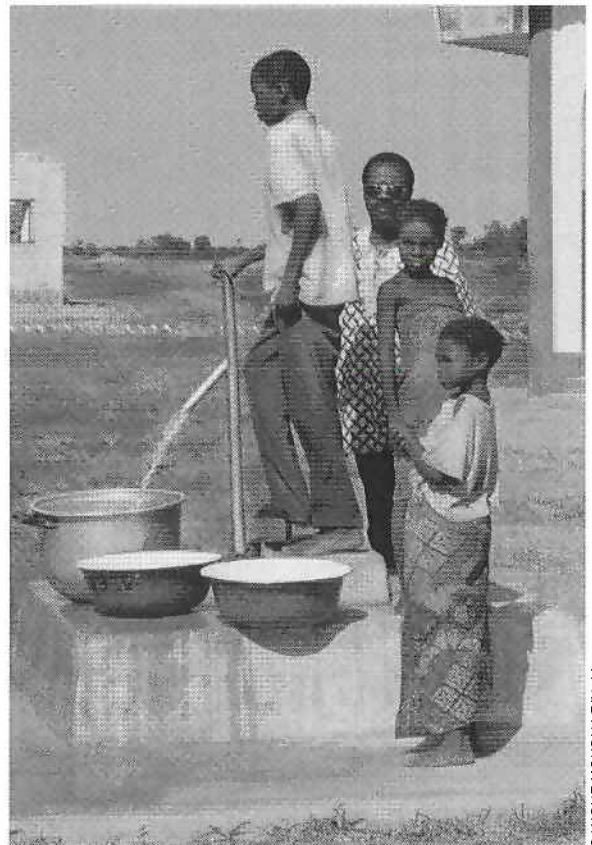
Seulement 2 % des ménages possèdent l'électricité. Un peu plus d'un quart des ménages (27 %) utilisent de l'eau potable contrôlée (eau du robinet, des forages et des puits modernes). Par ailleurs, seulement 7 % des ménages disposent de toilettes adéquates (chasse d'eau ou latrines améliorées). Pour moins d'un ménage sur trois (29 %), la radio est le seul moyen d'information. Seulement 12 % des ménages disposent d'une bicyclette, 3 % d'une motocyclette et 1 % d'une voiture.

Plus des trois quarts des femmes (77 %) et plus de la moitié des hommes (55 %) sont sans instruction. Le taux de fréquentation scolaire atteint seulement 30 % chez les filles et 52 % chez les garçons de 6-15 ans.

Graphique 1
Caractéristiques de la population de l'enquête



Les ménages tchadiens comptent, en moyenne, 5,3 personnes et, dans plus d'un ménage sur cinq (22 %), le chef de ménage est une femme. Par ailleurs, 8 % des enfants de moins de 15 ans sont orphelins de père et/ou de mère et seulement 71 % des enfants de ce groupe d'âges vivent avec leurs deux parents biologiques.



Disponibilité des services de santé

En milieu rural, 38 % des femmes vivent dans des villages difficilement accessibles : pour y accéder, il faut utiliser, soit une piste praticable qu'une partie de l'année, soit un sentier, soit une voie d'eau. En outre, 60 % des femmes rurales vivent à 30 kilomètres ou plus du chef lieu le plus proche. Enfin, pour près de neuf femmes rurales sur dix, les déplacements se font soit à pied, soit à dos d'animal ou en charrette.

Pratiquement toutes les femmes du milieu urbain (97 %) disposent d'un établissement de santé à moins de 5 kilomètres de leur domicile. Par contre, en milieu rural, 40 % des femmes doivent parcourir, au moins, 15 kilomètres pour atteindre l'établissement de soins le plus proche. En outre, la moitié des femmes du milieu rural doivent parcourir, au moins, 70 kilomètres pour atteindre l'hôpital public le plus proche.

En ville, la moitié des femmes se situe à 31 minutes de trajet d'un hôpital public et à 10 minutes de trajet d'un centre de santé public. Par contre, en milieu rural, la moitié des femmes mettent, au moins, deux heures pour atteindre l'établissement de santé le plus proche.

Plus de la moitié des femmes rurales mettent 2 heures ou plus pour atteindre l'établissement de santé le plus proche.



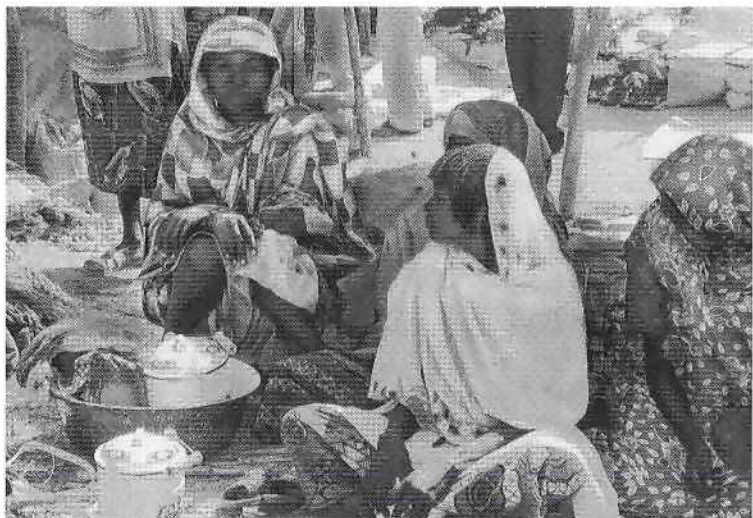
BANQUE MONDIALE/M. Lioy

Fécondité

Niveaux et tendances

Au Tchad, le niveau de la fécondité reste très élevé : avec les niveaux actuels, les femmes tchadiennes donneront naissance, en moyenne, à 6,6 enfants au cours de leur vie féconde. Cette fécondité est très précoce et à 18,3 ans la moitié des femmes ont déjà eu, au moins, un enfant.

Avec les niveaux actuels de fécondité, les femmes tchadiennes donneront naissance, en moyenne, à 6,6 enfants au cours de leur vie féconde. Ce niveau de fécondité se situe parmi les plus élevés d'Afrique subsaharienne.



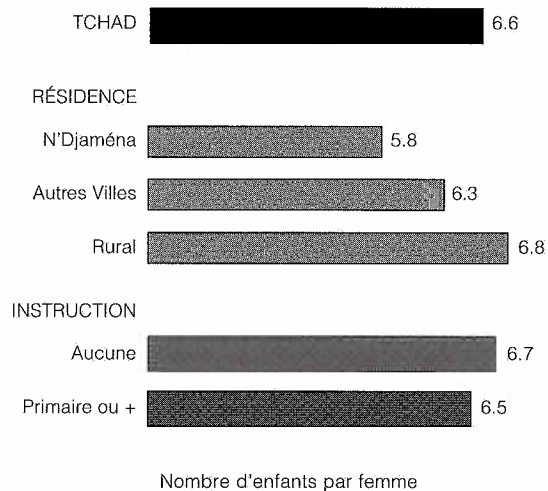
BANQUE MONDIALE/M. Lloy

La fécondité des femmes du milieu rural (6,8 enfants par femme) est plus élevée que celle des femmes des Autres Villes (6,3 enfants) et surtout beaucoup plus élevée que celles des femmes de N'Djaména (5,8).

Grossesses improductives

Parmi les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, près d'une sur quatre (23 %) a eu, au moins, une grossesse improductive se terminant par une mortinaissance et/ou un avortement (spontané ou non). Cette proportion augmente rapidement avec l'âge et près de deux femmes de 40-49 ans sur cinq (36 %) ont eu, au moins, une grossesse improductive.

