

**RÉPUBLIQUE DU TCHAD**

**- Unité - Travail - Progrès -**

ηηηη

**Ministère de Plan, du Développement et de la Coopération**

**Secrétariat Général**

**Institut National de la Statistique, des Études Économiques et  
Démographiques**

**Deuxième Enquête  
Démographique  
et de Santé  
Tchad  
EDST-II  
2004**

**Rapport  
Préliminaire**

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

**Demographic and Health Surveys  
ORC Macro International**

Pour tous renseignements concernant l'Enquête Démographique et de Santé au Tchad, contacter l'Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques, BP 453, N'Djaména, Tchad (Téléphone (235) 52-31-64; email : [inseed1@intnet.td](mailto:inseed1@intnet.td); Internet : [www.inseed-tchad.org](http://www.inseed-tchad.org))).

Pour tous renseignements concernant le programme des Enquêtes Démographiques et de Santé, contacter ORC Macro International, 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, U.S.A. (Tél. (1) 301-572-0200; Fax 301-572-0999 ; email : [reports@orcmacro.com](mailto:reports@orcmacro.com) ; Internet : <http://www.measuredhs.com>)).

# **RÉPUBLIQUE DU TCHAD**

**- Unité - Travail - Progrès -**

ηηηη

**Ministère de Plan, du Développement et de la Coopération**

**Secrétariat Générale**

**Institut National de la Statistique, des Études Économiques et**

**Démographiques**

ηηηη

## **DEUXIEME ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU TCHAD (EDST-II) 2004**

### **Rapport préliminaire**

**Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques  
et Démographiques (INSEED)**

**et**

**ORC Macro International, Calverton, Maryland**

**Février 2005**



# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE	
1.1. Objectifs de l'enquête	2
1.2. Questionnaires	2
1.3. Plan de sondage	3
1.4. Cartographie et collecte des données	4
1,5. Traitement des données	4
2. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES	
2.1. Couverture de l'échantillon	6
2.2. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés	6
2.3. Fécondité	8
2.4. Utilisation de la contraception	10
2.5. Désir d'enfants supplémentaires	12
2.6. Soins prénatals et assistance à l'accouchement	12
2.7. Vaccinations des enfants	16
2.8. Traitement des maladies de l'enfance	18
2.9. Allaitement et alimentation de complément	20
2.10. Mortalité des enfants	22
2.11. Connaissance du VIH/sida et utilisation du condom	23
2.12. Excision	26

## TABLEAUX

Tableau 1	Résultats de l'enquête ménage et de l'enquête individuelle	6
Tableau 2	Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés	7
Tableau 3	Fécondité actuelle	9
Tableau 4	Utilisation actuelle de la contraception	11
Tableau 5	Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants survivants	12
Tableau 6	Indicateurs de santé maternelle	13
Tableau 7	Vaccinations par caractéristiques socio-démographiques	17
Tableau 8	Traitement des Infections Respiratoires Aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée	20
Tableau 9	Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant	21
Tableau 10	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	22
Tableau 11	Connaissance du VIH/sida	24
Tableau 12.1	Utilisation du condom selon le type de partenaires : Femmes	25
Tableau 12.2	Utilisation du condom selon le type de partenaires : Hommes	25
Tableau 13	Excision	26

ηηηη

## GRAPHIQUES

Graphique 1	Fécondité selon le milieu de résidence	9
Graphique 2	Prévalence contraceptive	10
Graphique 3	Soins prénatals	14
Graphique 4	Assistance à l'accouchement	15
Graphique 5	Vaccinations des enfants de 12-23 mois	16
Graphique 6	Couverture vaccinale (EDST-I et EDST-II)	18
Graphique 7	Maladies des enfants de moins de cinq ans	19
Graphique 8	Allaitement	21
Graphique 9	Mortalité par période avant l'enquête	23
Graphique 10	Excision selon l'ethnie	27

## **PERSONNEL DE L'EDST-II**

M. Ousman Abdoulaye Haggar  
Directeur Général de l'INSEED, Directeur National de l'EDST-II

M. Bandoumal Ouagadjio  
Chef du Département socio-démographique, Responsable Technique de l'EDST-II

### ***Supervision Technique***

M. Kostelngar Nodjimadji, Statisticien (INSEED)  
M. Tchobkréo Bangamla, Démographe (INSEED)  
M. Riradjim Madnodji, Statisticien Démographe (INSEED)

### ***Traitement informatique***

M. Naryanan Oroumbaye, Informaticien (INSEED)  
M. Portoloum Tadaye, Informaticien (INSEED)  
M. Djékaouyo Nadwaï Philippe, Informaticien (INSEED)

### ***Administration***

M. Ali Hisseine, Gestionnaire (INSEED)

### ***Appui administratif***

Mme Lonodjigoto Tabita  
M. Ngombanhal Franklin

### ***Assistance Technique de ORC Macro International***

M. Bernard Barrère, responsable de projet  
M. Mamadou Thiam, sondage  
M. Ruilin Ren, sondage  
M. Tinga Sinaré, formation et collecte des données  
M. Victor Canales, traitement des données  
M. Silly Ould Eleyatt, traitement des données



## INTRODUCTION

Le Gouvernement du Tchad a institué la Deuxième Enquête Démographique et de Santé au Tchad (EDST-II) par arrêté ministériel n°022/MPED/DG/DSEED/2001 du 02 août 2001. Cette enquête a bénéficié de l'assistance financière de la Banque Mondiale, de l'UNICEF et l'assistance technique de ORC Macro International des États Unis, qui a la charge du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé.

Le programme des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - DHS) fournit une assistance aux agences gouvernementales et privées des pays en développement pour la réalisation d'enquêtes sur la population et la santé. Les principaux objectifs du programme DHS sont de: (1) fournir aux responsables des pays participant au programme les données de base et les analyses utiles pour une prise de décisions adéquates; (2) développer la base de données internationales sur la population et la santé; (3) développer de nouvelles méthodologies d'enquête; et (4) développer, dans les pays participant au programme, les capacités et les ressources nécessaires pour la réalisation d'enquêtes démographiques et de santé d'un haut niveau.

En organisant une deuxième enquête de ce genre, le Gouvernement compte utiliser les résultats de cette étude pour évaluer en amont les progrès réalisés depuis près de 10 ans dans le domaine socio-sanitaire, par rapport aux résultats de l'EDST-I et les investissements qui en ont suivi, plus particulièrement dans le domaine de la santé des femmes et des enfants. Au delà de cet enjeu, les résultats de cette enquête constituent les indicateurs de référence pour le suivi et l'évaluation de la Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté (SNRP) mais également des données de référence pour évaluer dans les prochaines années l'impact social de l'exploitation du pétrole tchadien.

Ce rapport présente les premiers résultats de l'EDST-II, réalisée au niveau national en 2004 par l'Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED). Cette opération a été exécutée dans le cadre du Projet Appui au Secteur Santé (PASS).

Ce rapport préliminaire, rédigé peu de temps après la fin des travaux de collecte sur le terrain, répond au souci de présenter de façon succincte les premiers résultats de l'EDST-II indispensables aux responsables et administrateurs des programmes de population et de santé. Ayant été produits avant la révision finale et analyse approfondie du fichier complet de l'enquête, ces résultats restent provisoires et susceptibles de légères modifications. Un rapport final, présentant les résultats définitifs de l'enquête, de façon détaillée, sera publié dans les prochains mois.

# 1. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

## 1.1 Objectifs de l'enquête

La Deuxième Enquête Démographique et de Santé du Tchad (EDST-II), réalisée auprès d'un échantillon national de femmes de 15-49 ans et d'hommes de 15-59 ans, vise à atteindre un certain nombre d'objectifs dont les principaux sont :

- recueillir des données à l'échelle nationale et par milieu de résidence permettant de calculer divers indicateurs démographiques, en particulier les taux de fécondité et de mortalité infantile et juvénile;
- mesurer le niveau de mortalité maternelle au niveau national;
- analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la fécondité, tels que les structures du mariage et l'utilisation de la contraception;
- identifier les catégories de femmes susceptibles d'avoir plus ou moins d'enfants et susceptibles d'utiliser la contraception;
- mesurer les taux de connaissance et de pratique contraceptive par méthode, selon diverses caractéristiques socio-démographiques des femmes et des hommes;
- analyser les facteurs directs et indirects qui déterminent les niveaux et tendances de la mortalité;
- recueillir des données détaillées sur la santé maternelle et infantile : visites prénatales, assistance à l'accouchement, allaitement, vaccinations, supplémentation en Vitamine A, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les enfants de moins de cinq ans;
- évaluer le niveau d'utilisation de sel iodé;
- déterminer l'état nutritionnel des mères et des enfants de moins de cinq ans au moyen des mesures anthropométriques (poids et taille);
- recueillir des données détaillées sur la connaissance, les opinions et attitudes des femmes et des hommes vis-à-vis des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) et du VIH/sida ;
- recueillir des données sur les handicaps, le travail des enfants et l'enregistrement des naissances à l'état civil ;
- recueillir des informations sur les connaissances et pratiques de l'excision et l'opinion des femmes et des hommes par rapport à l'excision.

De plus, l'EDST-II fournit des informations sur la disponibilité et l'accessibilité des services socio-économiques et sanitaires au niveau des communautés.

L'ensemble des données collectées constitue une base de données qui facilitera le suivi et l'évaluation à long terme des programmes de Santé Maternelle et Infantile et du Bien-Être Familial (SMI/BEF) au Tchad. Par ailleurs, les données ayant été collectées selon une méthodologie similaire à celle utilisée dans de nombreux autres pays ayant participé au programme DHS, elles font partie, de ce fait, d'une base de données utilisables et comparables au niveau international.

Enfin, la réalisation de cette enquête contribue au renforcement du cadre institutionnel et au renforcement des compétences des cadres nationaux nécessaires pour entreprendre la collecte et l'analyse de données démographiques, socio-économiques et sanitaires

## 1.2 Questionnaires

Afin d'atteindre les objectifs fixés, quatre types de questionnaires ont été utilisés :

1. Questionnaire ménage. Il permet de collecter des informations sur le ménage, telles que le nombre de personnes y résidant, leur sexe, leur âge, leur niveau d'instruction, la prévalence des handicaps, le travail des enfants de 6-17 ans, l'enregistrement des naissances à l'état civil, etc. Des informations sur les caractéristiques du logement (approvisionnement en eau, type de toilettes, etc.) sont aussi recueillies afin d'apprécier les conditions environnementales dans lesquelles vivent les personnes enquêtées. Cependant, le but premier du questionnaire ménage est d'établir l'éligibilité des personnes à interviewer individuellement. Il permet aussi de déterminer les populations de référence pour le calcul de certains taux démographiques.
2. Questionnaire femme. Il comprend les sections suivantes :
  - caractéristiques socio-démographiques des enquêtées,
  - reproduction,
  - planification familiale,
  - grossesses et allaitement,
  - vaccination et santé des enfants,
  - nuptialité et activité sexuelle,
  - connaissance et opinions sur l'excision,
  - préférences en matière de fécondité,
  - caractéristiques du conjoint et activité professionnelle de la femme,
  - maladies sexuellement transmissibles et VIH/sida,
  - mortalité maternelle,
  - mesures anthropométriques.

Ces sections permettent de calculer les différents indicateurs signalés précédemment.

3. Questionnaire homme. Il s'agit également d'un questionnaire individuel comprenant les six sections suivantes :
  - caractéristiques socio-démographiques des enquêtés,
  - reproduction,
  - planification familiale,
  - nuptialité et activité sexuelle,
  - excision,
  - préférences en matière de fécondité,
  - maladies sexuellement transmissibles et VIH/sida.
4. Questionnaire communautaire. Il porte sur les infrastructures socio-économiques et sanitaires des 196 grappes visitées. Cette enquête a été réalisée en même temps que l'enquête principale.

Ces instruments ont été développés à partir des questionnaires de base du programme DHS, préalablement adaptés au contexte tchadien et en tenant compte des objectifs de l'enquête. Par ailleurs, environ 80 expressions et termes relatifs aux parties sensibles des questionnaires (en particulier, les questions sur la reproduction, l'activité sexuelle, la contraception, les maladies et l'excision) ont été traduits en 8 principales langues parlées au Tchad de façon à ce qu'au cours de l'enquête, les enquêtrices traduisent les questions le plus fidèlement possible. Ces lexiques ont été testés et améliorés au cours des formations et du pré-test avant leur utilisation pour l'enquête principale.

### **1.3 Plan de sondage**

L'échantillon de l'EDST est un échantillon représentatif au niveau national, basé sur un sondage par grappes stratifié à deux degrés. Au premier degré, 196 grappes ont été tirées à partir de la liste des Zones de Dénombrement (ZD) établie lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1993. Toutes les grappes sélectionnées ont fait l'objet d'un dénombrement exhaustif des ménages. Au deuxième degré, des ménages ont été tirés à partir

de la liste des ménages établie lors de l'opération de dénombrement. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (résidentes habituelles ou visiteuses) qui se trouvaient dans les ménages ont été enquêtées. De plus, dans un ménage sur trois, tous les hommes de 15 à 59 ans (résidents habituels ou visiteurs) ont été enquêtés.

