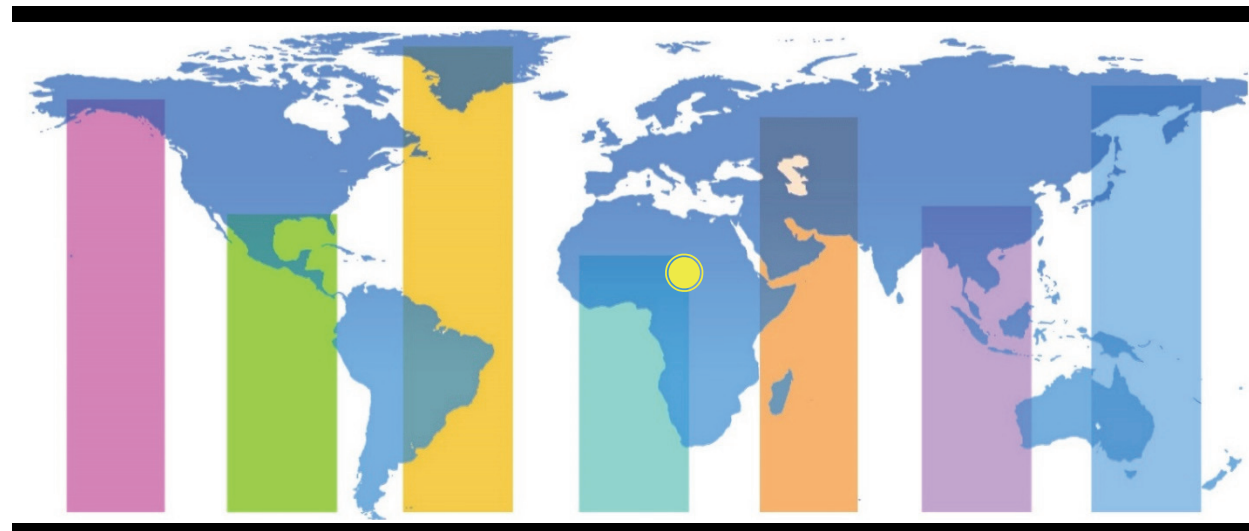


Tchad



**Enquête Démographique
et de Santé et à Indicateurs
Multiples au Tchad (EDS-MICS)**

2014-2015

Indicateurs Clés

RÉPUBLIQUE DU TCHAD



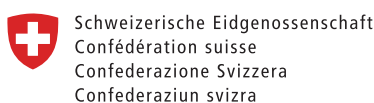
Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples au Tchad (EDS-MICS) 2014-2015

Indicateurs Clés

Institut National de la Statistique, des Études
Économiques et Démographiques (INSEED)
N'Djaména, Tchad

ICF International
Rockville, Maryland, USA

Septembre 2015



Ce rapport présente les résultats préliminaires de la troisième Enquête Démographique et de Santé au Tchad (Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples EDS-MICS) réalisée par Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED). L'EDS-MICS a été financée par le Gouvernement du Tchad, le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS), le Fonds de Soutien aux Activités en matière de Population et de lutte contre les IST/VIH/SIDA (FOSAP), et les partenaires financiers tels que l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme des Nations-Unies pour le Développement (PNUD), l'Agence Française de Développement, la Confédération Suisse, et la Banque Mondiale. D'autres institutions ont également apporté leur expertise à la réalisation de cette opération, en particulier le laboratoire du Centre National de Référence du VIH (CNR/VIH) pour le contrôle de qualité externe des tests du VIH. ICF International a fourni l'assistance technique à l'ensemble du projet par le biais du programme DHS, financé par l'USAID, et dont l'objectif est de fournir un support et une assistance technique à des pays du monde entier pour la réalisation des enquêtes sur la population et la santé.

Pour tous renseignements concernant l'EDS-MICS, contacter l'INSEED, Internet : www.inseedtchad.com. Tel : (235) 22 52 66 13 Cette adresse e-mail est protégée contre les robots des spammeurs, vous devez activer JavaScript pour la voir. Pour obtenir des informations sur le programme DHS, contactez ICF International, 530 Gaither Road, Suite 500, Rockville, MD 20850, USA ; téléphone : (301) 407-6500 ; fax : (301) 407-6501 ; e-mail : info@DHSprogram.com, Internet : www.DHSprogram.com.

Citation recommandée :

Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED), Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International, 2014-2015. *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2014-2015)*. Rockville, Maryland, USA : INSEED, MSP et ICF International.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES.....	v
LISTE DES ACRONYMES.....	vii
CARTE DU TCHAD	ix
1 INTRODUCTION.....	1
2 MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE	3
2.1 Échantillonnage	3
2.2 Questionnaires	3
2.3 Test du VIH	4
2.4 Formation et collecte des données.....	5
2.4.1 Formation.....	5
2.4.2 Collecte des données.....	6
2.5 Traitement des données	6
3 RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES.....	7
3.1 Couverture de l'échantillon	7
3.2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	7
3.3 Fécondité	10
3.3.1 Niveau de la fécondité	10
3.3.2 Tendance de la fécondité	11
3.3.3 Fécondité des adolescentes	11
3.3.4 Désir d'enfants (supplémentaires)	13
3.4 Contraception	13
3.4.1 Utilisation actuelle de la contraception	13
3.4.2 Besoins en matière de planification familiale	16
3.5 Mortalité des enfants	18
3.6 Santé de la reproduction	20
3.6.1 Soins prénatals	20
3.6.2 Vaccination antitétanique.....	22
3.6.3 Accouchement	22
3.6.4 Tendance des soins prénatals et des conditions d'accouchement	23
3.6.5 Soins postnatals de la mère	23
3.7 Santé des enfants	24
3.7.1 Vaccination des enfants	24
3.7.2 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance.....	26
3.7.3 État nutritionnel des enfants.....	28
3.7.4 Allaitement et alimentation de complément	31
3.8 Paludisme	33
3.8.1 Accès à une MII dans le ménage	33
3.8.2 Utilisation des moustiquaires par les enfants et les femmes enceintes	35
3.8.3 Utilisation du traitement préventif intermittent par les femmes au cours de la grossesse	36
3.8.4 Prévalence et traitement précoce de la fièvre chez les enfants	37

3.9	VIH.....	39
3.9.1	Connaissance du VIH/sida.....	39
3.9.2	Connaissance du VIH/sida parmi les jeunes.....	41
3.9.3	Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom.....	42
3.9.4	Couverture du VIH antérieur à l'enquête.....	46
3.10	Situation des enfants.....	49
3.10.1	Enregistrement des naissances d'enfants de moins de 5 ans.....	49
3.10.2	Enfants orphelins et résidence avec les parents	50
3.11	Estimation de la mortalité maternelle	52

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1	Résultats des interviews ménages et individuelles	7
Tableau 2	Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés	8
Tableau 3	Fécondité actuelle	10
Tableau 4	Fécondité des adolescentes	12
Tableau 5	Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants	13
Tableau 6.1	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques	15
Tableau 6.2	Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques	16
Tableau 7	Besoins en matière de planification familiale des femmes actuellement en union et des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives	17
Tableau 8	Quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans	19
Tableau 9	Indicateurs des soins de santé maternelle	21
Tableau 10	Vaccinations d'enfants de 12-23 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques	25
Tableau 11	Traitement des symptômes d'IRA, de la fièvre, et de la diarrhée	27
Tableau 12	État nutritionnel des enfants	30
Tableau 13	Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant	31
Tableau 14	Possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide par les ménages	35
Tableau 15	Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) par les enfants et les femmes enceintes	36
Tableau 16	Utilisation du Traitement Préventif Intermittent (TPI) par les femmes au cours de la grossesse	37
Tableau 17	Prévalence, diagnostic et traitement précoce de la fièvre chez les enfants	38
Tableau 18	Connaissance des moyens de prévention du VIH	40
Tableau 19	Connaissance des moyens de prévention du VIH parmi les jeunes	41
Tableau 20.1	Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois : Femme	43
Tableau 20.2	Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois : Homme	45
Tableau 21.1	Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Femme	47
Tableau 21.2	Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Homme	48
Tableau 22.1	Enregistrement des naissances d'enfants de moins de 5 ans	50
Tableau 22.2	Enfants orphelins et résidence avec les parents	51
Tableau 23	Mortalité maternelle	52
Graphique 1	Tendance de l'Indice Synthétique de Fécondité, selon l'EDST-I 1996-1997, l'EDST-II 2004 et l'EDS-MICS 2014-2015	11
Graphique 2	Tendance des besoins non satisfaits, utilisation de méthodes contraceptives modernes, et pourcentage de demande satisfaite par les méthodes modernes	18
Graphique 3	Tendances de la mortalité des enfants selon l'EDST-I 1996-1997, l'EDST-II 2004 et l'EDS-MICS 2014-2015	20
Graphique 4	Tendance des soins de santé maternelle selon l'EDST-I 1996-1997, l'EDST-II 2004 et l'EDS-MICS 2014-2015	23
Graphique 5	État nutritionnel des enfants par âge	28
Graphique 6	Régime alimentaire minimum acceptable selon l'âge, en mois	32
Graphique 7	Pourcentage de la population de fait des ménages ayant accès à une MII dans le ménage	34
Graphique 8	Rapport de mortalité maternelle avec intervalles de confiance (à 95 %) pour la période 0-6 ans avant l'EDST-II 2004 et l'EDS-MICS 2014-2015	53

LISTE DES ACRONYMES

AFD	Agence Française de Développement
CNR	Centre National de Référence du VIH
CPN	Consultation Prénatale
CSPro	Census and Survey Processing
CTA	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine
DBS	Dry Blood Spots (Gouttes de sang séché)
DHS	Demographic and Health Surveys (Enquêtes Démographiques et de Santé)
DTC-HepB-Hib	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Hépatite B, Haemophilus influenzae type B (Hib)
EDS	Enquête Démographique et de Santé (Demographic and Health Surveys)
EDST	Enquête Démographique et de Santé au Tchad
EDS-MICS	Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples
HepB	Hépatite B
Hib	Haemophilus influenzae type B
ICF	Inner City Fund
INSEED	Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques
HGRN	Hôpital Général de Référence National
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
LNR	Laboratoire National de Référence
MICS	Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD	Programme des Nations-Unies pour le Développement
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SRO	Sel de Réhydratation par voie Orale
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
UNFPA	United Nations Population Fund (Fonds des Nations Unies pour la Population)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)
USAID	United States Agency for International Development (Agence américaine pour le développement international)
VAT	Vaccin Anatoxine Tétanique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZD	Zone de Dénombrement

CARTE DU TCHAD

République du Tchad



0 150 300
Kilometers

1 INTRODUCTION

L'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) au Tchad effectuée sur le terrain d'octobre 2014 à avril 2015 est la troisième EDS réalisée par le Gouvernement du Tchad. Contrairement aux deux éditions précédentes, la présente enquête a combiné l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) et l'Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS).

Elle a été conçue pour i) fournir des données de suivi et évaluation des programmes de population et de santé ii) actualiser les principaux indicateurs démographiques et sanitaires de base. Pour ce faire, l'EDS-MICS a collecté des données sur les niveaux de fécondité, les préférences en matière de fécondité, la connaissance et l'utilisation des méthodes de planification familiale, la mortalité des enfants, la mortalité maternelle, la santé maternelle et infantile, les pratiques en matière d'allaitement, l'état nutritionnel des femmes et des enfants de moins de 5 ans, la possession et l'utilisation de moustiquaires, la connaissance, les attitudes et les comportements vis-à-vis du VIH/Sida et d'autres infections sexuellement transmissibles, le travail et la discipline des enfants, l'excision, l'ablation de la lèvre, la teneur du sel en iode, la fistule obstétricale, les violences domestiques, les handicaps et la consommation d'alcool et de tabac. Par ailleurs, cette enquête a permis de collecter des échantillons de sang pour la réalisation, dans des laboratoires spécialisés, du test du VIH chez les femmes de 15-49 ans et chez les hommes de 15-59 ans.

Le présent rapport présente les résultats clés et est conçu pour fournir aux décideurs et prestataires de service, le plus rapidement après la fin de la collecte, des informations sur le niveau de certains indicateurs les plus importants. Il est essentiellement descriptif et ne couvre pas tous les domaines enquêtés. Le rapport final couvrira l'ensemble des domaines enquêtés avec une analyse plus élaborée des données, en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques des personnes interviewées.

2 MÉTHODOLOGIE ET RÉALISATION DE L'ENQUÊTE

2.1 ÉCHANTILLONNAGE

L'EDS-MICS vise à produire des résultats représentatifs au niveau de l'ensemble du pays, au niveau du milieu urbain et du milieu rural séparément, au niveau de la ville de N'Djamena, et au niveau des régions du Tchad. Pour ce faire, le territoire national a été découpé en 21 domaines d'étude correspondant aux 22 régions¹ et à la ville de N'Djamena et, dans chaque domaine d'étude (sauf N'Djamena), deux strates ont été créées : la strate du milieu urbain et celle du milieu rural. Le tirage de l'échantillon a été fait strate par strate. Ainsi, l'échantillon de l'EDS-MICS est basé sur un sondage aréolaire stratifié et tiré à deux degrés.

Au premier degré, 626 Unités Primaires de Sondage (UPS) ou grappes ont été tirées à partir de la liste des Zones de Dénombrement (ZD) établies au cours du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) réalisé en 2009 par INSEED, en procédant à un tirage systématique avec probabilité proportionnelle à la taille, la taille de l'UPS étant le nombre de ménages. Un dénombrement des ménages dans chacune de ces grappes a fourni une liste des ménages à partir de laquelle a été tiré, au second degré, un échantillon de 25 ménages par grappe dans le milieu urbain, et 30 ménages par grappe dans le milieu rural avec un tirage systématique à probabilité égale.

Un total de 17 965 ménages (4 075 en milieu urbain dans 163 grappes et 13 890 en milieu rural dans 463 grappes) ont été sélectionnés. Toutes les femmes âgées de 15-49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés, ou présentes la nuit précédant l'enquête, étaient éligibles pour être enquêtées. De plus, dans un sous-échantillon d'un ménage sur trois, tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour être enquêtés.

Dans ce sous-échantillon, toutes les femmes et tous les hommes éligibles pour l'enquête individuelle étaient aussi éligibles pour le test du VIH. Dans le même sous-échantillon de ménages sélectionnés pour l'enquête homme, les femmes étaient enquêtées à l'aide des modules sur le VIH, les injections, et la violence domestique. Dans deux tiers des ménages, non-sélectionnés pour l'enquête homme, toutes les femmes ainsi que tous les enfants de moins de cinq ans étaient éligibles pour être mesurés et pesés afin d'évaluer leur état nutritionnel. Enfin, dans ce sous-échantillon, les questionnaires sur les moustiquaires, le handicap, la consommation de tabac et d'alcool, le travail et la discipline des enfants ont été posés. Les modules sur la fistule, l'excision et le développement de l'enfant ont aussi été posés aux femmes dans ce sous-échantillon.

2.2 QUESTIONNAIRES

Trois types de questionnaires ont été utilisés pour collecter les données de l'EDS-MICS : le questionnaire ménage, le questionnaire individuel femme et le questionnaire individuel homme. Le contenu de ces questionnaires est basé sur les questionnaires modèles développés par le programme DHS. Une adaptation aux besoins spécifiques du Tchad a été faite sur des bases participatives au cours de plusieurs réunions ayant regroupé toutes les parties prenantes à cette enquête.

Le **questionnaire ménage** a permis d'enregistrer tous les membres du ménage avec certaines de leurs caractéristiques : lien de parenté avec le chef de ménage, sexe, âge, situation de résidence, niveau d'instruction, etc. Il a aussi permis d'identifier les femmes et les hommes éligibles pour les interviews individuelles et de collecter les informations sur les caractéristiques du ménage, telles que la principale source d'approvisionnement en eau de boisson, le type de toilettes, le type de matériaux du sol du logement, la possession de certains biens durables, la possession et l'utilisation de la moustiquaire, le lavage des mains et le degré d'iodation du sel de

¹ Les régions du Borkou et du Tibesti ont été regroupées en un seul domaine d'études, ainsi que les régions de l'Ennedi Ouest et de l'Ennedi Est.

cuisine utilisé dans le ménage. En outre, le questionnaire ménage a aussi servi à collecter les données sur la consommation de tabac et d'alcool, les handicaps, le travail et la discipline des enfants.

Enfin le questionnaire ménage a également été utilisé pour enregistrer les résultats des mesures anthropométriques (poids et taille) et des prélèvements sanguins effectués pour le test du VIH.

Le **questionnaire individuel femme** a été utilisé pour enregistrer les informations concernant les femmes éligibles, c'est-à-dire les femmes âgées de 15-49 ans, résidentes ou visiteuses. Il comprend les sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêtée ;
- Reproduction ;
- Contraception ;
- Grossesse et soins postnatals ;
- Vaccination des enfants, Santé et Nutrition ;
- Mariage et Activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Caractéristiques du mari et travail de la femme ;
- VIH/SIDA ;
- Fistule obstétricale et autres problèmes de santé ;
- Mortalité maternelle ;
- Excision ;
- Fistule ;
- Développement et éveil de l'enfant ; et
- Violences domestiques.

Le **questionnaire individuel homme** est indépendant du questionnaire femme, mais la plupart des questions posées aux hommes âgés de 15-59 ans sont identiques à celles posées aux femmes de 15-49 ans. Le questionnaire comprend les sections suivantes :

- Caractéristiques sociodémographiques de l'enquêté ;
- Reproduction ;
- Contraception ;
- Mariage et activité sexuelle ;
- Préférences en matière de fécondité ;
- Emploi et rôle des sexes ;
- VIH/Sida ; et
- Autres problèmes de santé.

2.3 TEST DU VIH

Dans les ménages où il y a eu l'enquête homme, toutes les femmes de 15-49 ans, tous les hommes de 15-59 ans étaient éligibles pour le test du VIH. Les protocoles pour le test du VIH ont été approuvés par différents comités d'éthique dont le Comité National d'Éthique du Tchad et le Comité d'Éthique (*Institutional Review Board*) d'ICF International.

Le test du VIH a été prévu dans le sous-échantillon des ménages éligibles pour l'enquête homme. Les prélèvements de sang ont été réalisés auprès de tous les hommes et de toutes les femmes éligibles de ces ménages qui ont accepté volontairement de se soumettre au test. Le protocole pour dépister le VIH est basé sur le protocole

anonyme-lié développé par le projet DHS. Selon ce protocole, aucun nom ou autre caractéristique individuelle ou géographique permettant d'identifier un individu ne peut être lié à l'échantillon de sang. Étant donné que les tests du VIH sont strictement anonymes, il n'est pas possible d'informer les enquêtés des résultats de leur test. Par contre, au moment de la collecte, on a remis aux personnes éligibles, qu'elles aient accepté ou non d'être testées pour le VIH, une carte de référence pour obtenir, si elles le souhaitaient, des conseils et un test gratuit auprès des établissements de santé offrant ces services.

Après obtention du consentement éclairé, l'enquêteur prélevait des gouttes de sang capillaire sur un papier filtre. Une étiquette contenant un code à barres était alors collée sur le papier filtre. On a ensuite collé une deuxième étiquette avec le même code à barres sur le questionnaire ménage, sur la ligne correspondant à la personne éligible. Les gouttes de sang sur papier filtre étaient séchées pendant 24 heures dans une boîte de séchage contenant un dessicatif pour absorber l'humidité. Le lendemain, chaque échantillon séché (Dry Blood Spot—DBS) était placé dans un petit sac en plastique imperméable et à fermeture hermétique. Les sacs en plastique individuels ont été ainsi conservés jusqu'à leur acheminement à la coordination de l'enquête à N'Djamena pour enregistrement, vérification et transfert au laboratoire de l'Hôpital Général de Référence National (HGRN). Celui-ci enregistrerait, à son tour, les prélèvements et scannait les codes à barres avant de les stocker à basse température (- 20 degrés Celsius).

Après la saisie des questionnaires à l'INSEED, le fichier des données de l'enquête a été vérifié, apuré et les coefficients de pondération ont été appliqués. Après avoir vérifié que le fichier des données se trouve dans son format final, les résultats préliminaires présentés ici ont été produits et tous les identifiants permettant de retrouver un individu (plus précisément les numéros de ménages et de grappes) ont été brouillés et remplacés par des numéros générés aléatoirement. Tous les identifiants originaux ont été détruits du fichier de données. Par ailleurs, tous les questionnaires ont également été détruits. Ce n'est qu'à ce stade que l'HGRN a été autorisé à commencer l'analyse des prélèvements de sang. Il est prévu que l'HGRN termine les analyses et donc que les résultats sur la prévalence du VIH soient disponibles d'ici trois mois environ. Un rapport préliminaire présentant l'approche méthodologique et les résultats du test de dépistage du VIH sera élaboré et publié ultérieurement.

2.4 FORMATION ET COLLECTE DES DONNÉES

2.4.1 Formation

Afin de garantir une collecte de données fiables, deux sessions de formation du personnel de terrain ont été organisées. La première session de formation a été organisée du 4 juin au 5 juillet 2014 et a été clôturée par la réalisation sur le terrain de l'enquête pilote. Au total, 58 candidats ont été formés. L'enquête pilote avait pour objectif de tester les outils de collecte et toute la stratégie de mise en œuvre de l'EDS-MICS. La deuxième session de formation a été organisée du 12 août au 12 septembre 2014 pour préparer les participants à la réalisation de l'enquête principale. Elle a concerné 230 candidats enquêteurs, enquêtrices, chefs d'équipes et contrôleuses. Parmi les 230 personnes formées, 144 ont été sélectionnées pour mener l'enquête principale sur toute l'étendue du pays.

Toutes les sessions de formation ont porté sur les techniques d'interview, le remplissage des questionnaires, les techniques de prise des mesures anthropométriques et de collecte des DBS pour le test du VIH (adultes).

L'approche utilisée a consisté en i) une lecture concomitante des manuels d'instructions et des questionnaires suivie d'explications et de démonstrations ; ii) des jeux de rôle en salle entre personnel en formation suivis de discussions ; iii) des pratiques sur le terrain dans des ménages réels et dans des formations sanitaires suivies de discussions en salle ; et iv) l'organisation régulière des évaluations des connaissances acquises suivies de discussions en salle.

2.4.2 Collecte des données

Les travaux de terrain de l'enquête pilote se sont déroulés du 2 au 5 juillet 2014 dans quatre sites de la ville de N'Djamena et quatre sites ruraux. Ces sites ont été choisis en dehors de l'échantillon de l'enquête principale. Les leçons tirées de ce pré-test (rendement des enquêteurs, acceptation de l'enquête, etc.) ont été valorisées dans la finalisation des outils de collecte et de la stratégie de mise en œuvre de l'enquête.

Les travaux de terrain de l'enquête principale ont été réalisés du 23 octobre 2014 au 09 avril 2015 par 144 agents répartis en 24 équipes de travail. Chaque équipe était composée de six personnes : un chef d'équipe, une contrôlease, un enquêteur, et trois enquêtrices. Les 24 équipes ont été placées sous la responsabilité de cinq superviseurs de terrain, membres de l'Équipe Technique de l'EDS-MICS, et cinq Superviseurs Permanents de Terrain, en raison d'une à trois équipes par superviseur. Les contrôleuses et les chefs d'équipes ont reçu une formation complémentaire axée sur le contrôle technique, l'organisation et la logistique, le contact avec les autorités et les populations.

2.5 TRAITEMENT DES DONNÉES

Le traitement de données de l'enquête a été réalisé parallèlement aux travaux de collecte des informations auprès des ménages pour un meilleur suivi de la qualité des données recueillies par les agents de terrain. La saisie a été organisée au moyen du logiciel CSPro. Un programme de contrôle de qualité a permis de détecter, pour chaque équipe, les principales erreurs de collecte. Ces informations étaient communiquées aux équipes lors des missions de coordination afin d'améliorer la qualité des données.

La vérification de la cohérence interne des données saisies, l'édition et l'apurement final de l'ensemble des données ont été réalisés en juin 2015.

3 RÉSULTATS : ENQUÊTE MÉNAGE ET ENQUÊTES INDIVIDUELLES

3.1 COUVERTURE DE L'ÉCHANTILLON

Au cours de l'EDS-MICS, parmi les 626 grappes sélectionnées, 624 grappes dans l'échantillon ont été enquêtées. Au total, 17 892 ménages ont été sélectionnés et, parmi eux, 17 422 ménages ont été identifiés au moment de l'enquête. Parmi ces 17 422 ménages, 17 233 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 99 % (Tableau 1). Les taux de réponses des ménages sont quasiment identiques en milieu rural et en milieu urbain.

Par ailleurs, l'enquête a identifié 18 438 femmes de 15-49 ans dans les 17 233 ménages interviewés au cours de l'enquête, soit au moins une femme éligible par ménage et, pour 17 719 d'entre elles, l'interview a été menée avec succès. Globalement, le taux de réponse des femmes éligibles atteint 96 %. Comme pour les ménages, le taux de réponse des femmes ne varie pas de façon importante du milieu urbain au milieu rural (94 % contre 97 %).

L'enquête homme a été réalisée dans un ménage sur trois : 5 701 hommes étaient éligibles et 5 248 ont été interviewés (taux de réponse de 92 %). Les taux de réponse enregistrés chez les hommes du milieu urbain sont plus faibles que ceux obtenus chez ceux du milieu rural (85 % contre 95 %).

Tableau 1 Résultats des interviews ménages et individuelles

Effectif de ménages, nombre d'interviews et taux de réponse par milieu de résidence (non pondéré), Tchad 2014-2015

Résultat	Résidence				
	N'Djaména	Autres Villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
Interview des ménages					
Ménages sélectionnés	1 250	2 825	4 075	13 817	17 892
Ménages identifiés	1 239	2 705	3 944	13 478	17 422
Ménages interviewés	1 221	2 659	3 880	13 353	17 233
Taux de réponse des ménages ¹	98,5	98,3	98,4	99,1	98,9
Interview des femmes de 15-49 ans					
Effectif de femmes éligibles	1 594	2 943	4 537	13 901	18 438
Effectif de femmes éligibles interviewées	1 466	2 819	4 285	13 434	17 719
Taux de réponse des femmes éligibles ²	92,0	95,8	94,4	96,6	96,1
Interview des hommes de 15-59 ans					
Effectif d'hommes éligibles	717	1 060	1 777	3 924	5 701
Effectif d'hommes éligibles interviewés	591	924	1 515	3 733	5 248
Taux de réponse des hommes éligibles ²	82,4	87,2	85,3	95,1	92,1

¹ Ménages enquêtés/ménages identifiés.

² Enquêtes interviewés/Enquêtes éligibles.

