



Rapport décennal sur la mise en œuvre



des Objectifs du Millénaire pour le Développement



ROMD 2010



CHD/06/001



Août 2010

Carte administrative du Tchad



Source : MIAT & INSEED Novembre 2006

Préface

La déclaration du millénaire adoptée en septembre 2000 à New York par les Chefs d'Etat et de Gouvernement des pays membres de l'ONU a jeté les bases de nouvelles stratégies de développement auxquelles notre pays a adhéré. La communauté internationale dans son ensemble et les dirigeants du monde entier ont décidé de conjuguer les efforts pour permettre à l'Homme de vivre mieux dans un environnement restauré et harmonieux. A cet effet, huit grands Objectifs dits « Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) » ont été fixés. Ces objectifs concourent incontestablement à réduire l'extrême pauvreté et à améliorer les conditions de vie des millions d'individus dans le respect de la dignité humaine, de l'égalité des sexes, de la paix, de la démocratie et à assurer la durabilité et la gestion rationnelle de toutes les ressources disponibles à l'horizon 2015.

La République du Tchad a souscrit à ces objectifs qui s'inscrivent dans l'optique de sa politique de Lutte contre la Pauvreté adoptée lors de la Conférence de Genève IV en novembre 1998 où le Gouvernement et ses partenaires au développement ont défini quatre secteurs prioritaires dans lesquels sont concentrés des programmes et projets destinés à promouvoir le développement socio-économique. Le Tchad s'est résolument engagé dans la lutte contre la pauvreté et l'atteinte des OMD. En effet, le Gouvernement a élaboré une Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté qui a été adoptée en juin 2003 et révisée en 2008 pour servir de plate forme fédératrice des efforts à consentir pour l'atteinte l'objectif global de réduction de la pauvreté au Tchad.

Malgré les péripéties dues aux événements malheureux que le pays a connus au milieu de la décennie 2000, notamment les attaques des rebellions armées en 2006 et en 2008 et à l'afflux massif des réfugiés du Darfour (Soudan) de la République Centrafricaine, force est de constater que les OMD ont été mis en œuvre à suffisance. Le présent rapport décennal rend compte des progrès réalisés par le Tchad vers l'atteinte de ces Objectifs à l'horizon 2015.

J'ai la ferme conviction que les perspectives économiques et politiques promettent, avec notamment la reprise de la coopération avec les principaux partenaires techniques et financiers et une évolution favorable de la conjoncture internationale, des espoirs à la mise en place des conditions favorables à l'atteinte des OMD

N'Djamena, le

Le Ministre de l'Economie et du Plan

MAHAMAT ALI HASSAN

Sigles et abréviations

AEP	Adduction d'Eau Potable
AFD	Agence Française de Développement
APMQ	Accouchement avec un Personnel médical qualifié
BIT	Bureau International du Travail
CDMT	Cadre de Dépense à Moyen terme
CEMAC	Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale
CPN	Consultations prénatales
DAPRO	Direction de l'Analyse et de la Prospective
DPSA	Direction de la Production et des Statistiques agricoles
DSIS	Division du Système d'Information Sanitaire
ECOSIT	Enquête sur la Consommation et le Secteur informel au Tchad
EDST	Enquête Démographique et de Santé au Tchad
EIMT	Enquête à Indicateurs multiples au Tchad
EVST	Enquête de Sécurité alimentaire et de Vulnérabilité structurelle
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
HIMO	Haute intensité de main d'œuvre
IDH	Indicateur de Développement Humain
IEC	Information, Education, Communication
INSEED	Institut national de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques
IPH	Indicateur de Pauvreté Humaine
MEN	Ministère de l'Education nationale
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSC	Organisations de la Société civile
PARSET	Programme d'Appui à la Reforme du Secteur de l'Education au Tchad
PIB	Produit Intérieur Brut
PME	Petites et moyennes entreprises
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNSA	Programme national de Sécurité alimentaire
PPTE	Pays pauvres très Endettés
RCA	République centrafricaine
RGPH	Recensement général de la Population et de l'Habitat
RMDH	Rapport Mondial sur le Développement Humain
SDEA	Schéma Directeur de l'Eau et de l'Assainissement
SNRP	Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté
STEE	Société Tchadienne d'Eau et d'Electricité
TBS	Taux Brut de Scolarisation
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
TMIJ	Taux de mortalité infanto-juvénile
TMM	Taux de Mortalité maternelle
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNICEF	Fonds des Unies pour l'Enfance

TABLE DES MATIERES

Synthèse.....	6
Introduction	11
Contexte du pays.....	13
1. Objectif 1 : Eliminer l'extrême pauvreté et la faim.....	16
1.1 Cible 1 : Réduire de moitié d'ici 2015 la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 1 \$ EU par jour.	16
1.2 Cible 2 : Fournir un emploi productif et décent à tous, y compris les femmes et les jeunes.	23
1.3 Cible 3 : Réduire de moitié entre 1990 et 2015 la proportion de la population qui souffre de la faim.	25
2. OMD 2: Réaliser l'éducation primaire pour tous.	30
2.1. Le diagnostic	30
2.2. Les insuffisances.....	31
2.3. Perspectives et recommandations	33
3. OMD 3 : Promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes.....	35
3.1-Le diagnostic :.....	35
3.2- Perspectives et recommandations.....	39
4. OMD 4, 5 et 6: La santé.....	41
4.1. Les diagnostics relatifs aux OMD 4, 5 et 6 :	41
4.2-Analyse, perspectives et recommandations.....	48
5. OMD 7 : Assurer un environnement durable	56
5.1. Les cibles 1 et 2 :	56
5.2 Cible 3 : Réduire de moitié d'ici 2015 la proportion de la population sans accès à l'eau potable et sans système d'assainissement élémentaire.	58
6. OMD 8 : Instaurer un partenariat mondial pour le développement.	65
6.1. Cible 1 : Poursuivre la mise en place d'un système financier et commercial à base légale, ouvert, prévisible et non discriminatoire.....	65
6.2. Cible 2 : Traiter complètement de la dette des pays en développement.	65
6.2. Cible 3 : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des technologies de l'information et de la communication (TIC) soient accordés à tous	68
Annexes	71
Annexe 1 : Equipe de rédaction.....	71
Annexe 2 : Bibliographie	71

Synthèse.