Graphique 2
Indice synthétique de fécondité par résidence et niveau d'instruction



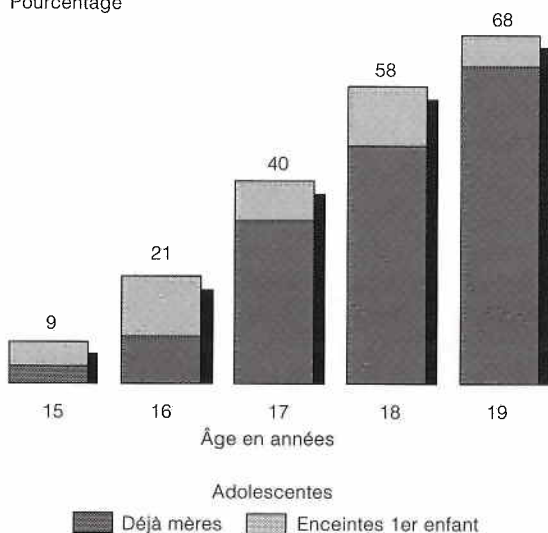
Fécondité des adolescentes

Au moment de l'enquête, 39 % des adolescentes (15-19 ans) avaient déjà eu, au moins, un enfant ou étaient enceintes pour la première fois. À 18 ans, plus d'une femme sur deux (58 %) a déjà commencé sa vie féconde. Cette fécondité précoce qui concerne 40 % des femmes sans instruction ne touche que 16 % des femmes ayant un niveau secondaire ou plus.

À l'âge de 18 ans, plus d'une femme sur deux a déjà, au moins, un enfant ou est enceinte pour la première fois.

Graphique 3
Fécondité des adolescentes

Pourcentage

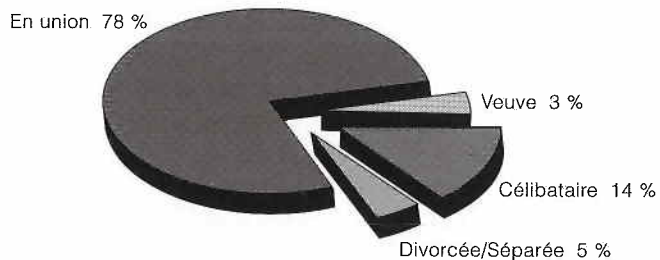


Nuptialité et exposition au risque de grossesse

L'union reste largement répandue au Tchad : 78 % des femmes de 15-49 ans et 64 % des hommes de 15-59 ans étaient en union au moment de l'enquête. Le célibat ne concerne qu'une femme de 15-49 ans sur sept (14 %) et un homme de 15-59 ans sur trois (34 %). Cependant, chez les femmes, les proportions de célibataires déclinent beaucoup plus rapidement que chez les hommes : à 20-24 ans, seulement 8 % des femmes sont encore célibataires alors qu'au même âge, chez les hommes, la proportion est de 56 %.

Les femmes tchadiennes entrent très tôt en union : à 15,8 ans, la moitié des femmes enquêtées étaient déjà mariées. De plus, on ne constate pas de modification importante du calendrier de l'âge d'entrée en première union : des générations les plus anciennes (âgées de 45-49 ans à l'enquête) aux générations les plus récentes (âgées de 25-29 ans), l'âge auquel la moitié des femmes sont déjà entrées en union n'a pratiquement pas bougé.

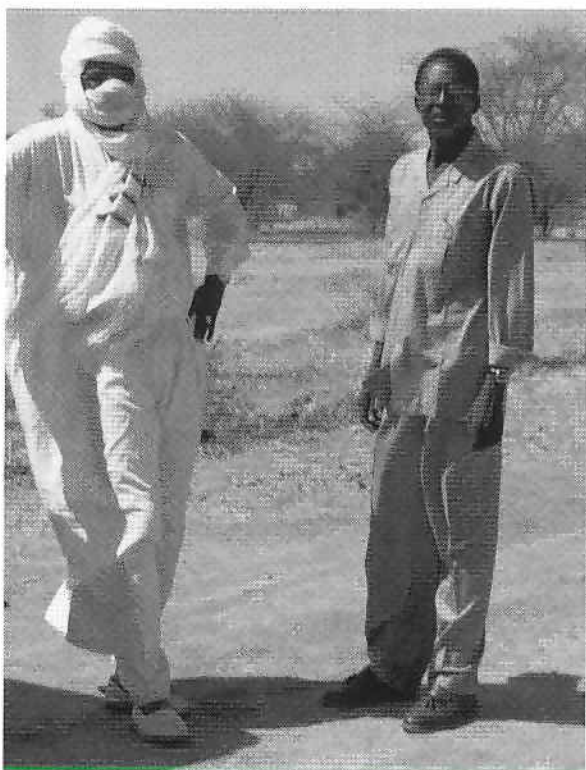
Graphique 4
Répartition des femmes par état matrimonial



Les hommes entrent en union beaucoup plus tard que les femmes : ce n'est qu'à 22,7 ans que la moitié des hommes sont déjà entrés en union.

Une femme sur deux est déjà mariée à l'âge de 15,8 ans et on ne constate pas de modification de l'âge d'entrée en première union.

La polygamie est répandue au Tchad. Près de deux femmes en union sur cinq (39 %) et un homme en union sur quatre (25 %) vivent en union polygame.

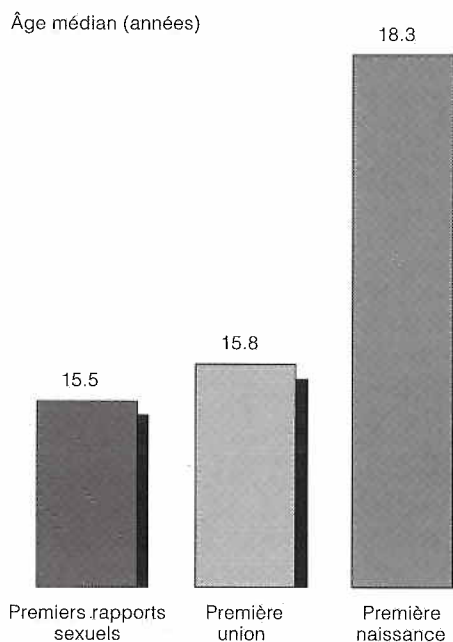


BANQUE MONDIALE/ M. Lley

L'activité sexuelle débute très tôt : à 15,5 ans, c'est-à-dire pratiquement au moment de l'entrée en première union, la moitié des femmes enquêtées ont déjà eu des rapports sexuels. À l'âge de 20 ans, la quasi-totalité des femmes (90 %) ont déjà eu des rapports sexuels. Cet âge aux premiers rapports sexuels n'a pratiquement pas bougé des générations les plus anciennes aux plus récentes.

La moitié des hommes enquêtés avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels à 18,7 ans, soit environ 4 ans avant l'âge d'entrée en première union.

Graphique 5
Âges médians aux premiers rapports sexuels, à la première union et à la première naissance



Préférences en matière de fécondité

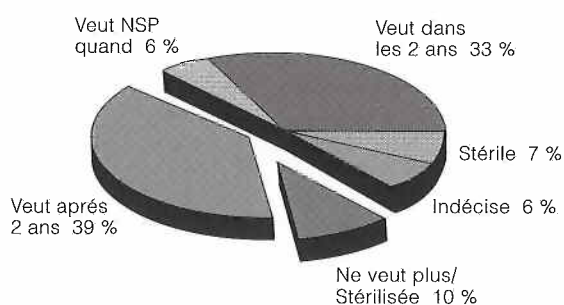
Parmi les femmes interrogées, seulement 10 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfants et 39 % ont exprimé le désir d'un certain espacement des naissances. En outre, 94 % des femmes de moins de 25 ans veulent des enfants ou des enfants supplémentaires. Cette proportion est encore élevée à 35-39 ans puisque 64 % des femmes ont déclaré vouloir d'autres enfants.

Seulement 10 % des femmes et 3 % des hommes en union ont déclaré ne plus vouloir d'enfants.

La fécondité totale des femmes (6,6 enfants par femme) est très proche de la fécondité désirée (6,3 enfants).

Les femmes et les hommes tchadiens restent attachés à une descendance nombreuse : pour les femmes, la taille idéale de la famille est de 8,3 enfants et pour les hommes, elle est de 13,4 enfants.