3.2 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉS

Les résultats du Tableau 2 présentent les caractéristiques sociodémographiques de la population éligible de l'enquête. Il s'agit des femmes âgées de 15-49 ans et des hommes âgés de 15-59 ans. En ce qui concerne cette dernière cible, l'essentiel des résultats présentés dans le tableau porte sur les hommes âgés de 15-49 ans. Ce tableau présente, pour chaque catégorie le nombre de cas non pondérés, c'est-à-dire le nombre de personnes enquêtées dans chaque catégorie, et le nombre de cas pondérés, c'est-à-dire le nombre de personnes enquêtées dans chaque catégorie, ajusté en utilisant les poids de sondage, ces derniers étant normalisés au niveau national. Du fait de la normalisation des poids, le nombre de cas pondéré égale le nombre de cas non pondérés au niveau national. Il faut préciser que dans le cadre de ce rapport, les effectifs et les proportions présentés dans tous les tableaux sont des résultats pondérés.

Tableau 2 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Répartition (en %) des femmes et des hommes de 15-49 ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Tchad 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Groupe d'âge						
15-19	22,2	3 934	3 889	26,1	1 229	1 222
20-24	17,3	3 059	2 995	16,0	755	737
25-29	18,3	3 250	3 287	13,4	634	631
30-34	14,5	2 566	2 540	13,3	627	619
35-39	11,6	2 060	2 115	12,2	576	562
40-44	8,5	1 504	1 545	10,0	469	510
45-49	7,6	1 347	1 348	9,0	424	420
Religion						
Catholique	20,0	3 543	2 734	20,7	974	755
Protestante	23,9	4 230	2 904	23,0	1 083	778
Musulmane/Islam	52,1	9 236	11 459	51,4	2 425	2 943
Animiste	0,3	50	45	1,0	45	41
Autre chrétienne	0,2	35	25	0,5	24	22
Sans religion	2,8	504	440	3,0	142	136
Autre	0,0	3	3	0,1	3	2
Manquant	0,7	118	109	0,4	18	24
Ethnie¹						
Gorane	5,8	1 030	2 192	5,7	267	551
Arabe	9,6	1 698	1 804	10,2	483	486
Baguirmi/Barma	1,1	193	196	1,5	69	69
Kanembou/Bornou/ Boudouma	9,7	1 718	1 869	10,2	480	544
Boulala/Médégo/Kouka	3,6	640	561	4,3	201	176
Ouadaï/Maba/Massalit/Mimi	7,5	1 330	1 344	5,3	251	262
Zaghawa/Bideyat/Kobé	1,1	201	556	1,1	50	122
Dadajo/Kibet/Mouro	2,5	442	655	2,0	95	145
Bidio/Migami/Kenga/Dangléat	2,6	459	433	2,1	98	90
Moundang	2,7	482	503	2,7	126	131
Massa/Mousseye/ Mousgoume	4,9	870	641	4,9	231	182
Toupouri/Kéra	2,1	367	287	1,8	84	68
Sara (Ngambaye/Sara Madjin-Gaye/Mbaye)	29,9	5 297	3 655	32,7	1 541	1 110
Peul/Foulbé/Bodoré	1,9	335	337	1,5	72	84
Tama/Assongori/Mararit	1,1	203	354	1,1	51	101
Gabri/Kabalaye/Nangtché/						
Soumraye	2,0	347	272	1,9	91	73
Marba/Lélé/Mesmé	3,7	648	489	2,7	129	98
Mesmedjé/Massalat/ Kadjaksé	0,8	134	118	0,8	37	33
Karo/Zimé/Pévé	1,3	232	264	1,3	63	76
Autres Ethnies Tchadiennes (Achit/Banda/Kim)	3,2	574	627	3,8	179	180
Autres Ethnies d'Origine Étrangère (Bambara/ Haoussa/Tower)	0,9	152	132	0,8	40	35
Autres Nationalités	0,4	65	60	0,1	6	3
Manquant	1,7	303	370	1,5	71	82
État matrimonial						
Célibataire	16,6	2 940	2 815	40,6	1 915	1 925
Marié	68,1	12 063	12 547	53,1	2 501	2 514
Vivant ensemble	6,8	1 199	892	3,7	177	144
Divorcé/séparé	5,3	937	904	2,3	107	101
Veuf	3,3	580	561	0,3	15	17
Résidence						
N'Djaména	9,2	1 627	1 466	12,1	570	556
Autres Villes	14,6	2 581	2 819	18,0	847	848
Ensemble urbain	23,8	4 209	4 285	30,1	1 417	1 404
Rural	76,2	13 510	13 434	69,9	3 298	3 297

À suivre...

Tableau 2—Suite

Caractéristique sociodémographique	Femmes			Hommes		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non pondéré
Région						
Batha	3,9	691	654	3,9	183	180
Borkou/Tibesti	0,5	84	598	0,3	15	117
Chari Baguirmi	4,2	750	831	3,9	186	207
Guéra	5,7	1 003	864	5,6	264	193
Hadjer-Lamis	6,7	1 183	901	6,2	294	238
Kanem	3,9	689	908	3,2	153	211
Lac	5,5	978	929	6,1	287	295
Logone Occidental	6,5	1 151	832	7,3	345	256
Logone Oriental	9,4	1 662	830	9,5	447	244
Mandoul	7,0	1 238	874	8,0	375	266
Mayo Kebbi Est	7,3	1 302	935	6,7	316	237
Mayo Kebbi Ouest	5,4	956	1 053	4,7	223	251
Moyen Chari	5,5	972	771	6,8	319	248
Ouadaï	5,1	912	722	3,4	161	123
Salamat	2,0	349	761	1,9	90	195
Tandjilé	6,1	1 073	827	5,3	248	196
Wadi Fira	2,6	459	837	1,9	89	191
N'Djaména	9,2	1 627	1 466	12,1	570	556
Barh El Gazal	1,3	233	767	1,5	70	217
Ennedi	0,5	87	723	0,4	17	158
Sila	1,8	320	636	1,3	63	122
Niveau d'instruction						
Aucun	62,4	11 060	12 195	36,2	1 708	2 077
Primaire	22,7	4 020	3 311	26,6	1 252	1 111
Secondaire	13,9	2 470	2 080	33,2	1 565	1 349
Supérieur	1,0	169	133	4,0	190	164
Quintiles de bien-être économique						
Le plus bas	19,0	3 374	3 183	14,8	700	660
Second	19,5	3 450	3 247	19,5	917	855
Moyen	19,6	3 476	3 591	19,9	939	985
Quatrième	20,2	3 587	4 040	17,8	840	956
Le plus élevé	21,6	3 832	3 658	28,0	1 319	1 245
Ensemble 15-49	100,0	17 719	17 719	100,0	4 715	4 701
50-59	na	na	na	na	533	547
Ensemble 15-59	na	na	na	na	5 248	5 248

Note : Le niveau d'instruction correspond au plus haut niveau atteint, qu'il soit achevé ou non.

na = Non applicable

¹ La variable ethnique est basée sur le regroupement fait à partir du RGPH de 2009.

Quel que soit le sexe, au niveau de la structure par âge, on constate que les proportions diminuent régulièrement avec l'augmentation de l'âge. Les résultats mettent en évidence la jeunesse de la population tchadienne, le groupe d'âges de 15-24 ans représentant 40 % des femmes et 42 % des personnes de sexe masculin. Trois personnes sur cinq (58 % pour les femmes et 56 % pour les hommes) sont âgées de moins de 30 ans. En revanche, dans les groupes d'âges de 40-44 ans et 45-49 ans, les différentes proportions sont inférieures à 11 %.

Les résultats concernant la religion montrent que la moitié des femmes et des hommes sont de religion musulmane (respectivement 52 % et 51 %), les chrétiens représentent 44 % des femmes et 44 % des hommes ; dans ce dernier groupe la proportion de protestants est un peu plus élevée que celle des catholiques, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes.

Les résultats concernant la composition ethnique rendent compte de la diversité culturelle du Tchad. Selon les regroupements effectués, on constate que les principaux groupes sont : les Sara (30 % des femmes et 33 % des hommes) ; les Arabes et les Kanembou/Bornou/Boudouma (respectivement 10 % pour chaque sexe) ; dans des proportions un peu plus faibles, on peut citer les Ouadaï/Maba/Massalit/Mimi (8 % pour les femmes et 5 % pour les hommes) et les Gorane (6 % pour chacun sexe). Les autres groupes ethniques du Tchad représentent chacun moins de 5 % de la population.

En ce qui concerne l'état matrimonial, on constate que la majeure partie de la population vit en union. Les mariés et ceux qui vivent ensemble représentent respectivement 68 % et 7 % parmi les enquêtés de sexe féminin ; chez les hommes, ces proportions sont respectivement de 53 % et 4 %. On note que la proportion de célibataires est particulièrement plus élevée chez les hommes (41 %) que chez les femmes (17 %). Cet écart peut provenir, en partie, par un âge d'entrée en première union plus tardif chez les hommes que chez les femmes.

Selon la répartition spatiale de la population, on note que la proportion d'hommes qui vivent en milieu urbain est plus élevée que celle des femmes (30 % contre 24 %). La répartition des enquêtés selon les régions administratives reflète bien le poids démographique respectif de chaque région.

En outre, on constate que globalement, les hommes sont plus instruits que les femmes. En effet, les proportions d'enquêtés qui n'ont aucun niveau d'instruction sont nettement plus élevées chez les femmes que chez les hommes (62 % contre 36 %). De même, la proportion de femmes qui n'ont atteint que le niveau d'instruction primaire est de 23 % contre 27 % chez les hommes. En outre, on constate que les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à avoir atteint le niveau d'instruction secondaire ou supérieur : 37 % des hommes ont un niveau d'instruction secondaire ou supérieur contre 15 % des femmes.

3.3 FÉCONDITÉ

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 présentés 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 réduire les effets des transferts possibles d'année de naissance des enfants déclarés par la mère. La fécondité est mesurée par les taux de fécondité par groupe d'âges quinquennaux et par 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.

3.3.1 Niveau de la fécondité

Le Tableau 3 indique qu'au niveau national la fécondité des femmes tchadiennes reste élevée puisque l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est estimé à 6,4 enfants par femme. Ce tableau montre aussi que les taux de fécondité par groupe d'âges suivent en général le schéma observé dans des pays à forte fécondité. Dans le cas du Tchad, ce schéma est caractérisé par une fécondité précoce élevée (179 ‰ à 15-19 ans) qui augmente rapidement pour atteindre le maximum à 25-29 ans (294 ‰) avant de décroître très rapidement.

Les données mettent en évidence des différences très nettes de fécondité selon le milieu de résidence. En effet, les femmes du milieu urbain ont une fécondité nettement plus faible que celles qui vivent en milieu rural (5,4

Tableau 3. Fécondité actuelle

Taux de fécondité par âge, Indice Synthétique de Fécondité (ISF), Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) et Taux Brut de Natalité (TBN) pour la période des trois années ayant précédé l'enquête selon le milieu de résidence, Tchad 2014-2015

Groupe d'âges	Résidence				
	N'Djaména	Autres Villes	Ensemble urbain	Rural	Ensemble
15-19	129	129	129	197	179
20-24	238	255	247	305	291
25-29	247	281	269	301	294
30-34	220	231	227	261	254
35-39	132	139	137	181	171
40-44	(49)	56	54	82	76
45-49	(22)	13	16	27	25
ISF (15-49)	5,2	5,5	5,4	6,8	6,4
TGFG	184	196	191	242	230
TBN	37,8	34,9	36,0	41,8	40,5

Note : Les taux sont exprimés pour 1000 femmes. Les taux pour le groupe d'âges 45-49 ans peuvent être légèrement biaisés pour cause de troncature. Les taux correspondent à la période 1-36 mois avant l'enquête.

ISF : Indice Synthétique de Fécondité exprimé pour une femme.

TGFG : Taux Global de Fécondité Générale exprimé pour 1 000 femmes âgées de 15-44 ans.

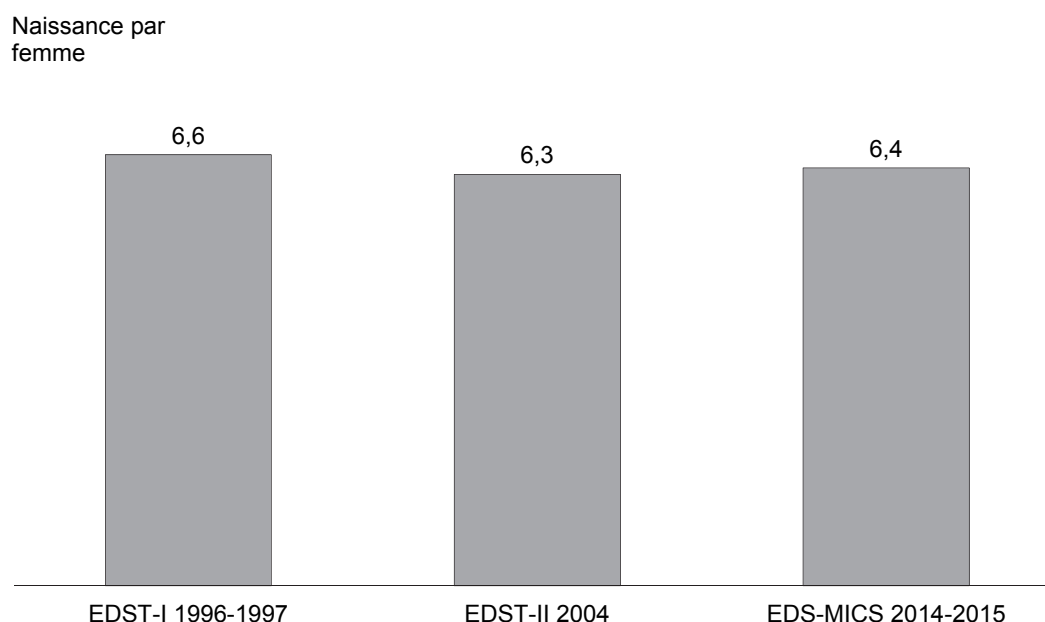
TBN : Taux Brut de Natalité exprimé pour 1 000 individus.

enfants par femme contre 6,8 enfants par femme). Dans le cas de N'Djamena (5,2 enfants par femme), on constate que l'ISF est légèrement plus faible que dans les autres villes du pays (5,5 enfants par femme).

3.3.2 Tendance de la fécondité

La comparaison des résultats de l'EDST-I 1996-1997 avec ceux de l'EDST-II 2004 et ceux de l'EDS-MICS 2014-2015 (Graphique 1) montre que la fécondité a légèrement diminué entre l'EDST-I et l'EDST-II, le nombre moyen d'enfants par femme étant passé de 6,6 en 1996-1997 à 6,3 en 2004. Par contre, au cours des 10 dernières années, on ne note pratiquement pas de changement du niveau de la fécondité, l'ISF étant passé de 6,3 enfants par femme à l'EDST-II et à 6,4 enfants par femme à l'enquête actuelle.

Graphique 1 Tendance de l'Indice Synthétique de Fécondité, selon l'EDST-I 1996-1997, l'EDST-II 2004 et l'EDS-MICS 2014-2015



3.3.3 Fécondité des adolescentes

Les adolescentes, c'est-à-dire les jeunes femmes âgées de 15-19 ans, constituent un groupe à risque en matière de fécondité. Pour cette raison, le niveau de leur fécondité occupe une place importante dans l'élaboration des politiques et la mise en œuvre des stratégies et des programmes de la santé de la reproduction. Cette analyse revêt une grande importance pour des raisons diverses. En effet, les enfants de mères jeunes (moins de 20 ans) courent généralement un risque plus important de décéder que ceux issus de mères plus âgées. De même, les accouchements précoces augmentent le risque de décéder chez les adolescentes. Enfin, l'entrée précoce des jeunes filles dans la vie féconde réduit considérablement leurs opportunités scolaires.

Le Tableau 4 présente la proportion d'adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante ou qui sont enceintes d'un premier enfant et de celles qui ont déjà commencé leur vie féconde (somme de la proportion de celles qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants et de la proportion de celles qui sont déjà enceintes d'un premier enfant) selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 4 Fécondité des adolescentes

Pourcentage d'adolescentes de 15-19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante ou qui sont enceintes d'un premier enfant et pourcentage qui ont déjà commencé leur vie procréative, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Tchad 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes de 15-19 ans qui :		Pourcentage ayant déjà commencé leur vie procréative	Effectif de femmes
	Ont eu une naissance vivante	Sont enceintes d'un premier enfant		
Age				
15	6,0	2,1	8,1	967
16	16,4	8,8	25,2	761
17	27,9	6,6	34,4	679
18	48,3	7,1	55,4	1 001
19	62,1	5,2	67,3	527
Résidence				
N'Djaména	19,6	4,7	24,4	436
Autres Villes	22,5	4,8	27,3	589
Ensemble urbain	21,3	4,8	26,1	1 024
Rural	33,1	6,2	39,4	2 909
Région				
Batha	27,2	2,6	29,8	145
Borkou/Tibesti	14,3	4,4	18,7	18
Chari Baguirmi	49,0	6,4	55,4	141
Guéra	43,8	4,2	48,0	187
Hadjer-Lamis	33,1	9,0	42,1	294
Kanem	21,6	7,4	29,1	166
Lac	14,0	9,6	23,6	272
Logone Occidental	28,4	5,2	33,6	260
Logone Oriental	38,0	6,6	44,6	352
Mandoul	34,8	6,7	41,4	233
Mayo Kebbi Est	38,5	5,2	43,7	296
Mayo Kebbi Ouest	24,9	4,3	29,2	253
Moyen Chari	32,8	3,9	36,8	221
Ouaddaï	25,3	2,7	27,9	147
Salamat	49,6	7,9	57,5	61
Tandjilé	31,7	6,1	37,8	252
Wadi Fira	14,4	5,7	20,1	89
N'Djaména	19,6	4,7	24,4	436
Barh El Gazal	27,5	8,7	36,2	49
Ennedi	12,5	1,8	14,3	18
Sila	41,6	4,3	45,9	45
Niveau d'instruction				
Aucun	34,4	7,0	41,4	1 742
Primaire	33,1	5,4	38,5	1 136
Secondaire ou plus	19,6	4,5	24,1	1 056
Quintiles de bien-être économique				
Le plus bas	42,1	5,1	47,2	695
Second	41,8	5,5	47,3	713
Moyen	25,1	6,1	31,2	746
Quatrième	25,2	7,9	33,1	800
Le plus élevé	20,7	4,7	25,4	980
Ensemble	30,1	5,8	35,9	3 934

On constate que 36 % des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde : 30 % d'entre elles ont eu au moins un enfant et 6 % sont enceintes du premier enfant. La proportion d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde augmente rapidement avec l'âge, passant de 8 % à 15 ans à 67 % à 19 ans, âge auquel 62 % des jeunes filles ont déjà eu au moins un enfant. Elle est nettement plus élevée en milieu rural (39 %) qu'en milieu urbain (26 %). Le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction, passant de 41 % parmi les adolescentes sans aucun niveau d'instruction à 24 % parmi celles ayant atteint le niveau secondaire ou supérieur. De même, cette proportion décroît considérablement en fonction du niveau de bien-être économique du ménage, passant de 47 % chez les adolescentes dont le ménage est classé dans le quintile le plus bas à 25 % parmi celles vivant dans un ménage du quintile le plus élevé.

3.3.4 Désir d'enfants (supplémentaires)

Les questions relatives aux préférences en matière de fécondité permettent d'évaluer le degré de réussite des couples dans le contrôle de leur fécondité, et de mesurer les besoins futurs du Tchad en matière de contraception, non seulement pour espacer, mais aussi pour limiter les naissances. Au cours de l'EDS-MICS, des questions ont été posées aux femmes concernant leur désir d'avoir ou non des enfants supplémentaires dans l'avenir, au délai d'attente avant d'avoir un prochain enfant et au nombre total d'enfants désirés.

Le Tableau 5 présente les résultats concernant les préférences des femmes en union en matière de fécondité. Parmi les femmes actuellement en union, 12 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfant. À l'opposé, dans 74 % des cas, les femmes ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant : 43 % souhaiteraient cet enfant dans un délai de deux ans ou plus, alors que 24 % le souhaiteraient rapidement, c'est-à-dire dans les deux années à venir. Enfin, dans 8 % des cas, les femmes voudraient un enfant ou un enfant supplémentaire mais elles ne précisent pas à quel moment elles veulent cet enfant.

Par rapport à 2004, la proportion des femmes qui ne veulent plus d'enfant a connu une relative hausse passant de 8 % en 2004 à 12 % en 2014-2015 tandis que la proportion de celles qui désiraient un enfant (ou enfant supplémentaire) n'a presque pas changé (76 % contre 74 %).

Tableau 5 Préférences en matière de fécondité par nombre d'enfants vivants

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans, actuellement en union, par désir d'enfants, selon le nombre d'enfants vivants, Tchad 2014-2015

Désir d'enfants	Nombre d'enfants vivants ¹							Ensemble
	0	1	2	3	4	5	6+	
Veut un autre bientôt ²	71,0	29,0	26,3	24,0	23,9	17,9	15,2	23,6
Veut un autre plus tard ³	5,1	54,6	56,3	54,0	47,7	43,3	28,4	42,7
Veut un autre, NSP quand	9,9	9,6	8,6	7,9	7,5	8,1	5,3	7,5
Indécise	3,9	2,9	3,5	5,0	5,9	9,2	10,5	6,7
Ne veut plus d'enfant	0,5	0,8	2,4	5,4	8,4	15,6	26,6	12,0
Stérilisé ⁴	0,0	0,4	0,0	0,0	0,2	0,0	0,5	0,2
S'est déclarée stérile	8,3	2,5	2,6	3,3	5,3	4,9	12,3	6,4
Manquant	1,4	0,1	0,3	0,5	1,0	1,1	1,1	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif de femmes	545	1 699	1 885	1 797	1 779	1 712	3 846	13 263

¹ Le nombre d'enfants vivants inclut la grossesse actuelle.

² Veut une autre naissance dans les deux ans.

³ Veut espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus.

⁴ Y compris la stérilisation féminine et masculine.

La proportion de femmes qui veulent limiter leur descendance augmente rapidement avec le nombre d'enfants vivants : de moins d'1 % chez les femmes sans enfant vivant ou ayant un enfant vivant, elle passe à 2 % chez les femmes ayant deux enfants vivant, à 8 % chez celles en ayant quatre pour atteindre un maximum de 27 % chez les femmes ayant six enfants ou plus.

3.4 CONTRACEPTION

3.4.1 Utilisation actuelle de la contraception

L'utilisation des méthodes contraceptives, particulièrement les méthodes modernes, est un moyen permettant aux individus et aux couples de planifier leurs naissances, autant en espaçant les naissances qu'en limitant leur nombre. Ceci n'est possible que par l'existence de structures qui offrent des services et qui fournissent des conseils et des méthodes variées.

Au cours de l'EDS-MICS, des questions relatives aux différents volets concernant la planification familiale ont été posées. On a demandé à toutes les femmes qui n'étaient pas enceintes si elles utilisaient une méthode pour éviter de tomber enceinte. Les réponses à cette question ont permis de mesurer la prévalence contraceptive actuelle. Cet indicateur se définit comme étant la proportion de femmes utilisant une méthode de contraception au moment de l'enquête.

Il ressort du Tableau 6.1 que l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes en union est faible. En effet, seulement 6 % des femmes de 15-49 ans en union ont déclaré qu'elles utilisent actuellement une méthode quelconque (moderne ou traditionnelle) au moment de l'enquête ; en majorité, ces femmes utilisent une méthode moderne (5 %). Les méthodes modernes les plus couramment utilisées sont les injectables (2 %), les implants (1 %) et la méthode de l'allaitement maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) (1 %). La prévalence contraceptive moderne varie selon le groupe d'âges. La plus forte proportion d'utilisatrices se situe dans le groupe d'âges 30-34 ans (8 %), âges auxquels la fécondité est élevée. La plus faible prévalence est observée chez les femmes de moins de 20 ans (2 %) et parmi celles de 45-49 ans (3 %).

L'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en union est plus élevée en milieu urbain (10 %) qu'en milieu rural (4 %). Dans les régions, on constate des écarts importants, la prévalence moderne variant de 13 % dans les régions du Mandoul (13 %) et de 11 % dans celles du Logone Occidental, du Logone Oriental, et dans le Moyen Chari et à N'Djamena (11 % chacune) à 0 % dans la région du Barh El Gazal. On note une augmentation de la proportion d'utilisatrices de méthodes contraceptives modernes avec le niveau d'instruction : 3 % parmi celles sans niveau d'instruction contre, 8 % parmi celles ayant le niveau primaire et 14 % chez celles ayant le niveau secondaire ou supérieur. Par rapport au nombre d'enfants vivants, la prévalence contraceptive moderne est plus élevée chez les femmes ayant au moins un enfant.

C'est parmi les femmes non en union, mais sexuellement actives (Tableau 6.2), que la prévalence contraceptive est la plus élevée : 21 % utilisaient une méthode contraceptive au moment de l'enquête : 19 % utilisaient une méthode moderne et 2 % une méthode traditionnelle. La méthode moderne la plus fréquemment utilisée par ce groupe de femmes est le condom masculin et ceci dans une proportion de 12 %. Dans ce groupe de femmes comme dans l'ensemble, on constate que c'est la continence périodique (méthode du rythme) qui est la méthode traditionnelle la plus utilisée (2 %). Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes est plus élevé en milieu urbain (29 %) qu'en milieu rural (7 %).