1-Les réalisations : un paysage contrasté.

Dix ans après l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) par les chefs d'Etat ou de gouvernement à New York dans le cadre des Nations Unies, le Tchad offre un paysage contrasté : des progrès importants ont été réalisés en matière d'éducation, de scolarisation des filles, de lutte contre le VIH-SIDA, d'accès à l'eau potable et aux techniques d'information et de communication (TIC). Mais en matière de santé infantile et maternelle, de création d'emplois, de sécurité alimentaire, de réduction de la pauvreté, de protection de l'environnement et de préservation de la biodiversité, les indicateurs disponibles montrent qu'il est peu probable que les cibles visées en 2000 soient atteintes en 2010. Les succès enregistrés mettent le pays en position d'atteindre certaines cibles à condition que les stratégies soient adaptées et affinées, et que leur mise en œuvre soit effective. Les cibles qui ne pourront pas être atteintes invitent à revoir les stratégies et à canaliser des ressources vers les secteurs les plus défavorisés de manière à s'approcher des objectifs en 2015.

La situation de la pauvreté (OMD 1) indique que des progrès importants sont réalisés dans le monde urbain, alors que la pauvreté rurale reste massive. Le contraste est saisissant entre un monde urbain en progrès et une situation très dégradée en zone rurale en matière de pauvreté monétaire et humaine. Les indicateurs en matière de revenus, d'éducation, de santé, de malnutrition sont tous largement plus défavorables dans les zones rurales. 87% de la pauvreté monétaire qui sévit au Tchad se situe en milieu rural¹. Les tendances observables en matière de pauvreté depuis 2004 indiquent que si des progrès sont réalisés dans les villes, la situation a plutôt tendance à se dégrader un milieu rural. Or, selon le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2009, 78% de la population tchadienne vit en milieu rural. L'objectif de réduction de la pauvreté ne pourra donc être atteint à cause des difficultés considérables enregistrées dans le développement du monde rural.

La cible relative à l'emploi, qui prévoit de fournir un emploi productif et décent à tous rencontre de sérieux obstacles et ne pourra être atteinte en 2015. La croissance crée très peu d'emplois formels, concept qui se rapproche le plus des emplois « décents » définis par le BIT. L'emploi informel domine, marqué par la précarité, des revenus faibles et l'absence de toute protection sociale. La prise en compte de l'emploi dans la stratégie de réduction de la pauvreté reste embryonnaire.

La diminution de moitié de la population qui souffre de la faim en 2015 bute sur la grande pauvreté qui caractérise le monde rural et sur la forte dépendance de la production céréalière vis-à-vis de la pluviométrie. Les indicateurs de malnutrition demeurent élevés et ne régressent guère. De fortes inégalités existent, au détriment de la zone sahélienne.

L'objectif 2 consacré à la promotion de l'éducation primaire pour tous en 2015 a connu des résultats beaucoup plus satisfaisants : le taux brut de scolarisation (TBS) est en effet passé de 32 % en 1993 à 98 % en 2009. Ces progrès laissent augurer de l'atteinte de l'OMD 2 en 2015 pour peu que le Programme d'appui au secteur se poursuive selon les objectifs arrêtés, et atteigne effectivement les populations les plus défavorisées. On doit toutefois noter que les progrès du TBS ne suffisent pas à garantir que l'Objectif 2 sera atteint : celui-ci vise en effet l'achèvement du

¹ Selon l'enquête ECOSIT 2 qui porte sur 2003-2004.

cycle primaire par tous les enfants. On est encore loin du compte en ce domaine². De même, de fortes inégalités demeurent entre régions et selon le sexe.

L'Objectif 3 se réfère à la promotion de l'égalité entre les sexes et à l'autonomisation des femmes. Des progrès importants ont été réalisés en vue d'assurer la parité filles/garçons dans l'accès à l'enseignement primaire : l'indice de parité était de 0,41 en 1990 ; il est de 0,70 en 2009. La poursuite résolue des stratégies engagées et le ciblage des zones et couches sociales les plus défavorisées devraient permettre d'atteindre la parité dans le primaire en 2015. La situation dans l'enseignement secondaire et supérieur est beaucoup plus défavorable et la parité ne sera très probablement pas réalisée en 2015. L'accès des femmes aux responsabilités politiques a progressé au niveau de l'Assemblée nationale et du gouvernement, mais, les femmes restent très minoritaires dans le monde politique. Il en va de même dans le monde économique, où la situation moyenne de la femme rurale est marquée par la pauvreté. La reconnaissance des droits des femmes et la lutte contre la violence dont elles sont victimes connaissent des progrès. La prise de conscience dans la société progresse, mais les moyens d'action restent très limités.