Graphique 6
Désir d'enfants supplémentaires
(Femmes de 15-49 ans en union)



Planification familiale

Connaissance et utilisation de la contraception

La connaissance de la contraception est très faible au Tchad : moins de la moitié des femmes (45 %) ont déclaré connaître une méthode contraceptive. Chez les hommes, cette proportion est plus élevée puisqu'elle atteint 72 %.

Parmi les femmes en union, 9 % ont déclaré avoir utilisé, au moins, une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie. Cette proportion est de 3 % pour les seules méthodes modernes. Parmi les hommes en union, 8 % ont déjà utilisé la contraception moderne.

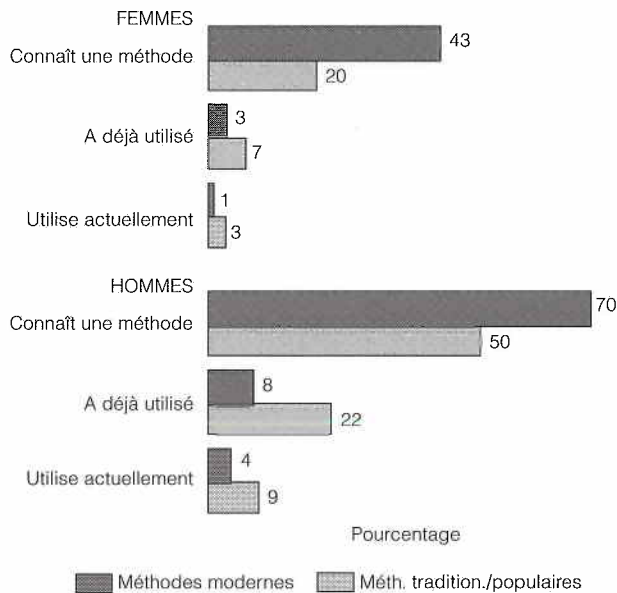
Au moment de l'enquête, 4 % des femmes en union utilisaient une méthode, soit moderne (1 %), soit traditionnelle (3 %). Chez les hommes en union, la prévalence contraceptive atteint

15 % : 3 % pour les méthodes modernes et 12 % pour les méthodes traditionnelles/populaires. Le condom (2 %) est la méthode moderne la plus utilisée par les hommes en union.

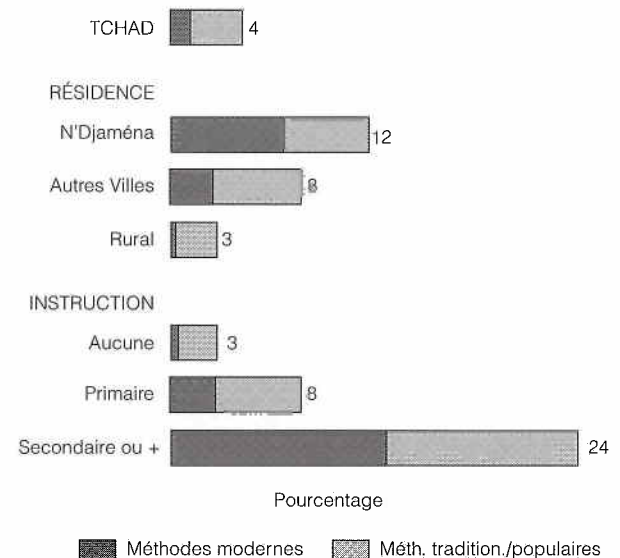
La prévalence contraceptive est extrêmement faible au Tchad : 1 % des femmes en union et 3 % des hommes en union utilisaient une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête.

L'utilisation des méthodes varie selon la résidence et le niveau d'instruction. En milieu rural, 3 % des femmes en union utilisent une méthode contraceptive, contre 8 % dans les

Graphique 7
Connaissance et utilisation de la contraception (Femmes de 15-49 ans et hommes de 15-59 ans en union)



Graphique 8
Prévalence de la contraception par résidence et niveau d'instruction (Femmes de 15-49 ans en union)



Autres Villes et 12 % à N'Djaména. De même, l'utilisation de la contraception varie de 3 % chez les femmes sans instruction à 10 % chez celles ayant un niveau, au moins, primaire.

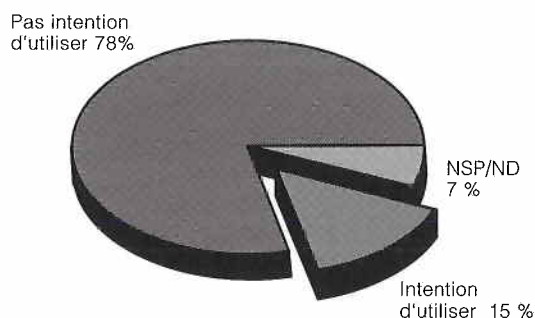
Parmi les femmes en union et non-utilisatrices de la contraception au moment de l'enquête, 15 % ont manifesté leur intention d'utiliser une méthode dans l'avenir.

Parmi les femmes en union et non-utilisatrices de la contraception, 15 % ont exprimé l'intention de l'utiliser dans l'avenir.

Informations sur la planification familiale

Près des trois quarts des femmes (73 %) et plus d'un homme sur deux (53 %) ont déclaré n'avoir entendu aucun message sur la planification familiale à la radio ou à la télévision durant le mois précédant l'enquête.

Graphique 9
Intention d'utiliser la contraception dans l'avenir
(Femmes en union de 15-49 ans non-utilisatrices de la contraception)

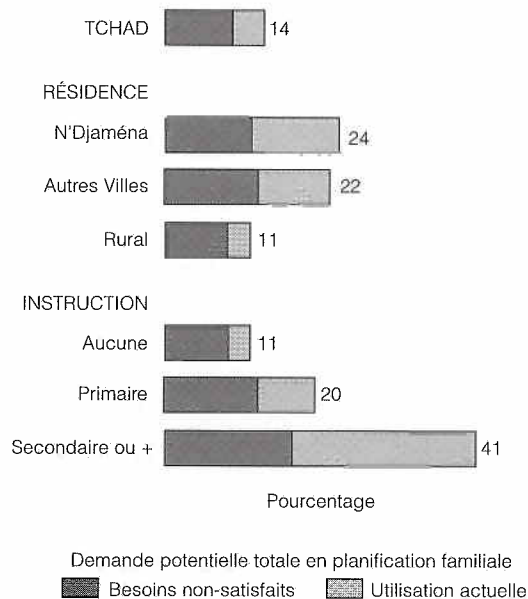


Besoins non-satisfaits en matière de planification familiale

On estime que 9 % des femmes en union ont des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale, soit pour la limitation (3 %), soit pour l'espacement des naissances (6 %). La satisfaction de cette demande pourrait entraîner une augmentation importante de la prévalence contraceptive qui pourrait atteindre 14 %. À l'heure actuelle, moins d'un tiers de cette demande potentielle totale est satisfaite.

Environ une femme en union sur dix a des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale.

Graphique 10
Demande potentielle totale en planification familiale
(Femmes de 15-49 ans en union)



Santé de la mère et de l'enfant

Soins prénatals et assistance à l'accouchement

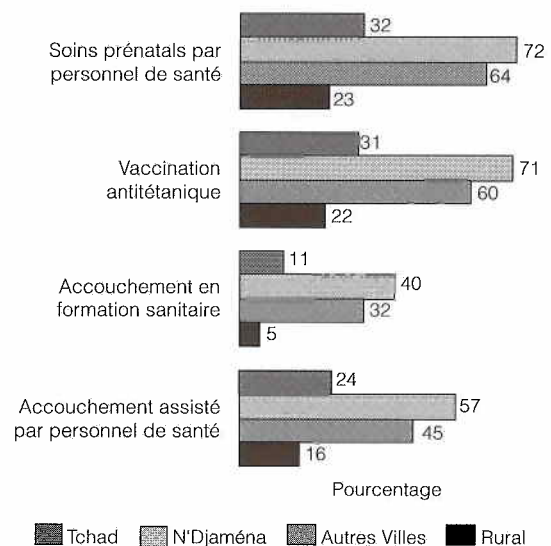
Au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pour plus des deux tiers des naissances (68 %), la mère n'a fait aucune consultation prénatale pendant la grossesse auprès de personnel de santé. En milieu rural, cette proportion atteint 77 %. De même, plus de deux naissances sur trois (68 %) n'ont pas été du tout protégées contre le tétanos néonatal.