Tableau 6.1. Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans en union et des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actuelles, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Tchad 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne										Une méthode traditionnelle				N'utilise pas actuelle- ment	Effectif de femmes
		N'importe méthode moderne	Stérili- sation féminine	Pilule	DIU	Injec- tibles	Condom			MAMA	Autre	Une méthode traditionnelle		Total			
							Implants	masculin				Rythme	Retrait		Autre		
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION																	
Age																	
15-19	2,9	2,3	0,0	0,0	0,2	0,7	0,2	0,2	0,8	0,0	0,7	0,7	0,0	0,0	97,1	1 505	
20-24	4,3	3,5	0,0	0,1	0,4	1,4	0,4	0,6	0,9	0,0	0,9	0,7	0,0	0,2	95,7	2 388	
25-29	5,9	5,4	0,2	0,0	0,4	2,0	1,0	0,3	1,4	0,1	0,5	0,5	0,0	0,0	94,1	2 951	
30-34	8,3	7,5	0,2	0,0	0,8	3,1	1,6	0,2	1,6	0,0	0,8	0,4	0,1	0,2	91,7	2 287	
35-39	7,2	6,6	0,4	0,1	0,4	3,2	1,6	0,1	0,9	0,0	0,6	0,5	0,1	0,0	92,8	1 821	
40-44	6,0	5,7	0,6	0,0	0,2	2,2	1,8	0,0	0,5	0,0	0,4	0,4	0,0	0,0	94,0	1 277	
45-49	3,1	2,8	0,6	0,0	0,2	1,3	0,6	0,0	0,1	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	96,9	1 033	
Résidence																	
N Djaména	12,6	11,3	0,1	0,0	0,9	6,4	1,3	1,6	0,6	0,3	1,3	1,0	0,1	0,1	87,4	944	
Autres Villes	10,4	9,5	0,1	0,1	1,1	5,1	2,0	0,5	0,6	0,0	1,0	0,8	0,1	0,1	89,6	1 678	
Ensemble urbain	11,2	10,1	0,1	0,0	1,0	5,6	1,7	0,9	0,6	0,1	1,1	0,9	0,1	0,1	88,8	2 622	
Rural	4,3	3,8	0,3	0,0	0,2	1,2	0,9	0,1	1,1	0,0	0,5	0,4	0,0	0,1	95,7	10 640	
Région																	
Batha	1,0	1,0	0,0	0,0	0,3	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	99,0	519	
Borkou/Tibesti	1,2	1,2	0,0	0,0	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	98,8	60	
Chari Baguirmi	0,9	0,7	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	99,1	656	
Guéra	4,2	3,9	0,0	0,0	1,0	2,1	0,6	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	95,8	807	
Hadjer-Lamis	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	99,7	944	
Kanem	0,4	0,3	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	99,6	522	
Lac	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	99,9	716	
Logone Occidental	11,9	10,5	0,5	0,8	0,0	4,6	1,7	0,2	2,6	0,0	1,4	1,2	0,0	0,2	88,1	801	
Logone Oriental	12,8	11,3	1,3	0,2	0,1	2,7	3,6	0,5	3,0	0,0	1,5	1,5	0,0	0,0	87,2	1 247	
Mandoul	13,7	12,6	0,3	0,9	0,0	4,1	1,9	0,1	5,3	0,0	1,1	0,7	0,0	0,4	86,3	973	
Mayo Kebbi Est	2,5	2,0	0,0	0,3	0,0	1,0	0,6	0,2	0,0	0,0	0,5	0,2	0,1	0,2	97,5	1 055	
Mayo Kebbi Ouest	3,1	2,7	0,5	1,1	0,0	0,9	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	96,9	690	
Moyen Chari	12,5	11,4	0,2	0,0	0,5	4,8	2,8	0,8	2,3	0,0	1,2	1,2	0,0	0,0	87,5	683	
Ouaddaï	1,9	1,1	0,0	0,0	0,0	0,4	0,5	0,0	0,2	0,0	0,8	0,8	0,0	0,0	98,1	703	
Salamat	3,3	3,2	0,2	0,1	0,0	2,4	0,4	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	96,7	296	
Tandjilé	3,5	3,4	0,2	0,1	0,0	1,7	1,3	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	96,5	801	
Wadi Fira	0,3	0,3	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	99,7	352	
N'Djaména	12,6	11,3	0,1	0,9	0,0	6,4	1,3	1,6	0,6	0,3	1,3	1,0	0,1	0,1	87,4	944	
Bath El Gazal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	178	
Ennedi	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	99,8	62	
Sila	2,4	1,8	0,0	0,1	0,0	1,1	0,0	0,0	0,6	0,0	0,6	0,4	0,2	0,0	97,6	255	
Niveau d'instruction																	
Aucun	3,2	2,9	0,2	0,0	0,3	1,1	0,6	0,0	0,6	0,0	0,3	0,2	0,0	0,0	96,8	9 069	
Primaire	8,7	7,8	0,2	0,4	0,1	2,6	2,3	0,0	2,2	0,0	0,9	0,6	0,0	0,2	91,3	2 881	
Secondaire ou plus	15,9	13,7	0,4	0,0	0,7	7,4	1,5	2,1	1,2	0,2	2,2	2,1	0,1	0,0	84,1	1 313	
Quintiles de bien-être économique																	
Le plus bas	4,5	3,8	0,2	0,0	0,2	1,1	0,8	0,2	1,4	0,0	0,7	0,6	0,0	0,2	95,5	2 501	
Second	4,3	4,1	0,5	0,3	0,1	1,3	1,2	0,1	0,8	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	95,7	2 804	
Moyen	5,0	4,3	0,2	0,0	0,3	1,6	0,9	0,0	1,2	0,0	0,6	0,6	0,0	0,0	95,0	2 742	
Quatrième	3,5	3,1	0,2	0,3	0,0	0,9	0,7	0,0	1,0	0,0	0,4	0,3	0,0	0,1	96,5	2 845	
Le plus élevé	11,7	10,6	0,0	1,0	0,1	5,9	1,7	1,0	0,8	0,1	1,2	1,0	0,1	0,1	88,3	2 370	
Nombre d'enfants vivants																	
0	1,1	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,2	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	98,9	879	
1-2	5,2	4,2	0,2	0,3	0,1	1,6	0,6	0,6	0,9	0,0	0,9	0,7	0,1	0,1	94,8	3 616	
3-4	5,1	4,6	0,1	0,3	0,1	2,0	1,0	0,1	1,0	0,1	0,6	0,5	0,0	0,1	94,9	3 522	
5+	7,1	6,5	0,4	0,5	0,0	2,8	1,5	0,0	1,3	0,0	0,5	0,4	0,0	0,1	92,9	5 246	
Ensemble	5,7	5,0	0,2	0,4	0,0	2,1	1,0	0,3	1,0	0,0	0,6	0,5	0,0	0,1	94,3	13 263	

Note : Si plus d'une méthode est utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.

MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

Tableau 6.2 Utilisation actuelle de la contraception par caractéristiques sociodémographiques

Répartition (en %) des femmes de 15-49 ans qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives, par méthode contraceptive actuellement utilisée, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Tchad 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	N'importe quelle méthode	Une méthode moderne	Une méthode moderne						Une méthode traditionnelle	Une méthode traditionnelle	N'utilise pas actuellement	Total	Effectif de femmes
			Stérilisation féminine	Pilule	Injec-tables	Implants	Condom masculin	Autre		Rythme			
Résidence													
N'Djaména	26,7	25,1	0,0	2,2	6,8	1,1	14,0	1,1	1,6	1,6	73,3	100,0	82
Autres Villes	34,8	30,8	2,0	0,7	4,4	3,3	20,4	0,0	4,0	4,0	65,2	100,0	120
Ensemble urbain	31,5	28,5	1,2	1,3	5,3	2,4	17,8	0,4	3,0	3,0	68,5	100,0	202
Rural	7,0	7,0	0,0	0,7	1,4	1,0	3,9	0,0	0,0	0,0	93,0	100,0	166
Ensemble	20,5	18,8	0,6	1,0	3,5	1,8	11,5	0,2	1,7	1,7	79,5	100,0	367

Note : Si plus d'une méthode est utilisée, seule la plus efficace est prise en compte dans ce tableau.

MAMA = Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

3.4.2 Besoins en matière de planification familiale

La demande potentielle en matière de contraception et l'identification des femmes qui ont des besoins élevés en services de planification familiale constituent des problèmes importants de tout programme de planification familiale. Les femmes fécondes qui n'utilisent pas la contraception, mais qui souhaitent espacer leur prochaine naissance (espacement) ou qui ne veulent plus d'enfant (limitation) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

Le Tableau 7 présente, pour les femmes de 15-49 ans actuellement en union, les estimations des besoins non satisfaits et des besoins satisfaits en matière de contraception selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Le Graphique 2 présente la tendance des besoins non satisfaits en planification familiale au Tchad entre 1996-1997 (EDST-I), 2004 (EDST-II) et 2014-2015 (EDS-MICS).

On estime que, dans l'ensemble, 23 % des femmes en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. La proportion de femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale a légèrement augmenté entre 1996-1997 et 2014-2015 : elle était de 17 % en 1996-1997 et de 23 % en 2014-2015.

Tableau 7. Besoins en matière de planification familiale des femmes actuellement en union et des femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives

Pourcentage de femmes de 15-49 ans, actuellement en union et de femmes qui ne sont pas en union et qui sont sexuellement actives ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage ayant des besoins satisfaits en matière de planification familiale, pourcentage de femmes ayant des besoins satisfaits par des méthodes modernes ; pourcentage de demande en planification familiale ; pourcentage de demande en planification familiale satisfaite et pourcentage de demande en planification familiale satisfaite par des méthodes modernes, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Tchad 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	Besoins non satisfaits	Besoins satisfaits (utilisation actuelle)		Demande totale en planification familiale ³	Pourcentage de demande satisfaite ¹		Effectif de femmes
		N'importe quelle méthode	Une méthode moderne ²		N'importe quelle méthode	Une méthode moderne ²	
FEMMES ACTUELLEMENT EN UNION							
Age							
15-19	22,5	2,9	2,3	25,4	11,5	8,9	1 505
20-24	24,9	4,3	3,5	29,2	14,9	11,8	2 388
25-29	24,5	5,9	5,4	30,4	19,3	17,8	2 951
30-34	25,0	8,3	7,5	33,3	24,8	22,4	2 287
35-39	23,9	7,2	6,6	31,1	23,2	21,2	1 821
40-44	21,6	6,0	5,7	27,6	21,8	20,5	1 277
45-49	9,7	3,1	2,8	12,8	24,0	21,8	1 033
Résidence							
N'Djaména	29,6	12,6	11,3	42,1	29,8	26,7	944
Autres Villes	24,2	10,4	9,5	34,6	30,1	27,4	1 678
Ensemble urbain	26,1	11,2	10,1	37,3	30,0	27,1	2 622
Rural	22,1	4,3	3,8	26,4	16,2	14,3	10 640
Région							
Batha	23,8	1,0	1,0	24,9	4,1	4,1	519
Borkou/Tibesti	24,4	1,2	1,2	25,6	4,9	4,9	60
Chari Baguirmi	29,6	0,9	0,7	30,5	2,9	2,2	656
Guéra	15,7	4,2	3,9	19,9	21,0	19,8	807
Hadjer-Lamis	21,4	0,3	0,3	21,7	1,5	1,5	944
Kanem	19,2	0,4	0,3	19,5	2,0	1,5	522
Lac	15,5	0,1	0,1	15,6	0,4	0,4	716
Logone Occidental	26,2	11,9	10,5	38,1	31,3	27,6	801
Logone Oriental	22,1	12,8	11,3	34,9	36,7	32,4	1 247
Mandoul	24,9	13,7	12,6	38,6	35,4	32,6	973
Mayo Kebbi Est	24,6	2,5	2,0	27,1	9,1	7,4	1 055
Mayo Kebbi Ouest	22,8	3,1	2,7	25,8	11,8	10,5	690
Moyen Chari	26,7	12,5	11,4	39,2	32,0	29,0	683
Ouaddaï	21,5	1,9	1,1	23,4	8,2	4,6	703
Salamat	23,4	3,3	3,2	26,7	12,4	12,1	296
Tandjilé	23,1	3,5	3,4	26,6	13,3	12,7	801
Wadi Fira	15,1	0,3	0,3	15,4	1,8	1,8	352
N'Djaména	29,6	12,6	11,3	42,1	29,8	26,7	944
Barh El Gazal	20,2	0,0	0,0	20,2	0,0	0,0	178
Ennedi	13,4	0,2	0,2	13,6	1,4	1,4	62
Sila	24,2	2,4	1,8	26,6	9,1	6,7	255
Niveau d'instruction							
Aucun	21,7	3,2	2,9	24,9	12,8	11,7	9 069
Primaire	25,4	8,7	7,8	34,1	25,6	23,0	2 881
Secondaire ou plus	26,3	15,9	13,7	42,2	37,6	32,4	1 313
Quintiles de bien-être économique							
Le plus bas	23,2	4,5	3,8	27,7	16,3	13,6	2 501
Second	22,6	4,3	4,1	26,9	16,1	15,3	2 804
Moyen	21,3	5,0	4,3	26,3	18,9	16,5	2 742
Quatrième	21,7	3,5	3,1	25,2	13,9	12,4	2 845
Le plus élevé	26,4	11,7	10,6	38,1	30,8	27,7	2 370
Ensemble	22,9	5,7	5,0	28,6	19,8	17,6	13 263
FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVES							
Résidence							
N'Djaména	55,8	26,7	25,1	82,5	32,4	30,5	82
Autres Villes	46,1	34,8	30,8	80,9	43,0	38,0	120
Ensemble urbain	50,0	31,5	28,5	81,5	38,7	34,9	202
Rural	64,4	7,0	7,0	71,3	9,8	9,8	166
Ensemble	56,5	20,5	18,8	76,9	26,6	24,4	367

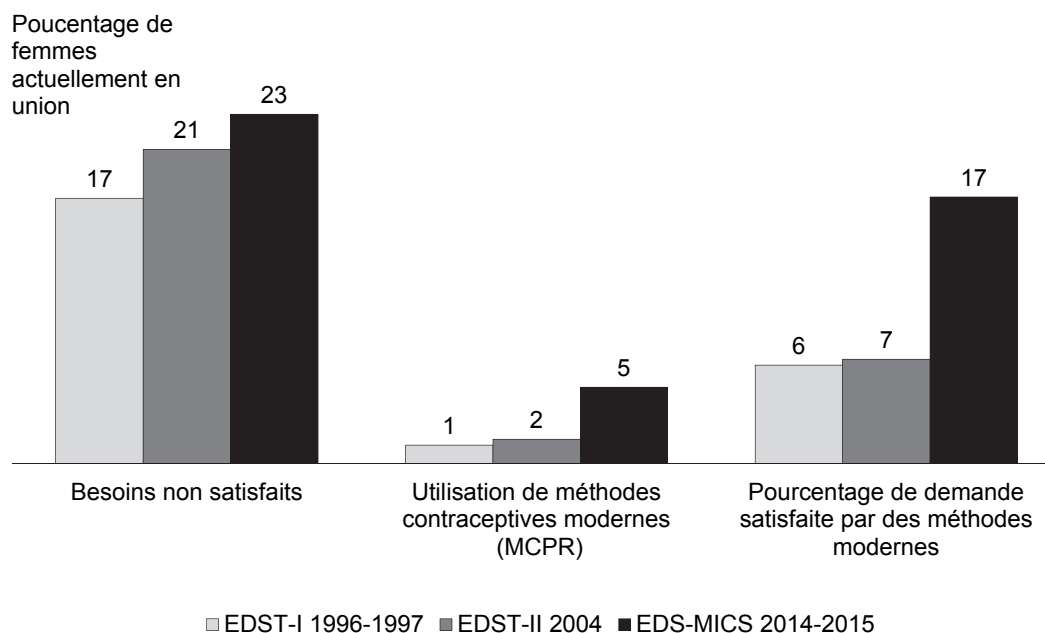
Note : Les valeurs figurant dans ce tableau sont basées sur la définition révisée des besoins non satisfaits décrite dans Bradley et al., 2012.

¹ Le pourcentage de demande satisfaite équivaut aux besoins satisfaits divisés par la demande totale.

² Les méthodes modernes comprennent la stérilisation féminine, la stérilisation masculine, le DIU, les implants, les injectables, la pilule, le condom masculin, le condom féminin, la pilule du lendemain, la Méthode des Jours Fixes (MJF) et la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA).

³ La demande totale équivaut à la somme des besoins non satisfaits et des besoins satisfaits (avec toutes les méthodes).

Graphique 2 Tendence des besoins non satisfaits, utilisation de méthodes contraceptives modernes, et pourcentage de demande satisfaite par les méthodes modernes



3.5 MORTALITÉ DES ENFANTS

Les indicateurs de la mortalité infantile sont considérés comme étant des indicateurs pertinents du développement qui permettent d'apprécier l'état sanitaire d'un pays et l'efficacité des politiques en matière de santé maternelle et infantile. Les données collectées au cours de l'EDS-MICS ont permis d'estimer les niveaux, les tendances et les différentiels de la mortalité néonatale, de la mortalité post-néonatale, de la mortalité infantile, de la mortalité juvénile et de la mortalité infanto-juvénile.

Les indicateurs de la mortalité présentés dans ce chapitre ont été estimés à partir d'informations sur l'historique des naissances recueillies dans le questionnaire femme. Dans la section 2 de ce questionnaire, l'enquêtrice a enregistré des informations globales sur toutes les naissances de la femme. Dans la procédure de collecte, les questions permettent de distinguer le nombre total des fils et filles qui vivent avec la femme, le nombre de ceux qui vivent ailleurs et le nombre de ceux qui sont décédés. Par la suite, et pour chacune des naissances, l'enquêtrice a obtenu des informations détaillées sur le sexe, le mois et l'année de naissance, l'état de survie, l'âge actuel (si l'enfant est vivant), la résidence, ainsi que l'âge au décès pour les enfants décédés (au jour près pour les décès de moins d'un mois, au mois près pour ceux de moins de deux ans et en années pour les décès survenus à deux ans ou plus).

À partir des informations recueillies sur l'historique des naissances, les indicateurs suivants ont été calculés :

Quotient de mortalité néonatale (NN) : probabilité, à la naissance, de décéder avant d'atteindre un mois exact ;

Quotient de mortalité post-néonatale (PNN) : probabilité pour les enfants âgés d'un mois exact, de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire (12 mois exacts) ;

Quotient de mortalité infantile ($1q_0$) :	probabilité, à la naissance, de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire (12 mois exacts) ;
Quotient de mortalité juvénile ($4q_1$) :	probabilité pour les enfants âgés d'un an exact de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire (60 mois exacts) ;
Quotient de mortalité infanto-juvénile ($5q_0$) :	probabilité, à la naissance, de décéder avant d'atteindre le cinquième anniversaire.

Chacun de ces quotients a été calculé pour différentes périodes quinquennales ayant précédé l'enquête. Le Tableau 8 présente les différents quotients pour trois périodes quinquennales (2000-2004, 2005-2009, 2010-2014) ayant précédé l'enquête. Pour la période des cinq dernières années avant l'EDS-MICS (période 2010-2014), le risque de mortalité infantile est évalué à 72 décès pour 1 000 naissances vivantes ; le risque de mortalité juvénile à 65 ‰. Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 34 ‰ pour la mortalité néonatale et à 38 ‰ pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de 5 ans, est de 133 ‰.

Tableau 8. Quotients de mortalité des enfants de moins de cinq ans

Quotients de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile par période de cinq ans ayant précédé l'enquête, Tchad 2014-2015

Nombre d'années ayant précédé l'enquête	Mortalité néonatale (NN)	Mortalité post-néonatale (PNN) ¹	Mortalité infantile ($1q_0$)	Mortalité juvénile ($4q_1$)	Mortalité infanto-juvénile ($5q_0$)
0-4	34	38	72	65	133
5-9	39	52	91	79	163
10-14	37	52	89	85	166

¹ Calculé par différence entre les taux de mortalité infantile et néonatale

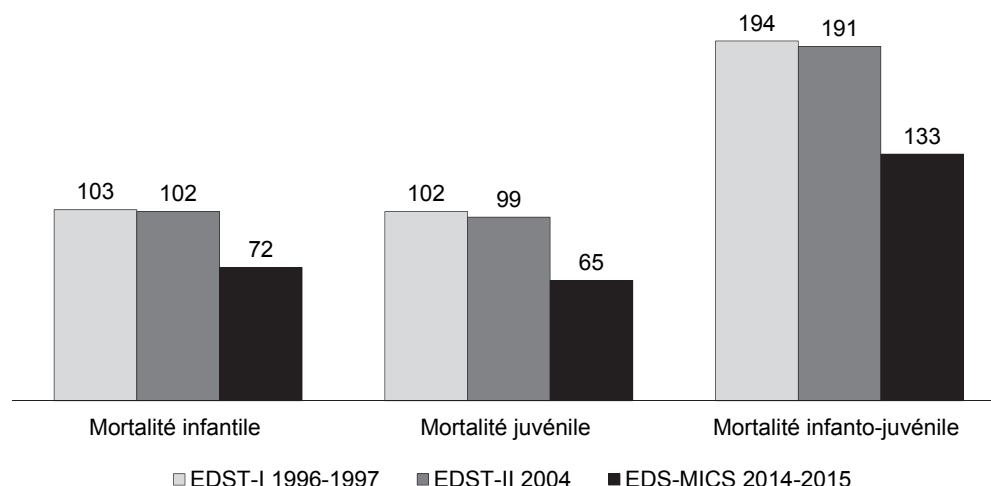
Sur la période 2000-2014, la mortalité infantile aurait baissé particulièrement entre les deux dernières périodes quinquennales avant l'enquête, entre 2005-2009 et 2009-2014, passant de 91 ‰ dans la période 2005-2009 à 72 ‰ dans la période 2010-2014. La mortalité juvénile aurait également baissé (de 79 ‰ à 65 ‰) et la mortalité infanto-juvénile serait passée de 163 ‰ à 133 ‰, au cours des mêmes périodes.

La comparaison des résultats de l'EDST-I 1996-1997, de l'EDST-II 2004, et de l'EDS-MICS 2014-2015 (Graphique 1) montre que la mortalité des enfants aurait significativement diminué dans les 10 dernières années selon les trois enquêtes. La mortalité infantile n'a pas baissé entre 1996-1997 et 2004, mais aurait diminué, de 102 ‰ à 72 ‰ entre 2004 et 2014-2015. Les quotients de mortalité juvénile et infanto-juvénile montrent aussi une baisse significative entre 2004 et 2014-2015.

Cette baisse pourrait être associée aux améliorations notées dans le domaine de la santé infantile, en particulier dans le domaine de la couverture vaccinale et de la prévention et du traitement du paludisme. Mais il faudra aussi envisager la possibilité d'une certaine sous-estimation de décès des enfants de moins de 5 ans, particulièrement dans la période la plus récente. Une analyse plus approfondie est nécessaire pour déterminer si cette tendance à la baisse est bien réelle et résulte uniquement des améliorations dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant ou si elle est due en partie, à des problèmes de collecte des données. Cela sera fait dans le rapport final.

Graphique 3 Tendances de la mortalité des enfants selon l'EDST-I 1996-1997, l'EDST-II 2004 et l'EDS-MICS 2014-2015

Décès pour 1 000



3.6 SANTE DE LA REPRODUCTION

Les soins prénatals appropriés durant la grossesse et pendant l'accouchement sont importants pour assurer à la mère et à son enfant une bonne santé. Au cours de l'EDS-MICS, un certain nombre de questions sur les soins prénatals et sur la santé de l'enfant ont été posées à toutes les mères ayant eu une naissance au cours des cinq années précédant l'enquête. Pour chaque enfant dernier-né dont la naissance a eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête, on a demandé aux mères si elles s'étaient rendues en consultation prénatale, qui elles avaient consulté, si elles avaient été vaccinées contre le tétanos. En outre, pour toutes leurs naissances ayant eu lieu au cours des cinq dernières années, on a aussi demandé aux mères d'indiquer où elles avaient accouché et quelles personnes les avaient assistées pendant l'accouchement.

3.6.1 Soins prénatals

Le Tableau 9 présente la répartition des femmes qui ont eu une naissance dans les cinq années précédant l'enquête, selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Les résultats montrent qu'une proportion importante de femmes ont reçu des soins prénatals, dispensés par un prestataire formé (64 %). Il convient de noter que cette proportion a connu une forte augmentation depuis 2004 où elle était de 43 %.

La couverture en soins prénatals présente des disparités importantes selon les différentes caractéristiques sociodémographiques. Les femmes de moins de 20 ans à la naissance de l'enfant ont un peu plus fréquemment reçu des soins prénatals que les femmes âgées de 35-49 ans (66 % contre 59 %). La proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals varie fortement entre le milieu rural (59 %) et le milieu urbain (84 %). On constate également des écarts entre les régions. Les régions du Batha (25 %), Chari Baguirmi (26 %), et l'Ennedi (27 %) sont celles où les proportions des femmes qui ont consulté un prestataire de soins de santé formé sont les plus faibles. À l'opposé, les régions du Logone Occidental (92 %), du Mandoul (90 %), du Mayo Kebbi Ouest (83 %), et de la ville de N'Djamena (85 %) enregistrent des proportions relativement élevées. À ces disparités régionales s'ajoutent celles liées au niveau d'instruction de la mère et au niveau de vie du ménage. En effet, la proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals augmente avec le niveau d'instruction, variant d'un minimum de 52 % parmi celles sans niveau d'instruction à un maximum de 91 % parmi celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou supérieur. De même, du quintile le plus bas au plus élevé, la proportion de femmes qui ont reçu des soins prénatals passe de 59 % à 85 %.

Tableau 9 Indicateurs des soins de santé maternelle

Parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins prénatals par un prestataire de santé formé pour la dernière naissance vivante, pourcentage ayant effectué quatre visites prénatales ou plus pour la dernière naissance vivante et pourcentage dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal; parmi les naissances vivantes ayant eu lieu au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pourcentage de naissances assistées par un prestataire de santé formé et pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé dans un établissement de santé; parmi les femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des deux années ayant précédé l'enquête, pourcentage ayant reçu des soins postnatals dans les deux jours après la dernière naissance vivante, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Tchad 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	Parmi les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête				Parmi toutes les naissances vivantes ayant eu lieu au cours des cinq années ayant précédé l'enquête			Parmi les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des deux années ayant précédé l'enquête	
	Pourcentage ayant reçu des soins prénatals par un prestataire de santé formé ¹	Pourcentage qui ont effectué 4 visites prénatales ou plus	Pourcentage dont la dernière naissance vivante a été protégée contre le tétanos néonatal ²	Effectif de femmes	Pourcentage assisté par un prestataire de santé formé ¹	Pourcentage dont l'accouchement s'est déroulé dans un établissement de santé	Effectif de naissances	Pourcentage ayant reçu des soins postnatals dans les deux jours après naissance	Effectif de femmes
Âge de la mère à la naissance									
<20	66,4	33,8	54,7	2 050	34,5	23,1	3 641	13,0	1 353
20-34	64,3	30,6	56,2	7 428	33,5	21,3	12 698	15,7	4 802
35-49	58,7	29,1	54,6	1 662	35,2	21,6	2 296	17,2	847
Résidence									
N'Djamena	84,8	57,9	75,2	786	77,9	67,0	1 307	27,3	522
Autres Villes	83,0	47,4	70,7	1 441	58,7	45,8	2 358	30,3	868
Ensemble urbain	83,6	51,1	72,2	2 227	65,5	53,4	3 665	29,2	1 390
Rural	58,9	26,0	51,5	8 913	26,2	13,9	14 969	11,9	5 612
Région									
Batha	24,7	12,6	21,5	451	9,5	8,0	844	4,8	292
Borkou/Tibesti	41,4	23,5	37,0	43	23,8	17,0	76	6,9	27
Chari Baguirmi	26,3	12,8	24,9	538	14,7	10,2	871	6,3	310
Guéra	62,0	31,6	55,5	697	19,0	14,5	1 183	13,3	435
Hadjer-Lamis	47,7	26,3	44,3	760	18,5	12,4	1 286	8,2	451
Kanem	48,9	22,9	41,9	412	18,6	5,2	694	4,5	210
Lac	35,2	13,1	27,8	517	10,6	4,0	834	5,3	270
Logone Occidental	92,4	35,0	72,6	686	55,2	29,1	1 118	26,4	490
Logone Oriental	79,3	38,9	71,1	1 164	50,7	27,0	1 923	24,1	795
Mandoul	90,1	29,1	77,0	844	54,6	28,5	1 382	18,9	501
Mayo Kebbi Est	66,8	38,4	53,7	864	27,7	20,9	1 438	11,9	537
Mayo Kebbi Ouest	82,9	39,2	72,5	604	42,7	24,7	1 038	14,3	426
Moyen Chari	79,6	40,0	65,4	580	47,0	28,4	924	18,7	350
Ouaddaï	34,8	14,6	28,2	579	15,5	11,4	991	9,5	358
Salamat	58,9	20,3	54,0	251	21,6	16,0	426	16,6	147
Tandjilé	69,2	42,2	74,0	688	31,9	22,5	1 153	17,9	502
Wadi Fira	35,0	12,0	29,3	265	8,5	7,3	434	3,8	146
N'Djaména	84,8	57,9	75,2	786	77,9	67,0	1 307	27,3	522
Barh El Gazal	51,9	20,2	39,2	146	16,8	6,4	235	5,1	77
Ennedi	27,3	14,3	23,8	44	11,5	9,9	70	7,6	22
Sila	59,2	21,7	52,5	221	18,7	11,4	408	10,2	133
Niveau d'instruction de la mère									
Aucun	51,7	22,7	45,1	7 265	24,2	14,4	12 224	11,1	4 299
Primaire	84,6	41,4	73,4	2 648	44,8	26,9	4 539	18,7	1 866
Secondaire	90,8	57,6	79,8	1 228	70,6	56,5	1 871	30,0	836
Quintiles de bien-être économique									
Le plus bas	59,3	23,7	52,5	2 286	25,5	12,9	3 856	12,5	1 481
Second	60,6	26,2	54,9	2 383	26,1	14,8	4 024	13,1	1 541
Moyen	58,9	26,3	50,1	2 258	26,1	13,9	3 820	11,0	1 428
Quatrième	57,8	28,3	49,1	2 230	28,3	15,6	3 712	12,0	1 335
Le plus élevé	85,4	53,5	74,0	1 983	69,4	57,1	3 223	30,4	1 217
Ensemble	63,8	31,0	55,7	11 140	33,9	21,7	18 635	15,4	7 002

¹ Les médecins, les infirmières, les sages-femmes, les matrones et les accoucheuses traditionnelles formées sont considérés ici comme des prestataires formés.