Les OMD 4, 5 et 6 sont liées au domaine de la santé. Les deux premiers se réfèrent à la santé infanto-juvénile et à la mortalité maternelle. Force est de constater que dans ces deux domaines la situation du Tchad est durablement insatisfaisante. Le pays est moins bien situé que la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, et les tendances observables ne sont pas favorables. C'est à propos de ces deux objectifs que les défis les plus importants sont à relever. La singularité du Tchad est patente en matière de santé de la reproduction : la prévalence de la contraception est la plus faible d'Afrique sub-saharienne, le taux de fécondité est supérieur à 6, et la fécondité des adolescentes est élevée. Cette situation contribue à accroître les risques pour la mère et les enfants. Les inégalités par rapport à la santé sont fortes. Les femmes et les enfants des milieux ruraux sont très désavantagés par rapport aux populations urbaines. Les indicateurs concernant les femmes et les enfants des populations les plus pauvres sont beaucoup plus défavorables que ceux caractérisant les populations les plus aisées. L'accès aux soins de santé est très sélectif.

L'objectif 6 relatif au VIH-SIDA et aux autres grandes maladies (paludisme et tuberculose) prête davantage à l'optimisme : on constate notamment une forte progression du taux de traitement aux ARV des malades du VIH-SIDA : 10% en 2006 ; 49% en 2009. Les informations disponibles n'indiquent pas que la pandémie se développe : si elle progresse en milieu rural, elle régresse en milieu urbain, où elle est la plus présente. Des plans de lutte contre ces maladies ont été élaborés, et bénéficient d'importants concours financiers de la communauté internationale (Fonds Mondial) et d'un début de mobilisation financière de la partie nationale. Il est donc raisonnable de penser que l'objectif 6 pourra être atteint en 2015.

L'OMD 7 couvre les progrès relatifs à l'environnement dans ses différentes dimensions. La cible relative à l'accès à l'eau potable est sur une trajectoire favorable et si les efforts en cours sont poursuivis, il est raisonnable de penser que 60 % de la population tchadienne aura accès à l'eau potable en 2015. Il n'en va pas de même en matière d'assainissement, où les progrès sont très réduits et les besoins considérables. La pression de l'utilisation du bois comme source d'énergie a des effets dévastateurs sur la couverture végétale et l'érosion. Le Programme National Gaz a cependant permis de faire passer le nombre d'utilisateurs de gaz à N'Djaména de 13 000 en 2007 à 45 000 en 2010. L'utilisation du charbon de bois est désormais interdite sur toute l'étendue du territoire national. Mais ce programme n'a pas été étendu au reste du pays et il manque de

² Le taux d'achèvement du primaire était de 38 % en 2009.

ressources pour se développer. La situation globale des variables environnementales (biodiversité...) est défavorable et très peu d'initiatives sont prises en la matière.

En matière de partenariat (OMD 8), le Tchad ne bénéficie pas des allègements de la dette prévus par l'initiative PPTE (pays pauvres très endettés) et IADM (Gleneagles), faute d'un accord avec le FMI. Un tel accord dépend, selon le Fonds, de progrès à réaliser dans la gestion des finances publiques, notamment dans les dépenses dont le niveau est jugé insoutenable. Cela tient, pour l'essentiel, selon le FMI, au niveau élevé des dépenses liées à la sécurité.

Au titre de l'OMD 8, on note enfin que le pays a réalisé des progrès spectaculaires dans l'utilisation des techniques de communication. On est passé en effet de 4 850 abonnés au téléphone en 1990 à 2 960 000 en 2010. Le taux de pénétration du téléphone portable était de 2,75% en 2005 et de 25% en 2010. Des initiatives sont à l'étude pour raccorder le Tchad aux réseaux internationaux de fibres optiques afin d'améliorer l'inclusion numérique du Tchad.

2-Quelles orientations pour les OMD ?

Le levier le plus important pour atteindre les OMD réside dans la réduction rapide de la pauvreté. Une part importante des faiblesses enregistrées dans la progression vers les OMD tient à la pauvreté qui frappe environ la moitié de la population. Cette pauvreté explique le faible niveau d'éducation, de santé, d'accès à l'eau et à l'assainissement et les difficultés de promotion des femmes. La clef résidera donc dans un réaménagement des priorités de la stratégie de réduction de la pauvreté.

2.1. La priorité : la transformation du monde rural :

La pauvreté est massivement rurale, et 78 % de la population vit dans les zones rurales. On comprend dès lors que l'atteinte des OMD passe nécessairement par la réduction significative de la pauvreté rurale. Les progrès constatés dans les villes sont insuffisants pour peser sur les indicateurs si le monde rural ne bouge pas, d'autant plus qu'il existe des poches importantes de pauvreté en milieu urbain.

La stratégie de lutte contre la pauvreté doit donc être construite autour d'une transformation profonde du monde rural. La priorité réside dans la construction d'une autonomie croissante par rapport au régime des pluies. La maîtrise de l'eau constitue en conséquence une variable-clef dans la conquête de l'autonomie. La transformation du monde rural implique en outre de forts progrès de productivité (intensification de la production) générateurs de revenus accrus, et donc des actions sur l'ensemble des filières productives et des pratiques culturelles, sur les modalités de commercialisation, le système de crédit.

2.2. Une stratégie de lutte contre la pauvreté « pro-pauvres » :

Une telle stratégie vise à transformer la situation des populations les plus pauvres et à en faire les principaux bénéficiaires du processus de croissance. Les filières productives porteuses doivent permettre d'intégrer progressivement et directement les populations les plus démunies. Dans une telle perspective, ce sont les activités rurales qui sont prioritaires.