Les milieux de résidence retenus sont : la ville de N'Djaména, les Autres Villes et le milieu rural. Un regroupement des 18 régions a été effectué afin de permettre de disposer des indicateurs au niveau régional. Les 18 régions sont regroupées comme suit :

- Zone 1 : N'Djaména
- Zone 2 : BET, Kanem & Lac
- Zone 3 : Batha, Guéra & Salamat
- Zone 4 : Ouaddaï et Wadi Fira
- Zone 5 : Hadjer Lamis et Chari Baguirmi
- Zone 6 : Mayo Kebbi Est et Mayo Kebbi Ouest
- Zone 7 : Logone Occidentale, Logone Orientale et Tandjilé
- Zone 8 : Mandoul et Moyen Chari.

Compte tenu de la taille variable de chaque strate (Zone 1 à Zone 8), constituant chacune un domaine d'études, différents taux de sondage ont été appliqués à chaque strate et les résultats ont été pondérés au niveau national. Par contre, l'échantillon est auto-pondéré au niveau de chaque domaine. Au total, 5 512 ménages ont été sélectionnés pour l'enquête ménage.

#### **1.4 Cartographie et collecte des données**

L'opération de cartographie et de dénombrement des ménages des 196 grappes de l'échantillon a débuté au mois d'avril 2004 et s'est achevée au mois de mai 2004, soit deux mois de travail pour cette activité. Vingt-huit agents cartographes et énumérateurs, préalablement formés, étaient chargés de ce travail.

Au mois de mai 2004, les questionnaires en français ont été testés, en utilisant les lexiques en langues nationales, dans le cadre d'une pré-enquête à laquelle ont participé 22 enquêtrices et enquêteurs. Cette pré-enquête a duré cinq jours et s'est déroulée sur deux zones de la ville de N'Djaména et deux zones rurales qui ne faisaient pas partie de l'échantillon de l'enquête. Cette opération a permis de réviser les questionnaires ainsi que les lexiques en langues nationales.

La formation pour l'enquête principale a duré quatre semaines pendant lesquelles différents consultants nationaux sont intervenus pour présenter aux enquêtrices et enquêteurs un panorama complet de l'état sanitaire du pays et leur expliquer l'importance de l'EDST. À l'issue de la formation, huit équipes, chacune composée de trois enquêtrices, d'un enquêteur chargé des enquêtes auprès des hommes, d'un chef d'équipe, d'une contrôlease et d'un chauffeur, ont visité les grappes sélectionnées pour procéder aux interviews.

La collecte des données a débuté le 23 juillet 2004 et s'est achevée dans le courant du mois de décembre 2004.

#### **1.5 Traitement des données**

La saisie des données sur micro-ordinateur a débuté une semaine après le démarrage de l'enquête sur le terrain, en utilisant le logiciel CSPro, développé conjointement par le Bureau du Recensement des Etats-Unis, le Programme DHS, et le Serpro S.A.. Deux personnes étaient chargées de la vérification des questionnaires ainsi que de la codification des questions relatives aux catégories socio-professionnelles. La saisie a été réalisée par quatorze opérateurs, assistés de deux contrôleurs et supervisés par l'équipe technique. Tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie, ce qui a permis d'éliminer du fichier, les erreurs dues à la saisie. Par ailleurs, un programme de contrôle de qualité permettait de détecter, pour chaque équipe, certaines des principales erreurs de collecte. Ces informations

étaient immédiatement répercutées sur les équipes de terrain lors des missions de supervision afin d'améliorer la qualité des données.

À la suite de la saisie, les données ont été éditées en vue de vérifier la cohérence interne des réponses. La vérification finale a été réalisée par un informaticien et un démographe du programme DHS, utilisant une technique éprouvée au cours de dizaines d'enquêtes similaires.

## 2. RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

### 2.1 Couverture de l'échantillon

Les 196 grappes sélectionnées dans l'échantillon ont pu être enquêtées au cours de l'EDST-II. Au total, 5 512 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 5 399 ménages ont été identifiés et ont été trouvés au moment de l'enquête. Parmi ces 5 399 ménages, 5 369 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99 % (tableau 1).

Résultat	N'Djaména	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Total
<b>Enquêtes ménages</b>					
Ménages sélectionnés	1 200	1 344	2 544	2 968	5 512
Ménages trouvés	1 185	1 318	2 503	2 896	5 399
Ménages enquêtés	1 169	1 311	2 480	2 889	5 369
Taux de réponse des ménages	98,6	99,5	99,1	99,8	99,4
<b>Enquêtes individuelle: femmes</b>					
Nombre de femmes éligibles	1 392	1 595	2 987	3 277	6 264
Nombre de femmes éligibles enquêtées	1 324	1 563	2 887	3 200	6 087
Taux de réponses des femmes éligibles	95,1	98,0	96,7	97,7	97,2
<b>Enquêtes individuelle: hommes</b>					
Nombre d'hommes éligibles	588	517	1 105	897	2 002
Nombre d'hommes éligibles enquêtés	549	493	1 042	848	1 890
Taux de réponse des hommes éligibles	93,4	95,4	94,3	94,5	94,4

À l'intérieur des 5 369 ménages enquêtés, 6 264 femmes âgées de 15-49 ans ont été identifiées comme étant éligibles pour l'enquête individuelle et, pour 6 087 d'entre elles, l'interview a pu être menée à bien. Le taux de réponse s'établit donc à 97% pour l'enquête auprès des femmes. L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur trois : au total 2 002 hommes de 15-59 ans ont été identifiés dans les ménages du sous-échantillon. Parmi ces 2 002 hommes devant être interviewés individuellement, 1 890 ont été enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 94 %.

Quel que soit le sexe, les taux de réponse en milieu rural sont légèrement plus élevés que ceux obtenus en milieu urbain.

### 2.2 Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

Les femmes âgées de 15-49 ans, c'est-à-dire en âge de procréer, et les hommes de 15-59 ans constituent les populations-cible de l'EDST-II. Le tableau 2 donne la distribution de ces femmes et de ces hommes selon certaines caractéristiques socio-démographiques, à savoir l'âge, l'état matrimonial, le milieu de résidence, la zone, le niveau d'instruction, la religion et le groupe ethnique.

Comme prévu, la répartition des femmes et des hommes enquêtés par groupe d'âges quinquennaux diminue régulièrement avec l'avancement en âge. Cependant, chez les femmes et les hommes, le groupe d'âges 25-29 ans (respectivement 19 % et 15 %) semble légèrement surreprésenté au détriment des groupes d'âges encadrant (20-24 ans et surtout 30-34 ans), conséquence, très certainement de mauvaises déclarations d'âges.

Tableau 2. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes par caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 2004

Caractéristiques socio-démographiques	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Nombre pondéré	Nombre non-pondéré	Pourcentage pondéré	Nombre pondéré	Nombre non-pondéré
<b>Age</b>						
15-19	22,4	1 363	1 460	21,9	414	416
20-24	17,7	1 076	1 074	14,1	266	294
25-29	18,7	1 139	1 092	15,4	292	290
30-34	13,0	789	772	11,2	212	216
35-39	10,8	658	651	9,5	180	189
40-44	8,6	521	504	9,1	171	153
45-49	8,9	542	534	8,0	151	143
50-54	na	na	na	6,0	113	108
55-59	na	na	na	4,9	92	81
<b>Etat matrimonial</b>						
Célibataire	14,3	871	1 045	34,9	659	753
En union	76,7	4 666	4 418	61,7	1 166	1 063
Divorcé(e)/séparé(e)	5,8	354	398	2,7	51	59
Veuf/Veuve	3,2	195	226	0,7	14	15
<b>Résidence</b>						
N'Djaména	8,5	516	1 324	12,3	232	549
Autres villes	12,7	775	1 563	14,2	269	493
Ensemble urbain	21,2	1 291	2 887	26,5	501	1 042
Rural	78,8	4 796	3 200	73,5	1 389	848
<b>Zones</b>						
Zone 1	8,5	516	1 324	12,3	232	549
Zone 2	12,0	731	607	12,1	229	182
Zone 3	12,0	732	827	10,8	204	200
Zone 4	9,9	605	594	8,3	156	163
Zone 5	11,9	723	571	10,7	202	172
Zone 6	10,2	620	654	8,7	165	186
Zone 7	21,8	1 324	673	23,5	444	196
Zone 8	13,7	836	837	13,6	257	242
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	70,3	4 278	3 857	32,3	611	540
Ecole coranique seulement	4,4	269	405	14,8	280	296
Primaire	18,9	1 148	1 114	32,4	613	456
Secondaire	6,0	367	649	18,0	341	492
Supérieur	0,4	25	62	2,5	47	106
<b>Religion</b>						
Catholique	21,8	1 328	964	23,3	441	307
Protestante	17,2	1 044	817	18,0	340	280
Musulmane	57,2	3 482	4 098	53,9	1 019	1 235
Autre /ND	3,8	232	208	4,8	91	68
<b>Groupe ethnique</b>						
Gorane	4,7	287	436	4,4	84	143
Arabe	12,6	769	1 033	12,4	235	292
Ouaddaï	10,3	626	638	9,5	180	213
Baguirmien	1,4	83	107	1,1	21	30
Kanem-bornou	11,7	712	633	13,1	248	226
Fitri-batha	4,0	242	248	1,8	35	34
Hadjarai	7,4	452	536	6,6	124	158
Lac iro	2,2	134	92	1,7	32	26
Sara	23,3	1 421	1 038	26,6	502	357
Tandjile	6,6	402	256	7,7	145	91
Peul	1,1	67	111	1,2	22	39
Mayo kebbi	10,0	606	605	8,7	164	186
Autres /ND	4,7	287	354	5,1	97	95
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>6 087</b>	<b>6 087</b>	<b>100,0</b>	<b>1 890</b>	<b>1 890</b>

Note : Les 18 régions administratives sont regroupées comme suit : Zone 1 (N'Djaména), Zone 2 (BET, Kanem et Lac), Zone 3 (Batha, Guéra et Salamata), Zone 4 (Ouaddaï et Wadi Fira), Zone 5 (Hadjer Lamis et Chari Baguirmi), Zone 6 (Mayo Kebbi Est et Mayo Kebbi Ouest), Zone 7 (Logone Occidentale, Logone Orientale et Tandjilé), Zone 8 (Mandoul et Moyen Chari).

Note : Les catégories de l'éducation font référence au plus haut niveau d'éducation atteint que ce niveau ait été achevé ou non.

Na : Non applicable

Concernant l'état matrimonial, il faut préciser que, dans le cadre de l'EDST-II, ont été considérés en union tous les hommes et femmes mariés, de façon formelle ou non, ainsi que ceux vivant en union consensuelle. Selon cette définition, on constate que la très grande majorité des femmes (77 %) étaient en union au moment de l'enquête et qu'à l'inverse, seulement 14 % étaient célibataires. La proportion de femmes en rupture d'union (veuves, divorcées, séparées) représente 9 % des enquêtées. Chez les hommes, on observe une répartition de même type mais avec une proportion de célibataires (35 %) beaucoup plus élevée que chez les femmes, du fait d'un âge à l'union beaucoup plus tardif chez les hommes que chez les femmes. Enfin, on remarque que la proportion d'hommes en rupture d'union est beaucoup plus faible que chez les femmes (3 % contre 9 %).

Un peu plus d'une femme sur cinq (21 %) réside en milieu urbain et cette proportion atteint 27 % chez les hommes. Cet écart entre les deux sexes traduit certainement l'exode rural sélectif des hommes vers les villes. Il convient de noter que ces proportions de population urbaine sont voisines de celles du RGPH de 1993, mais légèrement plus faibles qu'à l'EDST-I, alors que l'on aurait pu s'attendre à une augmentation notable de la population urbaine. Il faut préciser que la définition du milieu urbain utilisée ici est celle de la base de sondage, à savoir du RGPH de 1993. Il est fort possible que, depuis 1993, la densité de la population vivant dans les limites géographiques du milieu urbain défini en 1993 ait stagnée, voire diminuée, ce dont rend compte les résultats de l'EDST-II. Durant la même période, il est fort possible que la population urbaine se soit accrue du fait de l'extension géographique des villes. Malheureusement, étant donné que l'EDST-II se base toujours sur les limites géographiques du milieu urbain définies en 1993, cette possible augmentation ne peut apparaître dans les résultats de l'EDST-II. Un nouveau recensement tenant compte des modifications importantes qui ont dû se produire au cours des 11 dernières années dans la distribution géographique de la population serait nécessaire pour fournir une base de sondage adéquate pour toutes les nouvelles enquêtes.

Du point de vue régional, rappelons que pour les besoins de l'enquête, les 18 régions administratives ont été regroupées en huit zones (voir section 1.3). La zone 7 (Logone Occidentale, Logone Orientale & Tandjilé) est la plus peuplée avec plus de 22 % des femmes et des hommes enquêtés, suivie de la région 8 (Mandoul et Moyen Chari) qui regroupe 14 % des hommes et des femmes de l'échantillon, les autres zones (mis à part N'Djaména) regroupent entre 10 % et 12 % des femmes et entre 8 % et 12 % des hommes de l'enquête. Enfin, 9 % des femmes et 12 % des hommes vivent à N'Djaména.