² Y compris les mères ayant reçu deux injections au cours de la grossesse de leur dernière naissance ou, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante), ou, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante

Pour être efficaces, les soins prénatals doivent débiter à un stade précoce de la grossesse et surtout, ils doivent se poursuivre avec une certaine régularité jusqu'à l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande au moins quatre visites prénatales, à intervalles réguliers tout au long de la grossesse, la première devant avoir lieu avant le troisième mois de la grossesse. Parmi les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, 31 % ont effectué au moins les quatre visites recommandées et cette proportion est nettement plus élevée en milieu urbain (51 %) qu'en milieu rural (26 %).

3.6.2 Vaccination antitétanique

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, au moins, deux injections (la dernière ayant été effectuée au cours des trois années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou, au moins, trois injections (la dernière ayant été effectuée au cours des cinq années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou, au moins, quatre injections (la dernière ayant été effectuée au cours des dix années ayant précédé la dernière naissance vivante) ou encore, au moins, cinq injections à n'importe quel moment avant la dernière naissance vivante.

Le Tableau 9 montre qu'un peu plus de la moitié des femmes (56 %) ont reçu les injections antitétaniques requises pour prévenir le tétanos néonatal. Cette proportion a très légèrement augmenté par rapport aux résultats de la MICS 2010 (43 %). Par ailleurs, les nouveau-nés des mères résidant en milieu urbain (72 %) sont plus fréquemment protégés que ceux de mère résidant en milieu rural (52 %). La proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos néonatal varie significativement par région et avec le niveau d'instruction de la mère. En effet, elle passe de 45 % quand la mère est sans niveau d'instruction à 80 % quand elle a atteint le niveau d'instruction secondaire ou supérieur. De même, dans les ménages classés dans le quintile le plus élevé, la proportion de nouveau-nés protégés contre le tétanos est nettement plus élevée que dans les autres (74 % contre 49 % dans le quatrième quintile).

3.6.3 Accouchement

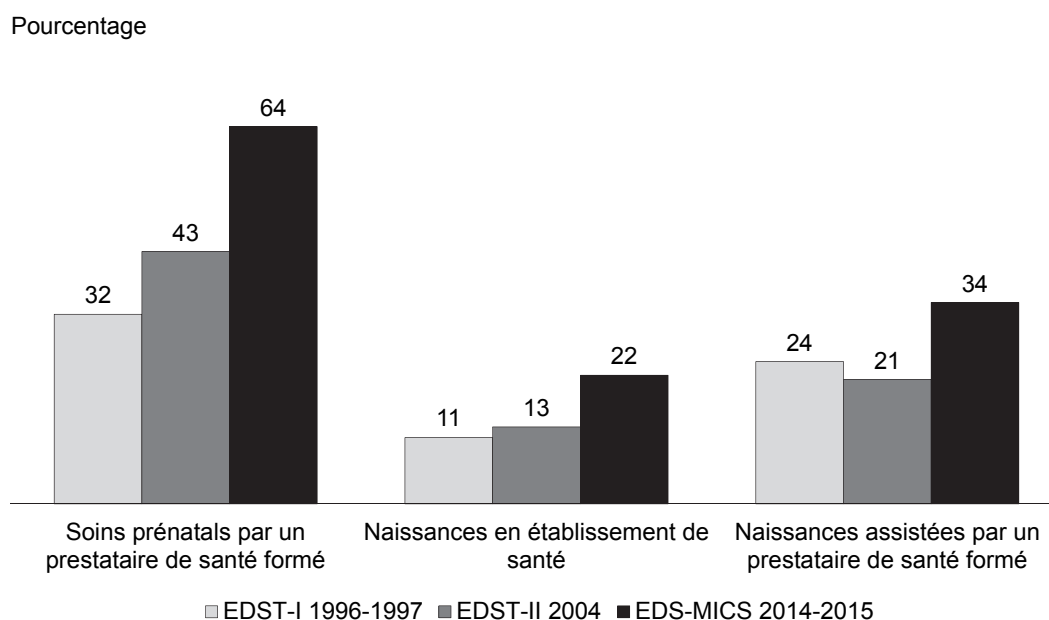
L'assistance par du personnel qualifié pendant l'accouchement permet de poser un diagnostic rapide et d'intervenir de manière efficace et rapide en cas de complication de la grossesse. De plus, l'accouchement dans un établissement de santé concourt également à réduire le risque de décès de la mère et de l'enfant. Lors de l'EDS-MICS, pour toutes les naissances ayant eu lieu au cours des cinq dernières années, on a demandé à la mère d'indiquer le lieu où elle avait accouché et la personne qui l'avait assistée pendant l'accouchement.

Les résultats du Tableau 9 montrent que près de 34 % des naissances se sont déroulées avec l'assistance de personnel de santé formé et 22 % ont eu lieu dans un établissement de santé. Par comparaison, cette dernière proportion était de 16 % dans la MICS en 2010. Les écarts pour le lieu d'accouchement entre les milieux de résidence sont très importants : en milieu urbain, 53 % des naissances ont eu lieu dans un établissement de santé contre seulement 14 % en milieu rural. Par ailleurs, les régions du Batha (8 %), du Kanem (5 %), du Lac (4 %), du Wadi Fira (7 %) et du Barh El Gazal (6 %) enregistrent les proportions les plus faibles tandis que la plus forte proportion est observée dans la ville du N'Djamena (67 %). La proportion de naissances qui ont eu lieu dans un établissement de santé varie positivement avec le niveau d'instruction. En effet, seulement 14 % des naissances issues de femmes sans instruction contre 57 % des naissances de femmes ayant le niveau d'instruction secondaire ou supérieur ont eu lieu dans un établissement de santé. Le niveau de bien-être du ménage influe également sur le lieu d'accouchement des femmes, celles des ménages du quintile le plus élevé accouchant plus fréquemment dans un établissement de santé que les autres. Les variations concernant l'assistance à l'accouchement par un prestataire de santé formé sont globalement les mêmes que celles constatées pour le lieu d'accouchement.

3.6.4 Tendence des soins prénatals et des conditions d'accouchement

La comparaison des résultats avec ceux des enquêtes précédentes met en évidence une amélioration de la couverture en soins prénatals, une augmentation de la proportion de naissances qui se sont déroulées dans un établissement de santé ainsi qu'une augmentation légère des naissances assistées par un prestataire de santé formé (Graphique 4). En effet, depuis 1996-1997, la proportion de femmes ayant reçu des soins prénatals par un prestataire formé est passé de 32 % à 43 % en 2004 et à 64 % en 2014-2015. Dans la même période, la proportion de naissance ayant eu lieu dans un établissement sanitaire est passée de 11 % en 1996-1997 à 13 % en 2004 et à 22 % à 2014-2015. En ce qui concerne l'assistance à l'accouchement, les résultats montrent que la proportion de naissances ayant bénéficié d'une assistance à l'accouchement par un prestataire formé est passée de 24 % en 1996-1997 à 21 % en 2004 pour atteindre 34 % en 2014-2015.

Graphique 4 Tendence des soins de santé maternelle selon l'EDST-I 1996-1997, l'EDST-II 2004 et l'EDS-MICS 2014-2015



3.6.5 Soins postnatals de la mère

Une proportion importante de décès maternels et de décès de nouveau-nés qui surviennent dans la période néonatale se produisent dans les 48 heures qui suivent l'accouchement. Pour cette raison, il est recommandé que toutes les femmes et les nouveau-nés bénéficient de soins postnatals dans les deux jours qui suivent l'accouchement. Au cours de l'EDS-MICS 2014-2015, on a demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance vivante au cours des deux dernières années, si quelqu'un les avait examinées après l'accouchement, et combien de temps après l'accouchement cet examen avait eu lieu.

Les résultats montrent que parmi les femmes ayant eu une naissance au cours des deux dernières années, 15 % ont reçu des soins postnatals dans les 48 heures suivant la naissance, conformément aux recommandations de l'OMS. Les femmes qui vivent en milieu urbain (29 % contre 12 % en rural), les plus instruites (30 % contre 11 % quand les femmes n'ont aucun niveau d'instruction) et celles qui vivent dans un ménage du quintile le plus élevé (30 % contre 11 % dans ceux du quintile moyen) ont reçu plus souvent que les autres des soins postnatals dans les délais recommandés. Du point de vue régional, il faut souligner que c'est dans la région de Wadi Fira

que la proportion de femmes qui ont reçu des soins postnatals dans les délais recommandés est la plus faible (4 %) contre un maximum de 27 % à N'Djamena.

3.7 SANTE DES ENFANTS

Au cours de l'EDS-MICS 2014-2015, pour tous les enfants nés au cours des cinq dernières années, on a collecté des informations permettant d'évaluer leur état de santé ; il s'agit du poids à la naissance, de la couverture vaccinale, de la prévalence des principales maladies (infections respiratoires aiguës, fièvre et diarrhée) et des traitements reçus. Les enfants de moins de cinq ans constituent un groupe de population particulièrement vulnérable et ces informations permettront, non seulement, d'identifier les principaux problèmes qui affectent leur santé mais aussi de contribuer à la mise en place de programmes ciblés de prévention des maladies de l'enfance. En outre, la comparaison des résultats de l'enquête actuelle avec ceux des enquêtes précédentes permettra d'évaluer les efforts déployés dans le pays pour la survie des enfants et d'adapter les programmes mis en place par le Gouvernement.

3.7.1 Vaccination des enfants

Dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV) mis en œuvre par le Ministère de la Santé Publique et conformément aux recommandations de l'OMS, un enfant est considéré comme complètement vacciné s'il a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, trois doses de DTC-HepB-Hib contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'*Haemophilus influenzae* type B (Hib), et l'hépatite B, trois doses du vaccin contre la polio et le vaccin contre la rougeole. D'après le calendrier vaccinal, toutes ces vaccinations doivent avoir été administrées à l'enfant au cours de sa première année.

Lors de l'EDS-MICS 2014-2015, les informations sur la vaccination ont été recueillies de deux manières : soit elles étaient relevées à partir des carnets de vaccination (ce qui permet d'établir avec certitude la couverture vaccinale ainsi que le calendrier des vaccinations), soit enregistrées à partir des réponses données par la mère lorsque le carnet de l'enfant n'était pas disponible. Les résultats présentés ici ne concernent que les enfants de 12-23 mois, âges auxquels ils devraient avoir reçu tous les vaccins du PEV. En outre, à la dernière ligne du tableau figurent les proportions d'enfants vaccinés avant l'âge de 12 mois. Il apparaît au Tableau 10 que pour seulement 32 % des enfants de 12-23 mois, un carnet de vaccination a été montré à l'enquêtrice.

D'après les carnets de vaccination ou les déclarations des mères, 25 % des enfants de 12-23 mois ont été complètement vaccinés et 19 % n'ont reçu aucun vaccin. Parmi les enfants âgés de moins de 5 ans, 17 % ont été complètement vaccinés avant l'âge de 12 mois et 38 % n'ont reçu aucun vaccin. De manière spécifique, 60 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG ; dans 58 % des cas, les enfants ont reçu la première dose de DTC-HepB-Hib ; dans 76 % des cas, ils ont reçu la première dose de polio ; et 57 % des enfants de 12-23 mois ont été vaccinés contre la rougeole. La dose de Polio 0 (à la naissance) a été reçue par quatre enfants sur dix (39 %).

Pour le DTC-HepB-Hib et la Polio, les déperditions sont importantes entre la première et la troisième dose. De 58 % pour la première dose de DTC-HepB-Hib, la couverture tombe à 33 % pour la troisième. En ce qui concerne la Polio, les pourcentages respectifs sont de 76 % et 50 %. Les données indiquent que la couverture vaccinale n'est pas différente entre les garçons et les filles (25 % pour les deux sexes). Les résultats selon le milieu de résidence mettent en évidence un niveau de couverture vaccinale plus élevé en milieu urbain (30 %) qu'en milieu rural (24 %). La couverture vaccinale varie fortement selon les régions, d'un maximum de 53 % dans la région de Mandoul à un minimum de 2 % à Chari Baguirmi.

Tableau 10 Vaccinations d'enfants de 12-23 mois selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu certains vaccins à n'importe quel moment avant l'enquête (selon le carnet de vaccination ou la déclaration de la mère) et pourcentage pour lesquels un carnet de vaccination a été présenté à l'enquêtrice, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Tchad 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	BCG	Penta-valent 1 ¹	Penta-valent 2 ¹	Penta-valent 3 ¹	Polio 0 ¹	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Tous les vaccins ³	Aucun vaccin	Pourcentage avec un carnet de vaccination présenté à l'enquêtrice	Effectif d'enfants
Sexe													
Masculin	59,2	58,2	48,3	32,6	40,1	78,1	66,9	49,6	56,2	25,3	17,3	34,1	1 508
Féminin	60,1	58,4	48,3	33,8	38,0	74,3	65,5	49,4	57,5	25,3	19,7	30,4	1 444
Résidence													
N'Djaména	80,6	72,5	60,1	41,0	66,7	79,1	69,7	55,4	72,3	32,8	9,4	32,8	199
Autres Villes	74,2	69,3	60,4	39,1	55,4	81,3	71,4	52,1	58,9	28,6	12,4	39,6	335
Ensemble urbain	76,6	70,5	60,3	39,8	59,7	80,5	70,7	53,3	63,9	30,2	11,3	37,0	534
Rural	55,9	55,6	45,6	31,7	34,5	75,3	65,2	48,6	55,3	24,2	20,1	31,2	2 418
Région													
Batha	20,4	18,5	9,8	7,9	15,7	33,2	25,4	10,4	30,5	5,2	61,8	5,3	117
Borkou/Tibesti	28,5	26,8	19,6	7,2	15,4	36,1	25,2	14,2	19,6	5,7	61,2	4,4	10
Chari Baguirmi	32,8	19,1	10,2	5,5	14,5	65,2	46,8	23,7	27,9	1,9	27,2	11,2	133
Guéra	56,9	59,2	43,2	25,6	33,5	74,4	62,6	41,5	61,6	19,2	19,2	31,4	177
Hadjer-Lamis	54,9	57,2	47,6	30,4	38,9	64,6	53,6	26,4	53,3	18,0	22,1	21,9	187
Kanem	45,2	41,9	33,5	25,9	32,0	58,9	47,2	31,5	39,0	14,8	36,9	20,8	90
Lac	35,7	37,1	32,0	17,8	20,9	47,0	41,1	25,6	35,3	12,4	43,0	16,1	123
Logone Occidental	60,8	65,7	48,6	27,5	42,2	87,6	72,9	50,9	54,3	21,4	9,6	43,0	218
Logone Oriental	70,9	67,6	59,4	38,0	37,2	85,0	74,8	61,2	63,1	30,3	9,8	37,1	313
Mandoul	81,4	83,8	73,0	62,8	61,2	93,8	87,3	79,8	68,8	52,6	1,8	66,7	213
Mayo Kebbi Est	70,0	67,5	59,0	41,3	45,7	96,0	90,3	73,5	74,9	33,9	4,0	41,8	241
Mayo Kebbi Ouest	83,6	86,2	76,5	58,4	56,3	95,2	88,4	76,3	83,6	49,1	3,0	53,1	186
Moyen Chari	74,1	70,0	59,1	40,3	46,3	91,9	80,6	67,3	58,6	30,4	7,3	29,7	153
Ouadaï	30,5	20,9	15,2	10,1	14,4	44,5	31,7	15,8	24,2	5,7	49,3	12,3	147
Salamat	52,4	41,7	32,4	23,0	34,8	59,0	45,6	29,0	39,9	12,8	31,9	24,3	70
Tandjilé	64,3	72,3	61,3	45,1	41,7	95,9	86,9	64,8	80,7	33,0	2,1	34,5	214
Wadi Fira	15,2	15,4	14,0	8,9	10,1	41,5	37,9	25,7	22,6	6,8	57,6	10,1	62
N'Djaména	80,6	72,5	60,1	41,0	66,7	79,1	69,7	55,4	72,3	32,8	9,4	32,8	199
Barh El Gazal	47,5	46,9	36,1	20,5	26,0	53,6	44,7	30,7	30,1	11,5	38,5	22,4	36
Ennedi	34,3	28,2	25,7	20,6	15,6	41,8	41,1	26,5	37,7	13,2	54,7	4,6	11
Sila	49,8	46,8	39,2	17,6	34,4	65,6	46,9	32,0	37,3	10,2	28,2	21,4	54
Niveau d'instruction													
Aucun	49,6	48,2	38,3	26,5	30,8	67,5	57,0	39,9	47,3	18,7	26,6	25,4	1 877
Primaire	74,9	74,4	62,2	40,7	48,7	90,4	79,8	62,8	73,1	32,5	4,6	43,8	736
Secondaire ou plus	81,6	79,2	73,0	53,8	63,7	93,8	87,7	73,8	74,5	46,0	4,1	45,4	340
Quintiles de bien-être économique													
Le plus bas	52,9	52,5	41,5	27,2	32,5	72,2	61,3	44,7	52,7	20,8	21,8	28,7	609
Second	56,4	56,2	46,7	32,4	35,5	77,7	65,6	47,1	55,4	24,7	19,3	31,7	687
Moyen	55,4	55,6	46,1	31,3	32,0	74,2	66,8	51,3	58,1	25,5	20,6	31,2	606
Quatrième	58,6	56,6	46,3	33,2	38,5	76,8	67,1	49,4	53,2	23,1	17,7	34,3	585
Le plus élevé	80,0	74,6	64,7	44,7	62,9	81,5	71,6	57,2	67,4	34,5	11,3	36,8	465
Ensemble	59,6	58,3	48,3	33,2	39,1	76,3	66,2	49,5	56,9	25,3	18,5	32,3	2 953
Vacciné avant l'âge de 12 mois ⁴	51,7	46,6	39,3	26,5	27,4	64,8	57,2	43,5	34,6	17,2	37,6	19,0	13 239

¹ Pentavalent inclut les vaccins DPT-HepB-Hib.

² Polio 0 est le vaccin contre la polio donné à la naissance.

³ BCG, rougeole, les trois doses de pentavalent et les trois doses de polio (non compris la dose de polio donnée à la naissance).

⁴ Pour les enfants dont l'information est basée sur la déclaration de la mère, on suppose que la proportion de vaccins effectués au cours de la première année est la même que celle des enfants dont l'information provient d'un carnet de vaccination.

Plus le niveau d'instruction de la mère est élevé, plus la couverture vaccinale des enfants est, elle aussi, élevée : le taux de couverture vaccinale complète est de 19 % quand la mère est sans instruction, de 33 % chez les enfants dont la mère a atteint le niveau primaire, et de 46 % quand la mère a un niveau secondaire ou supérieur. On observe la même tendance en fonction du statut socio-économique puisque c'est dans le quintile le plus élevé que cette couverture vaccinale est la meilleure.

3.7.2 Prévalence et traitement des maladies de l'enfance

Les infections respiratoires aiguës, la fièvre et la déshydratation induite par des diarrhées sévères 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 ces symptômes, est cruciale et déterminante dans la réduction de la mortalité infantile. Pour obtenir les informations sur la prévalence et le traitement des maladies des enfants de moins de 5 ans, on a demandé aux mères si, dans les deux semaines ayant précédé l'interview, l'enfant avait souffert de la toux avec une respiration courte et rapide (symptôme d'une infection respiratoire aiguë) et/ou de la fièvre et s'il avait eu de la diarrhée ; de plus, dans chaque cas, on a demandé ce qui avait été fait pour traiter l'enfant.

Dans l'ensemble, 8 % ont présenté des symptômes d'IRA, 22 % de la diarrhée (données non présentées) et 24 % ont eu de la fièvre (Voir Tableau 17). Parmi les enfants qui ont eu une IRA au cours des deux semaines avant l'interview, un traitement médical a été recherché auprès d'un prestataire de santé pour 26 % d'entre eux (Tableau 11). Le sexe de l'enfant ne joue pratiquement pas de rôle dans la recherche d'un traitement (27 % pour les garçons contre 25 % pour les filles) ; par contre, les enfants du milieu urbain (40 %) ont été plus souvent traités que ceux du milieu rural (22 %). La proportion d'enfants pour lesquels on a recherché un traitement contre les IRA augmente avec le niveau d'instruction de la mère : 22 % pour les enfants de mère sans niveau d'instruction, contre 28 % pour ceux dont la mère a un niveau primaire, et 42 % pour ceux de mère de niveau secondaire ou plus. Ce sont les enfants du quintile le plus élevé qui ont le plus fréquemment bénéficié de traitements ou de conseils quand ils souffraient d'IRA (44 %) contre seulement 16 % pour ceux du quintile le plus bas.

En ce qui concerne les enfants ayant eu de la fièvre, les résultats au niveau national montrent que dans seulement 23 % des cas, on a recherché des conseils ou traitements. Cette proportion varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques de l'enfant ou de la mère. Les enfants de moins de 6 mois (20 %), et ceux de 36-59 mois (21 %) sont ceux pour lesquels on a le moins fréquemment recherché des conseils ou un traitement auprès d'un établissement de santé et ceux de 6-23 mois (26 %) sont ceux pour lesquels on a le plus fréquemment effectué cette démarche lorsqu'ils ont eu de la fièvre. Les enfants qui vivent en milieu urbain (36 %), ceux de la région de N'Djamena (44 %) et du Guera (42 %) et ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou supérieur (35 %) ainsi que ceux qui vivent dans un ménage du quintile le plus élevé (39 %) sont ceux pour lesquels on a le plus fréquemment recherché des conseils auprès de personnel de santé ou ceux à qui on a donné des traitements.

Parmi les 22 % d'enfants de moins de cinq ans qui ont eu, au moins, un épisode de diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'interview, des conseils ou un traitement auprès d'un établissement de santé ou d'un prestataire de santé ont été recherchés dans 25 % des cas. Pour traiter la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans, dans 20 % des cas, on a donné aux enfants malades des liquides préparés à partir des sachets SRO ou des liquides SRO préconditionnés. Dans 1 % des cas, les enfants ont été traités avec des suppléments de Zinc. Globalement, moins d'un pour cent d'enfant (<0,5 %) a reçu une SRO et des suppléments de zinc.