La croissance pro pauvres suppose que l'on s'intéresse au contenu en emplois de la croissance, notamment en milieu urbain.

En matière de gestion publique, la stratégie de chaque secteur doit être définie de manière à maximiser l'impact sur les populations pauvres. On ne doit plus raisonner à partir de « secteurs prioritaires », car l'impact de ces secteurs sur les plus démunis n'est pas garanti. Chaque secteur (éducation, santé, eau, assainissement...) doit définir des actions à impacts mesurables sur les pauvres, et les allocations budgétaires doivent refléter les coûts de ces actions, dont la mise en œuvre doit être suivie jusqu'aux bénéficiaires³.

Enfin, la lutte contre la pauvreté est facilitée si la répartition des richesses issues de la croissance est équitablement distribuée dans la société. Moins les inégalités sont fortes, plus le processus de croissance réduit la pauvreté.

2.3. Elever le niveau de gouvernance :

La mauvaise gouvernance ne se réduit pas à la corruption. Elle se traduit aussi par des choix en matière d'allocation des ressources publiques qui ne contribuent pas à la réduction de la pauvreté et à l'atteinte des OMD. Les priorités budgétaires reflètent les choix de développement et le niveau de la gouvernance. Si l'on s'en tient aux données internationales disponibles, les dépenses consacrées par le Tchad à l'éducation, à la santé, au développement rural, à l'eau et à l'assainissement par rapport au PIB sont insuffisantes. La situation très dégradée de la santé requiert un effort budgétaire sensiblement accru. La lutte contre les grandes pandémies (VIH-SIDA, tuberculose, paludisme), ainsi que les investissements nécessaires à l'accès à l'eau potable sont très majoritairement financés par la communauté internationale.

La bonne gouvernance, c'est aussi la capacité de réaliser une allocation des ressources en matière de santé et d'éducation qui donne une juste part aux populations rurales, et qui affecte les personnels là où ils sont les plus nécessaires. Enfin, toujours en matière de gouvernance administrative, la bonne gouvernance permet d'assurer que les dépenses programmées pour réduire la pauvreté atteindront effectivement leurs cibles et que les personnels seront recrutés, affectés et promus en fonction de leurs capacités et de leur contribution au bien être collectif, notamment à la réduction de la pauvreté.

La bonne gouvernance suppose par ailleurs la mise en œuvre de capacités de programmation et de mise en œuvre des stratégies qui fait souvent défaut. Le Tchad a adopté depuis vingt ans des stratégies ambitieuses dans les secteurs-clefs dont dépendent les OMD : PNSA (sécurité alimentaire) ; PARSET (éducation) ; PNLS SIDA) ; PNLT (Tuberculose) ; Stratégie nationale de développement urbain ; document-cadre de planification urbaine de N'Djaména ; « feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néo-natale et infantile ». Leur niveau de mise en œuvre est très inégal, et les financements nécessaires ont fait souvent défaut.

Enfin, des progrès importants sont toujours nécessaires en matière de gouvernance politique et économique. Pour cette dernière, les indicateurs et classements internationaux (Transparency International, Banque Mondiale...) convergent pour souligner les graves insuffisances qui caractérisent le pays. En matière de gouvernance politique, le poids de l'insécurité reste préoccupant, qui mobilise une fraction importante du budget de l'Etat, et réduit d'autant les ressources disponibles pour la santé ou l'éducation. La marche vers l'établissement d'un consensus politique durable actuellement en cours permettra des réaménagements budgétaires qui ne pourront qu'accélérer la marche vers les OMD.

³ La gestion des finances publiques par les résultats, que systématise le recours aux budgets-programmes et CDMT, est un outil adapté à cette démarche.

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

Introduction

Le présent Rapport décennal de suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 2010 vise à rendre compte des progrès réalisés par le Tchad dans leur mise en œuvre dix ans après leur adoption solennelle par les chefs d'Etat et de gouvernement à New York lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies de septembre 2000.

Le Rapport décennal 2010 comporte des spécificités car, bien qu'il s'inscrive dans la continuité statistique, il s'efforce d'obéir aux recommandations contenues dans la note complémentaire sur les rapports des pays sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (ROMD) diffusée par le Groupe des Nations Unies pour le Développement en novembre 2009. Ainsi, le rapport porte une attention particulière aux disparités observées entre les régions, entre milieu urbain et milieu rural ainsi que selon le genre. Le rapport tente d'apporter des explications aux performances constatées, aux inégalités qui caractérisent chaque cible, à l'impact des crises sur l'atteinte des OMD et fait des suggestions destinées à accélérer la marche vers les OMD à l'horizon 2015.