En ce qui concerne le niveau d'instruction, il ressort du tableau 1 que la population n'ayant jamais fréquenté l'école formelle<sup>1</sup> est largement majoritaire (75 % des femmes et 47 % des hommes), suivie de très loin par la population ayant le niveau primaire (19 % des femmes et 32 % des hommes). Les femmes de niveau d'instruction secondaire ou supérieur ne représentent que 6 % des enquêtées contre 21 % des hommes. La situation n'a que très peu changé depuis l'EDST de 1996-97, date à laquelle la population n'ayant jamais fréquenté l'école formelle représentait 77 % des femmes et 55 % des hommes (contre, respectivement, 75 % et 47 % aujourd'hui).

La majorité des enquêtés sont de religion musulmane (environ 57 % des femmes et 54 % des hommes), les catholiques représentent un peu moins du quart de la population (22 % des femmes et 23 % des hommes) et un peu moins du cinquième des femmes et des hommes sont protestants. Comme au RGPH de 1993, les ethnies les plus représentées sont les Sara, les Ouaddaï, les Arabes, les Mayo Kebbi et les Kanem-Bornou.

### **2.3 Fécondité**

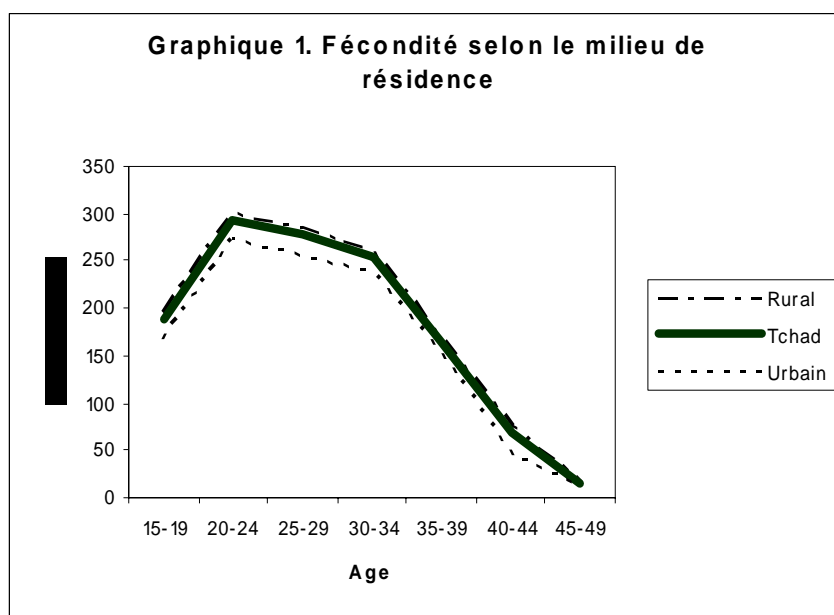
---

1 Dans ce rapport, l'école coranique n'est pas assimilée au système éducatif formel.

L'estimation du niveau de la fécondité est obtenue directement à partir des informations fournies par les femmes sur l'historique de leurs naissances. Les indicateurs sont calculés sur la période de trois ans précédant l'enquête. Cette période de trois années a été retenue comme compromis entre trois exigences : fournir les niveaux de fécondité les plus récents possibles, réduire les erreurs de sondage et éviter au maximum les effets de transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarée par la mère. La fécondité est étudiée à travers les taux de fécondité par groupe d'âges quinquennaux et par leur cumul, c'est-à-dire l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF). L'ISF mesure le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait une femme, en fin de période féconde, dans les conditions de fécondité actuelle.

Groupes d'âges	N'Djaména	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	Total
15-19	158	177	169	194	188
20-24	258	281	271	299	294
25-29	266	248	255	284	278
30-34	252	229	237	260	255
35-39	173	142	153	167	164
40-44	39	50	45	75	70
45-49	11	14	13	14	14
<b>ISF</b>	<b>5,8</b>	<b>5,7</b>	<b>5,7</b>	<b>6,5</b>	<b>6,3</b>
TGFG	204	205	205	230	225
TBN	41,2	42,4	41,9	45,2	44,5
<b>ISF EDST-I 1996-97</b>	<b>5,8</b>	<b>6,3</b>	<b>6,1</b>	<b>6,8</b>	<b>6,6</b>

Le tableau 3 indique que l'ISF est estimé à 6,3 enfants par femme, les adolescentes de 15-19 ans contribuant à 15 % de la fécondité totale : cette contribution est très élevée. La fécondité est légèrement plus élevée chez les femmes des zones rurales (6,5 enfants par femme) que chez celles des zones urbaines (5,7) et cet écart s'observe pour toutes les tranches d'âge (graphique 1). Les courbes de fécondité urbaine et rurale ont la même forme : elles augmentent rapidement pour atteindre un maximum à 20-24 ans (près de 300 ‰) avant de baisser de façon régulière avec l'âge.



Il convient de préciser que depuis l'EDST de 1996-97, les niveaux de fécondité sont restés pratiquement inchangés, aussi bien en milieu urbain (5,7 enfants par femme contre 6,1 en 1996-97) qu'en milieu rural (6,5 enfants par femme contre 6,8 en 1996-97).

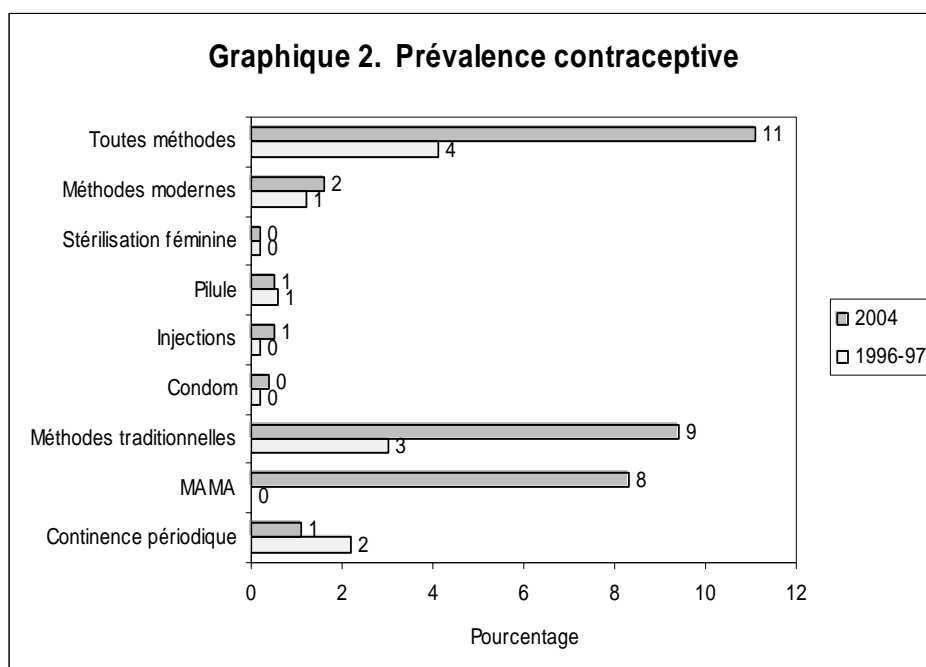
Le taux brut de natalité, ou nombre annuel moyen de naissances pour mille habitants,

s'établit à 45 ‰ (48 ‰ en 1996-97) et le taux global de fécondité générale, ou nombre annuel moyen de naissances pour mille femmes en âge de procréer, s'établit à 225 ‰.

## 2.4 Utilisation de la contraception

L'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes reste encore extrêmement faible (tableau 4). En effet, seulement deux femmes en union sur cent utilise actuellement une méthode moderne de contraception. La proportion de femmes ayant déclaré utiliser une méthode traditionnelle semble avoir augmenté de façon importante, puisqu'elle serait passée de 3 ‰ en 1996-97 à 9 ‰ en 2004 (graphique 2). Il faut néanmoins souligner que cette hausse est uniquement due à une forte proportion de femmes ayant déclaré utiliser la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhé (MAMA – 8 ‰), méthode qui n'avait pas été prise en compte lors de la précédente enquête. On sait que cette méthode, provisoire puisqu'elle ne protège la femme qu'au cours des six mois suivant une naissance, suppose entre autres d'allaiter exclusivement l'enfant au cours des premiers mois : au Tchad, moins de 2 ‰ des enfants de 0-9 mois sont allaités exclusivement (voir ci-dessous section 2.9) ce qui semble indiquer que les femmes ayant déclaré utiliser la MAMA ne connaissent pas réellement cette méthode. Globalement, l'utilisation de méthodes modernes et traditionnelles de contraception atteindrait donc 11 ‰ parmi les femmes en union.

On constate que l'utilisation de la contraception moderne atteint 10 ‰ chez les femmes en union de N'Djaména, contre 5 ‰ dans les Autres Villes et seulement 0,4 ‰ chez les femmes du milieu rural. En milieu urbain (7 ‰ d'utilisation des méthodes modernes), les méthodes les plus utilisées sont : les injections (2,6 ‰), la pilule (2,4 ‰) et le condom (1,4 ‰). L'utilisation de méthodes contraceptives traditionnelles atteint 7 ‰ chez les femmes en union du milieu urbain, contre 10 ‰ chez les femmes du milieu rural. En milieu urbain, les méthodes traditionnelles les plus utilisées sont la MAMA (4,5 ‰) et la continence périodique (2,5 ‰) ; par contre, les femmes rurales utilisent presque exclusivement la MAMA (9,1 ‰).



Du point de vue du niveau d'instruction, on constate que près d'un cinquième des femmes ayant un niveau secondaire ou plus (18 ‰) utilisent une méthode moderne, essentiellement la pilule (6 ‰) et les injections (5 ‰). La prévalence pour les méthodes modernes n'est plus que de 3 ‰ chez les femmes de niveau d'instruction primaire et n'atteint pas 1 ‰ chez les femmes sans instruction.

Tableau 4. Utilisation actuelle de la contraception

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par méthode de contraception actuellement utilisée selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 2004

Caractéristiques socio-démographiques	Une méthode	Méthode moderne						Méthode traditionnelle				N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes	
		Une méthode moderne	Stérilisation féminine	Pilule	Injections	Condom	Autres	Une méthode traditionnelle	MAMA	Contenance périodique	Autres				
<b>Age</b>															
15-19	7,4	1,4	0,0	0,5	0,4	0,5	0,0	6,0	5,2	0,8	0,0	92,6	100,0	574	
20-24	12,4	1,7	0,0	0,5	0,4	0,7	0,1	10,8	9,3	1,4	0,1	87,6	100,0	911	
25-29	14,3	2,4	0,3	0,9	0,8	0,3	0,2	11,9	10,7	1,1	0,0	85,7	100,0	1 049	
30-34	15,5	1,2	0,2	0,3	0,4	0,2	0,1	14,3	12,1	2,2	0,0	84,5	100,0	717	
35-39	9,8	1,5	0,2	0,3	0,8	0,3	0,0	8,3	8,0	0,1	0,1	90,2	100,0	601	
40-44	7,7	1,4	0,4	0,3	0,5	0,2	0,0	6,3	5,4	0,8	0,2	92,3	100,0	439	
45-49	1,6	1,0	0,3	0,5	0,0	0,0	0,2	0,6	0,0	0,6	0,0	98,4	100,0	374	
<b>Résidence</b>															
N'Djaména	16,8	10,0	0,9	3,4	3,6	1,7	0,3	6,9	2,6	3,7	0,6	83,2	100,0	338	
Autres villes	12,7	5,3	0,2	1,8	1,9	1,2	0,1	7,4	5,7	1,7	0,0	87,3	100,0	520	
Ensemble urbain	14,3	7,1	0,5	2,4	2,6	1,4	0,2	7,2	4,5	2,5	0,3	85,7	100,0	859	
Rural	10,3	0,4	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	9,9	9,1	0,8	0,0	89,7	100,0	3 807	
<b>Zones</b>															
Zone 1	16,8	10,0	0,9	3,4	3,6	1,7	0,3	6,9	2,6	3,7	0,6	83,2	100,0	338	
Zone 2	10,7	0,8	0,0	0,1	0,1	0,2	0,4	9,9	9,6	0,3	0,0	89,3	100,0	606	
Zone 3	11,4	0,3	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	11,1	11,1	0,0	0,0	88,6	100,0	559	
Zone 4	0,7	0,3	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	99,3	100,0	400	
Zone 5	24,8	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	24,7	24,6	0,1	0,0	75,2	100,0	622	
Zone 6	12,2	1,6	0,6	0,2	0,3	0,5	0,0	10,6	10,4	0,2	0,0	87,8	100,0	483	
Zone 7	5,5	1,3	0,1	0,5	0,5	0,2	0,1	4,2	1,9	2,3	0,0	94,5	100,0	1 006	
Zone 8	8,9	1,9	0,3	0,5	0,4	0,7	0,0	7,0	5,2	1,8	0,0	91,1	100,0	650	
<b>Niveau d'instruction</b>															
Aucun	10,3	0,5	0,1	0,2	0,2	0,0	0,1	9,7	9,2	0,5	0,0	89,7	100,0	3 661	
Primaire	10,5	2,6	0,4	0,4	0,8	0,9	0,1	7,9	5,6	2,3	0,0	89,5	100,0	808	
Secondaire ou plus	27,9	18,1	1,7	6,0	5,4	4,4	0,5	9,8	2,9	6,5	0,4	72,1	100,0	198	
<b>Enfants survivants</b>															
0	2,9	2,1	0,4	0,0	0,5	1,2	0,0	0,8	0,0	0,7	0,1	97,1	100,0	440	
1-2	10,7	1,5	0,2	0,6	0,3	0,3	0,0	9,2	8,0	1,2	0,0	89,3	100,0	1 534	
3-4	13,7	1,7	0,1	0,6	0,6	0,3	0,0	12,0	10,8	1,2	0,0	86,3	100,0	1 247	
5+	11,6	1,6	0,1	0,4	0,6	0,2	0,2	10,0	8,9	1,0	0,0	88,4	100,0	1 445	
<b>Ensemble</b>	11,1	1,6	0,2	0,5	0,5	0,4	0,1	9,4	8,3	1,1	0,0	88,9	100,0	4 666	
<b>EDST-I 1996-97</b>	4,1	1,2	0,2	0,6	0,2	0,2	0,0	3,0	-	2,2	0,9	95,9	100,0	5 832	

Note: MAMA = Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.