Tableau 11 Traitement des symptômes d'IRA, de la fièvre, et de la diarrhée

Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant présenté des symptômes d'Infection Respiratoire Aiguë (IRA) ou de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'interview, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé; parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'interview, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé, pourcentage à qui on a donné des liquides préparés à partir des sachets de Sels de Réhydratation Orale (SRO) ou des liquides SRO pré conditionnés, pourcentage à qui on a donné des suppléments de zinc, et pourcentage à qui on a donné des SRO et des suppléments de zinc, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Tchad, 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	Parmi les enfants avec des symptômes d'IRA ¹		Parmi les enfants ayant eu de la fièvre		Parmi les enfants ayant eu la diarrhée				
	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement auprès d'un établissement de santé ou d'un prestataire de santé ²	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement auprès d'un établissement de santé ou d'un prestataire de santé ²	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement auprès d'un établissement de santé ou d'un prestataire de santé ²	Pourcentage à qui on a donné des liquides préparés à partir des sachets de SRO ou des liquides SRO pré conditionnés	Pourcentage à qui on a donné des suppléments de zinc	Pourcentage à qui on a donné des SRO et des suppléments de zinc	Effectif d'enfants
Âge en mois									
<6	26,7	176	20,0	437	20,0	11,9	0,7	0,7	380
6-11	27,5	189	24,3	590	29,0	18,2	1,6	0,3	618
12-23	31,7	219	25,5	916	25,6	22,5	1,3	0,4	987
24-35	22,7	249	22,8	817	26,3	23,3	1,8	1,0	790
36-47	27,1	213	21,3	641	24,3	19,5	0,6	0,0	540
48-59	20,1	221	20,6	593	24,2	22,7	1,0	1,0	379
Sexe									
Masculin	27,1	649	23,0	2 036	27,8	21,1	1,1	0,6	1 894
Féminin	24,5	619	22,5	1 958	22,9	19,8	1,4	0,5	1 800
Résidence									
N'Djamena	51,4	93	44,3	417	37,7	28,3	3,0	1,3	321
Autres Villes	32,6	159	28,7	479	29,1	28,5	2,6	1,4	428
Ensemble urbain	39,6	252	36,0	896	32,8	28,4	2,7	1,3	749
Rural	22,4	1 015	19,0	3 097	23,6	18,4	0,9	0,3	2 945
Région									
Batha	*	12	7,6	116	8,9	6,3	0,0	0,0	117
Borkou/Tibesti	(17,1)	6	36,5	14	44,0	31,2	2,9	2,9	10
Chari Baguirmi	(16,9)	31	10,8	219	13,4	10,2	0,4	0,4	170
Guéra	(42,5)	36	42,1	132	33,4	22,3	1,1	0,6	130
Hadjer-Lamis	25,4	150	25,6	277	25,4	24,0	1,5	0,7	270
Kanem	13,4	56	17,0	111	40,5	24,4	0,0	0,0	106
Lac	25,4	55	16,4	136	25,1	10,0	1,3	0,0	137
Logone Occidental	18,3	78	15,5	245	18,3	15,8	0,0	0,0	239
Logone Oriental	16,0	197	13,6	589	28,6	29,0	2,0	0,6	524
Mandoul	26,3	151	24,9	350	24,7	17,7	1,6	1,3	310
Mayo Kebbi Est	25,9	75	22,0	320	26,7	19,1	1,9	0,0	294
Mayo Kebbi Ouest	30,3	66	22,1	185	21,9	17,3	0,9	0,4	218
Moyen Chari	37,1	67	21,6	240	24,6	19,2	0,0	0,0	177
Ouaddaï	(20,3)	32	18,6	134	14,2	9,3	0,9	0,9	166
Salamat	(28,9)	17	30,8	51	18,0	13,8	0,7	0,0	64
Tandjilé	21,9	88	24,5	265	25,6	26,5	1,2	0,9	299
Wadi Fira	(29,9)	15	27,2	47	27,8	21,4	2,9	0,0	31
N'Djaména	51,4	93	44,3	417	37,7	28,3	3,0	1,3	321
Barh El Gazal	(30,5)	14	26,3	44	32,4	30,4	0,0	0,0	33
Ennedi	(25,4)	4	22,7	9	(44,6)	(28,2)	(0,0)	(0,0)	6
Sila	(27,4)	22	20,7	93	25,1	12,5	0,0	0,0	74
Niveau d'instruction de la mère									
Aucun	21,8	730	20,5	2 275	21,5	17,5	0,6	0,3	2 182
Primaire	27,5	393	22,3	1 229	27,6	22,6	1,3	0,5	1 078
Secondaire	41,6	144	34,6	489	39,8	29,7	4,6	1,9	435
Quintiles de bien-être économique									
Le plus bas	15,7	304	12,6	889	17,2	13,5	0,9	0,0	850
Second	20,9	268	18,5	820	21,1	18,6	0,8	0,6	793
Moyen	23,5	261	21,1	804	26,2	19,4	1,3	0,4	762
Quatrième	30,7	224	25,0	698	28,8	23,8	1,0	0,8	671
Le plus élevé	44,3	210	38,6	783	37,7	29,9	2,5	1,2	618
Ensemble	25,8	1 267	22,8	3 994	25,4	20,4	1,3	0,5	3 694

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Les symptômes d'IRA (toux accompagnée d'une respiration courte et rapide associée à des problèmes de congestion dans la poitrine et/ou à des difficultés respiratoires associées à des problèmes de congestion dans la poitrine)

² Non compris les pharmacies/dépôt pharmaceutique, les boutiques/bar/marché, les guérisseurs traditionnels, secouriste, et les amis/parents.

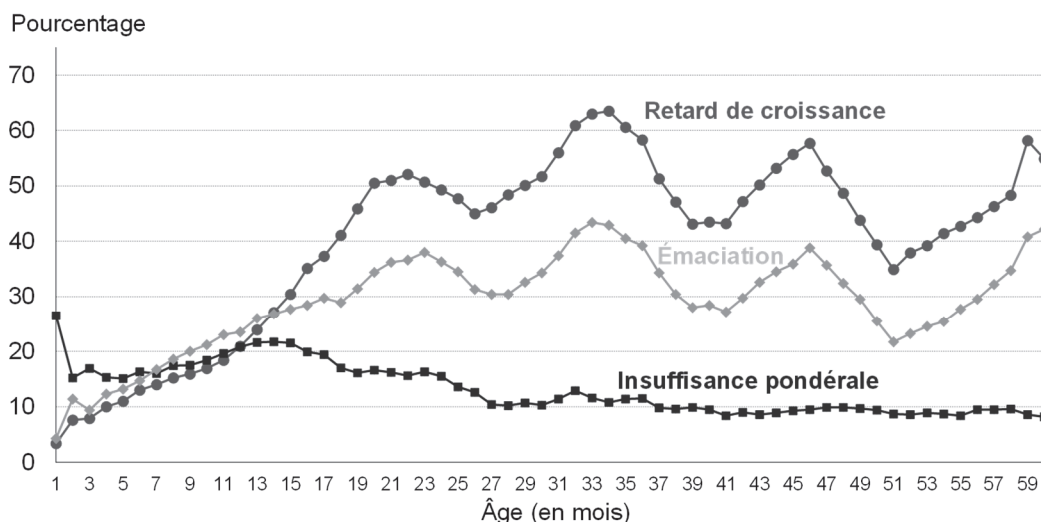
3.7.3 État nutritionnel des enfants

Les enfants mal nourris courent un risque élevé de morbidité et de mortalité ; en outre, la malnutrition affecte le développement mental de l'enfant. L'état nutritionnel des enfants est évalué sur la base de mesures anthropométriques. Les mesures du poids et de la taille ont été enregistrées pour les enfants nés au cours des cinq années ayant précédé l'EDS-MICS. Ces données sur le poids et la taille permettent de calculer les trois indices suivants : la taille par rapport à l'âge (taille-pour-âge), le poids par rapport à la taille (poids-pour-taille) et le poids par rapport à l'âge (poids-pour-âge). Ces indices sont exprimés en terme de nombre d'unités d'écart type par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les enfants qui se situent à moins de deux écarts types en dessous de la médiane de la population de référence, sont considérés comme atteints de malnutrition, tandis que ceux qui se situent à moins de trois écarts type en dessous de la médiane sont considérés comme étant atteints de malnutrition sévère. Le Tableau 12 présente l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Les enfants dont la taille-pour-âge se situe en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont considérés comme accusant un retard de croissance. Un retard de croissance est le signe d'une malnutrition chronique ; il reflète une situation qui est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se manifestent à plusieurs reprises (paludisme par exemple).

Dans l'ensemble, 40 % des enfants souffrent de malnutrition chronique : 18 % sous sa forme modérée et 22 % sous sa forme sévère. La prévalence de la malnutrition chronique varie de manière importante selon l'âge de l'enfant. C'est parmi les plus jeunes enfants de moins de six mois que la prévalence est la plus faible (10 %). On constate ensuite une augmentation importante ; dans le groupe d'âges 12-17 mois, un tiers des enfants sont déjà atteints de cette forme de malnutrition et à 24-35 mois, la proportion d'enfants présentant un état de malnutrition chronique atteint un maximum de 55 %. Au-delà, la prévalence commence à diminuer pour cependant rester à un niveau élevé à 48-59 mois puisque 43 % des enfants de ce groupe d'âges souffrent de cette forme de malnutrition (Graphique 5). Les enfants de sexe masculin semblent être aussi fréquemment atteints par cette forme de malnutrition que ceux de sexe féminin (41 % contre 39 %).

Graphique 5 État nutritionnel des enfants par âge



Note : Le retard de croissance indique une malnutrition chronique ; L'émaciation indique une malnutrition aiguë ; L'insuffisance pondérale peut être provoquée soit par la malnutrition chronique, soit par la malnutrition aiguë ou par une combinaison des deux indices. Les valeurs représentées sont lissées par une moyenne mobile sur 5 mois.

EDS-MICS 2014-2015

La malnutrition chronique affecte davantage les enfants du milieu rural (42 %). Plus de deux enfants vivant en milieu rural sur quatre souffrent d'un retard de croissance contre 32 % parmi ceux qui résident en milieu urbain. La forme sévère atteint 24 % des enfants en milieu rural contre 14 % en milieu urbain. Les résultats selon les régions font apparaître que toutes les régions sont affectées par la malnutrition chronique, la prévalence variant d'un maximum de 64 % au Kanem à un minimum de 27 % au Moyen Chari. Par ailleurs, les résultats montrent que la prévalence de la malnutrition chronique est nettement influencée par le niveau d'instruction de la mère : de 44 % chez les enfants de mère sans instruction, la proportion d'enfants atteints de malnutrition chronique passe à 34 % parmi ceux dont la mère a un niveau primaire et à 26 % chez ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus. Les résultats selon les quintiles de bien-être économique font apparaître un écart de prévalence entre les quatre premiers quintiles et le quintile le plus élevé. En effet, la malnutrition chronique affecte dans des proportions assez proches les enfants des quatre premiers quintiles (de 40 % à 45 %) alors que dans le quintile le plus élevé elle est de 32 %, proportion inférieure à la moyenne nationale.

Les enfants dont le poids-pour-taille est en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence sont atteints d'émaciation ou de maigreur. Cette forme de malnutrition aiguë est la conséquence d'une alimentation insuffisante durant la période ayant précédé l'observation et elle peut aussi être le résultat de maladies récentes, surtout la diarrhée.

Les résultats montrent que, dans l'ensemble, 13 % des enfants sont émaciés : 9 % sous la forme modérée et 4 % sous la forme sévère. Le pourcentage le plus élevé d'enfants atteints de malnutrition aiguë concerne le groupe d'âges 12-17 mois (21 %). Il y a peu de différence selon le sexe (14 % pour les garçons contre 12 % pour les filles). Le niveau de malnutrition aiguë ne varie pratiquement pas entre les milieux de résidence urbain et rural (13 % pour chaque milieu). C'est dans les régions du Lac (25 %), du Kanem, du Ouaddaï et de l'Ennedi (21 % pour les trois) que la malnutrition aiguë est la plus fréquente.

Les enfants dont le poids-pour-âge se situe en dessous de moins de deux écarts types de la médiane de la population de référence présentent une insuffisance pondérale. Cet indice reflète les deux précédentes formes de malnutrition, chronique et aiguë. Dans l'ensemble, 29 % des enfants au Tchad présentent une insuffisance pondérale : 18 % sous la forme modérée et 11 % sous la forme sévère. L'insuffisance pondérale est plus fréquente en milieu rural qu'en milieu urbain (30 % contre 24 %), chez les garçons que chez les filles (30 % contre 28 %) et dans les régions du Kanem (57 %) et du Lac (54 %). La prévalence de l'insuffisance pondérale est plus élevée parmi les enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction que chez ceux dont la mère a un niveau primaire ou secondaire/supérieur (35 % contre respectivement 18 % et 17 %). Les résultats selon le niveau socio-économique du ménage montrent que c'est dans le quatrième quintile que la prévalence est la plus élevée (33 %) et dans le plus élevée qu'elle est la plus faible (22 %).

Tableau 12 État nutritionnel des enfants

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans (population de fait), considérés comme atteints de malnutrition selon les trois indices anthropométriques de mesure de l'état nutritionnel : la taille en fonction de l'âge, le poids en fonction de la taille et le poids en fonction de l'âge, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Tchad 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	Taille-pour-Âge ¹			Poids-pour-Taille				Poids-pour-Âge				Effectif d'enfants
	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Score centré réduit moyen (ET)	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	Pourcentage en dessous de -3 ET	Pourcentage en dessous de -2 ET ²	Pourcentage au-dessus de +2 ET	Score centré réduit moyen (ET)	
Âge en mois												
<6	3,7	9,5	0,1	6,3	16,2	3,0	-0,6	5,9	11,6	3,7	-0,4	1 104
6-8	5,6	15,1	-0,2	3,7	15,7	1,9	-0,8	5,3	18,2	0,5	-0,8	641
9-11	6,8	16,8	-0,7	6,8	19,5	1,4	-0,9	9,9	22,2	2,1	-1,1	503
12-17	13,6	33,0	-1,2	6,8	21,0	1,5	-0,9	9,9	28,3	1,0	-1,3	1 081
18-23	25,2	49,3	-2,0	4,7	16,3	1,7	-0,7	14,4	35,2	0,6	-1,5	833
24-35	33,7	54,8	-2,2	4,2	11,3	2,9	-0,4	16,0	36,7	1,3	-1,5	2 078
36-47	29,3	49,7	-1,9	3,4	9,6	2,8	-0,4	12,7	32,4	0,9	-1,4	2 278
48-59	22,8	42,9	-1,8	2,0	9,1	2,8	-0,4	9,0	28,6	0,3	-1,4	2 336
Sexe												
Masculin	22,7	41,0	-1,6	5,1	14,4	2,5	-0,6	12,0	30,0	1,0	-1,3	5 431
Féminin	20,9	38,8	-1,5	3,2	11,5	2,6	-0,5	10,3	27,6	1,3	-1,2	5 423
Interview de la mère												
Interviewée	21,7	39,6	-1,5	4,2	13,2	2,5	-0,6	11,3	28,8	1,1	-1,3	9 989
Mère non interviewée mais vivant dans le ménage	27,4	42,1	-1,6	4,9	11,7	3,4	-0,4	7,7	28,5	1,6	-1,2	203
Mère non interviewée et ne vivant pas dans le ménage ³	22,1	43,2	-1,5	2,6	9,5	2,2	-0,4	9,8	29,0	1,1	-1,2	661
Résidence												
N'Djaména	11,6	29,7	-1,0	4,0	14,5	2,3	-0,6	8,5	21,4	1,4	-1,0	640
Autres Villes	15,7	33,6	-1,3	3,9	11,8	2,0	-0,6	9,1	25,8	1,0	-1,1	1 449
Ensemble urbain	14,4	32,4	-1,2	3,9	12,6	2,1	-0,6	8,9	24,4	1,1	-1,1	2 090
Rural	23,6	41,6	-1,6	4,2	13,0	2,6	-0,5	11,7	29,8	1,1	-1,3	8 764
Région												
Batha	25,4	40,1	-1,4	4,6	16,9	1,5	-1,0	15,5	38,4	0,8	-1,5	386
Borkou/Tibesti	25,7	49,6	-1,9	8,3	16,9	0,2	-1,0	15,8	44,2	0,1	-1,8	34
Chari Baguirmi	28,0	45,4	-1,8	4,6	14,4	2,7	-0,6	17,1	31,8	2,2	-1,4	385
Guéra	18,0	37,6	-1,4	5,1	15,6	1,7	-1,0	11,4	31,9	0,5	-1,5	769
Hadjer-Lamis	23,0	43,0	-1,8	5,2	18,5	1,6	-1,0	14,0	40,4	0,3	-1,7	849
Kanem	41,7	63,9	-2,4	6,6	21,3	1,7	-1,1	29,1	56,7	0,5	-2,2	454
Lac	38,8	57,1	-2,3	7,6	24,8	0,6	-1,2	25,7	53,5	0,5	-2,1	520
Logone Occidentale	13,0	30,6	-1,2	3,0	9,6	2,2	-0,4	5,1	19,6	1,1	-0,9	697
Logone Orientale	14,1	29,8	-1,1	4,2	9,5	3,7	-0,2	6,3	18,1	3,1	-0,8	1 143
Mandoul	15,6	28,4	-1,0	2,0	7,8	4,3	-0,1	3,9	14,2	1,2	-0,6	801
Mayo Kebbi Est	24,9	46,0	-1,8	1,3	4,1	4,2	-0,0	6,4	18,6	0,3	-1,1	811
Mayo Kebbi Ouest	28,8	50,2	-2,0	2,4	7,3	2,7	-0,2	11,1	26,2	0,6	-1,3	652
Moyen Chari	13,8	27,2	-1,0	2,2	6,5	3,9	-0,1	3,7	15,5	0,9	-0,7	540
Ouadaï	23,8	43,0	-1,5	8,4	20,9	0,5	-1,0	15,0	37,2	1,4	-1,6	572
Salamat	29,0	45,2	-1,6	7,0	18,8	4,4	-0,7	17,1	38,8	4,8	-1,4	240
Tandjilé	16,0	33,0	-1,3	2,4	7,6	2,0	-0,3	5,1	18,2	0,5	-1,0	687
Wadi Fira	30,3	52,6	-2,0	4,4	16,9	2,5	-0,9	14,7	46,9	0,2	-1,8	268
N'Djaména	11,6	29,7	-1,0	4,0	14,5	2,3	-0,6	8,5	21,4	1,4	-1,0	640
Barh El Gazal	36,6	56,4	-2,1	4,4	15,0	2,3	-0,7	21,3	43,9	1,7	-1,7	142
Ennedi	24,5	48,6	-1,9	7,9	21,0	0,6	-1,0	15,6	40,6	0,1	-1,8	44
Sila	25,2	44,2	-1,7	4,2	16,6	1,7	-0,9	13,2	36,7	1,1	-1,6	220
Niveau d'instruction de la mère⁴												
Aucun	25,3	44,0	-1,7	5,2	15,7	2,4	-0,7	14,2	34,7	0,9	-1,5	6 665
Primaire	16,6	33,6	-1,3	1,9	7,4	2,8	-0,2	5,2	18,1	1,4	-0,9	2 500
Secondaire ou plus	12,0	25,8	-0,9	4,0	11,1	3,3	-0,4	6,3	16,5	1,8	-0,8	1 027
Quintiles de bien-être économique												
Le plus bas	24,6	41,2	-1,5	3,7	11,6	2,5	-0,5	10,4	28,9	1,3	-1,2	2 307
Second	21,7	39,8	-1,5	3,8	12,6	3,0	-0,5	10,5	27,3	1,2	-1,2	2 316
Moyen	22,9	40,4	-1,6	5,4	14,3	2,8	-0,6	12,5	31,1	1,6	-1,3	2 175
Quatrième	24,8	44,7	-1,8	4,2	13,4	2,0	-0,6	13,4	33,2	0,6	-1,4	2 272
Le plus élevé	13,3	31,5	-1,1	3,6	13,0	2,4	-0,6	8,4	22,3	1,1	-1,1	1 784
Ensemble	21,8	39,9	-1,5	4,2	13,0	2,5	-0,5	11,1	28,8	1,1	-1,3	10 854

Note : Le tableau est basé sur les enfants qui ont passé, dans le ménage, la nuit ayant précédé l'interview. Chaque indice est exprimé en termes d'unités d'écart type (ET) par rapport à la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant adoptées en 2006. Les indices présentés dans ce tableau ne sont pas comparables à ceux basés sur les normes NCHS/CDC/OMS de 1977 utilisées précédemment. Le tableau est basé sur les enfants dont les dates de naissance (mois et année) et les mesures du poids et de la taille sont valables.

¹ Les enfants de moins de deux ans sont mesurés en position allongée de même que, dans quelques cas, les enfants dont l'âge est inconnu et qui mesurent moins de 85 cm ; les autres enfants sont mesurés en position debout.

² Y compris les enfants qui se situent en dessous de -3 ET de la médiane des Normes OMS de la croissance de l'enfant.

³ Y compris les enfants dont la mère est décédée.

⁴ Pour les femmes qui n'ont pas été interviewées, l'information provient du Questionnaire Ménage. Non compris les enfants dont la mère n'est pas listée dans le Questionnaire Ménage.

3.7.4 Allaitement et alimentation de complément

Le lait maternel constitue la principale source de nutriments pour l'enfant. Pendant les six premiers mois, l'allaitement exclusif, c'est-à-dire sans aucun autre ajout, est recommandé par l'OMS et le Ministère de la Santé Publique parce qu'il transmet à l'enfant les anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires. En plus, le lait maternel, étant stérile, permet d'éviter la diarrhée et d'autres maladies. Par ailleurs, il est recommandé qu'à partir de six mois, âge auquel l'allaitement maternel seul ne suffit plus pour garantir une croissance optimale à l'enfant, on introduise dans son alimentation des aliments solides de complément. Le Tableau 13 présente les données sur la pratique de l'allaitement des enfants de 0 à 23 mois, l'introduction des aliments de complément et l'utilisation du biberon.

Les résultats de l'enquête montrent que pratiquement tous les enfants de moins de six mois sont allaités (97 %) et 88 % des enfants de 12-15 mois sont encore nourris au sein. Cependant, la recommandation selon laquelle l'enfant doit être exclusivement allaité pendant les six premiers mois n'est pas bien suivie. En effet, dans le groupe d'âges 0-5 mois, moins d'un pour cent d'enfant (0,3 %) n'a reçu que le lait maternel, c'est-à-dire qu'il a été exclusivement allaité au sein. Presque tous les enfants de moins de six mois ont déjà reçu autre chose en plus d'être allaités, essentiellement de l'eau (64 %) ou des suppléments solides ou semi-solides (16 %). Par rapport aux recommandations internationales en matière d'alimentation des jeunes enfants, l'introduction d'autres liquides ou suppléments a donc lieu à un âge trop jeune. Par ailleurs, les résultats montrent aussi que la recommandation relative à l'introduction d'aliments solides de complément à partir de l'âge de six mois n'est pas encore correctement suivie : seulement 60 % des enfants de 6 à 9 mois reçoivent, en plus du lait maternel, des aliments de complément.

Tableau 13 Type d'allaitement selon l'âge de l'enfant

Répartition (en %) des enfants derniers-nés de moins de deux ans vivant avec leur mère par type d'allaitement, pourcentage actuellement allaité et pourcentage de l'ensemble des enfants de moins de deux ans utilisant un biberon, selon l'âge de l'enfant en mois, Tchad 2014-2015

Âge en mois	Type d'allaitement						Total	Pourcentage actuellement allaité	Effectif des enfants derniers-nés de moins de deux ans vivant avec leur mère	Pourcentage utilisant un biberon	Effectif d'enfants de moins de deux ans
	Non allaités	Exclusivement allaités	Allaités et eau seulement	Allaités et liquides non lactés ¹	Allaités et autres laits	Allaités et aliments de complément					
0-1	3,2	0,2	76,0	4,9	10,9	4,8	100,0	96,8	471	7,8	472
2-3	3,3	0,5	71,2	5,3	10,4	9,2	100,0	96,7	739	7,8	750
4-5	3,0	0,1	45,1	8,6	10,8	32,4	100,0	97,0	595	9,6	604
6-8	3,5	0,8	22,1	9,5	7,1	57,0	100,0	96,5	960	9,1	979
9-11	5,5	0,5	11,8	5,1	3,6	73,5	100,0	94,5	743	8,6	765
12-17	14,2	0,4	6,3	3,5	1,8	73,8	100,0	85,8	1 597	6,7	1 644
18-23	30,2	0,4	4,8	2,1	2,2	60,3	100,0	69,8	1 234	5,0	1 309
0-3	3,3	0,4	73,1	5,1	10,6	7,5	100,0	96,7	1 209	7,8	1 223
0-5	3,2	0,3	63,8	6,3	10,7	15,7	100,0	96,8	1 804	8,4	1 827
6-9	3,8	0,8	20,1	8,7	6,2	60,3	100,0	96,2	1 261	9,0	1 285
12-15	12,1	0,2	6,4	3,4	1,9	76,1	100,0	87,9	1 145	6,3	1 174
12-23	21,2	0,4	5,7	2,9	2,0	67,9	100,0	78,8	2 832	6,0	2 953
20-23	34,8	0,5	5,2	1,2	1,8	56,5	100,0	65,2	742	5,5	789

Note : Les données sur l'allaitement se rapportent à une période de 24 heures (hier et la nuit dernière). Les enfants classés dans la catégorie « Allaitement et eau seulement » ne reçoivent aucun complément liquide ou solide. Les catégories « Non allaités », « Allaités exclusivement », « Allaités et eau seulement », « Liquides non lactés », « Autres laits », et « Aliments de complément » (solides et semi solides) sont hiérarchiques et mutuellement exclusives et la somme des pourcentages égale 100 %. Ainsi, les enfants qui sont allaités et qui reçoivent des liquides non lactés et qui ne reçoivent pas d'autres laits et qui ne reçoivent pas d'aliments de complément sont classés dans la catégorie « Liquides non lactés » même s'ils reçoivent également de l'eau. Tout enfant qui reçoit des aliments de complément est classé dans cette catégorie tant qu'il est toujours allaité.

¹ Les liquides non lactés comprennent les jus, les boissons à base de jus, les bouillons et les autres liquides.

L'utilisation du biberon n'est pas recommandée chez les jeunes enfants car elle est le plus souvent associée à une augmentation des risques de maladies, en particulier des maladies diarrhéiques. Les biberons mal nettoyés et les tétines mal stérilisées sont à l'origine de troubles gastriques, de diarrhées et de vomissements chez les bébés. Le Tableau 13 montre qu'au Tchad, une proportion non négligeable d'enfants de moins de deux ans sont nourris avec un biberon : 8 % à 0-5 mois et 9 % à 6-9 mois. Parmi les enfants de 12-23 mois, 6 % avaient été nourris au biberon au cours des 24 heures ayant précédé l'interview.

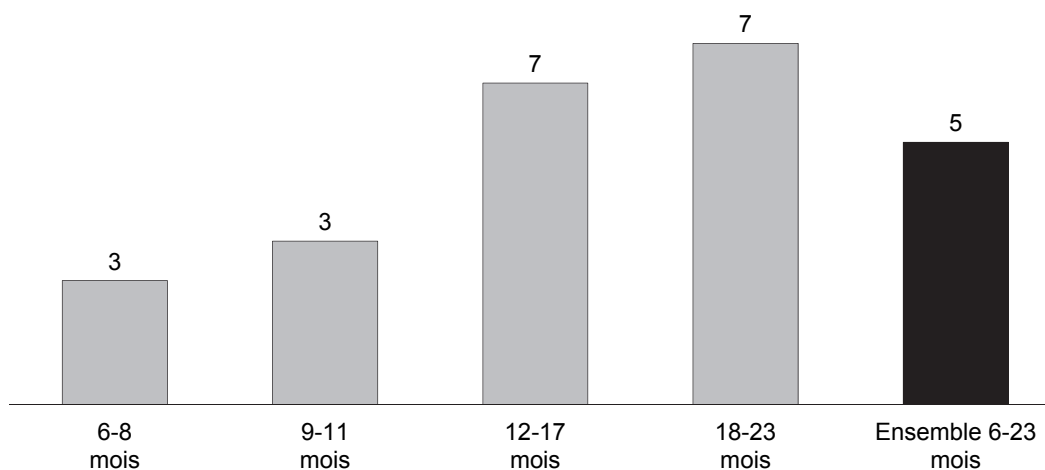
Les directives de l'OMS sur les pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant comprennent l'introduction progressive d'aliments solides et semi solides dès l'âge de 6 mois, en augmentant non seulement la quantité et la variété des aliments, mais aussi la fréquence de l'alimentation au fur et à mesure que l'enfant grandit tout en maintenant également l'allaitement fréquent (OMS, 2008).