Pour la première fois, le rapport traite de tous les objectifs et prend en compte de nouveaux cibles et indicateurs tardivement introduits dans les OMD (l'emploi, la santé de la reproduction, etc.). On doit, dans cette perspective, considérer les sources d'information dont on dispose. La préparation du ROMD a bénéficié de la diffusion des résultats des recensements et enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages réalisés entre 1990 et 2010. Le Tchad compte ainsi comme sources relatives au suivi des OMD durant la période 1990-2010 :

- L'enquête sur les conditions de vie des ménages à N'Djaména portant sur 1990;
- Le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 1993 ;
- L'enquête sur la consommation et le secteur informel au Tchad (ECOSIT1) qui porte sur 1995. Cette enquête n'a été réalisée que sur quatre zones du pays, dans leurs composantes urbaines et rurales : Chari-Baguirmi ; Logone occidentale ; Moyen Chari et Ouaddaï ;
- L'enquête démographique et de santé au Tchad (EDST 1) en 1997 ;
- L'enquête à indicateurs multiples au Tchad (MIXT) en 2000 ;
- La deuxième enquête sur la consommation et le secteur informel au Tchad (ECOSIT2) portant sur 2003-2004 ;
- Une deuxième enquête démographique et de santé au Tchad (EDST2) en 2004 ;
- Une enquête séroprévalence VIH/SIDA en 2005 ;
- Un deuxième recensement général de la population et de l'habitat en 2009 ;
- Une deuxième enquête à indicateurs multiples au Tchad (MIXT) en 2009.

La préparation de ce rapport s'est efforcée d'être participative, quand bien même le cadre temporel retenu a constitué un obstacle. Le Comité de Pilotage regroupant les secrétaires généraux des différents Ministères concernés par la question et la société civile s'est réuni le 14 mai 2010 pour le lancement des travaux de rédaction. Au fur et à mesure de la finalisation des différents chapitres, ceux-ci ont été communiqués à différents lecteurs afin de recueillir leurs réactions. La première version a largement circulé, et a été l'objet de commentaires et de suggestions précieuses de la part du Comité de Pilotage, des partenaires techniques et financiers (PTF), notamment des partenaires du Système des Nations Unies, et d'organisation de la société civile. Les rédacteurs se sont efforcés de tenir compte des suggestions reçues. Une version rendue améliorée est disponible en fin juin 2010.

En perspective de la préparation de la révision de la SNRP2 pour la période 2012 – 2015, le Rapport met l'accent sur les défis et défaillances dans le pilotage et la gestion du développement qui devraient être pris en compte par la prochaine stratégie. Les retards les plus importants constatés concernent la santé, l'environnement et l'emploi. Les déséquilibres les plus forts résident dans le monde rural, dont la pauvreté est persistante et massive. L'accélération de la marche vers l'atteinte des OMD implique donc une révision des stratégies dans ces domaines ; ce rapport suggérant des orientations allant dans ce sens.

Les perspectives économiques promettent, avec notamment la reprise de la coopération avec les principaux partenaires techniques et financiers et une évolution favorable de la conjoncture internationale, des espoirs à la mise en place des conditions favorables à l'atteinte des OMD. Le taux de croissance économique moyen attendu serait de 5,2% au cours des quatre prochaines années, après une contraction de 1,7% observée en 2009. Cette dynamique permettrait de faire, toutes choses égales par ailleurs, un pas considérable à l'horizon 2015 en ce qui concerne la plupart des cibles des OMD.

Le Rapport comporte, outre le contexte du pays, six parties. La première traite de la pauvreté et de la faim. La deuxième et la troisième se rapportent aux questions relatives à la scolarisation universelle pour tous et l'équité du genre. Les questions sur la santé notamment la mortalité infantile, la mortalité maternelle et le VIH/SIDA et autres maladies sont traitées à la partie quatre. Enfin, les deux dernières parties concernent l'environnement durable et le partenariat mondial pour le développement.

Contexte du pays

Après plusieurs décennies marquées par la guerre, l'autoritarisme et le dénuement, le Tchad a pu mettre terme au début des années 90 aux conflits qui minaient le pays. Dans le même temps, il a su s'engager dans un processus de réformes économiques et politiques profondes. Cette mutation du paysage institutionnel, politique et économique ne s'est, certes, pas réalisée sans à coups et les nombreuses réformes mises en chantier n'ont pas toutes connu le même rythme d'exécution ni le même succès. Mais la politique menée depuis le début de la décennie s'est traduite par des acquis fondamentaux qu'il s'agisse de la réorganisation de l'économie, de la stabilité politique ou encore de l'amélioration de la gouvernance.

Malgré les progrès réalisés vers la bonne gouvernance, la situation politique dans le pays continue par être marquée par la recrudescence des conflits armés le long de la frontière Est du pays occasionnant de nombreuses victimes humaines et de destructions matérielles au cours de la décennie 2000. Cependant, le Tchad est résolument engagé à bâtir la paix qui est le socle d'un développement harmonieux. En effet, le Gouvernement de la République du Tchad a signé des accords de paix, notamment l'Accord du 13 août 2007 signé entre la majorité présidentielle et les partis politiques de l'opposition démocratique. Il entend maintenir un dialogue permanent avec les groupes politico-militaires afin de rétablir et d'assurer à moyen et long terme, au peuple tchadien, la paix et la quiétude pour faire face à la problématique du développement qui se pose au Tchad.

L'attaque en février 2008 de la rébellion armée, soutenue par le Soudan, qui l'a conduite jusqu'à N'Djamena a fragilisé ce processus de paix et retardé le processus démocratique enclenché à la suite la signature d'accords politiques entre les partis de l'opposition démocratique et la majorité présidentielle en août 2007 et en octobre de la même année, avec les mouvements armés. Toutefois, les accords de paix entre le Tchad et le Soudan signés à Dakar (Sénégal) et à Doha (Qatar) et de même, le déploiement de la force d'interposition européenne (EUFOR Tchad-République Centrafricaine) a contribué à améliorer sensiblement l'environnement sécuritaire à l'Est du pays.