Si l'utilisation de la contraception est plus élevée chez les femmes ayant déjà eu, au moins, un enfant par rapport aux femmes sans enfant, on ne constate pas de tendance nette à l'augmentation de la prévalence avec l'augmentation du nombre d'enfants vivants. Il en est de même selon l'âge de la femme : aucune variation nette de la pratique de la contraception selon l'âge n'apparaît ici.

## 2.5 Désir d'enfants (supplémentaires)

Parmi les femmes interrogées, 9 % seulement ont déclaré ne plus vouloir d'enfants, 38 % veulent attendre plus de deux ans avant d'avoir un (autre) enfant, c'est-à-dire expriment le désir d'un certain espacement des naissances et 30 % ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant dans les deux ans à venir (tableau 5). Dans l'ensemble, la proportion des femmes qui ne veulent plus d'enfant n'a presque pas connu de changement depuis 1996-97 ; elle était de 10 % selon l'EDST-I. Il en est de même pour la proportion de femmes qui souhaitent espacer leur prochaine naissance (39 % en 1996-97).

Tableau 5. Préférences en matière de fécondité selon le nombre d'enfants survivants

Répartition (en %) des femmes actuellement en union par désir d'enfants (supplémentaires) selon le nombre d'enfants vivants, EDS Tchad 2004

Désir d'enfant(s)	Nombre d'enfants survivants <sup>1</sup>							Ensemble	EDST-I 1996-97
	0	1	2	3	4	5	6+		
Veut un autre bientôt <sup>2</sup>	71,6	33,8	31,2	32,7	26,5	24,4	18,2	30,3	32,5
Veut un autre plus tard <sup>2</sup>	5,4	46,8	50,2	43,1	44,1	36,8	26,0	38,0	39,0
Veut un autre, ne sait pas quand	7,4	11,0	7,5	8,7	6,5	6,5	4,9	7,4	5,5
Indécise	3,9	3,8	5,8	6,1	9,3	10,5	12,4	7,8	6,4
Ne veut plus d'enfant <sup>3</sup>	0,9	1,1	2,9	4,2	6,6	10,9	22,7	8,5	10,0
S'est déclarée stérile	10,6	3,5	2,5	5,2	6,5	11,0	15,8	8,0	6,5
ND	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	306	772	723	721	615	474	055	4 666	5 832

<sup>1</sup> Y compris la grossesse actuelle

<sup>2</sup> Désire une prochaine naissance dans les 2 ans à venir

<sup>2</sup> Désire retarder la prochaine naissance de 2 ans ou plus

<sup>3</sup> Y compris les femmes stérilisées

La proportion de femmes qui veulent limiter leur descendance n'augmente que lentement avec le nombre d'enfants vivants : de 1 % chez les femmes ayant 1 enfant vivant, elle passe à 11 % seulement chez celles qui ont 5 enfants, et 23 % chez les femmes ayant six enfants ou plus.

## 2.6 Soins prénatals et assistance à l'accouchement

Les soins prénatals appropriés durant la grossesse et pendant l'accouchement sont importants pour assurer à la fois la santé de la mère et de l'enfant. Au cours de l'EDST-II, on a posé à toutes les mères ayant eu une naissance au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, un certain nombre de questions sur les soins prénatals et sur la santé de l'enfant. Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance est survenue au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale, qui elles avaient consulté, si elles avaient reçu au moins une injection antitétanique, et si elles avaient pris du sirop ou des tablettes de fer durant la grossesse.

Pour toutes leurs naissances survenues au cours de la même période, on a demandé aux mères de dire qui les avait assistées pendant l'accouchement et où elles avaient accouché.

Dans l'ensemble, 43 % des femmes ont consulté du personnel de santé formé<sup>2</sup> durant la grossesse de leur naissance la plus récente (tableau 6). Cette proportion est en nette augmentation puisque d'après les résultats de l'EDST-I, seulement 32 % des femmes avaient consulté du personnel de santé formé au cours de leur grossesse. Le graphique 3 met en évidence que ce sont les consultations prénatales auprès des sages-femmes qui ont connu la plus forte augmentation.

Tableau 6. Indicateurs de santé maternelle

Pourcentage de femmes qui ont eu une naissance au cours des cinq dernières années précédant l'enquête et qui ont bénéficié de soins prénatals, qui ont reçu au moins une injection antitétanique et qui ont pris du fer au cours de la grossesse de la naissance la plus récente et, parmi toutes les naissances des cinq dernières années précédant l'enquête, pourcentage de naissances dont l'accouchement a eu lieu dans un établissement sanitaire, selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 2004

Caractéristiques socio-démographiques	Pourcentage de femmes qui, au cours de leur dernière grossesse <sup>2</sup> , ont :			Effectif de femmes	Pourcentage de naissances <sup>3</sup>		Effectif de naissances
	Bénéficié de soins prénatals de personnel formé <sup>1</sup>	Ont reçu au moins une injection anti-tétanique	Ont reçu des compléments en fer		Dont l'accouchement a été assisté par du personnel formé <sup>1</sup>	Qui ont eu lieu dans un établissement de santé	
<b>Age de la mère à la naissance</b>							
<20	48,0	44,6	32,1	729	21,4	15,4	1 278
20-34	41,9	41,1	27,7	2 462	20,3	12,6	4 015
35+	38,7	42,2	28,9	527	21,2	12,7	695
<b>Rang de naissance</b>							
1	54,6	46,8	36,3	578	26,6	19,5	1 041
2-3	42,8	42,3	27,1	1 112	20,5	12,5	1 842
4-5	38,7	39,0	26,1	896	18,4	11,2	1 403
6+	39,6	41,3	28,6	1 132	19,1	11,9	1 701
<b>Résidence</b>							
N'Djaména	87,0	81,3	62,9	275	67,8	53,4	440
Autres villes	76,4	72,6	55,9	429	51,5	40,1	684
Ensemble urbain	80,5	76,0	58,6	704	57,9	45,3	1 124
Rural	33,8	34,0	21,8	3 015	12,1	5,8	4 864
<b>Zones</b>							
Zone 1	87,0	81,3	62,9	275	67,8	53,4	440
Zone 2	38,5	29,8	30,0	471	7,2	2,6	730
Zone 3	23,8	25,3	15,7	434	9,5	5,0	673
Zone 4	12,0	14,6	12,1	294	9,9	6,8	443
Zone 5	19,5	16,6	15,1	474	5,5	2,3	786
Zone 6	57,2	52,9	50,2	377	19,0	9,8	628
Zone 7	51,0	52,8	28,6	871	23,0	18,2	1 476
Zone 8	52,6	58,2	27,0	524	34,2	15,5	812
<b>Niveau d'instruction</b>							
Aucun	32,3	32,8	22,2	2 859	13,4	8,6	4 579
Primaire	73,5	69,5	44,7	690	38,0	22,0	1 163
Secondaire ou plus	92,0	83,3	74,6	169	73,5	58,0	246
<b>Ensemble</b>	42,7	41,9	28,7	3 718	20,7	13,2	5 988
<b>EDST-I 1996-97</b>	32,4	31,2	Na	7 498	23,7	11,2	7 498

<sup>1</sup> Médecin, infirmière, sage-femme, matrone, agent de santé et accoucheuse traditionnelle formée

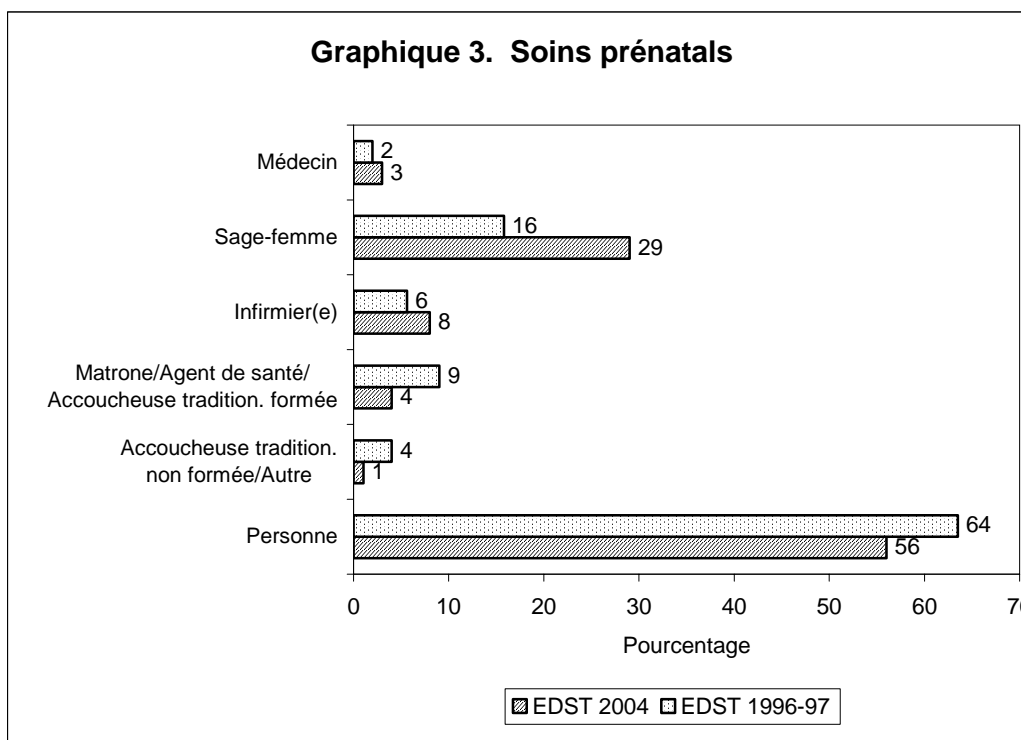
<sup>2</sup> Seulement la naissance la plus récente des cinq dernières années

<sup>3</sup> Y compris toutes les naissances des cinq dernières années

Ce sont les femmes résidant en milieu urbain qui vont consulter le plus fréquemment du personnel de santé (81 % contre 67 % en 1996-97), alors que seulement un tiers des femmes

2 Le personnel de santé « formé » comprend : les médecins, infirmières, sages-femmes, matrones, agents de santé et les accoucheuses traditionnelles formées.

rurales se rendent en consultation prénatale (34 %, contre 23 % en 1996-97). Par ailleurs, le recours aux soins prénatals augmente de façon significative avec le niveau d'instruction de la mère. En effet, 92 % des mères ayant atteint, au moins, le niveau secondaire vont en consultation prénatale, contre 74 % de celles ayant un niveau primaire et seulement 32 % des mères sans instruction. Par ailleurs, bien que les variations par âges ne soient pas très importantes, ce sont les femmes les plus jeunes (48 % des moins de 20 ans) qui ont le plus fréquemment utilisé les services de consultation prénatale au cours des cinq dernières années. Les naissances de rang 1, qui sont aussi celles des femmes les plus jeunes, ont plus souvent bénéficié de consultations prénatals (55 %) que les autres. Par ailleurs, le recours aux consultations prénatals varie de façon très importante selon la zone d'enquête, passant d'un minimum de 12 % dans la zone 4 à un maximum de 87 % dans la zone 1 (N'Djaména).