La majorité des naissances (88 %) ont eu lieu à la maison. Seulement une naissance sur quatre (24 %) a bénéficié de l'assistance de personnel qualifié lors de l'accouchement, alors que près d'une naissance sur trois (29 %) s'est déroulée avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle non formée et deux naissances sur cinq (41 %) ont eu lieu avec, simplement, l'aide de parents ou d'amis. De plus, dans près de 7 % des cas, la mère a accouché sans aucune aide.

En milieu urbain, 50 % des naissances ont été assistées par du personnel de santé, contre seulement 16 % en milieu rural.

Seulement une naissance sur quatre a bénéficié de l'assistance de personnel qualifié et deux naissances sur cinq ont eu lieu simplement avec l'aide de parents ou d'amis.

Graphique 11
Soins prénatals, vaccination antitétanique, lieu d'accouchement et assistance à l'accouchement (Naissances des cinq années précédant l'enquête)



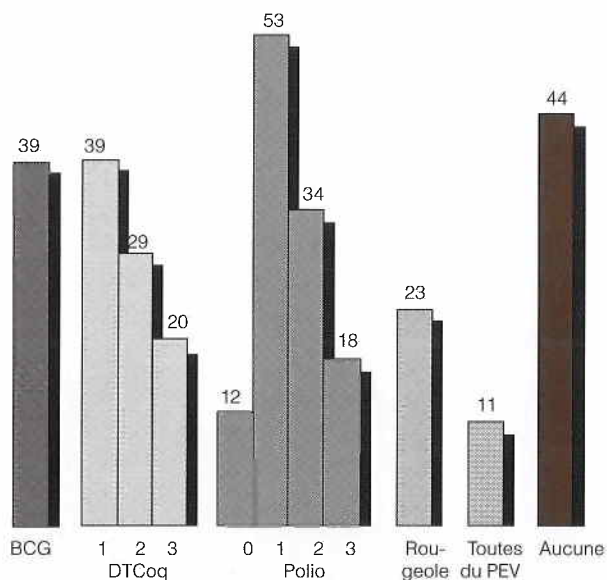
UNICEF/95-1188/G. Pitrozzi

Vaccination

Au Tchad, la couverture vaccinale est extrêmement faible puisque seulement un enfant de 12-23 mois sur dix (11 %) a reçu toutes les vaccinations du Programme Élargi de Vaccination (PEV), à savoir le BCG, trois doses de polio et de DTCoq, ainsi que la vaccination contre la rougeole et contre la fièvre jaune. À l'inverse, une proportion très importante d'enfants (44 %) n'ont reçu aucun de ces vaccins.

Parmi les enfants de 12-23 mois, seulement un sur dix est complètement vacciné contre les maladies du PEV.

Graphique 12
Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois



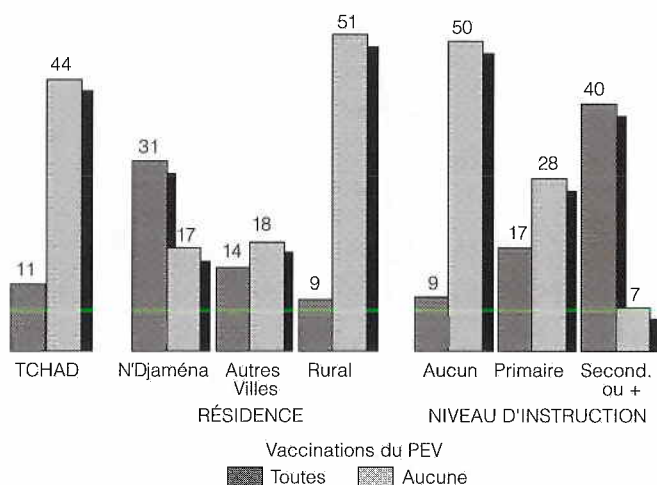
En ce qui concerne le BCG, 39 % des enfants de 12-23 mois ont été vaccinés, 23 % ont été vaccinés contre la rougeole, 20 % ont reçu les trois doses de DTCoq et 18 % les trois doses contre la polio. De plus, 25 % des enfants ont été vaccinés contre la fièvre jaune.

Pratiquement un enfant sur deux n'a reçu aucune vaccination.

Le niveau d'instruction de la mère joue un rôle important dans la couverture vaccinale des enfants : seulement 8 % des enfants dont la mère n'a pas d'instruction sont complètement vaccinés, contre 17 % de ceux dont la mère a un niveau d'instruction primaire et 38 % de ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus.

En milieu rural, la couverture vaccinale est moins importante qu'en milieu urbain : 9 % des enfants vivant en milieu rural ont reçu toutes les vaccinations contre 20 % en milieu urbain. Néanmoins, même à N'Djaména, moins d'un tiers des enfants sont complètement vaccinés.

Graphique 13
Couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois par résidence et niveau d'instruction de la mère



Maladies des enfants et traitements

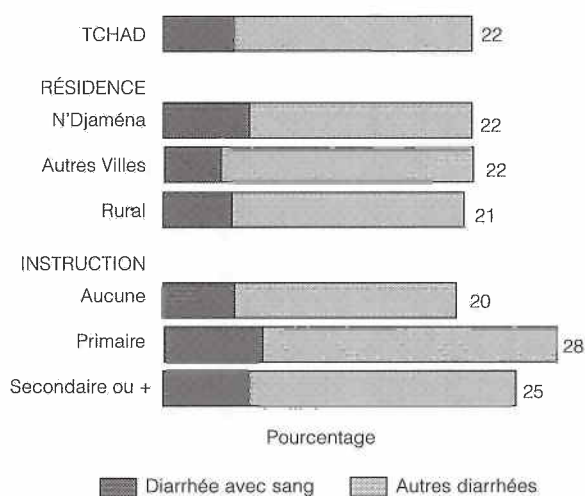
Parmi les enfants de moins de cinq ans, un sur cinq environ (22 %) a eu, au moins, un épisode diarrhéique au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Parmi ces enfants, plus d'un quart présentait un symptôme de dysenterie. Bien que la prévalence de la diarrhée reste élevée à des âges tardifs, c'est chez les enfants de 6-23 mois qu'elle est la plus importante : à cet âge, un enfant sur trois a eu un épisode diarrhéique durant les deux semaines ayant précédé l'enquête.

Contre toute attente, c'est chez les enfants dont la mère a de l'instruction que la prévalence de la diarrhée est la plus élevée : 27 % d'enfants dont la mère a fréquenté l'école contre 20 % chez ceux dont la mère n'a aucune instruction.

Parmi les enfants ayant eu la diarrhée, un sur trois (33 %) n'a bénéficié ni d'une Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO) ni d'un supplément de liquides pendant sa maladie.

Graphique 14

Prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans par résidence et niveau d'instruction de la mère

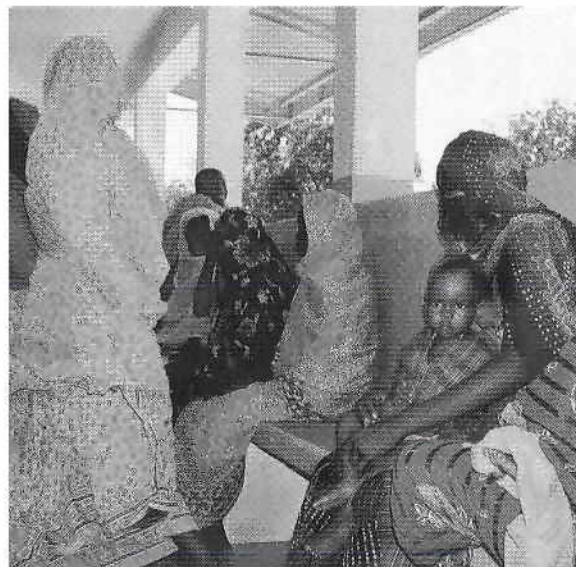


Par ailleurs, dans seulement un cas sur cinq (20 %), les enfants malades ont été conduits en consultation dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel médical.