Au cours de l'EDS-MICS, les informations sur les pratiques alimentaires ont été obtenues pour les plus jeunes enfants de 6-23 mois qui vivent avec leur mère et qui sont nourris de manière adéquate au cours des dernières 24 heures. Ces pratiques alimentaires sont mesurées par le pourcentage d'enfants pour lesquels les pratiques alimentaires répondent aux normes minimales, en termes de diversité d'aliments consommés (c'est-à-dire, le nombre de groupes d'aliments consommés), de fréquence alimentaire (par exemple, le nombre de fois que l'enfant est nourri) ainsi qu'en termes de consommation de lait maternel ou d'autres laits ou de produits laitiers. Les enfants allaités sont considérés comme étant nourris conformément aux normes minimales, s'ils consomment au moins quatre groupes d'aliments variés et reçoivent des aliments, autres que le lait maternel : au moins deux fois par jour pour les enfants de 6-8 mois et au moins trois fois par jour pour ceux de 9-23 mois. Pour les enfants non allaités, ils sont considérés comme étant nourris selon les normes minimales, s'ils consomment du lait ou des produits laitiers au moins deux fois par jour et s'ils sont nourris au moins quatre fois par jour (non compris l'alimentation au lait ou produits laitiers) et reçoivent des aliments solides ou semi solides de quatre groupes d'aliments ou plus (non compris le groupe du lait et des produits laitiers).

Le Graphique 6 présente les proportions de jeunes enfants de 6-23 mois allaités et non allaités qui vivent avec leur mère et qui ont été nourris de manière adéquate au cours des dernières 24 heures. Parmi les enfants de 6-23 mois, seulement 5 % ont été nourris suivant le régime alimentaire minimum acceptable selon l'âge.

Graphique 6 Régime alimentaire minimum acceptable selon l'âge, en mois

Pourcentage



EDS-MICS 2014-2015

3.8 PALUDISME

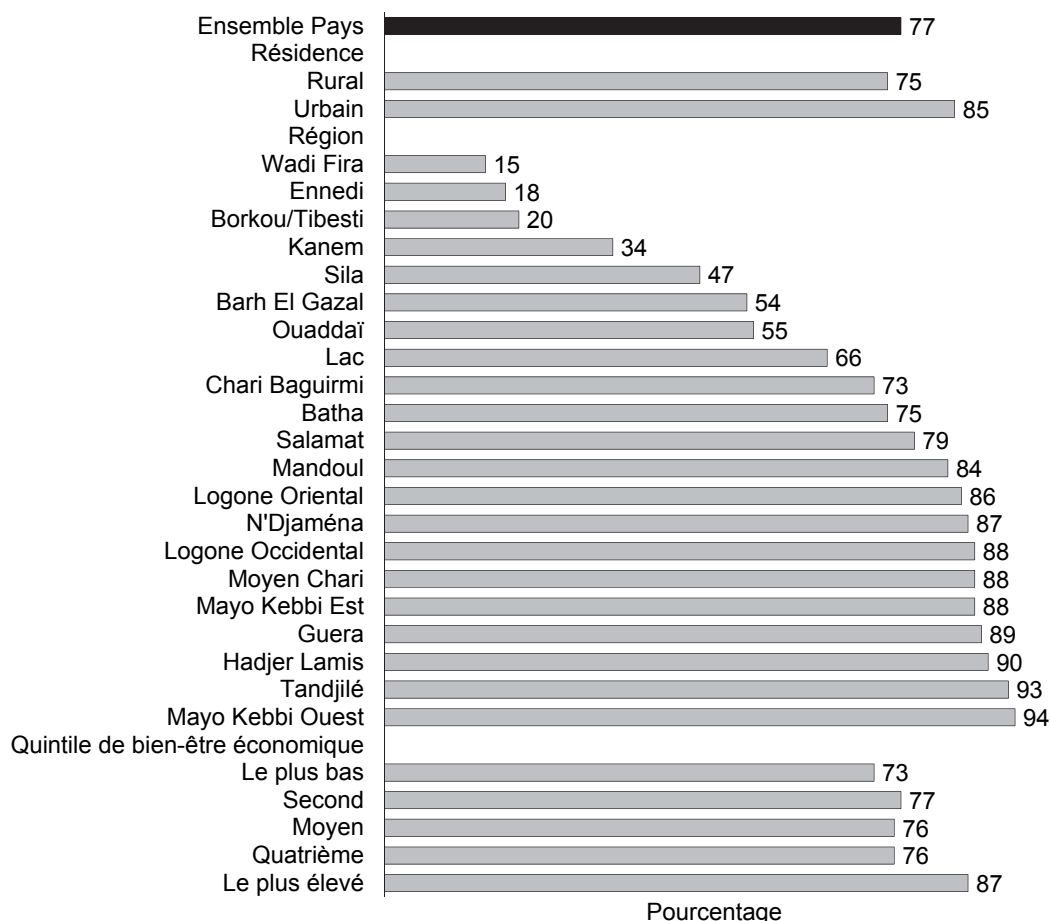
La prophylaxie (prévention) du paludisme repose sur deux types de mesures : un ensemble de précautions visant à limiter les risques d'infections et la prise préventive de certains médicaments. La moustiquaire imprégnée d'insecticide reste l'un des moyens de prévention les plus efficaces. Les données collectées au cours de l'EDS-MICS, ont permis d'évaluer les proportions de ménages disposant d'une moustiquaire traitée ou Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII)². On a également cherché à savoir, parmi les enfants de moins de cinq ans fébriles durant les deux semaines précédant l'interview, le pourcentage de ceux qui ont reçu un antipaludéen.

3.8.1 Accès à une MII dans le ménage

Il ressort du Tableau 14 que 77 % des ménages au Tchad possèdent au moins une MII. Selon le milieu de résidence, les résultats montrent que la proportion de ménages urbains qui possèdent au moins une MII est plus élevée qu'en milieu rural (85 % contre 75 %). Le pourcentage de ménages avec au moins une MII varie également selon les régions, d'un maximum de 94 % dans le Mayo Kebbi Ouest à un minimum de 15 % dans le Wadi Fira. On remarque en outre que plus le niveau de quintile de bien-être est élevé, plus la proportion des ménages qui possèdent au moins une MII est élevée, variant de 73 % dans les ménages du quintile le plus bas à 87 % chez les ménages du quintile le plus élevé (Graphique 7). En moyenne, un ménage tchadien possède 2,0 MII.

² Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est, soit une moustiquaire préimprégnée permanente qui ne demande aucun traitement (Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action—MIILDA), soit une moustiquaire préimprégnée mais obtenue il y a moins de 12 mois, soit une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

Graphique 7 Pourcentage de la population de fait des ménages ayant accès à une MII dans le ménage



EDS-MICS 2014-2015

Selon les recommandations de l'OMS, chaque ménage devrait posséder, au moins, une moustiquaire imprégnée pour deux personnes dans le but d'atteindre une couverture universelle. Les résultats de l'enquête présentés au Tableau 14 indiquent que 42 % des ménages au Tchad possédaient, au moins, une moustiquaire pour deux personnes qui avaient passé la nuit précédant l'interview dans le ménage. La proportion de ménages possédant une moustiquaire pour deux personnes varie entre les milieux de résidence (53 % en urbain contre 40 % en rural). Dans les régions, cette proportion varie d'un minimum de 6 % dans la région de Wadi Fira à un maximum de 62 % dans la région de Mayo Kebbi Est. En outre, c'est parmi les ménages du quintile moyen et ceux du quatrième quintile que cette proportion est la plus faible (36 %).

Tableau 14 Possession de moustiquaires imprégnées d'insecticide par les ménages

Pourcentage de ménages qui possède au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII); nombre moyen de MII par ménage et pourcentage de ménages qui possèdent au moins une MII pour deux personnes qui ont passé la nuit dernière dans le ménage, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Tchad 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) ¹	Nombre moyen de moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) ¹ par ménage	Effectif de ménages	Pourcentage de ménages avec au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) ¹ pour deux personnes qui ont passé la nuit dernière dans le ménage (Couverture universelle) ²	Effectif de ménages avec au moins une personne qui a passé la nuit dernière dans le ménage
Résidence					
N'Djaména	86,9	2,6	839	56,6	836
Autres Villes	84,2	2,3	1 585	50,4	1 582
Urbain	85,1	2,4	2 423	52,5	2 417
Rural	75,1	1,9	8 963	39,6	8 924
Région					
Batha	74,9	1,8	506	33,5	488
Borkou/Tibesti	19,6	0,4	60	8,3	60
Chari Baguirmi	72,7	2,0	469	40,3	466
Guéra	88,5	2,0	654	40,6	654
Hadjer-Lamis	89,6	2,3	756	47,5	756
Kanem	33,9	0,6	448	9,4	445
Lac	65,5	1,4	584	27,0	584
Logone Occidental	88,0	2,1	786	57,0	786
Logone Oriental	85,7	2,0	1 127	44,5	1 125
Mandoul	84,4	2,1	791	48,6	790
Mayo Kebbi Est	87,7	2,8	785	62,1	785
Mayo Kebbi Ouest	93,9	2,9	518	54,7	518
Moyen Chari	87,5	2,3	636	53,2	628
Ouaddaï	54,8	1,1	706	20,4	703
Salamat	79,2	1,8	257	36,6	253
Tandjilé	92,7	2,5	700	56,4	700
Wadi Fira	14,8	0,3	318	6,2	318
N'Djaména	86,9	2,6	839	56,6	836
Barh El Gazal	53,9	1,1	157	16,0	156
Ennedi	17,7	0,4	62	11,4	62
Sila	47,1	0,9	228	14,8	226
Quintiles de bien-être économique					
Le plus bas	73,3	1,5	2 968	43,1	2 946
Second	76,6	1,9	2 300	42,1	2 294
Moyen	75,7	2,0	2 057	35,8	2 049
Quatrième	75,6	2,2	1 962	35,6	1 960
Le plus élevé	86,5	2,5	2 099	54,5	2 092
Ensemble	77,3	2,0	11 386	42,4	11 341

¹ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est (1) une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire ou (2) une moustiquaire préimprégnée obtenue il y a moins de 12 mois.

² Membres de fait des ménages.

3.8.2 Utilisation des moustiquaires par les enfants et les femmes enceintes

La proportion d'enfants (Tableau 15) ayant dormi la nuit précédant l'interview sous une MII est de 36 %. Cette proportion est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural : 50 % contre 33 %. Dans les ménages ayant au moins une MII, la proportion d'enfants de moins de 5 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'interview est de 46 %.

On constate que parmi les femmes enceintes, 35 % se sont protégées contre le paludisme en dormant sous une MII. Dans les ménages ayant une MII, la proportion de femmes enceintes de 15-49 ans qui ont dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'interview s'établit à 44 %.

Tableau 15 Utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) par les enfants et les femmes enceintes

Pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui, la nuit ayant précédé l'interview, ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) et pourcentage ayant dormi sous une MII ou dans un logement dont les murs intérieurs ont été pulvérisés d'insecticide (PID) au cours des 12 derniers mois ; parmi les enfants de moins de cinq ans des ménages avec, au moins, une MII, pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'interview ; parmi les femmes enceintes de 15-49 ans, pourcentage qui, la nuit ayant précédé l'interview, ont dormi sous une MII, et pourcentage ayant dormi sous une MII ou dans un logement qui a bénéficié d'une PID au cours des 12 derniers mois ; et parmi les femmes enceintes de 15-49 ans des ménages avec, au moins, une MII, pourcentage ayant dormi sous une MII la nuit ayant précédé l'interview, selon certaines caractéristiques, Tchad 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	Enfants de moins de cinq ans dans tous les ménages		Enfants de moins de cinq ans dans les ménages avec au moins une MII ¹		Femmes enceintes de 15-49 ans dans tous les ménages		Femmes enceintes de 15-49 ans dans les ménages avec au moins une MII ¹	
	Pourcentage ayant dormi sous une MII ¹ la nuit ayant précédé l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MII ¹ la nuit ayant précédé l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant dormi sous une MII ¹ la nuit ayant précédé l'interview	Effectif de femmes enceintes	Pourcentage ayant dormi sous une MII ¹ la nuit ayant précédé l'interview	Effectif de femmes enceintes
Résidence								
N'Djaména	69,6	750	79,1	660	71,3	86	80,7	76
Autres Villes	39,9	1 557	46,5	1 336	26,6	177	31,9	148
Urbain	49,6	2 307	57,3	1 995	41,2	264	48,5	224
Rural	33,3	9 647	42,5	7 566	33,4	1 308	43,2	1 012
Région								
Batha	25,4	508	34,7	372	24,3	57	(35,8)	39
Borkou/Tibesti	6,0	51	25,3	12	(1,2)	5	*	1
Chari Baguirmi	52,0	537	70,2	398	54,7	80	74,4	59
Guéra	32,5	806	36,5	717	15,2	95	16,5	87
Hadjer-Lamis	12,9	876	14,2	792	16,2	113	19,9	92
Kanem	1,9	476	4,5	197	1,6	63	(5,0)	20
Lac	20,7	540	30,4	368	20,3	101	27,8	74
Logone Occidentale	24,0	717	26,8	642	21,8	111	22,9	105
Logone Orientale	40,5	1 191	45,8	1 051	38,5	126	47,5	102
Mandoul	47,2	870	55,1	745	49,7	118	59,0	100
Mayo Kebbi Est	54,2	924	59,9	837	59,1	126	67,4	110
Mayo Kebbi Ouest	47,3	701	49,2	674	42,0	90	43,4	87
Moyen Chari	68,9	615	80,1	529	76,5	74	82,7	68
Ouaddaï	30,7	647	51,3	387	19,7	83	(37,8)	43
Salamat	33,5	264	40,6	218	27,3	47	31,9	40
Tandjilé	27,3	709	29,0	669	28,1	99	28,5	98
Wadi Fira	2,8	282	15,0	52	3,3	35	*	7
N'Djaména	69,6	750	79,1	660	71,3	86	80,7	76
Barh El Gazal	9,7	158	15,9	97	1,9	20	(4,3)	9
Ennedi	3,0	50	17,2	9	3,0	9	*	2
Sila	36,0	283	74,4	137	39,1	35	(80,2)	17
Quintiles de bien-être économique								
Le plus bas	34,8	2 557	46,0	1 936	34,7	302	47,5	221
Second	38,4	2 555	49,1	2 000	37,0	328	47,3	257
Moyen	32,7	2 413	40,7	1 935	33,0	317	42,5	246
Quatrième	28,1	2 447	35,0	1 970	29,1	380	36,5	302
Le plus élevé	50,9	1 982	58,6	1 721	42,6	245	49,7	210
Ensemble	36,4	11 954	45,6	9 561	34,7	1 572	44,1	1 236

Note : Le tableau est basé sur les enfants ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage. Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Une Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII) est (1) une moustiquaire qui a été imprégnée industriellement par le fabricant et qui ne nécessite pas de traitement supplémentaire ou (2) une moustiquaire qui a été trempée dans un insecticide il y a moins de 12 mois.

3.8.3 Utilisation du traitement préventif intermittent par les femmes au cours de la grossesse

Pour réduire le risque de contracter le paludisme pendant la grossesse, il est recommandé que les femmes enceintes non seulement dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide mais aussi prennent, à titre préventif, des antipaludiques au cours de la grossesse. Au cours de l'EDS-MICS, on a donc demandé à toutes les femmes qui avaient eu une naissance pendant les cinq dernières années si, durant la grossesse la plus récente, elles avaient pris des antipaludiques et, dans le cas d'une réponse positive, de quels antipaludiques il s'agissait.

La proportion de femmes ayant suivi, comme recommandé, un Traitement Préventif Intermittent (TPI), à savoir deux doses de SP/Fansidar reçues au cours des visites prénatales est seulement de 16 % (Tableau 16).

Le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu deux doses de TPI est plus faible en milieu rural qu'en milieu urbain (14 % contre 27 %), et parmi les femmes dont le ménage est classé dans le quintile le plus bas que parmi celles dont il est classé dans le quintile le plus élevé (12 % contre 28 %).

Tableau 16 Utilisation du Traitement Préventif Intermittent (TPI) par les femmes au cours de la grossesse

Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des deux années ayant précédé l'enquête qui, au cours de la grossesse de la dernière naissance, ont reçu une dose ou plus de SP/Fansidar, dont au moins une dose a été administrée au cours d'une visite prénatale ; pourcentage ayant reçu deux doses ou plus de SP/Fansidar, dont au moins une dose administrée au cours d'une visite prénatale ; pourcentage ayant reçu trois doses ou plus de SP/Fansidar, dont au moins une dose administrée au cours d'une visite prénatale, selon certaines caractéristiques, Tchad 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu une dose ou plus de SP/Fansidar au cours d'une visite prénatale	Pourcentage ayant reçu deux doses ou plus de SP/Fansidar ¹	Pourcentage ayant reçu trois doses ou plus de SP/Fansidar ¹	Effectif de femmes ayant eu une naissance au cours des deux dernières années ayant précédé l'enquête
Résidence				
N'Djaména	40,7	31,5	16,9	491
Autres Villes	32,3	24,5	12,0	832
Urbain	35,4	27,1	13,8	1 323
Rural	18,3	13,8	6,0	5 419
Région				
Batha	9,1	6,9	3,7	278
Borkou/Tibesti	13,5	8,0	4,2	26
Chari Baguirmi	10,2	8,0	4,0	303
Guéra	27,5	22,3	9,8	426
Hadjer-Lamis	25,8	19,6	9,0	437
Kanem	14,2	10,4	3,1	205
Lac	6,6	5,1	3,5	264
Logone Occidental	26,8	18,1	8,4	473
Logone Oriental	12,4	8,3	3,4	758
Mandoul	20,6	13,7	3,0	496
Mayo Kebbi Est	23,5	18,1	7,6	511
Mayo Kebbi Ouest	39,4	32,1	14,2	406
Moyen Chari	13,7	10,4	4,2	342
Ouaddaï	8,7	7,1	3,5	344
Salamat	31,8	23,2	10,2	143
Tandjilé	28,3	22,7	13,3	471
Wadi Fira	18,3	12,5	7,8	144
N'Djaména	40,7	31,5	16,9	491
Barh El Gazal	15,9	12,5	6,6	76
Ennedi	23,3	18,2	10,2	22
Sila	19,8	14,8	6,5	128
Quintiles de bien-être économique				
Le plus bas	16,6	12,4	5,5	1 432
Second	20,4	15,1	6,9	1 490
Moyen	17,3	12,8	6,1	1 360
Quatrième	20,3	15,7	5,5	1 303
Le plus élevé	36,4	28,1	15,1	1 157
Ensemble	21,7	16,4	7,6	6 742

¹ A reçu le nombre spécifié de doses de SP/Fansidar, dont au moins une dose a été administrée au cours d'une visite prénatale.

3.8.4 Prévalence et traitement précoce de la fièvre chez les enfants

Parmi les informations collectées lors de l'EDS-MICS sur la santé des enfants de moins de cinq ans, figurent également celles relatives aux épisodes de fièvre et à leurs traitements. La fièvre étant le principal signe clinique du paludisme, on a demandé, si les enfants de moins de cinq ans avaient eu de la fièvre au cours des deux semaines précédant l'interview. Si la réponse était positive, on posait alors une série de questions sur le traitement de la fièvre. Ces questions portaient, entre autres, sur la prise de médicaments antipaludiques et sur le moment où le traitement antipaludique avait été administré pour la première fois.

Selon les résultats du Tableau 17, 24 % des enfants de moins de cinq ans ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'interview. Parmi ces derniers, des conseils ou un traitement ont été recherchés pour 36 % d'entre eux soit auprès de personnel de santé, soit dans une pharmacie, soit au marché ou dans une boutique. Lorsqu'on considère le milieu de résidence, on remarque que des conseils ou un traitement ont été plus fréquemment recherchés pour les enfants du milieu urbain que pour ceux du milieu rural (50 % contre 32 %). Les résultats par région indiquent que c'est dans la ville de N'Djamena (59 %) et dans la région du Guéra (58 %) que des conseils ou un traitement ont été le plus fréquemment recherché. À l'opposé, c'est dans la région du Batha que cette démarche a été la moins fréquemment effectuée (8 %). Dans les ménages classés dans le quintile le plus bas, on a recherché un traitement ou des conseils pour 26 % des enfants contre 52 % dans les ménages du quintile le plus élevé.

Tableau 17 Prévalence, diagnostic et traitement précoce de la fièvre chez les enfants

Parmi les enfants de moins de cinq ans, pourcentage ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'interview ; parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre, pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement, pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon, pourcentage ayant été traité avec une Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine (CTA) et pourcentage ayant pris une CTA le jour même ou le jour suivant le début de la fièvre ; parmi les enfants qui ont eu de la fièvre et ont pris des antipaludiques, pourcentage ayant pris une CTA, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Tchad, 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	Parmi les enfants de moins de cinq ans :		Parmi les enfants de moins de cinq ans ayant eu de la fièvre :					Parmi les enfants qui ont eu de la fièvre et ont pris des antipaludiques :	
	Pourcentage ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'interview	Effectif d'enfants	Pourcentage pour lesquels on a recherché des conseils ou un traitement ¹	Pourcentage à qui on a prélevé du sang au doigt ou au talon pour être testé	Pourcentage ayant pris une CTA	Pourcentage ayant pris une CTA le jour même ou le jour suivant le début de la fièvre	Effectif d'enfants	Pourcentage ayant pris une CTA	Effectif d'enfants
Résidence									
N'Djamena	35,8	1 164	58,9	29,0	8,6	5,1	417	24,8	145
Autres Villes	22,5	2 126	41,7	15,7	3,9	2,0	479	15,7	120
Ensemble urbain	27,2	3 290	49,7	21,9	6,1	3,4	896	20,7	265
Rural	22,9	13 520	32,1	10,3	1,7	1,2	3 097	6,6	808
Région									
Batha	15,3	759	8,4	3,2	0,8	0,0	116	*	12
Borkou/Tibesti	20,6	70	41,5	5,4	0,6	0,0	14	*	3
Chari Baguirmi	29,1	752	26,0	5,8	1,4	0,2	219	5,3	58
Guéra	12,0	1 094	58,3	8,9	4,7	4,7	132	*	34
Hadjer-Lamis	23,5	1 176	34,1	13,2	0,5	0,5	277	1,6	81
Kanem	17,3	646	20,2	8,2	0,0	0,0	111	*	11
Lac	17,6	774	18,8	5,4	2,9	2,6	136	*	16
Logone Occidentale	25,2	972	44,2	14,1	0,5	0,0	245	(2,9)	43
Logone Orientale	35,3	1 668	26,7	11,5	2,0	1,5	589	9,6	122
Mandoul	27,7	1 261	41,6	13,9	4,0	3,9	350	10,8	129
Mayo Kebbi Est	25,0	1 280	38,6	9,7	0,3	0,0	320	0,8	120
Mayo Kebbi Ouest	19,3	958	35,1	12,5	4,9	2,4	185	15,6	59
Moyen Chari	28,8	833	31,4	15,4	1,6	1,0	240	5,2	76
Ouaddaï	14,8	902	22,4	12,3	4,2	0,5	134	*	20
Salamat	13,4	383	44,0	9,7	0,0	0,0	51	*	8
Tandjilé	25,8	1 031	41,7	12,2	2,2	1,7	265	6,4	90
Wadi Fira	11,2	417	53,1	6,2	5,5	1,4	47	(11,3)	23
N'Djaména	35,8	1 164	58,9	29,0	8,6	5,1	417	24,8	145
Barh El Gazal	19,7	222	27,8	10,8	0,2	0,0	44	*	7
Ennedi	13,9	66	48,6	7,8	2,2	0,0	9	*	4
Sila	24,2	382	25,2	9,9	0,9	0,2	93	(6,2)	14
Quintiles de bien-être économique									
Le plus bas	25,7	3 454	26,2	8,9	1,7	1,0	889	7,3	201
Second	22,8	3 603	34,3	9,1	1,4	1,0	820	5,2	215
Moyen	23,2	3 471	31,6	9,7	1,1	0,8	804	4,0	215
Quatrième	20,6	3 392	37,7	15,6	3,0	2,0	698	10,7	195
Le plus élevé	27,1	2 891	52,3	22,4	6,7	3,9	783	21,1	247
Ensemble	23,8	16 810	36,1	12,9	2,7	1,7	3 994	10,0	1 073

Note : Le tableau est basé sur les enfants ayant passé la nuit précédant l'interview dans le ménage. Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Non compris les conseils ou traitement d'un praticien traditionnel, secouriste, et les amis/parents.

Par ailleurs, parmi les enfants ayant eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'interview, les résultats montrent que, dans 13 % des cas, un prélèvement de sang capillaire a été effectué au doigt ou au talon pour effectuer un test. Ce prélèvement de sang a été moins fréquemment effectué parmi les enfants du milieu rural (10 %) que du milieu urbain (22 %). La proportion d'enfants ayant eu de la fièvre et pour lesquels un prélèvement de sang capillaire a été effectué afin d'être testé est beaucoup plus élevée dans la ville de N'Djamena 29 % que dans les autres régions. Cette proportion augmente avec le quintile de bien-être, passant de 9 % parmi les enfants vivant dans les trois premiers quintiles à 22 % dans le quintile le plus élevé.

Parmi les enfants ayant eu de la fièvre dans les deux dernières semaines avant l'interview, seulement 3 % des enfants ont été traités avec une CTA quand ils avaient de la fièvre. Cependant, la quasi-majorité l'avait reçue rapidement après le début de la fièvre, conformément aux recommandations. L'avant-dernière colonne du Tableau 17 fournit la proportion d'enfants ayant eu de la fièvre et ayant été traités avec des antipaludiques, qui ont été traités avec une CTA. Cette proportion est de 10 %.

3.9 VIH

3.9.1 Connaissance du VIH/sida

La connaissance par la population des moyens de prévention est indispensable si l'on veut lutter efficacement contre la propagation du VIH. La limitation des rapports sexuels à un(e) seul(e) partenaire fidèle et non infecté(e) ainsi que l'utilisation du condom demeurent les principaux moyens de prévention de l'infection par le VIH.

Au cours de l'EDS-MICS des questions ont été posées aux enquêtés pour évaluer leur connaissance des moyens de prévention du VIH. Un peu plus de trois femmes sur dix (33 %) et 53 % des hommes ont déclaré qu'on pouvait éviter les risques de contracter le VIH/sida en utilisant des condoms (Tableau 18). Par ailleurs, 48 % des femmes et 65 % des hommes ont répondu par l'affirmative à la question de savoir si la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire sexuel non infecté permet d'éviter de contracter le VIH/sida. Dans l'ensemble, 27 % des femmes et 47 % des hommes connaissent à la fois ces deux moyens de prévention du VIH/sida.

La connaissance de ces deux moyens de prévention varie en fonction des différentes caractéristiques sociodémographiques. C'est en milieu urbain et parmi les plus instruits que les proportions de femmes et d'hommes qui connaissent ces deux moyens de prévention du VIH sont les plus élevées. Les résultats selon les régions montrent également des différences importantes. Chez les femmes, c'est à N'Djamena (51 %), dans le Logone Occidental (44 %) et le Logone Oriental (39 %) que ces deux moyens sont les plus fréquemment connus. Chez les hommes, les proportions les plus fortes sont enregistrées dans les Logone Oriental (72 %), Occidental (65 %), et dans la ville du N'Djamena (63 %). À l'opposé, ce sont les régions de Wadi Fira (2 %), Kanem et Ennedi (6 % chacune) qui se distinguent par les proportions les moins élevées de femmes qui connaissent ces deux moyens de prévention alors que chez les hommes, c'est dans les régions de l'Ennedi (15 %), du Ouaddaï et du Barh El Gazal (16 % chacune) que ces proportions sont les plus faibles.