Le pays dispose d'un réel potentiel en matière agricole mais ce potentiel reste inexploité (seulement un dixième des terres arables sont actuellement cultivées) mais la production est fortement tributaire des aléas climatiques et commence à se heurter à l'altération progressive des ressources. Par ailleurs, le pays possède des ressources minières (sel, natron, or, diamant, calcaire, kaolin et marbre) et pétrolières dont l'exploitation a déjà commencé au milieu de l'année 2003.

Outre les contraintes naturelles, l'économie tchadienne fait face à plusieurs problèmes structurels. Tout d'abord, la croissance s'est appuyée pendant longtemps sur un tissu économique faiblement diversifié et dominé par des opérateurs atomisés, à faible productivité, peu formés et sans assise financière. L'agriculture et l'élevage ont constitué pendant longtemps en moyenne 35% du PIB contre 14% pour le secteur secondaire et 48% pour le secteur tertiaire. Globalement, plus de 80% de la population dépend du secteur primaire ; le secteur informel, toutes activités confondues, représente 72% de la valeur ajoutée totale et 45% de la valeur ajoutée non agricole. Un autre problème majeur est la faible capacité de financement de l'économie qui s'explique par une inefficience du système bancaire et, dans une moindre mesure, le volume et le mode d'affectation des profits du secteur privé.

Le rythme de croissance démographique (3,6%) par an ajouté au faible niveau de développement constitue une contrainte importante par l'impact qu'il produit sur la progression du revenu par

habitant et sur la demande sociale. D'autre part, la sous valorisation du capital humain constitue un frein considérable au développement et le défi majeur du Tchad à l'ère pétrolière : 95% de la population en âge de travailler ne dispose d'aucune formation professionnelle et, au sein de ces derniers, la très grande majorité est analphabète.

La pauvreté monétaire touche 55% de la population et elle demeure un problème du monde rural où 87% des pauvres y vivent. Sur 135 pays classés selon le Rapport Mondial sur le Développement Humain en 2009, le Tchad apparaît au 132^{ème} rang. Selon ce rapport, la pauvreté humaine toucherait donc 53 % de la population en 2007. Les indicateurs socio-éducatifs progressent vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) tandis que ceux de la santé stagnent.

Conscient des défis que cette problématique de développement soulève, le Tchad a opté pour l'élaboration des grandes stratégies de moyens termes. C'est ainsi qu'il a organisé une table ronde sur le développement en 1998 (Table ronde de Genève IV) qui a défini les orientations stratégiques à mettre en œuvre au cours de ce troisième millénaire. Le Tchad s'est engagé par la suite dans une stratégie pour la réduction de la pauvreté (Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté (SNRP) de 2003-2006) adopté en juin 2003 marquant ainsi l'atteinte de son point de décision à l'Initiative des Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE). Cette stratégie a été revue et adoptée en avril 2008 pour la période 2008-2011 afin de prendre en compte les nouvelles opportunités (entrée à l'ère pétrolière...).

Au cours de la décennie 90, la croissance a été modérée. Le taux de croissance du PIB réel a oscillé autour de 4,6% en moyenne par an durant la période 1995-1998, en rapport avec les effets positifs de l'ajustement monétaire sur la compétitivité des opérateurs locaux et sur la production agricole et agro-industrielle. Cependant en 1999, l'activité économique, affectée par un environnement international morose (crise financière asiatique et chute des cours du coton et du sucre), a connu un tassement du taux de croissance (1% en 1999). Cependant, sur l'ensemble de la période, le taux de croissance annuel moyen du PIB réel a été de 4,6% de 1990 à 1997, contre 3,7% au cours de la décennie passée (1980-1990). Dans la même période, le taux annuel moyen du PIB réel par habitant n'a atteint que 1,8% de 1990 à 1997, contre 1,5% entre 1980-1990, laissant ainsi clairement apparaître, qu'en termes de niveau de vie, la situation des populations tchadiennes n'a pas connu une amélioration significative.

La décennie 2000 a été marquée par une croissance assez soutenue. Le taux de croissance du PIB réel a atteint près de 9% en début de période (2001-02). Après une forte accélération de la croissance du PIB en 2004 (33,7 %), le rythme de croissance continue d'être soutenu en 2005 (8,6%), en dépit du recul du secteur pétrolier (2,1%). La croissance du PIB réel non pétrolier en 2005 a atteint 11,6%, sous l'effet d'une forte reprise de l'agriculture et des activités cotonnières. Le taux de croissance du PIB devrait diminuer sensiblement dès 2006 (4,6%), sous l'effet conjugué d'une diminution progressive de la production pétrolière et d'un ralentissement de la croissance du PIB hors pétrole (3,7% environ). La croissance du PIB est projetée à 1,5% en 2007. Cependant, la croissance du PIB non pétrolier a atteint une pointe exceptionnelle de 11% en 2005, en raison notamment d'une nette reprise de la production agricole, des activités cotonnières et des transports. Malgré le recul de la production pétrolière, la croissance de l'économie tchadienne a demeuré soutenue en moyenne à 8,3%.

Ainsi les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ont été mis en œuvre dans ce contexte politico économique et social contrasté. Ce qui n'a pas manqué de produire des effets aussi contrastés sur la vie des populations.

1. Objectif 1 : Eliminer l'extrême pauvreté et la faim

1.1 Cible 1 : Réduire de moitié d'ici 2015 la proportion de la population dont le revenu est inférieur à 1 \$ EU par jour.

La référence de la cible a été ajustée et s'énonce désormais comme la proportion de la population disposant de moins de 1,25 \$ EU aux prix de 2005. On sait que cette limite est très discutable car elle ne tient pas compte des conditions qui prévalent dans chaque pays, dans la mesure où elle retient un seuil de pauvreté absolu de 1,25 \$ EU, et non un seuil de pauvreté calculé sur la base de la situation du pays.