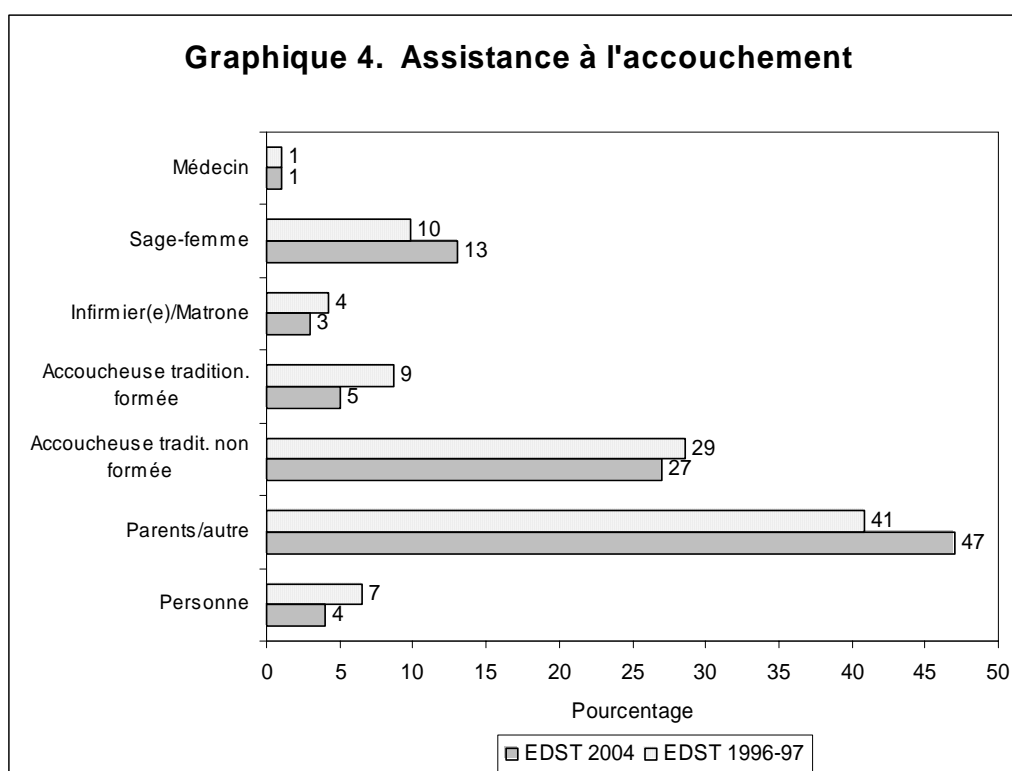


Les injections à l'anatoxine antitétanique (VAT) sont faites aux femmes enceintes pour prévenir le tétanos néonatal, une des causes les plus importantes de mortalité néonatale. Pour assurer la protection du nouveau-né, la mère doit recevoir au minimum deux injections antitétaniques pendant la grossesse ou une seule si elle a déjà reçu une injection lors de la grossesse précédente. Les mères reçoivent aussi du sirop ou des tablettes de suppléments en fer pour réduire les risques d'anémie, celle-ci étant aussi considérée comme un facteur fréquent de mortalité maternelle et la mortalité néonatale.

Le tableau 6 indique que la couverture vaccinale des femmes enceintes contre le tétanos reste encore très faible, bien qu'ayant connu une augmentation nette depuis 1996-97 : à cette époque, 31 % des femmes avaient reçu au moins une injection antitétanique au cours de la grossesse, contre 42 % aujourd'hui. On constate que ces proportions sont similaires à celles des soins prénatals par du personnel formé, ce qui signifie que la vaccination antitétanique constitue bien, comme cela doit être le cas, une composante essentielle des soins prénatals. Il faut néanmoins noter que si la proportions de femmes rurales ayant reçu au moins une injection antitétanique (34 %) est identique à celle des femmes ayant bénéficié de soins prénatals (34 %), en milieu urbain, la couverture vaccinale antitétanique (76 %) est sensiblement plus faible que les soins prénatals (81 %). De façon générale, la couverture vaccinale antitétanique présente les mêmes variations selon les caractéristiques socio-démographiques que celles observées pour les soins prénatals.

La prise de sirop ou de tablettes de complément de fer pendant la grossesse est encore une pratique assez peu répandue au Tchad, puisqu'elle concerne moins du tiers des femmes (29 %). Les femmes qui bénéficient le plus fréquemment de ce traitement contre l'anémie sont celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur (75 %) et celles du milieu urbain (59 %), en particulier celles de N'Djaména (63 %, contre seulement 22 % en milieu rural).

Comme mentionné plus haut, pour toutes les naissances survenues au cours des cinq dernières années précédant l'enquête, on a demandé aux mères le lieu de l'accouchement et qui les avait assistées. L'EDST-II (tableau 6) révèle que seulement 21 % des naissances ont été assistées par du personnel de santé. Contrairement aux soins prénatals, cette proportion a légèrement diminué depuis 1996-97 puisque, d'après les résultats de l'EDST-I, 24 % des femmes avaient bénéficié de l'assistance de personnel formé au cours de l'accouchement. Le graphique 4 met en évidence que si l'assistance à l'accouchement par des sages-femmes a légèrement augmenté de 1996-97 à 2004, passant de 10 % à 13 %, celle des accoucheuses traditionnelles formées a nettement diminué passant de 9 % à 5 % ; par contre les accouchements assistés par des parents, amis ou voisins a fortement augmenté, passant de 41 % à 47 %.



De 1996-97 à 2004, l'assistance de personnel formé à l'accouchement a légèrement augmenté pour les femmes résidant en milieu urbain (58 % contre 50 % en 1996-97), alors qu'elle a diminué pour les femmes rurales, passant de 16 % en 1996-97 à 12 % en 2004. Par ailleurs, l'assistance de personnel formé à l'accouchement augmente de façon significative avec le niveau d'instruction de la mère. En effet, 74 % des mères ayant atteint, au moins, le niveau secondaire bénéficient de ce type d'assistance, contre 38 % des femmes ayant un niveau primaire et seulement 13 % des mères sans instruction. Par ailleurs, l'assistance de personnel formé à l'accouchement varie de façon très importante selon la zone d'enquête, passant d'un minimum de 6 % dans la zone 5 à un maximum de 68 % dans la zone 1 (N'Djaména).

S'agissant du lieu d'accouchement, les résultats montrent que seulement 13 % des naissances ont eu lieu dans un établissement sanitaire (contre 11 % en 1996-97). Les disparités selon les

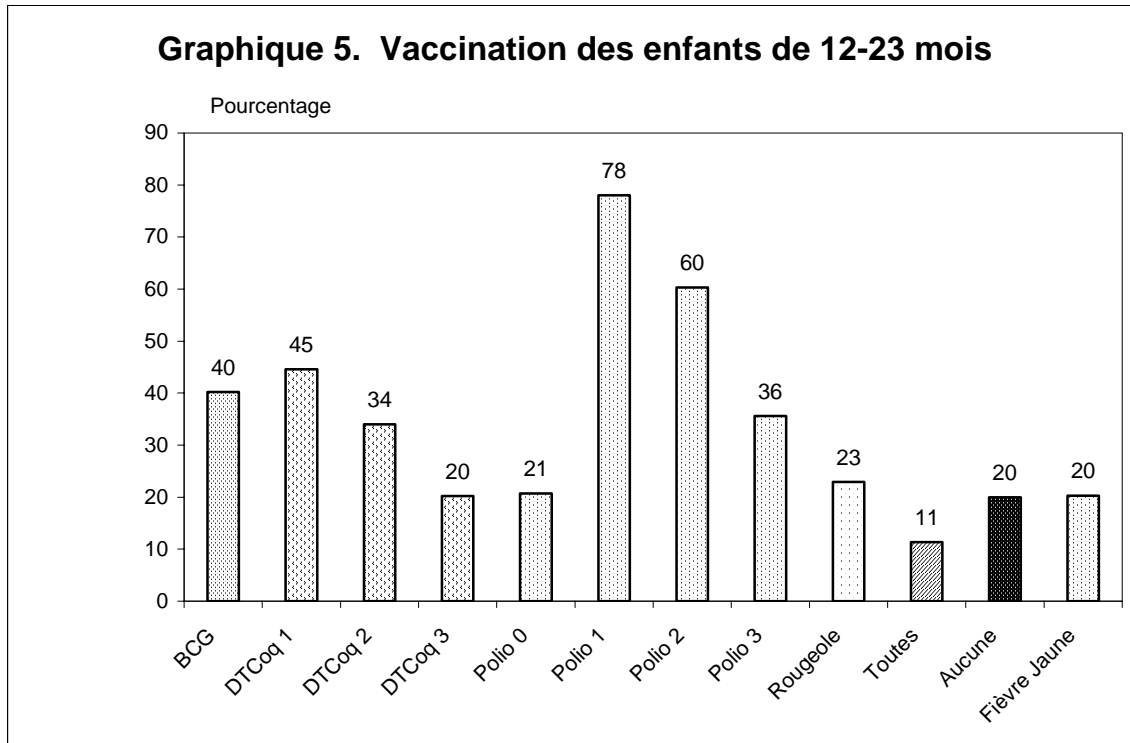
différentes caractéristiques sont les mêmes que celles relatives à l'assistance à l'accouchement.

## 2.7 Vaccination des enfants

Le Ministère de la Santé a mis en place depuis des années un Programme Elargi de Vaccination (PEV). Selon les recommandations de l'OMS, appliquées par le PEV, un enfant est considéré comme complètement vacciné s'il a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTCoq contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole. D'après le calendrier vaccinal, toutes ces vaccinations devraient être administrées à l'enfant au cours de sa première année de vie. En outre, depuis plusieurs années, une première dose de vaccin contre la polio (Polio 0) est donnée à la naissance. Enfin, le programme de vaccination recommande également que les enfants soient protégés contre la fièvre jaune.

Lors de l'EDST-II, des informations sur la vaccination ont été recueillies de deux manières : soit elles étaient copiées à partir des carnets de vaccination (ce qui permet d'établir avec justesse la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations), soit enregistrées à partir des réponses données par la mère lorsque la carte de l'enfant n'était pas disponible. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âge auquel ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV.

Il apparaît tout d'abord au tableau 7 que pour seulement 25 % des enfants de 12-23 mois la couverture vaccinale est établie d'après le carnet de vaccination, celui-ci ayant été montré à l'enquêtrice au cours de l'enquête.



La couverture vaccinale est encore très faible au Tchad : d'après les carnets de vaccination ou les déclarations des mères, seulement 11 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés (sans compter la fièvre jaune) et 20 % n'ont reçu aucun vaccin (graphique 5). Les autres (69 %) ont été partiellement vaccinés. Si l'on considère les vaccins spécifiques, 40 %

d'enfants ont reçu le BCG, 45 % la première dose de DTCoq et 78 % la dose de Polio 1. La couverture vaccinale pour les doses suivantes diminue rapidement : pour le DTCoq, elle passe de 45 % pour la première dose à 20 % seulement pour la troisième. De même, la vaccination contre la polio passe de 78 % pour la première dose à 36 % pour la troisième dose. Il en résulte

Tableau 7. Vaccination par caractéristiques socio-démographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu une vaccination spécifique à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou les déclarations de la mère) et pourcentage ayant un carnet de vaccination vu au moment de l'enquête, selon des caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 2004

Caractéristiques socio-démographiques	BCG	DTC0q 1	DTC0q 2	DTC0q 3	Polio 0 <sup>1</sup>	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Fièvre jaune	Toutes <sup>2</sup> (avec fièvre jaune)	Toutes <sup>2</sup> (sans fièvre jaune)	Aucune vaccination	% ayant un carnet de vaccination	Effectif d'enfants
<b>Sexe</b>															
Masculin	40,2	43,2	34,1	19,6	17,8	76,1	58,9	35,0	22,6	19,2	8,6	10,7	22,4	24	449
Féminin	40,1	45,9	33,8	20,7	23,4	79,7	61,6	36,1	23,1	21,2	10,5	12,0	17,8	25	492
<b>Rang de naissance</b>															
1	41,3	48,3	31,9	24,8	21,9	84,9	52,7	34,7	27,2	22,3	13,0	13,2	14,0	29	146
2-3	42,2	44,2	31,6	15,8	20,8	71,9	55,0	29,0	18,7	20,0	8,0	10,6	24,1	25	274
4-5	40,1	47,7	37,8	24,8	24,6	78,6	66,3	40,9	26,2	21,1	12,0	13,9	21,0	25	251
6+	37,6	40,2	33,9	17,8	16,5	79,8	64,4	37,7	21,8	18,6	7,2	8,7	18,1	22	270
<b>Résidence</b>															
N'Djaména	78,3	79,0	68,0	45,4	56,9	85,2	76,4	50,3	48,6	45,7	23,9	27,0	10,9	33	72
Autres villes	61,9	64,0	53,1	39,1	41,4	85,0	68,5	42,9	31,2	29,1	16,1	18,0	11,3	34	115
Ensemble urbain	68,2	69,8	58,8	41,5	47,3	85,1	71,6	45,7	37,9	35,4	19,1	21,5	11,1	33	186
Rural	33,3	38,4	27,8	14,9	14,1	76,2	57,5	33,0	19,2	16,5	7,2	8,9	22,2	22	754
<b>Zones</b>															
Zone 1	78,3	79,0	68,0	45,4	56,9	85,2	76,4	50,3	48,6	45,7	23,9	27,0	10,9	33	72
Zone 2	50,1	45,5	33,8	20,5	17,3	82,8	65,3	36,4	21,8	19,2	8,9	12,8	15,2	20	104
Zone 3	33,5	36,8	23,0	13,2	18,9	68,6	36,6	12,8	17,1	13,5	5,8	6,2	27,4	20	100
Zone 4	7,5	5,2	4,7	4,2	10,2	58,1	27,0	12,8	9,7	3,1	1,5	1,7	40,4	3	85
Zone 5	10,2	9,2	4,7	2,0	5,0	75,4	57,4	35,4	6,3	6,3	1,4	1,4	24,6	4	122
Zone 6	61,3	71,6	57,9	42,9	43,2	82,3	75,1	47,0	42,0	41,0	26,6	27,5	14,3	52	105
Zone 7	49,8	52,6	37,1	15,4	18,5	85,0	70,9	45,1	19,6	19,9	5,5	7,2	13,6	28	215
Zone 8	33,4	54,5	45,2	28,2	12,7	77,9	61,0	34,5	27,8	20,6	11,1	14,9	20,6	32	138
<b>Niveau d'instruction</b>															
Aucun	32,2	35,8	26,8	15,3	16,0	74,3	54,6	29,9	18,2	14,3	6,4	7,8	23,6	18	703
Primaire	59,6	67,7	51,9	29,4	27,5	89,4	76,9	51,7	31,6	32,1	15,8	19,4	9,5	41	187
Secondaire ou plus	78,2	81,5	66,5	54,1	61,1	87,2	78,1	54,1	54,5	58,3	30,4	31,2	9,2	46	51
<b>Ensemble</b>	40,2	44,6	34,0	20,2	20,7	78,0	60,3	35,6	22,9	20,3	9,6	11,4	20,0	25	941
<b>EDST-I 1996-97</b>	38,8	39,1	29,1	19,5	11,7	53,4	33,6	18,1	22,8	24,7	11,1	11,3	44,3	27	1 211