Parmi les enfants de moins de cinq ans, 22 % ont eu la diarrhée dans les deux semaines précédant l'enquête.

Parmi les enfants de moins de cinq ans, environ un sur huit (13 %) a souffert de toux et de respiration courte et rapide pendant les deux semaines précédant l'enquête. Les enfants de N'Djaména sont sensiblement plus touchés que les autres (16 % contre 13 % en milieu rural et 10 % dans les Autres Villes).

Parmi ces enfants malades, seulement un sur cinq (19 %) a été conduit en consultation dans une formation sanitaire ou auprès de personnel médical. En outre, un enfant sur trois (32 %) a eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête.



Allaitement et alimentation de complément

L'allaitement est pratiquement universel au Tchad : 98 % des enfants nés au cours des cinq dernières années ont été allaités. Au premier anniversaire, 95 % des enfants sont encore allaités et environ un enfant sur deux est encore allaité à l'âge de 22-23 mois. Cependant, seulement près d'un enfant sur quatre (24 %) est mis au sein dans l'heure qui suit la naissance.

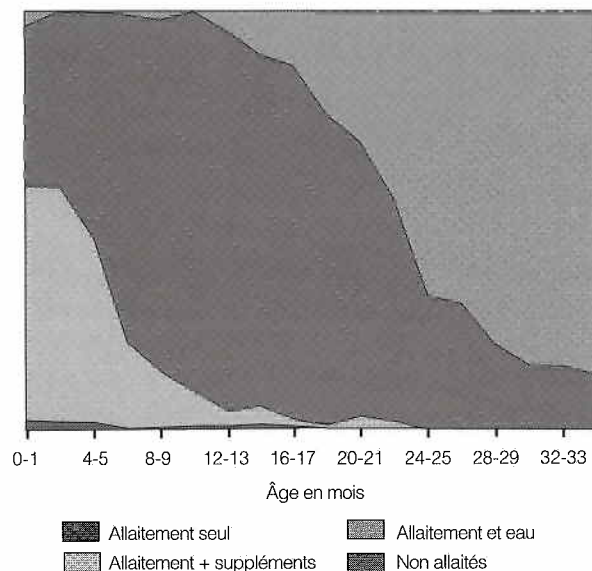
Un enfant sur deux est allaité pendant, au moins, 21 mois.



Alors que, selon les recommandations de l'OMS, les enfants ne devraient recevoir rien d'autre que le sein jusqu'à 6 mois, au Tchad, seulement 2 % des enfants de moins de 4 mois sont exclusivement allaités. Dès 0-1 mois, 56 % des enfants tchadiens reçoivent de l'eau, en plus du lait maternel, et 39 % reçoivent d'autres liquides et des aliments.

L'allaitement est pratiquement universel au Tchad : 98 % des enfants nés au cours des cinq dernières années ont été allaités. Cependant, seulement un quart des enfants sont allaités dès la naissance.

Graphique 15
Allaitement et alimentation de complément par âge



État nutritionnel des enfants

Au Tchad, deux enfants de moins de cinq ans sur cinq (40 %) souffrent de malnutrition chronique, dont la moitié sous une forme sévère. Cette malnutrition, qui se manifeste par un retard de croissance, s'aggrave rapidement avec l'âge et plus d'un enfant sur deux (55 %) est atteint à partir de l'âge de deux ans.

À 24-35 mois, plus d'un enfant sur deux (55 %) accuse un retard de croissance.

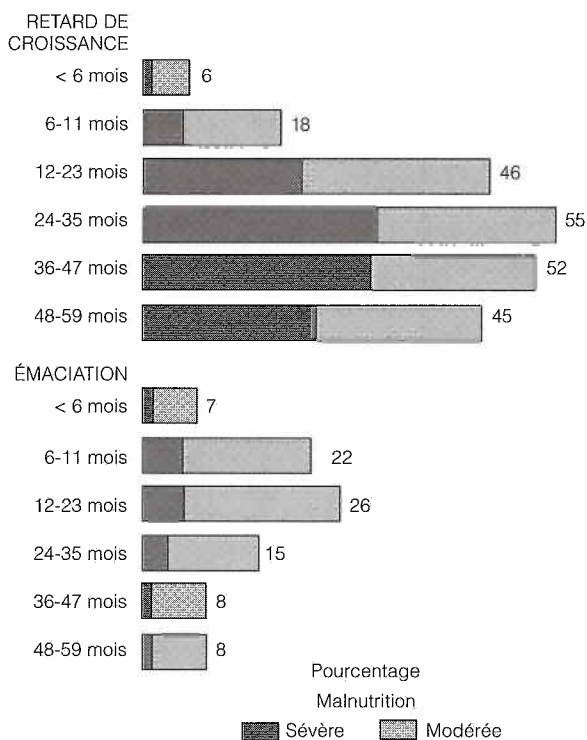
Parmi les enfants tchadiens de moins de cinq ans, 14 % souffrent de malnutrition aiguë, ou sont émaciés, c'est-à-dire qu'ils sont trop maigres par rapport à leur taille : une faible proportion souffre de malnutrition aiguë sévère (3 %). À 12-23 mois, plus d'un enfant sur quatre (26 %) est atteint de cette forme de malnutrition.

Un enfant de 12-23 mois sur quatre est émacié.

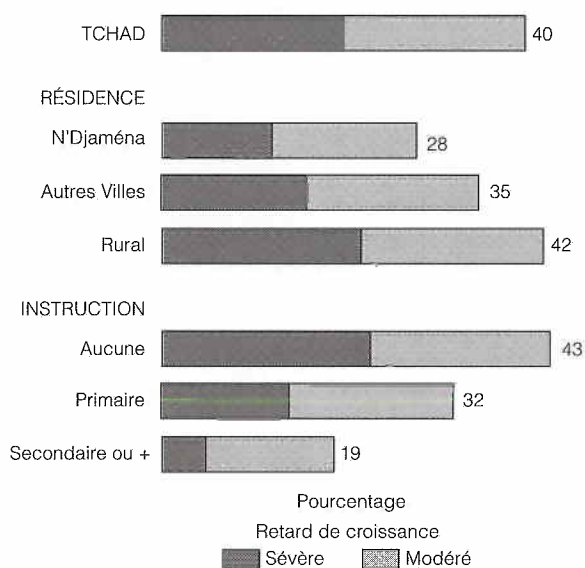
L'insuffisance pondérale, qui se traduit par un poids insuffisant par rapport à l'âge, concerne près de deux enfants de moins de cinq ans sur cinq (39 %). Environ un tiers de ces enfants présentent une insuffisance pondérale sévère.

En milieu rural, 42 % des enfants accusent un retard de croissance, 15 % sont émaciés contre, respectivement, 32 % et 12 % en milieu urbain. Parmi les enfants dont la mère n'a pas fréquenté l'école, 43 % accusent un retard de croissance et 15 % sont émaciés contre, respectivement, 30 % et 10 % des enfants dont la mère a, au moins, un niveau d'instruction primaire.