Tableau 18 Connaissance des moyens de prévention du VIH

Pourcentage de femmes et d'hommes de 15-49 ans qui, en réponse à une question déterminée, ont déclaré que l'on pouvait réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms à chaque rapport sexuel, et en se limitant à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a pas d'autres partenaires selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Tchad 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le VIH en :				Pourcentage d'hommes de 15-49 ans ayant déclaré que l'on pouvait réduire les risques de contracter le VIH en :			
	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté ²	Utilisant des condoms et limitant les rapports sexuels à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté ^{1,2}	Effectif de femmes	Utilisant des condoms ¹	Limitant les rapports sexuels à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté ²	Utilisant des condoms et limitant les rapports sexuels à un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté ^{1,2}	Effectif d'hommes
Groupe d'âges								
15-24	33,1	45,0	26,7	2 471	50,5	59,2	44,5	1 984
15-19	30,2	38,7	23,7	1 387	44,0	51,4	37,4	1 229
20-24	36,8	53,1	30,6	1 084	61,1	72,0	56,1	755
25-29	34,9	48,3	28,3	1 073	59,7	74,5	53,5	634
30-39	33,4	52,7	28,0	1 615	54,3	69,5	49,7	1 204
40-49	29,1	46,8	25,7	1 026	49,4	66,0	45,1	894
État matrimonial								
Célibataire	34,8	39,7	26,4	1 055	50,9	59,7	44,9	1 915
A déjà eu des rapports sexuels	53,5	62,8	43,8	193	69,4	79,4	63,5	744
N'a jamais eu de rapports sexuels	30,6	34,5	22,5	862	39,2	47,3	33,1	1 171
Marié ou vivant ensemble	31,8	49,2	26,8	4 601	53,5	68,7	48,5	2 678
En rupture d'union	37,4	53,0	31,3	529	55,9	72,3	53,2	122
Résidence								
N'Djaména	57,9	71,0	51,2	599	70,3	81,8	63,0	570
Autres Villes	44,8	61,9	37,9	909	66,2	74,9	58,2	847
Ensemble urbain	50,0	65,5	43,1	1 507	67,9	77,7	60,1	1 417
Rural	27,3	42,2	22,0	4 678	45,9	59,8	41,6	3 298
Région								
Batha	15,0	24,6	13,6	252	27,6	40,9	23,1	183
Borkou/Tibesti	14,1	27,5	7,1	28	30,9	29,5	18,7	15
Chari Baguirmi	26,0	44,4	21,0	256	39,1	62,2	34,5	186
Guéra	15,9	54,1	12,8	362	39,8	54,7	29,3	264
Hadjer-Lamis	21,4	31,3	11,1	428	43,1	57,3	38,0	294
Kanem	8,6	14,6	6,0	252	20,2	41,4	16,5	153
Lac	17,1	19,5	13,5	340	21,1	36,1	17,6	287
Logone Occidentale	48,2	66,3	43,8	381	66,9	84,2	64,6	345
Logone Orientale	45,8	57,9	39,2	566	76,5	80,4	71,5	447
Mandoul	41,1	61,4	35,7	445	63,9	72,3	59,3	375
Mayo Kebbi Est	42,0	53,1	33,8	428	61,6	75,3	55,1	316
Mayo Kebbi Ouest	44,2	67,0	37,4	317	59,1	78,1	56,0	223
Moyen Chari	43,7	55,6	31,7	331	67,6	77,8	62,0	319
Ouaddaï	13,2	30,1	11,3	304	24,2	32,7	15,8	161
Salamat	20,5	39,3	17,3	120	30,3	43,0	23,3	90
Tandjilé	38,5	57,2	32,4	376	61,1	71,9	55,4	248
Wadi Fira	3,7	13,8	2,1	168	21,4	35,1	18,9	89
N'Djaména	57,9	71,0	51,2	599	70,3	81,8	63,0	570
Barh El Gazal	16,4	17,0	9,9	88	20,1	25,9	16,4	70
Ennedi	9,9	29,9	5,7	30	15,2	19,3	14,9	17
Sila	20,1	36,7	17,3	115	25,5	45,6	22,4	63
Niveau d'instruction								
Aucun	23,1	39,8	18,8	3 876	28,1	45,7	24,2	1 708
Primaire	41,7	56,8	34,2	1 389	54,4	65,5	48,3	1 252
Secondaire ou plus	60,6	68,4	51,5	920	75,0	83,9	68,7	1 755
Quintiles de bien-être économique								
Le plus bas	32,6	47,7	28,3	1 101	49,7	61,2	44,8	700
Second	26,3	41,8	20,6	1 261	50,7	63,0	45,0	917
Moyen	25,6	40,6	19,3	1 237	41,8	57,0	37,8	939
Quatrième	26,2	41,9	21,7	1 213	44,8	58,6	40,3	840
Le plus élevé	51,4	65,5	44,0	1 373	67,8	78,8	60,9	1 319
Ensemble 15-49	32,8	47,9	27,1	6 185	52,5	65,2	47,2	4 715
50-59	na	na	na	na	43,1	62,5	39,9	533
Ensemble 15-59	na	na	na	na	51,6	64,9	46,4	5 248

na = Non applicable

¹ En utilisant un condom à chaque rapport sexuel.

² Partenaire sexuel qui n'a pas d'autres partenaires sexuels

3.9.2 Connaissance du VIH/sida parmi les jeunes

Dans cette section, sont considérés comme ayant une connaissance complète du VIH/sida les jeunes de 15-24 ans qui savent que l'utilisation régulière du condom et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le virus du sida, qui savent également qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le virus du sida et qui rejettent les deux idées erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du sida, à savoir la transmission par les piqûres de moustiques et par la sorcellerie. Les résultats concernant la connaissance de la maladie et de ses moyens de prévention sont présentés au Tableau 19 pour les femmes et pour les hommes de 15-24 ans.

Parmi les jeunes femmes de 15-24 ans, 11 % sont considérées comme ayant une connaissance « approfondie » du sida ; cette proportion est inférieure à celle des hommes (15 %). C'est parmi les jeunes qui vivent en milieu urbain et parmi les plus instruits que les proportions de femmes et d'hommes ayant une connaissance « approfondie » du sida sont les plus élevées. Il faut souligner que parmi les jeunes femmes et les jeunes hommes sans niveau d'instruction, respectivement 7 % et 4 %, ont une connaissance « approfondie » du sida. Par comparaison, ces proportions sont de 24 % chez les femmes de niveau secondaire ou supérieur et de 25 % chez les hommes de même niveau d'instruction. Le niveau de connaissance « approfondie » du sida augment avec le niveau de bien-être économique passant de 6 % à 25 % chez les jeunes femmes et de 8 % à 27 % chez les jeunes hommes.

Tableau 19 Connaissance des moyens de prévention du VIH parmi les jeunes

Pourcentage de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15-24 ans ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Tchad 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	Femme de 15-24 ans		Homme de 15-24 ans	
	Pourcentage ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH ¹	Effectif de femmes	Pourcentage ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH ¹	Effectif d'hommes
Groupe d'âges				
15-19	10,2	1 387	11,6	1 229
15-17	9,9	879	9,0	796
18-19	10,7	507	16,5	432
20-24	12,5	1 084	21,4	755
20-22	11,5	729	22,1	512
23-24	14,5	355	20,0	244
État matrimonial				
Célibataire	12,8	996	15,2	1 702
A déjà eu des rapports sexuels	24,2	162	25,8	580
N'a jamais eu de rapports sexuels	10,6	834	9,7	1 122
À déjà été marié	10,1	1 475	16,3	281
Résidence				
N'Djaména	31,5	303	26,7	269
Autres Villes	18,9	380	25,8	429
Ensemble urbain	24,5	684	26,1	698
Rural	6,1	1 787	9,5	1 285

À suivre...

Tableau 19—Suite

Caractéristique sociodémographique	Femme de 15-24 ans		Homme de 15-24 ans	
	Pourcentage ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH ¹	Effectif de femmes	Pourcentage ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH ¹	Effectif d'hommes
Région				
Batha	11,0	101	9,5	62
Borkou/Tibesti	0,0	11	(1,6)	6
Chari Baguirmi	9,1	101	13,4	59
Guéra	10,7	138	7,4	129
Hadjer-Lamis	5,8	168	12,9	113
Kanem	1,1	108	5,4	81
Lac	1,7	139	6,9	144
Logone Occidental	8,9	141	27,3	146
Logone Oriental	5,9	216	10,7	175
Mandoul	4,9	154	10,0	171
Mayo Kebbi Est	18,3	157	22,2	134
Mayo Kebbi Ouest	17,2	138	17,1	84
Moyen Chari	9,4	139	27,1	145
Ouaddaï	8,4	117	(5,4)	52
Salamat	6,4	41	8,5	25
Tandjilé	11,9	167	11,4	94
Wadi Fira	3,0	54	3,5	30
N'Djaména	31,5	303	26,7	269
Barh El Gazal	0,0	35	8,8	41
Ennedi	7,6	11	5,4	9
Sila	0,0	32	(4,0)	14
Niveau d'instruction				
Aucun	6,5	1 187	4,2	535
Primaire	7,8	682	8,3	498
Secondaire ou plus	24,4	602	25,3	951
Quintiles de bien-être économique				
Le plus bas	6,3	426	8,1	251
Second	9,9	463	8,2	338
Moyen	5,1	481	12,8	397
Quatrième	4,4	454	8,2	339
Le plus élevé	24,7	647	27,0	659
Ensemble 15-24	11,2	2 471	15,4	1 984

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés.

¹ Sont considérés comme ayant une connaissance des moyens de prévention du VIH, ceux qui savent que l'utilisation régulière du condom au cours des rapports sexuels et la limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté permettent de réduire les risques de contracter le VIH, ceux qui savent qu'une personne en bonne santé peut néanmoins avoir contracté le VIH et ceux qui rejettent les deux idées locales erronées les plus courantes concernant la transmission ou la prévention du VIH.

3.9.3 Multiplicité des partenaires sexuels et utilisation du condom

Le multi partenariat dans les rapports sexuels accroît le risque d'infection par les IST, en particulier le risque de contracter le VIH. Ce risque est d'autant plus important quand l'utilisation du condom comme moyen de prévention est rare. Le Tableau 20.1 présente, parmi les femmes de 15-49 ans, les pourcentages de celles qui ont eu, au cours des 12 derniers mois, au moins 2 partenaires sexuels. On constate que seulement 1 % des femmes ont eu, au moins, 2 partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois.

Par ailleurs, les résultats du Tableau 20.1 indiquent que les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 1,3 partenaires sexuels au cours de leur vie. Ce nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie ne varie que très peu en fonction de la caractéristique sociodémographique considérée.

Tableau 20.1 Partenaires sexuels multiples au cours des 12 derniers mois : Femme

Parmi toutes les femmes de 15-49 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec deux partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois ; pour les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels, nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Tchad 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	Parmi toutes les femmes		Parmi les femmes qui ont déjà eu des rapports sexuels ¹	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif de femmes	Nombre moyen de partenaires sexuels sur la durée de vie	Effectif de femmes
Groupe d'âges				
15-24	0,7	2 471	1,2	1 618
15-19	0,6	1 387	1,1	636
20-24	0,8	1 084	1,2	982
25-29	0,9	1 073	1,3	1 048
30-39	1,2	1 615	1,3	1 590
40-49	0,2	1 026	1,3	1 017
État matrimonial				
Célibataire	1,4	1 055	1,7	182
Mariée/vivant ensemble	0,7	4 601	1,2	4 563
En rupture d'union	0,6	529	1,5	529
Résidence				
N'Djaména	3,1	599	1,5	457
Autres Villes	0,6	909	1,3	742
Ensemble urbain	1,6	1 507	1,4	1 199
Rural	0,5	4 678	1,2	4 075
Région				
Batha	0,7	252	1,1	199
Borkou/Tibesti	1,0	28	1,5	22
Chari Baguirmi	1,7	256	1,8	239
Guéra	0,2	362	1,2	322
Hadjer-Lamis	0,0	428	1,2	372
Kanem	0,2	252	1,1	203
Lac	0,0	340	1,1	281
Logone Occidental	0,0	381	1,3	327
Logone Oriental	0,6	566	1,3	506
Mandoul	0,2	445	1,3	395
Mayo Kebbi Est	0,0	428	1,2	384
Mayo Kebbi Ouest	0,0	317	1,2	248
Moyen Chari	0,0	331	1,3	281
Ouaddaï	1,3	304	1,2	246
Salamat	0,0	120	1,2	113
Tandjilé	0,6	376	1,2	331
Wadi Fira	5,2	168	1,4	140
N'Djaména	3,1	599	1,5	457
Barh El Gazal	1,9	88	1,1	74
Ennedi	0,0	30	1,4	24
Sila	0,7	115	1,2	108
Niveau d'instruction				
Aucun	0,8	3 876	1,2	3 494
Primaire	0,5	1 389	1,3	1 138
Secondaire ou plus	1,4	920	1,4	642
Quintiles de bien-être économique				
Le plus bas	0,4	1 101	1,2	979
Second	0,5	1 261	1,2	1 121
Moyen	0,5	1 237	1,3	1 051
Quatrième	0,6	1 213	1,2	1 044
Le plus élevé	1,6	1 373	1,4	1 079
Ensemble	0,8	6 185	1,3	5 274

¹ Les femmes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas prises en compte dans le calcul de la moyenne

Les résultats présentés au Tableau 20.2 montrent que la proportion d'hommes de 15-49 ans qui ont déclaré avoir eu, au moins, 2 partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois est plus élevée que celle des femmes (16 % contre 1 %). En outre, cette proportion varie de 4 % parmi les hommes de 15-24 ans à 31 % parmi ceux de 40-49 ans. Les résultats selon l'état matrimonial montrent que c'est parmi les hommes en union que le multipartenariat a été le plus fréquent. Un quart (25 %) des hommes en union ont déclaré avoir eu, au moins, 2 partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois alors que cette proportion n'est que de 3 % parmi les hommes en rupture d'union et de 4 % parmi les célibataires. Cette proportion est aussi plus élevée chez les hommes sans instruction que parmi ceux de niveau d'instruction secondaire ou plus (18 % contre 14 %). On constate que le multipartenariat au cours des 12 derniers mois est une pratique un peu plus fréquente en milieu rural qu'en milieu urbain (18 % contre 13 %). Au niveau régional, le pourcentage d'hommes qui ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois varie d'un maximum de 29 % au Salamat et dans le Wadi Fira à un minimum de 5 % au Barh El Gazal.

Parmi les hommes de 15 à 49 ans ayant eu plus d'une partenaire sexuelle au cours des 12 derniers mois, seulement 10 % ont déclaré avoir utilisé un condom durant les derniers rapports sexuels. C'est chez les jeunes de 15-24 ans (50 %), les hommes célibataires (63 %), ceux du milieu urbain (25 %), ceux ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (26 %) et ceux des ménages du quintile de bien-être économique le plus élevé (26 %) que l'utilisation du condom a été la plus fréquente. À l'opposé, c'est parmi les hommes de 40-49 ans (1 %), ceux du milieu rural (5 %), ceux sans instruction (0,4 %) et ceux des ménages du quintile le plus bas (4 %) que ces proportions sont les plus faibles.

Les hommes de 15 à 49 ans ayant déjà eu des rapports sexuels ont déclaré avoir eu, en moyenne, 4,2 partenaires sexuelles au cours de leur vie. Ce nombre moyen augmente avec l'âge, passant de 3,3 chez les jeunes de 15-24 ans à 4,9 chez ceux de 40-49 ans. L'analyse selon l'état matrimonial permet de constater que les hommes en rupture d'union ont eu plus de partenaires sexuelles (7,8) sur la durée de vie que ceux en union et les célibataires (4,1 pour les deux). Ce nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie varie selon les régions ; c'est dans le Moyen Chari qu'il est le plus élevé (6,8) et dans la région de l'Ennedi qu'il est le plus faible (1,7). Par ailleurs, le nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie augmente avec le niveau d'instruction et le quintile de bien-être économique des ménages.

Tableau 20.2 Partenaires sexuelles multiples au cours des 12 derniers mois : Homme

Parmi tous les hommes de 15-49 ans, pourcentage ayant eu des rapports sexuels avec deux partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois ; parmi ces hommes, pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels ; pour les hommes ayant déjà eu des rapports sexuels, nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Tchad 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	Parmi tous les hommes		Parmi les hommes ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois		Parmi les hommes qui ont déjà eu des rapports sexuels ¹	
	Pourcentage ayant eu 2 partenaires sexuelles ou plus au cours des 12 derniers mois	Effectif d'hommes	Pourcentage ayant déclaré qu'un condom avait été utilisé au cours des derniers rapports sexuels	Effectif d'hommes	Nombre moyen de partenaires sexuelles sur la durée de vie	Effectif d'hommes
Groupe d'âges						
15-24	3,9	1 984	49,7	77	3,3	834
15-19	1,8	1 229	*	22	3,1	274
20-24	7,3	755	(41,1)	55	3,4	561
25-29	15,1	634	17,7	96	4,2	573
30-39	26,0	1 204	5,2	313	4,3	1 131
40-49	31,4	894	0,6	281	4,9	857
État matrimonial						
Célibataire	4,4	1 915	63,3	85	4,1	713
Mariée/vivant ensemble	25,3	2 678	2,6	678	4,1	2 570
En rupture d'union	2,8	122	*	3	7,8	113
Résidence						
N'Djaména	10,7	570	33,2	61	5,2	385
Autres Villes	14,2	847	21,2	120	5,9	594
Ensemble urbain	12,8	1 417	25,3	181	5,6	979
Rural	17,7	3 298	4,6	585	3,6	2 416
Région						
Batha	18,7	183	(0,0)	34	2,5	140
Borkou/Tibesti	9,2	15	*	1	5,3	10
Chari Baguirmi	18,3	186	(4,3)	34	3,4	148
Guéra	13,7	264	(0,0)	36	2,3	171
Hadjer-Lamis	12,0	294	(3,2)	35	2,0	202
Kanem	9,1	153	*	14	2,0	84
Lac	16,5	287	(0,0)	47	2,1	164
Logone Occidentale	16,0	345	(20,3)	55	6,1	272
Logone Orientale	17,0	447	15,8	76	5,0	373
Mandoul	21,6	375	9,2	81	6,1	265
Mayo Kebbi Est	17,8	316	(10,4)	56	4,5	225
Mayo Kebbi Ouest	21,0	223	10,8	47	4,8	171
Moyen Chari	9,3	319	(14,8)	30	6,8	247
Ouaddaï	27,0	161	(0,0)	43	2,2	116
Salamat	29,3	90	0,6	26	2,3	75
Tandjilé	17,5	248	(9,1)	44	3,4	185
Wadi Fira	28,8	89	0,0	26	2,2	65
N'Djaména	10,7	570	33,2	61	5,2	385
Barh El Gazal	4,8	70	*	3	2,1	41
Ennedi	8,2	17	*	1	1,7	9
Sila	23,4	63	(0,0)	15	2,2	49
Niveau d'instruction						
Aucun	18,0	1 708	0,4	307	2,6	1 291
Primaire	17,6	1 252	4,0	220	5,1	893
Secondaire ou plus	13,7	1 755	26,2	240	5,3	1 212
Quintiles de bien-être économique						
Le plus bas	13,9	700	3,9	98	3,8	547
Second	17,4	917	4,5	160	4,0	721
Moyen	17,2	939	2,6	161	3,3	626
Quatrième	20,4	840	7,2	171	3,3	586
Le plus élevé	13,4	1 319	25,7	176	5,8	915
Ensemble 15-49	16,3	4 715	9,5	766	4,2	3 396
50-59	35,5	533	0,0	189	4,1	509
Ensemble 15-59	18,2	5 248	7,6	955	4,2	3 905

Note : Les valeurs entre parenthèses sont basées sur 25-49 cas non pondérés. Un astérisque indique qu'une valeur est basée sur moins de 25 cas non pondérés et qu'elle a été supprimée.

¹ Les hommes qui n'ont pas fourni une réponse numérique ne sont pas pris en compte dans le calcul de la moyenne

3.9.4 Couverture du VIH antérieur à l'enquête

La connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH contribue à limiter la propagation de l'épidémie dans la mesure où elle permet aux personnes de prendre des précautions pour se protéger et protéger leurs partenaires. Au cours de l'EDS-MICS, on a demandé aux enquêtés s'ils avaient déjà effectué un test de dépistage du VIH, et dans l'affirmative, s'ils avaient obtenu les résultats de leur test. Les résultats concernant les femmes sont présentés au Tableau 21.1. Il ressort de ce tableau que 41 % des femmes ont déclaré connaître un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer un test du VIH. Cependant, seulement 15 % des femmes ont effectué un test et en ont reçu les résultats ; 2 % des femmes ont effectué un test mais n'ont pas eu connaissance des résultats et 83 % des femmes n'ont jamais effectué un test du VIH.

La connaissance d'un endroit où l'on peut effectuer un test du VIH est influencée par le milieu de résidence, la région, le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage. En effet, seulement 33 % des femmes du milieu rural savent où aller pour effectuer un test du VIH contre 68 % en milieu urbain. De même, cette proportion varie de 29 % chez celles sans instruction à 77 % chez les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus. Par rapport aux femmes des ménages du quintile le plus élevé, celles vivant dans un ménage du quintile moyen sont proportionnellement moins nombreuses à connaître un lieu où effectuer le test du VIH (29 % contre 71 %). Concernant les régions, on note que c'est celle du Kanem qui enregistre la proportion la plus faible de femmes (4 %) connaissant un lieu où s'effectue le test du VIH alors que la ville de N'Djamena enregistre la proportion la plus élevée (72 %).

La connaissance du statut sérologique varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Les plus faibles pourcentages de femmes qui ont effectué un test et qui en ont reçu les résultats s'observent chez les jeunes de 15-19 ans (8 %), les célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels (5 %), chez celles du milieu rural (9 %), chez les femmes résidant dans la région du Logone Occidental (37 %) et N'Djamena (40 %), celles sans instruction (8 %), et chez celles des ménages du quintile le plus bas (7 %).

Le Tableau 21.1 présente aussi la proportion de femmes qui ont reçu les résultats du dernier test du VIH effectué au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est seulement de 8 %. Par ailleurs, tout comme la connaissance du statut sérologique des femmes à un moment quelconque, la connaissance du statut sérologique récent varie de manière importante et présente les mêmes tendances en fonction des différentes caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 21.1 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Femme

Pourcentage de femmes de 15-49 ans qui savent où on peut faire un test du VIH ; répartition (en %) des femmes de 15-49 ans selon qu'elles ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'elles ont reçu, ou non, les résultats du dernier test ; pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant déjà fait un test du VIH et pourcentage de celles ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu les résultats du dernier test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Tchad 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage sachant où on peut faire un test du VIH	Répartition (en %) des femmes selon qu'elles ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'elles ont reçu, ou non, les résultats du dernier test			Ensemble	Pourcentage ayant déjà fait un test du VIH	Pourcentage ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat du dernier test	Effectif de femmes
		A fait un test du VIH et a reçu le résultat	A fait un test du VIH mais n'a pas reçu le résultat	N'a jamais fait de test du VIH ¹				
Groupe d'âges								
15-24	38,0	12,0	1,6	86,4	100,0	14,0	7,0	2 471
15-19	32,7	7,8	1,4	90,8	100,0	9,2	5,3	1 387
20-24	44,7	17,3	1,8	80,9	100,0	20,1	9,3	1 084
25-29	44,7	22,2	1,6	76,2	100,0	24,6	13,0	1 073
30-39	44,3	18,4	2,2	79,4	100,0	21,2	8,6	1 615
40-49	40,3	10,4	0,8	88,9	100,0	11,6	4,6	1 026
État matrimonial								
Célibataire	36,0	9,9	0,6	89,5	100,0	10,8	6,2	1 055
A déjà eu des rapports sexuels	64,9	33,2	1,3	65,5	100,0	35,8	22,6	193
N'a jamais eu de rapports sexuels	29,5	4,7	0,5	94,8	100,0	5,2	2,5	862
Mariée ou vivant ensemble	41,9	15,7	1,9	82,4	100,0	18,2	8,3	4 601
En rupture d'union	45,5	21,5	1,0	77,5	100,0	22,8	10,1	529
Résidence								
N'Djaména	71,8	39,6	2,2	58,2	100,0	44,3	26,0	599
Autres Villes	64,6	30,2	0,7	69,1	100,0	31,9	15,6	909
Ensemble urbain	67,5	33,9	1,3	64,8	100,0	36,8	19,7	1 507
Rural	32,7	9,1	1,7	89,2	100,0	11,1	4,3	4 678
Région								
Batha	14,2	3,2	0,4	96,4	100,0	3,9	1,5	252
Borkou/Tibesti	24,5	3,1	0,0	96,9	100,0	3,3	0,8	28
Chari Baguirmi	25,7	2,2	0,4	97,4	100,0	2,6	1,3	256
Guéra	27,6	2,3	0,0	97,7	100,0	2,8	1,9	362
Hadjer-Lamis	33,3	8,9	0,5	90,5	100,0	10,8	3,3	428
Kanem	4,3	0,9	0,2	98,9	100,0	1,1	0,6	252
Lac	5,1	0,7	0,6	98,7	100,0	1,3	0,1	340
Logone Occidental	63,6	36,7	1,3	62,1	100,0	38,2	15,4	381
Logone Oriental	49,4	17,0	2,8	80,3	100,0	20,0	10,4	566
Mandoul	63,9	22,4	5,3	72,3	100,0	27,9	10,8	445
Mayo Kebbi Est	45,5	8,8	1,9	89,3	100,0	10,7	4,7	428
Mayo Kebbi Ouest	57,2	21,6	2,1	76,3	100,0	24,0	11,1	317
Moyen Chari	62,6	28,9	3,6	67,5	100,0	33,5	13,2	331
Ouaddaï	14,4	2,8	0,0	97,2	100,0	2,9	0,7	304
Salamat	25,3	10,1	1,7	88,2	100,0	12,4	4,4	120
Tandjilé	55,1	17,3	1,0	81,7	100,0	18,3	9,6	376
Wadi Fira	19,1	2,7	0,9	96,4	100,0	4,4	0,8	168
N'Djaména	71,8	39,6	2,2	58,2	100,0	44,3	26,0	599
Barh El Gazal	7,4	1,1	0,0	98,9	100,0	1,1	0,6	88
Ennedi	24,4	5,9	0,8	93,3	100,0	6,7	2,2	30
Sila	17,4	5,3	0,7	94,0	100,0	6,0	2,4	115
Niveau d'instruction								
Aucun	28,8	7,9	1,3	90,8	100,0	9,6	3,7	3 876
Primaire	51,7	20,0	2,4	77,6	100,0	22,7	9,4	1 389
Secondaire ou plus	77,4	38,3	1,8	59,8	100,0	41,8	24,5	920
Quintiles de bien-être économique								
Le plus bas	33,8	7,4	1,8	90,8	100,0	9,3	4,3	1 101
Second	35,4	10,3	2,5	87,2	100,0	13,2	4,7	1 261
Moyen	29,0	9,0	0,9	90,1	100,0	10,0	4,3	1 237
Quatrième	33,0	9,5	1,5	89,0	100,0	11,3	4,1	1 213
Le plus élevé	70,6	36,5	1,4	62,2	100,0	39,5	21,1	1 373
Ensemble	41,2	15,2	1,6	83,2	100,0	17,3	8,1	6 185

¹Y compris : Ne sait pas/Manquant.