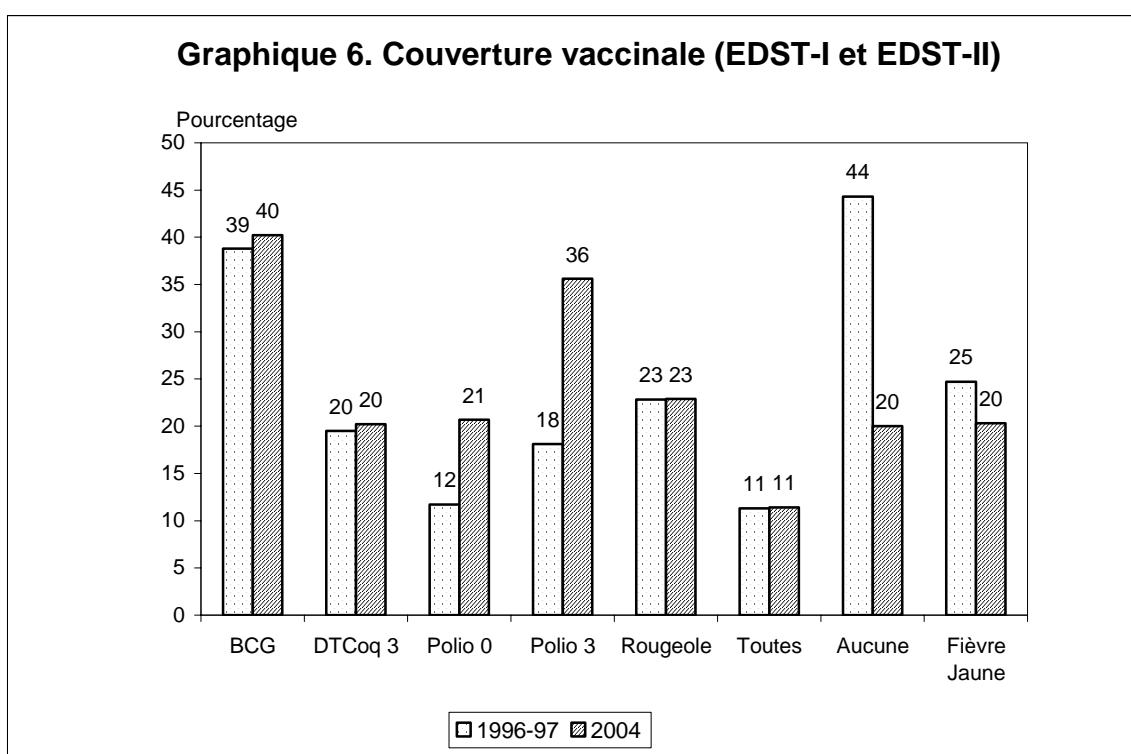
<sup>1</sup> Polio 0 est la vaccination contre la polio donnée à la naissance,

<sup>2</sup> BCG, rougeole et les trois doses de DTC0q et de polio (non compris Polio 0))

des taux de déperditions<sup>3</sup> très importants entre la première et la troisième doses des vaccins : 56 % pour le DTCoq et 54 % pour la polio.

Par ailleurs, on constate que seulement 21 % des enfants ont reçu une dose de vaccin contre la polio à la naissance (Polio 0) : cette proportion est identique à celle des naissances assistées par du personnel formé (21 %). La couverture vaccinale contre la rougeole concerne moins d'un quart des enfants (23 %) et 20 % des enfants de 12-23 mois sont vaccinés contre la fièvre jaune.

Au cours des huit dernières années, la couverture vaccinale s'est très légèrement améliorée au Tchad (graphique 6). Par rapport à l'EDST-II, la couverture vaccinale est passée de 39 % à 40 % pour le BCG, elle est restée inchangée pour le DTCoq 3 (20 %) et pour la rougeole (23 %), mais a doublé pour la Polio 3 (36 % contre 18 %). Globalement, la proportion d'enfants complètement vaccinés (sans compter la fièvre jaune) est restée inchangée (11 %), alors que la proportion d'enfants sans aucune vaccination a fortement diminué, passant de 44 % à 20 %. Corrélativement, la proportion d'enfants partiellement vaccinés a fortement augmenté, passant de 45 % à 69 %.



La couverture vaccinale présente les mêmes types de variations que les soins prénatals et l'assistance à l'accouchement selon des différentes caractéristiques socio-démographiques des enfants ou de leur mère. Ainsi, ce sont les enfants des femmes les plus instruites et ceux de N'Djaména qui sont le mieux couverts par le programme de vaccination. Il convient néanmoins de souligner que, même parmi ces enfants, la couverture vaccinale reste faible puisque seulement 27 % des enfants de N'Djaména et 31 % des enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus ont reçu toutes les vaccinations du PEV.

## 2.8 Traitement des maladies de l'enfance

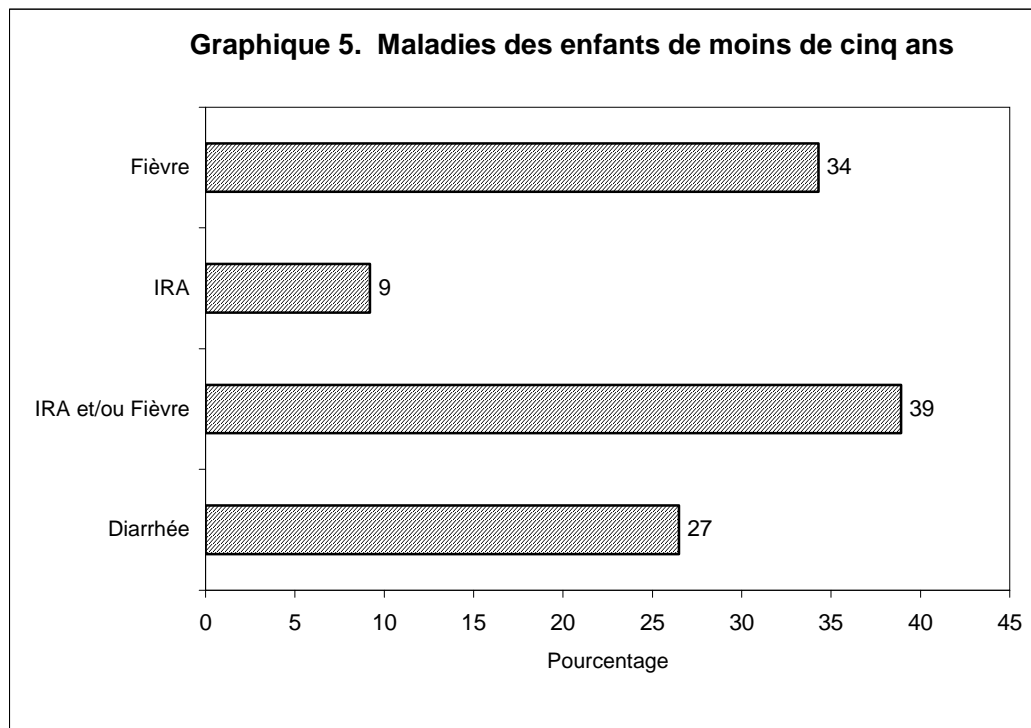
Les infections respiratoires aiguës, la fièvre, la diarrhée et la déshydratation qui peut en résulter

<sup>3</sup> Le taux de déperdition représente la proportion des enfants qui ont reçu la première dose d'un vaccin mais qui n'ont pas continué jusqu'à la troisième.

constituent les principales causes de décès d'enfants dans la plupart des pays en développement. Une attention médicale prompte et appropriée, chaque fois qu'un enfant présente ce type de symptômes, est déterminante dans la réduction de la mortalité infantile-juvénile.

Pour obtenir des informations sur le traitement des maladies des enfants de moins de 5 ans, on a d'abord demandé aux mères si, dans les deux semaines avant l'enquête, l'enfant avait souffert de toux avec une respiration rapide et courte (symptôme d'une infection respiratoire aiguë - IRA), s'il avait eu de la fièvre et si l'enfant avait eu la diarrhée.

Dans l'ensemble, 9 % d'enfants ont présenté les symptômes d'IRA et 34 % ont eu de la fièvre : globalement 39 % des enfants ont souffert d'IRA ou de fièvre (graphique 7). Par ailleurs, 27 % des enfants avaient eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête.



Pour seulement 9 % d'enfants qui ont souffert d'IRA et/ou de fièvre, la mère ou quelqu'un d'autre a recherché des conseils ou un traitement auprès des services ou du personnel de santé (tableau 8). Des conseils ou traitement ont été recherchés le plus fréquemment pour les enfants du milieu urbain (29 %) et surtout ceux de N'Djaména (37 %) et pour ceux dont la mère a au moins un niveau d'instruction secondaire (29 %). À l'opposé, un traitement ou des conseils n'ont été recherchés que pour 4 % des enfants du milieu rural et 2 % des enfants des zones 3 et 5.

De même, pour seulement 7 % d'enfants qui ont eu la diarrhée, la mère ou quelqu'un d'autre a recherché des conseils ou un traitement auprès des services ou du personnel de santé (tableau 8) : là encore, c'est pour les enfants malades de N'Djaména (28 %) et pour ceux dont la mère a au moins un niveau d'instruction secondaire (34 %) que des conseils ou traitement ont été recherchés le plus fréquemment.

Par ailleurs, 15 % des enfants atteints de diarrhée ont reçu des sachets de Sel de Réhydratation Orale (SRO) et 38 % ont bénéficié d'une Thérapie de Réhydratation Orale (TRO), c'est-à-dire qu'ils ont reçu soit du SRO, soit une solution maison sucrée-salée, soit encore qu'ils ont reçu plus de liquide que d'habitude. L'utilisation du SRO est moins fréquente qu'en 1996-97

puisque, d'après l'EDST-I, 23 % des enfants atteints de diarrhée en avaient reçu. Par contre l'usage de la TRO s'est légèrement amélioré (38 % contre 33 %).

Tableau 8. Traitement des infections respiratoires aiguës (IRA), de la fièvre et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont souffert de toux avec respiration courte et rapide (symptômes d'IRA) ou de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête, pourcentage pour lesquels des conseils ou un traitement a été recherché auprès d'un service ou de personnel de santé et, parmi les enfants de moins de cinq ans qui ont eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête, pourcentage pour lesquels des conseils ou un traitement a été recherché auprès d'un service ou de personnel de santé, pourcentage qui ont reçu des sachets de sel de réhydratation orale (SRO) et pourcentage qui ont suivi une thérapie de réhydratation orale (TRO), selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 2004

Caractéristiques socio-démographiques	Enfants souffrant d'IRA ou de fièvre		Enfant atteint de diarrhée			
	Pourcentage pour lesquels des conseils ou un traitement a été recherché auprès des services/ personnel de santé <sup>1</sup>	Effectif	Pourcentage pour lesquels des conseils ou un traitement a été recherché auprès des services/ personnel de santé <sup>1</sup>	Pourcentage ayant reçu des sachets de SRO	Pourcentage ayant reçu une TRO <sup>2</sup>	Effectif
<b>Age en mois</b>						
<6	6,5	252	4,8	5,8	29,7	162
6-11	8,8	282	9,8	22,5	45,3	207
12-23	10,9	467	7,9	17,2	39,6	328
24-35	8,5	369	5,9	13,9	35,5	284
36-47	7,4	304	7,7	14,1	36,1	220
48-59	9,4	333	4,5	14,5	36,5	167
<b>Sexe</b>						
Masculin	9,3	1 011	6,6	16,1	40,0	698
Féminin	8,4	998	7,3	14,2	34,8	671
<b>Résidence</b>						
N'Djaména	36,5	138	28,3	39,8	53,8	119
Autres villes	24,4	253	18,0	23,2	46,3	128
Ensemble urbain	28,7	391	23,0	31,2	49,9	247
Rural	4,0	1 617	3,5	11,6	34,8	1 123
<b>Zones</b>						
Zone 1	36,5	138	28,3	39,8	53,8	119
Zone 2	8,9	146	8,6	12,9	16,3	147
Zone 3	2,1	171	0,6	4,8	16,4	156
Zone 4	5,6	81	7,5	8,2	20,5	55
Zone 5	2,1	253	2,5	12,5	41,9	157
Zone 6	20,7	131	16,8	16,4	50,4	115
Zone 7	8,1	747	3,8	13,6	32,7	422
Zone 8	3,9	340	2,5	16,6	64,1	198
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	6,5	1 436	5,2	12,5	34,0	1 039
Primaire	12,0	481	7,5	17,6	44,7	267
Secondaire ou plus	29,1	92	34,4	47,7	64,7	63
<b>Ensemble</b>	8,8	2 009	7,0	15,1	37,5	1 369

<sup>1</sup> Non compris les pharmacies, boutiques et praticiens traditionnels.