1.1.1. L'objectif à atteindre au Tchad :

On doit dans cette perspective considérer les sources d'information dont on dispose. Le Tchad compte trois sources relatives à la pauvreté durant la période 1990-2010 :

- Une enquête sur les conditions de vie des ménages à N'Djaména portant sur 1990, qui conduit à une incidence de la pauvreté de 52,8 % dans la capitale ;
- Une enquête sur la consommation et le secteur informel au Tchad (ECOSIT 1) qui porte sur 1995, et qui débouche sur une incidence de la pauvreté de 54 %. Cette enquête ne porte que sur quatre zones du pays, dans leurs composantes urbaines et rurales : Chari-Baguirmi ; Logone occidentale ; Moyen Chari ; Ouaddaï.
- Une deuxième enquête sur la consommation et le secteur informel au Tchad (ECOSIT 2) portant sur 2003-2004, qui calcule une incidence de la pauvreté de 55 % sur l'ensemble du territoire.

Ces trois enquêtes utilisent des seuils de pauvreté basés sur les ressources nécessaires à l'acquisition des besoins caloriques et non alimentaires minimum, qui sont inférieurs au seuil de pauvreté absolue retenu dans les OMD (1,25 \$EU en \$ 2005).

En vue de déterminer la cible 1, il convient de calculer l'incidence de la pauvreté en 1990. Pour y parvenir, on a pris en compte les taux de croissance du PIB entre 1990 et 1995. Il restait alors à appliquer à ces taux de croissance une élasticité de l'incidence de la pauvreté par rapport à la croissance du PIB par habitant. Le « Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté » qui a été adopté par le Haut Comité Interministériel en avril 2008⁴ utilise pour des simulations une élasticité de -1,3, illustrant une « transmission modérée » de la croissance sur la pauvreté, et une élasticité de -1,88 reflète d'une croissance redistributive. Divers travaux (notamment la CEA en 2007 à propos de l'Afrique centrale francophone, dont l'élasticité moyenne est de -1,4) recourent à des élasticité proches de celle correspondant à la transmission modérée de la SNRP 2. Si l'on utilise une élasticité de -1,3, on peut rétropoler l'incidence de la pauvreté calculée à l'aide d'ECOSIT 1. Si l'on considère l'évolution du PIB par tête entre 1995 et 2003, cette élasticité rend correctement compte de la stagnation de l'incidence constatée entre ECOSIT 1 et ECOSIT 2.

Si l'on accepte l'hypothèse selon laquelle l'incidence de 54 % s'applique à l'ensemble du territoire⁵, la rétropolation conduit à une incidence en 1990 de l'ordre de 53 %. Le PIB par tête

⁴ Appelé couramment SNRP 2.

⁵ Des travaux ultérieurs conduisent à retenir une fourchette relative à l'incidence dans l'ensemble du pays à partir des quatre zones étudiées par ECOSIT 1 de 50 à 60 %...

diminue en effet légèrement entre 1990 et 1995⁶, ce qui contribue à un accroissement de 1 % environ de l'incidence de la pauvreté entre ces deux dates.

Dans ces conditions, la cible 1 des OMD pour le Tchad consiste donc à atteindre une incidence de la pauvreté de 26,5 % en 2015.

1.1.2. L'évolution de la pauvreté monétaire de 2004 à 2009 :

On ne dispose pas de données sur la pauvreté monétaire postérieure à ECOSIT 2 (2003-2004).

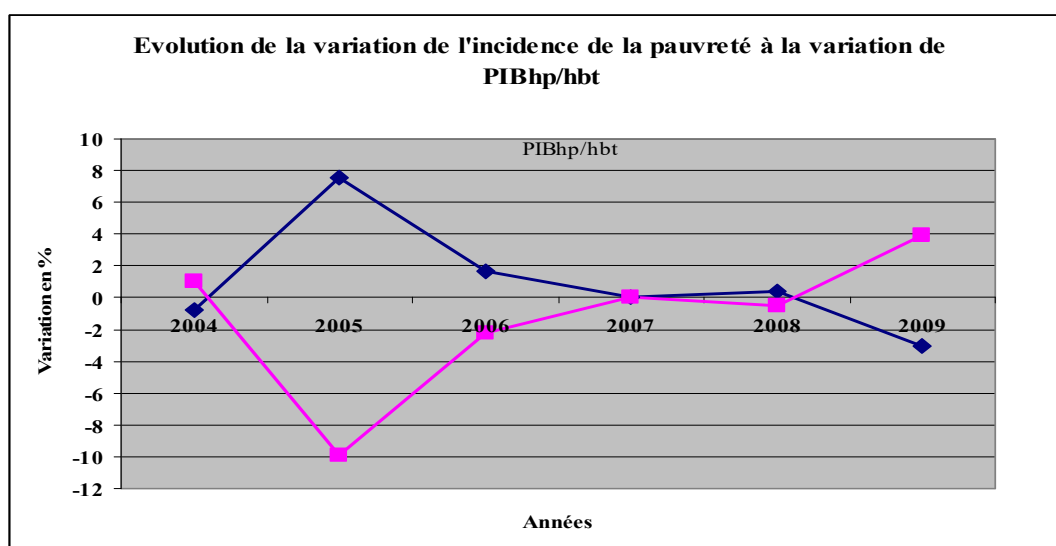
On peut toutefois inférer de l'évolution du PIB entre 2004 et 2009 des hypothèses sur l'incidence de la pauvreté.