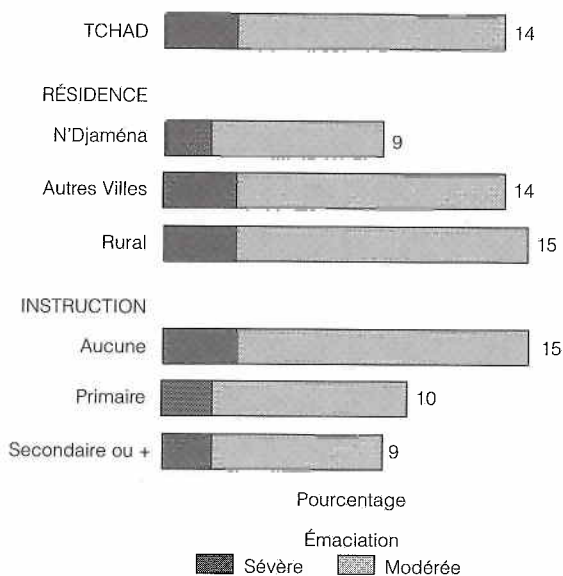
Graphique 16
Enfants accusant un retard de croissance et enfants émaciés par âge



Graphique 17
Enfants de moins de 5 ans accusant un retard de croissance (malnutrition chronique) par résidence et niveau d'instruction de la mère



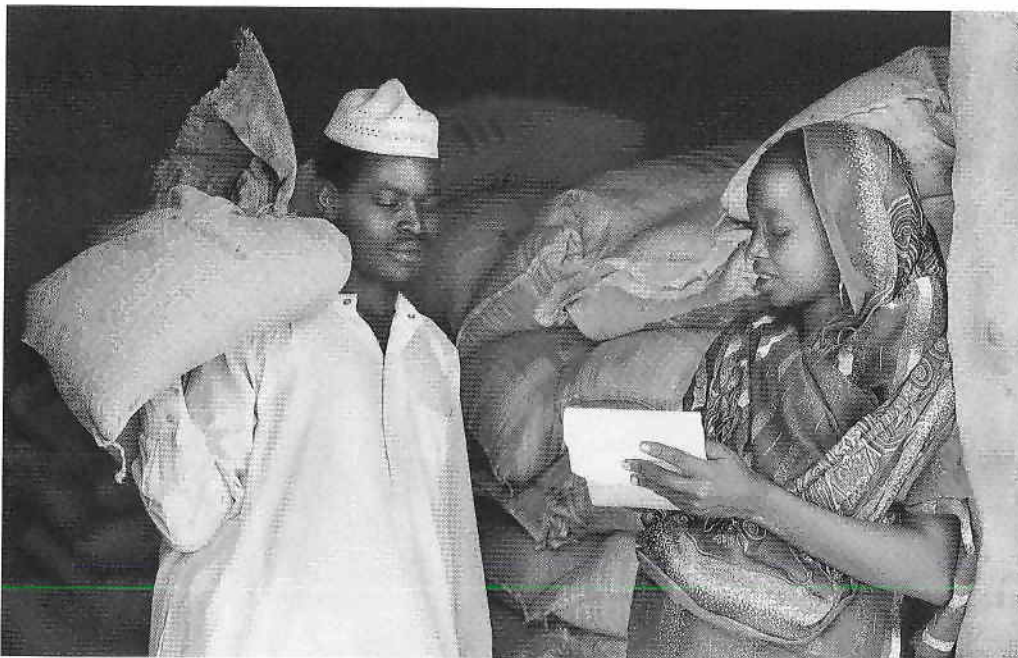
Graphique 18
Enfants de moins de 5 ans émaciés (malnutrition aiguë) par résidence et niveau d'instruction de la mère



État nutritionnel des mères

La taille des mères est un indicateur indirect du statut socio-économique dans la mesure où une petite taille peut résulter d'une malnutrition chronique pendant l'enfance. La taille moyenne des femmes du Tchad est de 162,7 centimètres et varie peu selon les caractéristiques socio-démographiques.

L'Indice de Masse Corporelle (IMC), calculé en divisant le poids par le carré de la taille (kg/m^2), donne une indication de l'état nutritionnel actuel. En moyenne, les femmes tchadiennes ont un IMC de 20,5. Une femme sur cinq (21 %) a un IMC inférieur à 18,5 et peut donc être considérée comme atteinte de malnutrition aiguë.



Mortalité des enfants

Niveaux et tendances

La mortalité des enfants demeure toujours très élevée au Tchad. Durant les cinq années ayant précédé l'enquête, sur 1 000 enfants nés vivants, 103 sont décédés avant leur premier anniversaire; sur 1 000 enfants survivants au 1^{er} anniversaire, 102 sont décédés avant d'atteindre l'âge de cinq ans. Globalement, sur 1 000 enfants vivants à la naissance, 194 décèdent avant leur cinquième anniversaire.

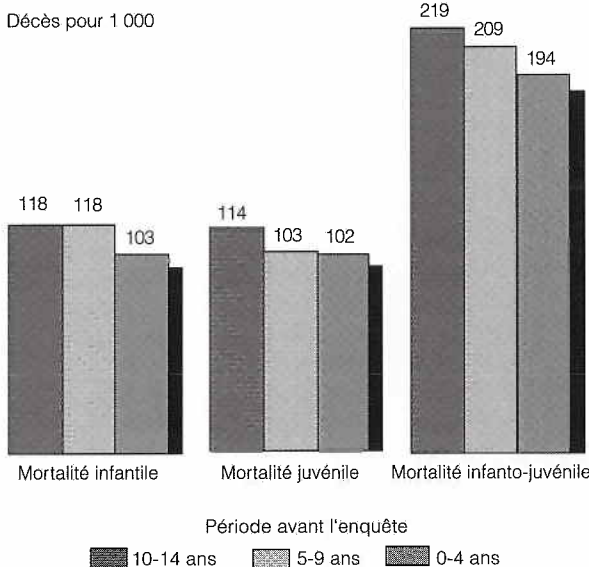
Environ un enfant sur cinq décède avant d'atteindre son 5^e anniversaire.

On n'observe que peu de différence de mortalité selon le milieu de résidence : la mortalité infantile varie de 99 ‰ à N'Djaména et dans

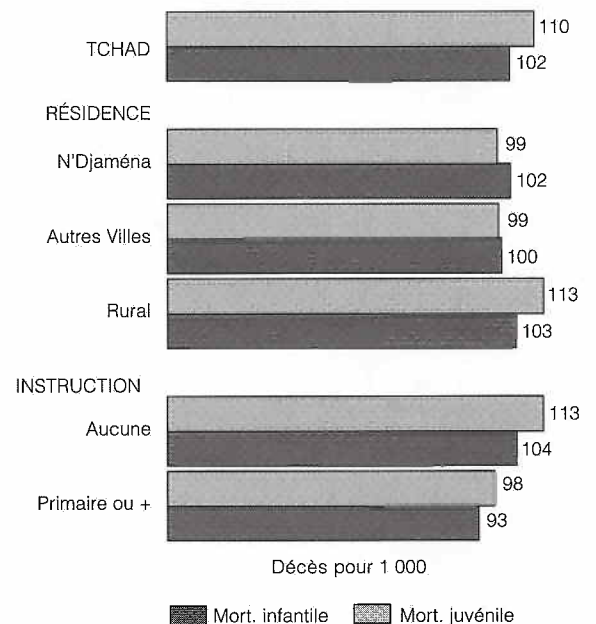
les Autres Villes à 113 ‰ en milieu rural. De même, les écarts constatés selon le niveau d'instruction de la mère sont relativement faibles : les enfants dont la mère est sans instruction courent un risque de décéder avant un an de 113 ‰ contre 98 ‰ pour ceux dont la mère a fréquenté l'école.

Les enfants nés de mère jeune (moins de 20 ans) sont plus exposés à la mortalité que les autres : leur risque de décéder avant l'âge d'un an (128 ‰) est largement plus élevé que pour ceux nés d'une mère de 20-29 ans (103 ‰) ou de 30-39 ans (105 ‰). De plus, les intervalles intergénésiques courts (inférieurs à deux ans) sont également associés à une mortalité infantile (149 ‰) deux fois et demi plus élevée que celle associée aux intervalles intergénésiques longs (60 ‰ pour un intervalle de 4 ans et plus).

Graphique 19
Mortalité des enfants de moins de 5 ans



Graphique 20
Mortalité infantile et juvénile selon la résidence et le niveau d'instruction de la mère



Note: les données correspondent à la période de 10 ans précédant l'enquête

Causes de décès

Durant la période néonatale, les problèmes obstétricaux (34 %), le faible poids à la naissance (18 %) et les maladies respiratoires (11 %) constituent les principales causes de décès. Par ailleurs, le tétanos néonatal serait responsable de 5 % des décès d'enfants durant le premier mois d'existence.