<sup>2</sup> Y compris les SRO, la solution sucrée-salée et l'augmentation de liquides donnés au cours de la diarrhée.

## 2.9 Allaitement et alimentation de complément

Le lait maternel est le premier élément d'alimentation et constitue la source principale de nutriments pour l'enfant. Les enfants allaités exclusivement ne reçoivent que le lait maternel. L'allaitement exclusif est recommandé par l'OMS pour les six premiers mois de vie parce qu'il contient tous les éléments nutritifs nécessaires et de plus permet la transmission à l'enfant des anticorps de la mère. De plus, le lait maternel étant stérile et non contaminé il permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, l'OMS recommande qu'à partir de six mois, l'âge auquel l'allaitement seul ne suffit plus pour garantir la meilleure croissance des enfants, soient

introduits des aliments solides de complément.

Le tableau 9 présente les données sur la pratique d'allaitement des enfants de 0 à 35 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

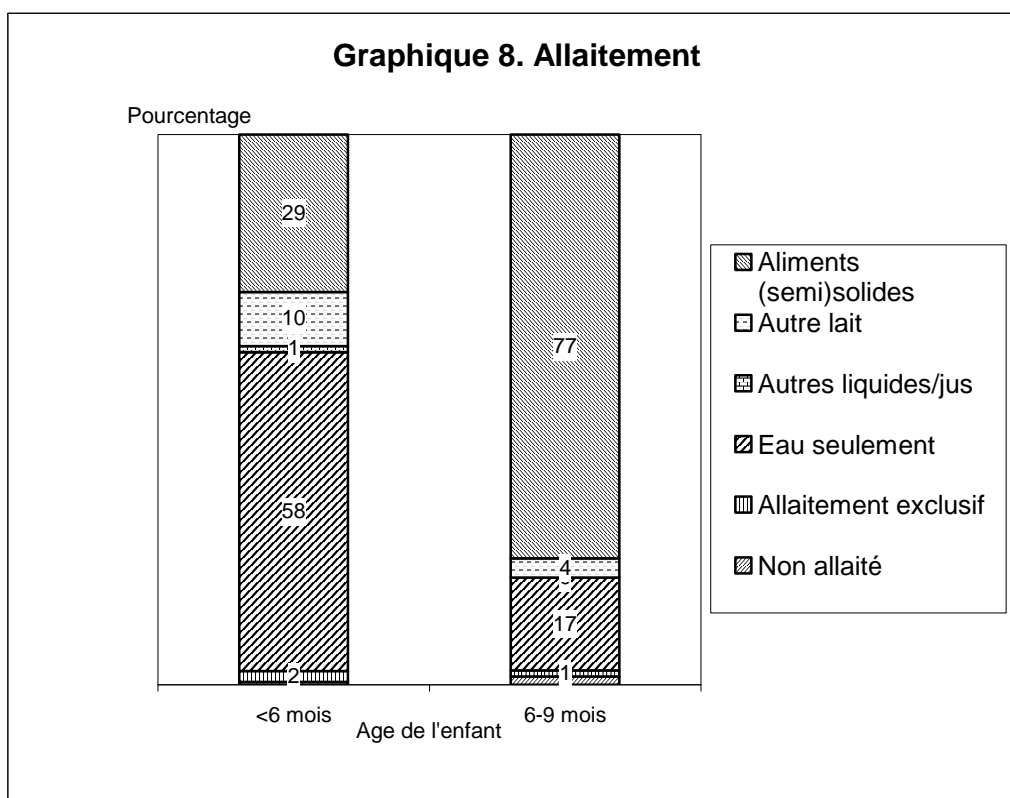
Tableau 9. Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en %) des plus jeunes enfants de moins de trois ans qui vivent avec leurs mères par type d'allaitement et pourcentage d'enfants de moins de trois ans utilisant le biberon selon l'âge en mois, EDS Tchad 2004

Age en Mois	Allaitement et :						Total	Effectif d'enfants	Pourcentage utilisant le biberon <sup>1</sup>	Effectif d'enfants
	Non allaité	Allaitement exclusif	Eau seulement	Autres liquides/jus	Autre lait	Aliments solides ou semi-solides				
<2	0,7	0,9	75,4	0,0	11,1	11,9	100,0	188	2,4	189
2-3	0,8	2,5	60,7	2,0	9,1	24,9	100,0	255	3,4	259
4-5	0,0	2,4	36,8	1,2	9,4	50,3	100,0	189	5,1	190
6-7	1,6	0,4	17,6	0,0	4,9	75,5	100,0	199	2,9	206
8-9	1,4	1,9	16,1	0,0	2,0	78,7	100,0	169	3,1	172
10-11	1,5	1,0	8,7	1,4	0,1	87,3	100,0	147	3,3	147
12-15	8,5	0,1	4,9	0,7	2,1	83,7	100,0	425	1,9	432
16-19	14,4	0,0	3,3	0,4	0,4	81,4	100,0	293	2,3	297
20-23	34,2	0,6	2,9	0,1	0,6	61,5	100,0	198	0,6	212
24-27	74,0	0,0	0,7	0,0	0,0	25,3	100,0	405	1,2	490
28-31	82,3	0,0	1,4	0,0	0,0	16,3	100,0	235	1,8	324
32-35	80,1	0,0	0,0	0,0	0,0	19,9	100,0	129	1,3	195
<6	0,5	2,0	57,9	1,1	9,8	28,6	100,0	633	3,6	639
6-9	1,5	1,1	16,9	0,0	3,5	77,0	100,0	368	3,0	378

Note : L'allaitement se réfère à une période de "24 heures" (hier et la nuit passée). Les enfants classés allaités et consommant de l'eau seulement ne consomment pas de suppléments. Les catégories non allaités, allaités exclusivement, allaités et eau, autres liquides/jus, autre lait et aliments solides ou semi-solides sont hiérarchiques et mutuellement exclusives. De ce fait, les enfants allaités qui ont reçu des jus et ne recevant pas d'aliments solides ou semi-solides sont classés dans la catégorie liquides, même s'ils reçoivent de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments solides ou semi-solides est classé dans cette catégorie à condition qu'il soit aussi allaité.

<sup>1</sup> Basé sur tous les enfants de moins de trois ans



L'allaitement est presque universel et prolongé au Tchad : plus de 99 % des enfants de moins de six mois sont allaités et, à 10-11 mois, plus de 98 % des enfants sont encore au sein. Toutefois, la recommandation d'allaitement exclusif n'est pas du tout suivie (graphique 8). Seulement 2 % des enfants de 0-5 mois sont allaités selon les recommandations et reçoivent uniquement le sein. L'introduction d'autres liquides ou d'aliments de complément est très précoce. Par exemple, chez les nouveau-nés de moins de deux mois, la majorité (75 %) reçoit de l'eau en plus du sein, 11 % reçoivent du lait d'animal ou en boîte et 12 % reçoivent des aliments solides ou semi-solides.

La recommandation relative à l'introduction d'aliments solides de complément à partir de six mois semble être mieux respectée. Cependant, 1 % des enfants de 6-9 mois continuent d'être allaités exclusivement, 17 % ne reçoivent que le lait maternel et de l'eau et 4 % sont allaités et reçoivent d'autres types de lait : ces enfants ne reçoivent pas une alimentation adéquate pour leur assurer une croissance optimale.

Les pratiques alimentaires des enfants n'ont pas évolué au Tchad au cours des huit dernières années. En effet, la proportion d'enfants de moins de 6 mois allaités exclusivement et la proportion d'enfants de 6-9 mois recevant des aliments de complément estimées par l'EDST-II sont identiques à celles de l'EDST-I.

## 2.10 Mortalité des enfants

L'estimation de la mortalité infantile et juvénile constituait l'un des principaux objectifs de l'EDST-II. Ce calcul se base sur les informations recueillies directement à partir de l'historique des naissances. Cinq indicateurs ont été calculés : 1) le quotient de mortalité infantile qui mesure la probabilité pour un enfant né vivant de décéder avant son premier anniversaire ; 2) le quotient de mortalité juvénile qui mesure la probabilité pour un enfant survivant à son premier anniversaire de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire ; 3) le quotient de mortalité infanto-juvénile qui mesure globalement la probabilité pour un enfant né vivant de mourir avant son cinquième anniversaire ; les composantes de la mortalité infantile que sont ; 4) le quotient de mortalité néonatale, ou probabilité de mourir au cours du premier mois suivant la naissance ; et 5) le quotient de mortalité post-néonatale, ou probabilité de mourir dans la tranche d'âges 1-11 mois.

Chacun de ces quotients est exprimé pour 1000 naissances vivantes (sauf pour la mortalité juvénile qui est exprimé pour 1000 enfants survivants à douze mois) et a été calculé pour différentes périodes quinquennales ayant précédé l'enquête.

Le tableau 10 et le graphique 9 présente les différents quotients pour trois périodes quinquennales précédant 2004. Pour la période des cinq dernières années avant l'EDST-II (période 2000-2004), le risque de mortalité infantile est évalué à 101 décès pour 1 000 naissances vivantes et le risque de décéder entre 1 et 5 ans s'établit à 99‰. Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 39‰ pour la mortalité néonatale et à 62‰ pour la mortalité post-néonatale.

Tableau 10. Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans

Quotient de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par périodes de cinq ans précédant l'enquête, EDS Tchad 2004

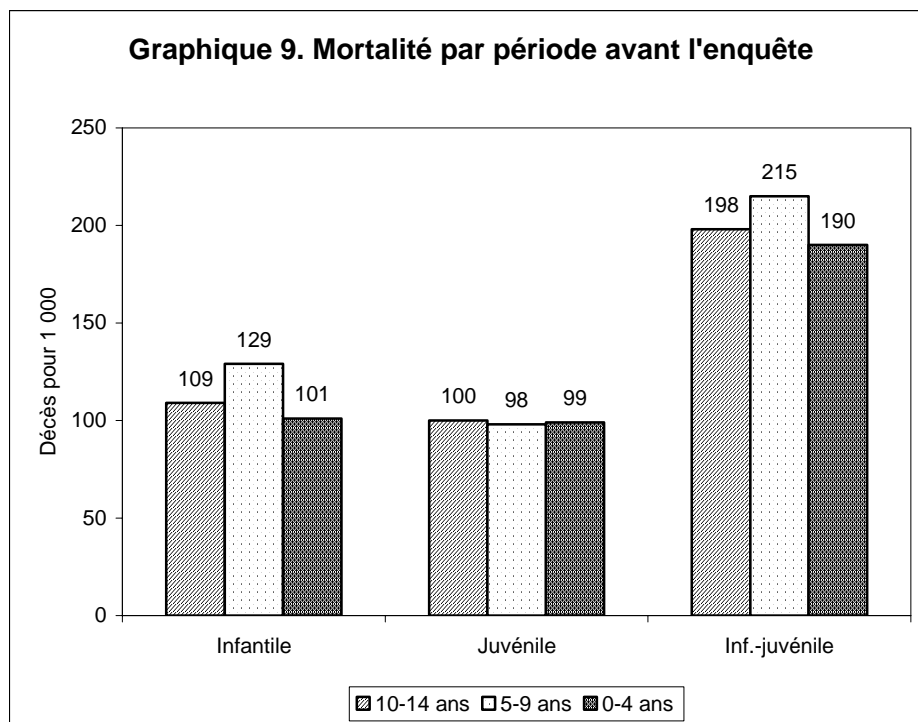
Nombre d'années précédant l'enquête	Périodes	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale <sup>1</sup> (PNN)	Mortalité Infantile (1q0)	Mortalité juvénile(4q1)	Mortalité infanto-juvénile (5q0)
0-4	2000-2004	39	62	101	99	190
5-9	1995-1999	56	73	129	98	215
10-14	1990-1994	51	58	109	100	198

EDST-I 1996-97	1992-1997	44	59	103	102	194
----------------	-----------	----	----	-----	-----	-----

<sup>1</sup> Calculé par différence entre la mortalité infantile et la mortalité néonatale.

Globalement, en naissant, un enfant tchadien court un risque de décéder de 190 ‰ avant son cinquième anniversaire : en d'autres termes, près d'un enfant sur cinq n'atteindra pas les 5 ans.