Le Tableau 21.2 présente les résultats pour les hommes. Il en ressort que 51 % des hommes connaissent un endroit où ils peuvent effectuer le test du VIH. Comme chez les femmes, la connaissance de ce type d'endroit est influencée par le milieu de résidence, la région, le niveau d'instruction et le niveau de vie du ménage.

Tableau 21.2 Couverture du test du VIH antérieur à l'enquête : Homme

Pourcentage d'hommes de 15-49 ans qui savent où on peut faire un test du VIH ; répartition (en %) des hommes de 15-49 ans selon qu'ils ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'ils ont reçu, ou non, les résultats du dernier test ; pourcentage d'hommes de 15-49 ans ayant déjà fait un test du VIH et pourcentage de ceux ayant fait un test au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat du dernier test, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Tchad 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage sachant où on peut faire un test du VIH	Répartition (en %) des d'hommes selon qu'ils ont fait, ou non, un test du VIH et selon qu'ils ont reçu, ou non, les résultats du dernier test			Ensemble	Pourcentage ayant déjà fait un test du VIH	Pourcentage ayant fait un test du VIH au cours des 12 derniers mois et ayant reçu le résultat du dernier test	Effectif d'hommes
		A fait un test du VIH et a reçu le résultat	A fait un test du VIH mais n'a pas reçu le résultat	N'a jamais fait de test du VIH ¹				
Groupe d'âges								
15-24	44,6	8,4	0,2	91,4	100,0	8,7	4,9	1 984
15-19	37,8	2,7	0,2	97,1	100,0	3,1	1,5	1 229
20-24	55,7	17,7	0,2	82,1	100,0	17,9	10,3	755
25-29	58,0	18,7	0,9	80,4	100,0	19,7	10,6	634
30-39	55,9	18,2	0,6	81,2	100,0	18,8	8,5	1 204
40-49	52,0	18,1	0,3	81,6	100,0	18,5	9,3	894
État matrimonial								
Célibataire	47,3	10,6	0,2	89,1	100,0	11,0	6,4	1 915
A déjà eu des rapports sexuels	70,4	22,7	0,4	76,8	100,0	23,5	14,2	744
N'a jamais eu de rapports sexuels	32,6	2,9	0,1	97,0	100,0	3,0	1,5	1 171
Marié ou vivant ensemble	52,5	15,6	0,6	83,8	100,0	16,2	7,6	2 678
En rupture d'union	64,9	37,3	0,7	62,0	100,0	38,0	18,6	122
Résidence								
N'Djaména	71,0	31,5	0,1	68,4	100,0	32,2	18,2	570
Autres Villes	69,2	27,2	0,4	72,4	100,0	27,6	16,4	847
Ensemble urbain	69,9	28,9	0,3	70,8	100,0	29,4	17,1	1 417
Rural	42,4	7,8	0,5	91,7	100,0	8,3	3,2	3 298
Région								
Batha	21,4	1,7	0,0	98,3	100,0	1,7	0,3	183
Borkou/Tibesti	19,9	10,8	1,8	87,4	100,0	12,6	4,2	15
Chari Baguirmi	27,6	2,4	1,6	95,9	100,0	4,1	1,5	186
Guéra	28,4	8,4	0,0	91,6	100,0	8,4	3,2	264
Hadjer-Lamis	33,1	6,5	0,0	93,5	100,0	6,5	1,9	294
Kanem	31,7	3,6	0,4	95,9	100,0	4,1	2,7	153
Lac	21,3	0,7	0,0	99,3	100,0	0,7	0,2	287
Logone Occidentale	81,7	24,3	1,0	74,8	100,0	25,2	15,0	345
Logone Orientale	74,2	20,7	0,0	79,3	100,0	20,7	10,8	447
Mandoul	66,4	14,3	1,5	84,2	100,0	15,8	4,4	375
Mayo Kebbi Est	57,2	9,2	0,0	90,8	100,0	9,2	4,4	316
Mayo Kebbi Ouest	57,6	13,2	0,4	86,4	100,0	13,6	7,0	223
Moyen Chari	68,8	25,1	0,8	74,1	100,0	25,9	16,0	319
Ouaddaï	18,4	2,1	0,0	97,9	100,0	2,1	1,8	161
Salamat	23,2	5,2	0,7	94,1	100,0	5,9	1,5	90
Tandjilé	49,0	16,9	0,6	82,5	100,0	17,5	6,2	248
Wadi Fira	23,1	3,3	0,9	95,8	100,0	4,6	2,6	89
N'Djaména	71,0	31,5	0,1	68,4	100,0	32,2	18,2	570
Barh El Gazal	16,2	0,6	0,0	99,4	100,0	0,6	0,1	70
Ennedi	21,1	6,0	0,2	93,8	100,0	6,6	4,1	17
Sila	17,6	9,9	0,0	90,1	100,0	9,9	4,7	63
Niveau d'instruction								
Aucun	27,3	4,1	0,2	95,6	100,0	4,4	2,4	1 708
Primaire	47,9	7,9	0,5	91,5	100,0	8,5	3,5	1 252
Secondaire ou plus	75,4	28,3	0,5	71,2	100,0	29,0	15,1	1 755
Quintiles de bien-être économique								
Le plus bas	41,7	5,7	0,9	93,4	100,0	6,6	1,9	700
Second	46,5	9,5	0,5	90,1	100,0	10,0	4,3	917
Moyen	40,6	7,4	0,2	92,4	100,0	7,6	3,3	939
Quatrième	43,0	9,1	0,4	90,5	100,0	9,5	3,9	840
Le plus élevé	70,5	29,9	0,3	69,7	100,0	30,5	17,6	1 319
Ensemble 15-49	50,7	14,1	0,4	85,4	100,0	14,6	7,4	4 715
50-59	45,6	14,3	1,5	84,2	100,0	15,8	5,6	533
Ensemble 15-59	50,2	14,2	0,5	85,3	100,0	14,8	7,2	5 248

¹ Y compris : Ne sait pas/Manquant.

En outre, on constate qu'environ huit hommes sur dix n'ont jamais effectué de test (85 %), 14 % seulement ont effectué un test du VIH et ont reçu les résultats et 0,4 % ont effectué un test du VIH et n'ont pas reçu les résultats. C'est en milieu rural (8 %), dans les régions du Lac (0,7 %) et Barh El Gazal (0,6 %), parmi les jeunes de 15-19 ans (3 %), parmi les célibataires n'ayant jamais eu de rapports sexuels (3 %), parmi les hommes sans instruction (4 %) et parmi ceux des ménages du quintile le plus bas (6 %) que la proportion d'hommes qui ont effectué un test et qui ont reçu les résultats est la plus faible.

Enfin, les résultats du Tableau 21.2 indiquent que 7 % des hommes ont reçu les résultats du dernier test du VIH effectué au cours des 12 derniers mois. Les résultats sur la connaissance du statut sérologique récent présentent les mêmes types de variations que celles déjà constatées pour la connaissance du statut sérologique à un moment quelconque.

3.10 SITUATION DES ENFANTS

La capacité des familles à protéger et à prendre en charge les enfants est essentielle pour leur épanouissement et leur développement. Le renforcement de cette capacité peut se traduire par une meilleure prise en compte des droits de l'enfant et/ou par un meilleur développement intellectuel dont la phase rapide se situe au cours des trois à quatre premières années de la vie. L'absence de ces droits peut exposer l'enfant à certaines formes de vulnérabilité ; de même, un environnement précaire ainsi que le manque d'activités d'éveil peut empêcher l'enfant de développer sa capacité à penser, à parler, à apprendre et à raisonner. En effet, les retards enregistrés avant 5 ans ont des conséquences plus tard sur la santé (physique et mentale) et le comportement des enfants.

Au cours de l'EDS-MICS, des informations collectées ont permis de calculer différents indicateurs servant à évaluer la situation des enfants et, plus particulièrement, la protection et le développement de l'enfant. Ce chapitre présente deux indicateurs obtenus sur la situation des enfants au Tchad.

3.10.1 Enregistrement des naissances d'enfants de moins de 5 ans

Au cours de l'enquête, on a demandé pour les enfants de moins de cinq ans, si leur naissance avait été déclarée à l'état civil. Les résultats du Tableau 22.1 révèlent que seulement 12 % de ces enfants ont été enregistrés à l'état civil. Parmi ceux-ci, 9 % ont effectivement un acte de naissance et 3 % n'ont pas d'acte de naissance.

L'analyse selon l'âge montre que les parents ont légèrement tendance à retarder l'enregistrement des naissances des enfants. En effet, la proportion de naissances enregistrées est légèrement plus élevée parmi les enfants de 2-4 ans que parmi ceux de moins de 2 ans (13 % contre 11 %).

Les parents accordent pratiquement la même importance à l'enregistrement des naissances des filles que des garçons (12 % pour chacun sexe). Par contre, les résultats mettent en évidence des écarts entre les milieux de résidence : en effet, pour 36 % des enfants du milieu urbain, la naissance a été enregistrée à l'état civil contre 6 % en milieu rural. Au niveau régional, c'est dans la ville de N'Djamena (58 %) que les proportions d'enfants dont la naissance a été déclarée à l'état civil est la plus élevée, les proportions les plus faibles étant observées dans la région du Wadi Fira (1 %) et celle du Lac (3 %) et au Kanem (4 %).

La proportion d'enfants dont la naissance a été enregistrée est d'autant plus élevée que le niveau de bien-être économique du ménage est élevé, passant de 6 % pour les enfants issus des ménages du quintile le plus bas à 39 % pour ceux des ménages du quintile le plus élevé.

Tableau 22.1 Enregistrement des naissances d'enfants de moins de 5 ans

Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans (de droit) dont la naissance a été enregistrée à l'état civil selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Tchad 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	Enfants dont la naissance a été enregistrée			
	Pourcentage ayant un acte de naissance	Pourcentage n'ayant pas d'acte de naissance	Pourcentage enregistré	Effectif d'enfants
Âge				
<2	7,2	3,6	10,9	6 903
2-4	9,5	3,2	12,7	12 030
Sexe				
Masculin	8,7	3,3	12,0	9 576
Féminin	8,7	3,4	12,0	9 356
Résidence				
Urbain	30,7	4,9	35,6	3 658
Rural	3,4	3,0	6,4	15 275
Région				
Batha	4,7	4,3	8,9	914
Borkou/Tibesti	9,4	0,6	10,0	80
Chari Baguirmi	4,1	6,9	11,0	810
Guéra	4,5	3,1	7,6	1 215
Hadjer-Lamis	6,3	0,3	6,5	1 356
Kanem	3,4	0,4	3,7	722
Lac	2,4	0,4	2,8	865
Logone Occidentale	7,8	7,8	15,5	1 126
Logone Orientale	5,9	5,1	11,0	1 904
Mandoul	5,4	5,9	11,2	1 434
Mayo Kebbi Est	5,8	0,2	5,9	1 452
Mayo Kebbi Ouest	5,0	0,3	5,3	1 050
Moyen Chari	12,9	4,8	17,7	985
Ouaddaï	7,2	4,9	12,1	982
Salamat	4,7	0,1	4,8	444
Tandjilé	3,9	0,3	4,3	1 135
Wadi Fira	1,1	0,1	1,2	447
N'Djaména	52,4	5,2	57,6	1 256
Barh El Gazal	5,0	6,9	11,9	248
Ennedi	4,9	2,4	7,3	74
Sila	5,2	7,4	12,6	433
Quintiles de bien-être économique				
Le plus bas	2,0	4,0	6,0	4 001
Second	3,3	3,1	6,4	4 099
Moyen	3,2	2,9	6,1	3 866
Quatrième	5,3	2,6	8,0	3 795
Le plus élevé	34,9	4,2	39,1	3 171
Ensemble	8,7	3,3	12,0	18 933

3.10.2 Enfants orphelins et résidence avec les parents

Les parents constituant le soutien principal des enfants, toute stratégie visant à les protéger doit donc, en priorité, renforcer les capacités des parents à les prendre en charge. Il est donc essentiel d'identifier les enfants qui sont orphelins et ceux qui vivent ou non avec leurs parents. Le Tableau 22.2 présente ces deux types d'information pour les enfants de moins de 15 ans et pour ceux de moins de 18 ans, selon certaines caractéristiques sociodémographiques.

Il ressort des résultats du Tableau 22.2 que 69 % des enfants de moins de 18 ans vivent avec leurs deux parents. Cette proportion diminue régulièrement avec l'âge de l'enfant, passant d'un maximum de 82 % pour les moins de 2 ans à 70 % dans le groupe d'âges 5-9 ans et à un minimum de 53 % dans le groupe d'âges 15-17 ans. Il n'y a pratiquement pas d'écart en fonction du sexe de l'enfant, (70 % pour les garçons et 69 % pour les filles). Par contre, la proportion d'enfants vivant avec leurs deux parents est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (72 % contre 60 %). C'est dans la ville de N'Djaména (59 %) et dans la région de l'Ennedi (61 %) que la proportion d'enfants vivant avec leurs deux parents est la plus faible ; par contre c'est dans la région du Mayo Kebbi Ouest qu'elle est la plus élevée (83 %).

Tableau 22.2 Enfants orphelins et résidence avec les parents

Répartition (en %) de la population (de droit) des enfants de moins de 18 ans par état de survie des parents et résidence avec les parents ; pourcentage d'enfants ne vivant pas avec un parent biologique et pourcentage d'enfants ayant un ou leurs deux parents décédés, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Tchad 2014-2015

Caractéristique sociodémographique	Vit avec les deux parents	Vit avec la mère mais pas avec le père		Vit avec le père mais pas avec la mère		Ne vit avec aucun des deux parents					Total	Pourcentage ne vivant avec aucun parent biologique	Pourcentage avec un ou les deux parents décédés ¹	Effectif d'enfants
		Père en vie	Père décédé	Mère en vie	Mère décédée	Les deux sont vivants	Seul le père est vivant	Seule la mère est vivante	Les deux sont décédés	Information manquante sur père/mère				
Groupe d'âges														
0-4	77,8	13,5	1,8	2,0	0,3	3,6	0,3	0,3	0,2	0,2	100,0	4,4	2,9	18 933
<2	82,0	15,0	1,3	0,6	0,1	0,5	0,2	0,1	0,1	0,2	100,0	0,9	1,7	6 903
2-4	75,4	12,7	2,1	2,8	0,4	5,3	0,4	0,5	0,3	0,2	100,0	6,5	3,7	12 030
5-9	69,5	10,0	3,2	4,9	0,7	9,1	0,7	1,2	0,4	0,2	100,0	11,5	6,3	20 097
10-14	64,6	9,2	5,5	5,4	1,2	9,4	1,0	2,4	1,1	0,3	100,0	13,8	11,2	15 275
15-17	52,7	6,7	7,7	5,0	1,5	16,3	1,7	3,8	2,1	2,6	100,0	23,9	16,8	5 692
Sexe														
Masculin	69,8	10,4	3,7	4,8	0,9	7,3	0,7	1,5	0,6	0,3	100,0	10,1	7,4	30 582
Féminin	68,6	10,8	3,9	3,4	0,7	9,0	0,8	1,4	0,8	0,6	100,0	12,0	7,6	29 414
Résidence														
Urbain	60,0	11,2	5,2	5,0	1,2	12,1	1,0	2,4	1,3	0,6	100,0	16,8	11,1	12 470
Rural	71,7	10,4	3,4	3,9	0,7	7,1	0,7	1,2	0,5	0,4	100,0	9,5	6,5	47 526
Région														
Batha	69,2	14,7	3,9	2,5	1,0	6,4	0,4	0,6	0,5	0,7	100,0	7,9	6,5	2 957
Borkou/Tibesti	65,5	16,6	4,6	3,5	1,2	6,7	0,3	0,7	0,3	0,6	100,0	8,0	7,1	264
Chari Baguirmi	78,3	4,7	2,5	4,4	0,7	6,7	0,1	0,9	1,0	0,7	100,0	8,7	5,1	2 482
Guéra	67,9	15,9	2,9	2,8	0,5	7,1	0,8	0,9	0,7	0,5	100,0	9,5	5,8	3 641
Hadjer-Lamis	68,7	12,0	4,4	4,7	0,9	7,1	0,5	1,0	0,2	0,5	100,0	8,8	6,9	4 165
Kanem	65,1	17,9	5,0	2,7	0,3	7,3	0,7	0,3	0,3	0,4	100,0	8,6	6,7	2 436
Lac	74,5	9,2	3,2	2,8	0,7	7,3	0,9	0,6	0,6	0,1	100,0	9,5	6,1	3 271
Logone Occidental	66,3	10,1	3,9	4,8	0,5	9,7	1,0	2,7	0,7	0,4	100,0	14,1	8,7	3 447
Logone Oriental	62,1	11,5	3,4	5,3	0,7	11,6	1,5	2,3	1,3	0,4	100,0	16,7	9,2	5 882
Mandoul	67,3	8,3	2,7	8,5	0,7	9,3	0,8	1,5	0,6	0,3	100,0	12,2	6,3	4 380
Mayo Kebbi Est	80,8	4,6	4,1	2,7	0,7	4,4	0,3	1,7	0,3	0,4	100,0	6,6	7,0	4 374
Mayo Kebbi Ouest	82,6	3,3	3,2	2,6	1,6	5,0	0,3	1,0	0,2	0,2	100,0	6,5	6,3	3 091
Moyen Chari	64,7	8,8	3,7	5,3	1,0	11,3	1,1	3,0	0,9	0,2	100,0	16,2	9,8	3 185
Ouaddaï	65,7	19,6	3,0	2,7	0,6	5,5	1,1	1,2	0,4	0,2	100,0	8,2	6,3	3 420
Salamat	73,8	9,2	4,1	4,6	0,4	5,7	0,8	0,6	0,1	0,6	100,0	7,2	6,0	1 375
Tandjilé	72,3	6,0	4,3	4,9	0,6	9,0	0,4	1,9	0,4	0,2	100,0	11,7	7,5	3 543
Wadi Fira	74,3	14,9	3,4	0,6	0,1	5,4	0,5	0,2	0,3	0,3	100,0	6,5	4,5	1 444
N'Djaména	59,4	8,9	5,7	4,6	1,7	12,9	1,1	2,5	2,0	1,2	100,0	18,5	13,0	4 100
Barh El Gazal	70,2	12,6	3,4	3,7	0,8	7,7	0,4	0,9	0,2	0,2	100,0	9,1	5,7	935
Ennedi	60,6	18,2	5,9	2,0	1,3	8,0	0,7	1,0	1,7	0,5	100,0	11,4	10,6	282
Sila	64,1	15,3	5,2	2,8	0,2	7,4	0,7	1,5	1,9	1,0	100,0	11,5	9,4	1 322
Quintiles de bien-être économique														
Le plus bas	61,0	15,5	6,6	3,0	0,5	9,1	1,0	1,9	0,7	0,7	100,0	12,7	10,7	11 775
Second	72,7	10,0	2,9	4,1	0,7	7,0	0,6	1,2	0,6	0,3	100,0	9,4	6,0	12 276
Moyen	74,6	9,0	2,9	4,2	0,9	6,0	0,8	1,0	0,3	0,3	100,0	8,1	5,9	12 496
Quatrième	75,7	8,1	2,1	4,2	0,7	7,0	0,4	1,0	0,6	0,3	100,0	8,9	4,7	12 459
Le plus élevé	61,0	10,5	4,6	5,1	1,1	12,0	1,1	2,5	1,4	0,6	100,0	17,0	10,8	10 991
Ensemble <15	71,0	11,0	3,4	4,0	0,7	7,3	0,7	1,2	0,5	0,2	100,0	9,7	6,5	54 305
Ensemble <18	69,3	10,6	3,8	4,1	0,8	8,1	0,8	1,5	0,7	0,4	100,0	11,0	7,5	59 996

Note : Le tableau est basé sur la population de droit des ménages, c'est-à-dire les résidents habituels.

¹ Inclut les enfants dont le père est décédé, la mère est décédée, les deux parents sont décédés et ceux dont un seul parent est décédé mais dont l'information sur l'état de survie de l'autre parent est manquante.

En outre, les résultats montrent que moins d'un cinquième des enfants de moins de 18 ans (14 %) vivent avec leur mère seule, que leur père soit en vie (11 %) ou décédé (4 %). Par ailleurs, 5 % vivent avec leur père seul et 12 % ne vivent avec aucun des deux parents, bien que dans la majorité des cas (8 %), les deux parents soient en vie.

Globalement, 8 % des enfants de moins de 18 ans sont orphelins de père et/ou de mère : 1 % des enfants ont perdu leurs deux parents, 2 % sont orphelins de père et 1 % orphelins de mère. La proportion d'orphelins de

père et/ou de mère augmente de façon importante avec l'âge de l'enfant, passant de 2 % pour les moins de 2 ans à 6 % pour les 5-9 ans, et à 11 % pour les 10-14 ans. Parmi les enfants de 15-17 ans, cette proportion atteint 17 %. La proportion d'enfants dont l'un ou les deux parents sont décédés est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural (11 % contre 7 %). On peut aussi souligner qu'elle est un peu plus élevée dans les ménages classés dans le quintile le plus bas et le quintile le plus riche (11 % pour chaque quintile) que dans les quintiles intermédiaires (5 % à 6 %).

3.11 Estimation de la mortalité maternelle

Le Tableau 23 présente l'estimation directe de mortalité maternelle pour la période 2008-2015. La mortalité maternelle est estimée pour une période de sept ans précédant l'enquête pour pouvoir disposer d'un nombre de cas suffisamment important pour minimiser les erreurs de sondage. Le taux de mortalité maternelle chez les femmes de 15-49 ans est de 2,06 décès maternels pour 1 000 femmes-années d'exposition³. Par groupes d'âges quinquennaux, c'est chez les femmes de 30-34 ans que le taux de mortalité maternelle est le plus élevé (2,65 ‰). Selon l'EDS-MICS 2014-2015, les décès maternels représentent 45 % de tous les décès de femmes de 15-49 ans. Le pourcentage de décès de femmes qui sont « maternels » varie de 15 % chez les femmes de 45-49 ans à un maximum de 55 % à 25-29 ans.

Tableau 23. Mortalité maternelle

Estimation directe des taux de mortalité maternelle pour la période 2008-2015, par groupe d'âges quinquennal, Tchad 2014-2015

Groupe d'âges	Pourcentage de décès de femmes qui sont maternels	Décès maternels	Années d'exposition	Taux de mortalité maternelle ¹
15-19	50,8	83	45 596	1,81
20-24	45,4	91	49 329	1,85
25-29	55,2	110	42 526	2,58
30-34	45,2	87	32 937	2,65
35-39	37,1	47	23 396	2,02
40-44	32,0	32	14 494	2,17
45-49	15,2	6	6 941	0,80
15-49	44,7	455	215 219	2,06
Taux Global de Fécondité Générale (TGFG) ²				239 ^a
Rapport de mortalité maternelle (RMM) ³				860
Risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV) ⁴				0,062

¹ Exprimé pour 1 000 femmes-années d'exposition.

² Exprimé pour 1 000 femmes de 15-49 ans.

³ Exprimé pour 100 000 naissances, calculé comme suit : [Taux de mortalité maternelle 15-49 ans standardisé par âge x 100 / TGFG standardisé par âge].

⁴ Calculé à partir de la formule suivante : $1 - (1 - \text{RMM})^{\text{ISF}}$ où l'ISF est l'indice synthétique de fécondité pour la période 2008-2015.

^a Taux standardisés par âge.

Le taux de mortalité maternelle peut être converti en rapport de mortalité maternelle (nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) en le divisant par le taux global de fécondité générale standardisé pour la période correspondante, soit 239 ‰. Exprimé de cette manière, on met davantage en relief le risque obstétrical de la grossesse et de la maternité. Le rapport de mortalité maternelle (RMM) est donc estimé à 860 décès pour 100 000 naissances vivantes au cours de la période de sept ans précédant l'enquête, soit environ 2008-2015. En d'autres termes, au Tchad, pour 1 000 naissances vivantes au cours des sept années précédant l'EDS-MICS, près de neuf femmes (8,6) sont décédées pendant la grossesse, pendant l'accouchement, ou dans les deux mois suivant l'accouchement.

³ Les femmes-années d'exposition pour un groupe d'âge particulier représentent la somme de temps (en années) qu'une femme contribue à ce groupe d'âges pendant une période déterminée (ici, 2008-2015)

Un autre indicateur, le risque de mortalité maternelle sur la durée de vie (RDV), est calculé à partir du RMM (Tableau 23). Cet indicateur exprime le risque pour une femme de décéder de cause maternelle durant les âges de procréation. Ce risque est estimé à 0,06 pour la période 2008-2015. Autrement dit, aujourd’hui au Tchad, les femmes courent un risque de 1 sur 16 de décéder de cause maternelle pendant les âges de procréation.

Comme l’EDST-MICS est une enquête par sondage, le niveau du RMM (estimé à 860 décès pour 100 000 naissances) se situe en fait dans un intervalle représenté au Graphique 8 et qu’il faut interpréter de la façon suivante : en considérant la taille et caractéristiques de l’échantillon, il y a une probabilité de 95 % que la valeur réelle du RMM se situe entre 993 et 728. Le Graphique 8 présente également l’estimation du RMM avec son intervalle de confiance pour la période de 0-6 ans avant l’EDST-II 2004. Les données du graphique indiquent que l’estimation du RMM actuel (860) est inférieure à celle de l’EDST-II de 2004 (1 099 pour 100 000 naissances). Par ailleurs, on constate que les intervalles de confiance de ces estimations se chevauchent ce qui signifie que, statistiquement, on ne peut pas confirmer la baisse de la mortalité maternelle ni l’ampleur de cette baisse. Cependant, les améliorations importantes constatées en matière de santé de la reproduction (augmentation importante des soins prénatals, des naissances en établissement sanitaire et assistées par du personnel de santé formé) sont compatibles avec une baisse de la mortalité maternelle.

Graphique 8 Rapport de mortalité maternelle avec intervalles de confiance (à 95 %) pour la période 0-6 ans avant l’EDST-II 2004 et l’EDS-MICS 2014-2015