Pour les enfants décédés entre 1 et 59 mois, les maladies diarrhéiques (31 %), les infections respiratoires aiguës (25 %), le paludisme (15 %) et la rougeole (14 %) constituent les principales causes de décès.



BANQUE MONDIALE/IM. Lloy

Mortalité maternelle

La mortalité maternelle est très élevée au Tchad. Pour la période 1991-1997, parmi les décès de femmes âgées de 15-49 ans, environ deux sur cinq étaient associés à la grossesse, à l'accouchement ou à ses suites. Pour la même période, le taux de mortalité maternelle est estimé à 827 décès pour 100 000 naissances vivantes. En d'autres termes, une femme court un risque de décéder de 1 sur 18 par cause maternelle.

Pour la période 1991-1997, la mortalité maternelle est estimée à 827 décès pour 100 000 naissances.

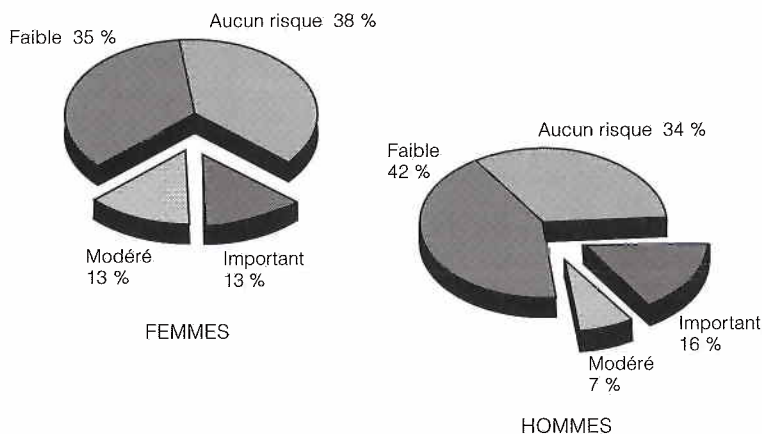
MST et Sida

Plus de la moitié des femmes et 82 % des hommes ont entendu parler des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST). Parmi ceux ayant déjà eu des rapports sexuels, 1 % des femmes et 3 % des hommes ont déclaré avoir eu une MST au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

La majorité des Tchadiens (88 % des hommes et 60 % des femmes) ont entendu parler du Sida. Cependant, parmi ceux qui en ont entendu parler, 16 % des femmes et 10 % des hommes pensent que rien ne peut être fait pour éviter de le contracter; de plus, 36 % des femmes et 24 % des hommes ne connaissent aucun moyen pour éviter le Sida.

Au total, 59 % des femmes et 40 % des hommes manquent d'information sur le Sida.

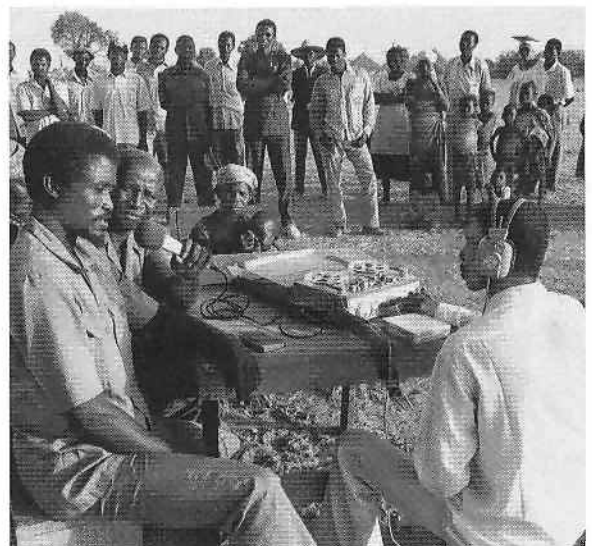
Graphique 21
Perception du risque de contracter le Sida



Environ les trois quarts des femmes (73 %) et des hommes (76 %) qui connaissent le Sida pensent ne courir aucun risque ou seulement des risques minimes de le contracter. À l'opposé, 16 % des hommes et 13 % des femmes estiment que leurs risques de contracter le Sida sont importants. Par ailleurs, 87 % des hommes et 66 % des femmes ont modifié leur comportement sexuel pour éviter de contracter le Sida.

Plus d'un quart des femmes et 23 % des hommes pensent courir des risques importants ou modérés de contracter le Sida.

Bien que la quasi-totalité des Tchadiens connaissent le condom, seulement 1 % des femmes et 2 % des hommes ont déclaré en avoir utilisé un au cours de leurs derniers rapports sexuels.



Conclusions et recommandations

Les résultats de l'EDST ont mis en évidence un niveau encore élevé de la fécondité ainsi qu'une situation très critique concernant la santé de la mère et de l'enfant.

La très faible utilisation des moyens de contraception, qu'ils soient traditionnels ou modernes, combinée à un âge précoce à la première union et à un attachement à une descendance nombreuse sont autant de facteurs qui expliquent ce niveau élevé de la fécondité.

La situation de la santé maternelle et infantile, illustrée par des indicateurs de mortalité particulièrement élevés est liée à un environnement culturel et socio-économique défavorable, caractérisé par des taux très faibles de consultations prénatales, un nombre restreint d'accouchements assistés par des professionnels de la santé, un très faible taux de couverture vaccinale, des carences nutritionnelles ainsi que les difficultés d'accès à l'eau potable et aux centres de santé.

Le manque de disponibilité de certaines infrastructures, combiné à des difficultés d'accès, du fait de l'éloignement et des temps de trajet importants, contribue à l'isolement des femmes, en particulier en milieu rural. De plus, l'éloignement des établissements de santé offrant des services de santé maternelle et infantile semble avoir un impact direct sur le suivi des grossesses, sur l'assistance des mères à l'accouchement ainsi que sur le niveau des vaccinations. D'autre part, pour plus de la moitié des femmes, le manque d'établissement de santé et le manque d'eau constituent les principaux problèmes pour se soigner.

Les résultats indiquent également que si les Tchadiens sont nombreux à connaître l'existence du Sida, en revanche très peu prennent des dispositions pour éviter de le contracter.

Face à ce constat, il est indispensable que des mesures urgentes soient prises :

- La politique du gouvernement concernant le caractère prioritaire du secteur santé doit être réaffirmée et redéfinie.
- Les moyens matériels comme humains doivent être décentralisés et les populations rurales doivent être privilégiées.
- De vastes campagnes de sensibilisation portant sur les avantages de la planification familiale, des consultations prénatales et de l'assistance à l'accouchement par un professionnel de la santé, et également sur l'importance de la vaccination complète des enfants de moins d'un an doivent être organisées.
- Éduquer et sensibiliser les parents, en particulier les mères, sur l'importance des pratiques hygiéniques, sur la nécessité de traiter rapidement et de manière appropriée les maladies infantiles, notamment d'utiliser la thérapie de réhydratation par voie orale lors des épisodes diarrhéiques. Le rôle de l'alimentation dans la croissance de l'enfant doit aussi faire l'objet d'explications pour combattre les carences nutritionnelles qui fragilisent la santé des enfants.
- Intensifier la campagne de sensibilisation contre le Sida en privilégiant certains sites (lycées, universités, camps militaires, etc).