Le graphique 9 semble indiquer que la mortalité infantile aurait augmenté entre 1990-1994 et 1995-1999, passant de 109 ‰ à 129 ‰, pour diminuer au cours de la période la plus récente (101 ‰) pour retrouver un niveau proche de celui de 1990-1994. Une première analyse des résultats semble indiquer que cette augmentation est, en partie, artificielle : elle résulterait en partie de mauvaises déclarations d'année de naissances de certains enfants dont la naissance et le décès seraient comptabilisés en 1995-1999 au lieu de 2000-2004. Cela signifie que le niveau de mortalité infantile de la période 1995-1999 serait légèrement surestimé et celui de la période 2000-2004 légèrement sous-estimé. Cela signifie également que le niveau de mortalité de la période 2000-2004 serait pratiquement identique à celui des deux périodes antérieures.



Rappelons également que le niveau de mortalité des enfants de moins de cinq ans avait été estimé à 194 ‰ par l'EDST-I pour la période 1992-1997, ce qui correspond assez bien aux nouvelles estimations et ce qui semble confirmer que la mortalité des enfants n'a connu aucune modification au Tchad au cours des 15 dernières années.

## 2.11 Connaissance du VIH/sida et utilisation du condom

Le questionnaire de l'EDST-II comprenait une série de questions sur la connaissance du VIH/sida et ses modes de transmission et de prévention, ainsi que sur les comportements sexuels.

D'après le tableau 11, 80 % des femmes et 89 % des hommes ont déclaré connaître ou avoir entendu parler du VIH/sida. La connaissance du VIH/sida s'est nettement améliorée parmi les femmes puisqu'en 1996-97, seulement 60 % d'entre elles avaient déclaré en avoir entendu parler. Par contre, la connaissance du VIH/sida ne s'est pas améliorée parmi les hommes : 88 % en 1996-97 contre 89 % en 2004. Les hommes et les femmes qui ont le moins fréquemment entendu parler du VIH/sida sont les jeunes de 15-19 ans, les célibataires, ceux du

milieu rural et ceux sans instruction. Il faut également noter de très fortes disparités régionales et plus particulièrement la Zone 4 où seulement un quart des femmes a entendu parler du sida.

**Tableau 11. Connaissance du VIH/sida**

Pourcentage de femmes et d'hommes ayant entendu parlé du sida et pourcentage qui pensent qu'il y a un moyen pour éviter le VIH/sida, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 2004

Caractéristiques socio-démographiques	Femmes			Hommes		
	A entendu parler du VIH/sida	Pense qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida	Effectif	A entendu parler du VIH/sida	Pense qu'il y a un moyen d'éviter le VIH/sida	Effectif
<b>Age</b>						
15-19	73,2	41,6	1 363	79,9	57,9	414
20-24	81,0	48,1	1 076	90,7	80,0	266
25-29	83,8	53,2	1 139	96,0	84,1	292
30-39	83,7	49,7	1 447	95,8	84,3	392
40-49	77,9	47,1	1 062	88,5	73,3	322
50-59	-	-	-	82,2	66,2	205
<b>Etat matrimonial</b>						
Célibataire	68,6	37,3	871	83,9	66,1	659
En union	81,7	50,1	4 666	91,4	78,3	1 166
Divorcé(e)/veuf(ve)	82,3	45,1	549	94,0	77,9	64
<b>Résidence</b>						
N'Djaména	95,8	58,7	516	94,9	76,0	232
Autres villes	91,8	59,3	775	94,2	83,8	269
Ensemble urbain	93,4	59,1	1 291	94,5	80,2	501
Rural	76,3	44,8	4 796	86,9	71,8	1 389
<b>Zones</b>						
Zone 1	95,8	58,7	516	94,9	76,0	232
Zone 2	65,3	35,5	731	47,7	32,8	229
Zone 3	74,3	53,9	732	84,3	76,5	204
Zone 4	25,3	12,4	605	94,9	82,6	156
Zone 5	85,3	58,6	723	89,9	87,3	202
Zone 6	94,5	70,3	620	100,0	88,8	165
Zone 7	98,8	42,7	1 324	98,0	70,9	444
Zone 8	81,8	54,2	836	96,7	87,5	257
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	74,0	42,6	4 547	81,2	67,8	891
Primaire	97,1	59,3	1 148	94,3	73,4	613
Secondaire ou plus	98,1	74,3	392	98,2	89,5	387
Ensemble	79,9	47,8	6 087	88,9	74,1	1 890

Bien que 80 % des femmes aient entendu parler du VIH/sida, seulement 48 % ont déclaré penser qu'il existait un (ou des) moyen(s) de l'éviter. De même, seulement 74 % des hommes pensent qu'il existe un (ou des) moyen(s) d'éviter le sida, alors que 89 % de la population masculine en a entendu parler. Ce résultat suggère que le niveau de « connaissance » du VIH/sida n'est pas aussi élevé que le laisserait supposer les proportions d'hommes et de femmes qui en ont entendu parler.

L'utilisation du condom, particulièrement en situation de rapports sexuels à haut risque, est l'un des moyens les plus efficaces pour éviter la propagation du VIH/sida. Pour cette raison, on a demandé aux hommes et aux femmes sexuellement actifs<sup>4</sup> s'ils avaient utilisé un condom au cours de leurs derniers rapports sexuels dans les 12 derniers mois.

Les tableaux 12.1 et 12.2 présentent des informations sur l'utilisation du condom chez les

4 C'est-à-dire qui ont eu des rapports sexuels aux cours des 12 derniers mois.

femmes et chez les hommes au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le type de partenaires. En ne tenant compte que des derniers rapports sexuels et quel que soit le type de partenaires, l'utilisation du condom reste très faible puisqu'elle ne concerne que 9 % des hommes et 2 % des femmes. L'utilisation du condom a néanmoins légèrement augmenté puisqu'en 1996-97 moins d'un pour cent des femmes et 2 % des hommes avaient déclaré l'avoir utilisé.

Tableau 12.1. Utilisation du condom selon le type de partenaires : Femmes

Parmi les femmes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, pourcentage de celles ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels avec le mari ou partenaire cohabitant, pourcentage de celles ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels avec un autre partenaire (non-cohabitant), et pourcentage de celles ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels avec n'importe quel partenaire selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 2004

Caractéristiques socio-démographiques	Mari ou partenaire cohabitant		Autre partenaire (non-cohabitant)		N'importe quel partenaire	
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif
<b>Age</b>						
15-19	1,3	563	12,8	61	2,5	616
20-24	1,1	844	22,7	45	2,2	879
25-29	1,0	983	(10,6)	30	1,2	1 004
30-39	1,2	1 243	(5,7)	35	1,4	1 270
40-49	0,6	741	*	7	0,7	745
<b>Etat matrimonial</b>						
Célibataire	*	7	20,6	51	18,2	57
En union	1,1	4 256	12,3	68	1,3	4 297
Divorcée/ veuve	0,4	111	8,3	60	3,4	160
<b>Résidence</b>						
N'Djaména	2,5	315	32,6	48	6,5	361
Autres villes	2,8	497	15,2	47	3,9	539
Ensemble urbain	2,7	813	24,0	95	5,0	900
Rural	0,7	3 562	1,1	83	0,7	3 614
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	0,7	3 437	1,6	95	0,7	3 503
Primaire	1,9	762	9,8	40	2,2	795
Secondaire ou plus	5,1	176	42,8	43	12,6	217
Ensemble des femmes	1,1	4 375	13,4	178	1,5	4 515

Tableau 12.2. Utilisation du condom selon le type de partenaires : hommes

Parmi les hommes ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, pourcentage de ceux ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels avec l'épouse ou partenaire cohabitante, pourcentage de ceux ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels avec une autre partenaire (non-cohabitante), et pourcentage de ceux ayant utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels avec n'importe quelle partenaire selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 2004

Caractéristiques socio-démographiques	Epouse ou partenaire cohabitante		Autre partenaire (non-cohabitante)		N'importe quelle partenaire	
	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif
<b>Age</b>						
15-19	0,0	5	19,2	113	16,9	116
20-24	5,2	84	29,8	117	18,7	183
25-29	5,0	179	42,5	109	16,4	259
30-39	3,7	339	27,2	65	6,7	366
40-49	0,8	306	*	15	1,1	309
50-59	0,2	179	*	11	0,2	185
<b>Etat matrimonial</b>						
Célibataire	*	3	28,2	254	27,3	255
En union	2,7	1 072	28,6	149	3,9	1 119
Divorcé/Veuf	*	16	(42,3)	27	26,4	43
<b>Résidence</b>						
N'Djaména	4,8	87	51,4	86	26,6	164
Autres villes	2,8	114	46,1	96	19,0	192
Ensemble urbain	3,7	201	48,6	181	22,5	356
Rural	2,4	890	15,1	249	4,2	1 061
<b>Niveau d'instruction</b>						
Aucun	0,0	598	10,9	137	1,7	686
Primaire	5,9	347	24,8	140	9,4	458
Secondaire ou plus	5,5	147	49,6	154	25,5	274

Ensemble des hommes	2,6	1 091	29,2	430	8,8	1 418
( ) Basés sur 25-49 cas non pondérés * Basé sur moins de 25 cas non pondérés.						

Les tableaux montrent également que l'utilisation du condom avec le conjoint ou le partenaire cohabitant est extrêmement faible (1 % pour les femmes et 3 % pour les hommes). Lors de rapports sexuels avec un autre type de partenaire (non-cohabitant), l'utilisation des condoms est beaucoup plus importante, tout en restant encore marginale (13 % pour les femmes et 29 % pour les hommes).

Les résultats mettent en évidence des comportements différentiels dans l'utilisation du condom lors des derniers rapports sexuels aussi bien chez les femmes que chez les hommes, particulièrement lorsque le partenaire est non-cohabitant. Les femmes et les hommes vivant en milieu urbain et en particulier à N'Djaména, et les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur ont plus que les autres tendance à utiliser le condom. Ainsi, le niveau d'utilisation du condom avec un partenaire non cohabitant varie de 1 % chez les femmes rurales à 33 % chez celles de N'Djaména. De même, l'utilisation du condom avec un partenaire non cohabitant passe de 2 % chez les femmes sans instruction à 43 % chez celles ayant au moins un niveau secondaire. Les mêmes types de variations s'observent chez les hommes.

## 2.12 Excision

Au cours de l'EDST-II, on a posé une série de questions aux femmes concernant la pratique de l'excision. On constate au tableau 13 qu'une proportion importante de femmes (85 %) a entendu parler de l'excision et que près de la moitié des femmes du Tchad sont excisées (45 %).

Il faut noter que la proportion de femmes excisées ne varie pratiquement pas avec l'âge de la femme, c'est-à-dire que les femmes des générations les plus récentes sont excisées aussi fréquemment que celles de générations plus anciennes. Il n'y a donc aucun signe pouvant indiquer que cette pratique serait en voie d'abandon.

Comme on pouvait s'y attendre, c'est en fonction de l'appartenance ethnique que la prévalence de l'excision connaît le plus de variations (graphique 10) : elle est pratiquement inexistante chez les ethnies du Mayo Kebbi (0,1 %), puis passe d'un minimum de 2 % chez les Gorane et les ethnies du Tandjile à plus de 90 % chez les Ouaddaï (91 %), les Hadjarai (94 %) et les Arabes (95 %).

Tableau 13. Excision

Pourcentage de femmes qui connaissent l'excision et pourcentage de femmes excisées selon les caractéristiques socio-démographiques, EDS Tchad 2004

Caractéristiques socio-démographiques	Pourcentage connaissent l'excision	Pourcentage excisées	Effectif de femmes
<b>Age</b>			
15-19	81,8	43,5	1 363
20-24	81,5	45,8	1 076
25-29	85,1	45,1	1 139
30-34	86,7	43,5	789
35-39	87,8	46,0	658
40-44	86,4	46,1	521
45-49	88,3	46,4	542
<b>Résidence</b>			
N'Djaména	98,0	44,2	516
Autres villes	95,7	48,7	775
Ensemble urbain	96,6	46,9	1 291
Rural	81,4	44,4	4 796
<b>Zones</b>			
Zone 1	98,0	44,2	516
Zone 2	67,3	4,2	731
Zone 3	99,7	92,2	732
Zone 4	100,0	91,7	605
Zone 5	98,3	53,8	723
Zone 6	49,9	3,5	620
Zone 7	72,7	12,8	1 324
Zone 8	99,9	79,9	836
<b>Niveau d'instruction</b>			
Aucun	84,2	49,8	4 547
Primaire	84,0	30,6	1 148
Secondaire ou plus	91,9	30,6	392
<b>Religion</b>			
Catholique	80,2	31,5	1 328
Protestante	73,0	16,3	1 044
Musulmane	92,2	60,9	3 482
Autre/ND	49,1	12,1	232
<b>Groupe ethnique</b>			
Gorane	77,7	2,4	287
Arabe	98,1	95,2	769
Ouaddaï	100,0	90,9	626
Baguirmien	97,6	67,8	83
Kanem-bornou	77,6	4,9	712
Fitri-batha	99,3	85,6	242
Hadjarai	99,9	93,9	452
Lac iro	99,2	48,8	134
Sara	93,6	38,4	1 421
Tandjile	50,9	1,7	402
Peul	70,8	12,0	67
Mayo kebbi	47,0	0,1	606
Autres ethnies /ND	77,7	27,2	287
Ensemble	84,6	44,9	6 087

Graphique 10. Excision selon l'ethnie