Principaux indicateurs

Données de référence (RGPH 1993)

| | |
|--|-----------|
| Population | 6 279 931 |
| Densité (habitants/km ²) | 4,9 |
| Accroissement annuel moyen (en %) | 2,5 |

Enquête Démographique et de Santé au Tchad, EDST 1996-1997

Taille de l'échantillon

| | |
|---|-------|
| Femmes de 15-49 ans enquêtées avec succès | 7 454 |
| Hommes de 15-59 ans enquêtés avec succès | 2 320 |

Caractéristiques socio-démographiques des femmes interviewées (en %)

| | |
|--|------|
| Milieu urbain | 23,1 |
| Sans instruction | 77,0 |
| Instruction primaire | 19,3 |
| Instruction secondaire ou supérieure | 3,8 |

Caractéristiques socio-démographiques des hommes interviewés (en %)

| | |
|--|------|
| Milieu urbain | 30,1 |
| Sans instruction | 54,5 |
| Instruction primaire | 28,8 |
| Instruction secondaire ou supérieure | 16,6 |

Nuptialité et autres déterminants de la fécondité

| | |
|--|------|
| Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union | 78,2 |
| Pourcentage de femmes de 15-49 ans en union ou l'ayant été | 86,3 |
| Âge médian (en années) à la première union (femmes de 25-49 ans) | 15,8 |
| Pourcentage d'hommes de 15-59 ans actuellement en union | 63,9 |
| Pourcentage d'hommes de 15-59 ans en union ou l'ayant été | 66,5 |
| Âge médian (en années) à la première union (hommes de 25-59 ans) | 22,7 |
| Âge médian (en années) à la première naissance (femmes de 25-49 ans) | 18,3 |
| Durée médiane de l'allaitement (en mois) ¹ | 21,4 |
| Durée médiane d'aménorrhée post-partum (en mois) ¹ | 15,5 |
| Durée médiane d'abstinence post-partum (en mois) ¹ | 3,6 |

Fécondité

| | |
|---|-----|
| Indice Synthétique de Fécondité ² | 6,6 |
| Nombre moyen d'enfants nés vivants chez les femmes de 40-49 ans | 6,8 |

Préférences en matière de fécondité

| | |
|---|------|
| Pourcentage de femmes actuellement en union qui : | |
| – ne veulent plus d'enfants ³ | 10,0 |
| – veulent retarder d'au moins deux ans leur prochaine naissance | 39,0 |
| Nombre idéal d'enfants (femmes de 15-49 ans) ⁴ | 8,3 |
| Pourcentage d'hommes actuellement en union qui : | |
| – ne veulent plus d'enfants ³ | 2,7 |
| Nombre idéal d'enfants (hommes de 15-59 ans) ⁴ | 13,4 |
| Pourcentage de naissances des cinq années précédant l'enquête qui : | |
| – n'étaient pas désirées | 0,9 |
| – sont survenues trop tôt | 7,9 |

Connaissance et utilisation de la planification familiale

| | |
|--|------|
| Pourcentage de femmes actuellement en union qui : | |
| – connaissent, au moins, une méthode moderne | 42,8 |
| – ont déjà utilisé une méthode | 8,1 |
| – utilisent actuellement une méthode | 3,9 |
| – utilisent actuellement une méthode moderne | 1,2 |
| Pourcentage d'hommes actuellement en union qui : | |
| – connaissent, au moins, une méthode moderne | 69,5 |
| – ont déjà utilisé une méthode | 22,1 |
| – utilisent actuellement une méthode | 12,5 |
| – utilisent actuellement une méthode moderne | 4,0 |

| | |
|---|-----|
| Pourcentage de femmes actuellement en union qui utilisent : | |
| – la pilule | 0,6 |
| – les injections | 0,2 |
| – le condom | 0,3 |
| – la stérilisation féminine | 0,2 |
| – la continence périodique | 2,2 |

Mortalité

| | |
|---|-------|
| Quotient de mortalité infantile (/1 000) ⁵ | 102,6 |
| Quotient de mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de cinq ans) (/1 000) ⁵ | 194,3 |

Santé de la mère et de l'enfant

| | |
|--|------|
| Pourcentage de naissances ⁶ dont les mères ont : | |
| – reçu des soins prénatals auprès de personnel de santé | 32,4 |
| – ont reçu au moins une dose de vaccin antitétanique | 31,2 |
| Pourcentage de naissances ⁶ dont les mères ont été assistées à l'accouchement par : | |
| – du personnel de santé | 23,7 |
| – du personnel non formé | 28,6 |
| – un parent ou autre relation | 40,9 |
| – sans aucune assistance | 6,5 |
| Pourcentage d'enfants nés au cours des cinq dernières années et qui ont été allaités | 97,6 |
| Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant un carnet de vaccination | 27,3 |
| Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant été vaccinés contre ⁷ : | |
| – le BCG | 38,8 |
| – le DTCQq (trois doses) | 19,5 |
| – la Polio (trois doses) | 18,1 |
| – la rougeole | 22,8 |
| – toutes les vaccinations du PEV ⁸ | 11,3 |
| – aucune vaccination | 44,3 |
| Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui, au cours des deux semaines précédant l'enquête, ont eu : | |
| – la diarrhée | 21,5 |
| – la toux et une respiration courte et rapide | 12,7 |
| Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui : | |
| – accusent un retard de croissance ⁹ | 40,1 |
| – sont émaciés ⁹ | 14,1 |

MST et Sida

| | |
|---|------|
| Pourcentage de femmes qui connaissent le sida | 60,0 |
| Pourcentage d'hommes qui connaissent le sida | 88,1 |
| Parmi les femmes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et qui connaissent le sida, pourcentage de celles qui ont utilisé le condom au cours des derniers rapports | 0,7 |
| Parmi les hommes qui ont eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois et qui connaissent le sida, pourcentage de ceux qui ont utilisé le condom au cours des derniers rapports | 2,2 |

¹ Estimée sur la base des naissances survenues au cours des 0-59 mois ayant précédé l'enquête.

² Calculé à partir des naissances des femmes de 15-49 ans au cours des cinq années précédant l'enquête.

³ Y compris les femmes ou les hommes stérilisés.

⁴ À l'exclusion des femmes ou des hommes ne s'étant pas prononcées sur un nombre précis (21,9 % des femmes et 17,7 % des hommes).

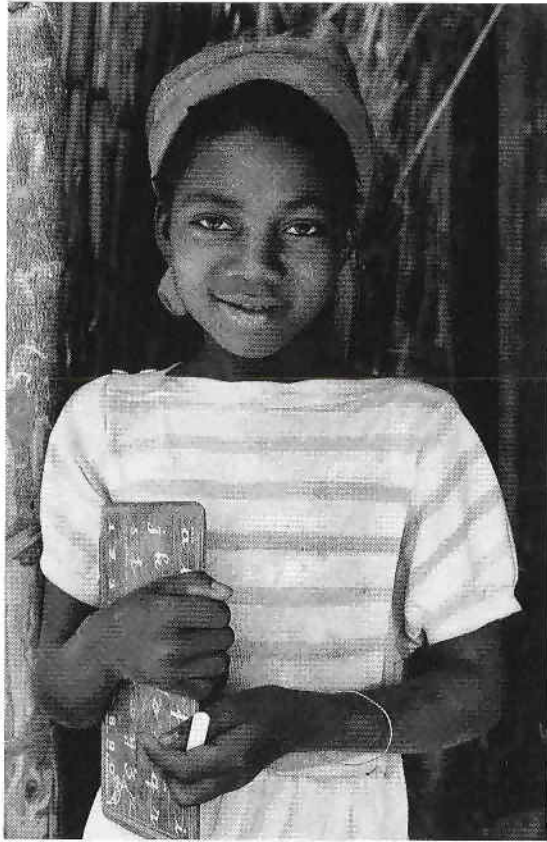
⁵ Quotients relatifs aux cinq années précédant l'enquête (1992-1996).

⁶ Naissances survenues dans les 5 ans précédant l'enquête.

⁷ D'après les carnets de vaccination ou les déclarations des mères.

⁸ Programme Élargi de Vaccination (non compris la fièvre jaune).

⁹ Retard de croissance : pourcentage d'enfants dont le score d'écart type pour la taille-pour-âge est inférieur à -2 ET, basé sur la Population de Référence NCHS/CDC/OMS; Émaciation : pourcentage d'enfants dont le score d'écart type pour le poids-pour-taille est inférieur à -2 ET, basé sur la Population de Référence NCHS/CDC/OMS.



UNICEF/95-1186/G. Pirozzi