Tableau 1 : Evolution de la variation du PIB hp/tête et de l'incidence de la pauvreté

Années	2004	2005	2006	2007	2008	2009
PIB non pétro./hab.	-0,8	7,6	1,7	0	0,4	-3
Variation de l'incidence de la pauvreté	1,04	-9,88	-2,21	0	-0,52	3,9

Sources : INSEED. Données économiques, juin 2010.

La série du PIB par tête non pétrolier permet de calculer l'évolution de l'incidence de la pauvreté, à partir du moment où l'on émet une hypothèse sur l'élasticité de l'incidence par rapport au PIB non pétrolier par habitant. ECOSIT 2 établit que l'incidence de la pauvreté atteignait 55 % en 2003. Dans ces conditions, l'incidence de la pauvreté serait de 45,3 % en 2009, si l'on conserve l'hypothèse d'une élasticité de -1,3.



1.1.3 La pauvreté humaine :

Le Tchad est classé, depuis que des classements sont effectués sur la base du niveau de développement humain atteint⁷, dans la catégorie des pays à faible niveau de développement humain. L'Indicateur de Développement Humain (IDH) pour le Tchad atteignait 0,392 en 2007

⁶ Selon les données officielles, les taux de croissance du PIB par tête entre 1990 et 1995 sont les suivants : 1990 : 0,8 ; 1991 : 1,3 ; 1992 : -0,1 ; 1993 : -4,1 ; 1994 : 3,2 ; 1995 : -1,1.

⁷ Le premier Rapport Mondial sur le Développement Humain (RMDH) a été publié en 1990.

(le maximum est de 1) et plaçait le pays à la 175^{ème} place sur 182 pays. La moyenne de l'Afrique Sub-Saharienne s'établissait à 0,514.

Les RMDH comportent en outre des indicateurs de pauvreté humaine (IPH), qui mesurent l'importance de différentes formes de dénuement dont souffre la population : probabilité de décéder avant 40 ans, proportion d'adultes analphabètes ; accès déficient à l'eau potable ; insuffisance pondérale des enfants de moins de cinq ans. L'IPH qui mesure synthétiquement ces manques, illustre une pauvreté humaine de 53,1 % en 2007.

Tableau 2 : Indicateur de pauvreté humaine

Indicateurs	IPH	Décéder avant 40 ans	Analphabétisme des adultes	Pas accès à l'eau potable	Insuffisance pondérale
Valeurs en %	53,1	35,7	68,2	52	37

Sources : RMDH 2009. Les indicateurs portent sur des années variables comprises entre 2000 et 2007. L'insuffisance pondérale concerne les enfants de moins de cinq ans.

Sur 135 pays classés, le Tchad apparaît au 132^{ème} rang dans le RMDH 2009. Selon ce rapport, la pauvreté humaine toucherait donc 53 % de la population en 2007.

1.1.4. De fortes disparités régionales :

La pauvreté monétaire n'est pas répartie uniformément dans la population. Les enquêtes ECOSIT permettent de localiser les populations les plus touchées.

ECOSIT 2 classe les douze régions qui ont été retenues dans l'enquête⁸, en fonction de l'incidence de la pauvreté.

Tableau -3 : Indicateur de pauvreté par région de résidence en 2003-2004

Région de résidence	Incidence de la pauvreté	Profondeur de la pauvreté	Sévérité de la pauvreté
Batha	48,4	15,5	6,6
BET/ Biltine	55,2	19,3	8,2
Chari Baguirmi	49,6	16,6	7,8
Guera/Salamat	62,8	23,1	11,1
Kanem/Lac	54,1	22,6	12,0
Logone Occidental	57,6	22,7	10,9
Logone Oriental	64,7	29,4	16,2
Mayo Kebbi	71,7	31,2	16,4
Moyen Chari	69,3	30,4	16,4
Ouaddaï	34,4	9,8	3,9
Tandjilé	62,1	25,0	12,7
N'Djamena	20,8	6,1	2,7
Ensemble	55,0	21,6	10,8

Source : INSEED, ECOSIT2, 2003/2004

Six régions présentent un profil de forte pauvreté monétaire, où l'incidence est sensiblement supérieure à la moyenne nationale. Il s'agit du Guéra-Salamat, des deux Logones, du Mayo Kebbi, du Moyen Chari et de la Tandjilé. Les taux d'incidence y vont de 57,6 à 71,7%. L'indice de la profondeur de la pauvreté, qui est basé sur la mesure de l'écart entre la situation des pauvres et le seuil de pauvreté, est également plus élevé (entre 25 et 31%) dans ces régions.

⁸ Pour des raisons de représentativité des données au niveau régional, des régions ont été fusionnées (par exemple BET-Biltine).

Quatre régions ont des taux d'incidence proches (légèrement inférieurs : de 48,4 à 55,2%) de la moyenne nationale : Le Batha, le BET/ Biltine, le Chari Baguirmi et le Kanem/Lac.

Enfin deux régions ont des taux d'incidence sensiblement plus faibles que la moyenne nationale: le Ouaddaï (34,4%) et N'Djaména (20,8%).

La carte montre que l'incidence de la pauvreté monétaire la plus forte est concentrée dans les régions méridionales. Ces régions sont de climat soudanien. Les activités agricoles y sont dominantes, notamment la culture du coton.

1.1.5. Une pauvreté massivement rurale :

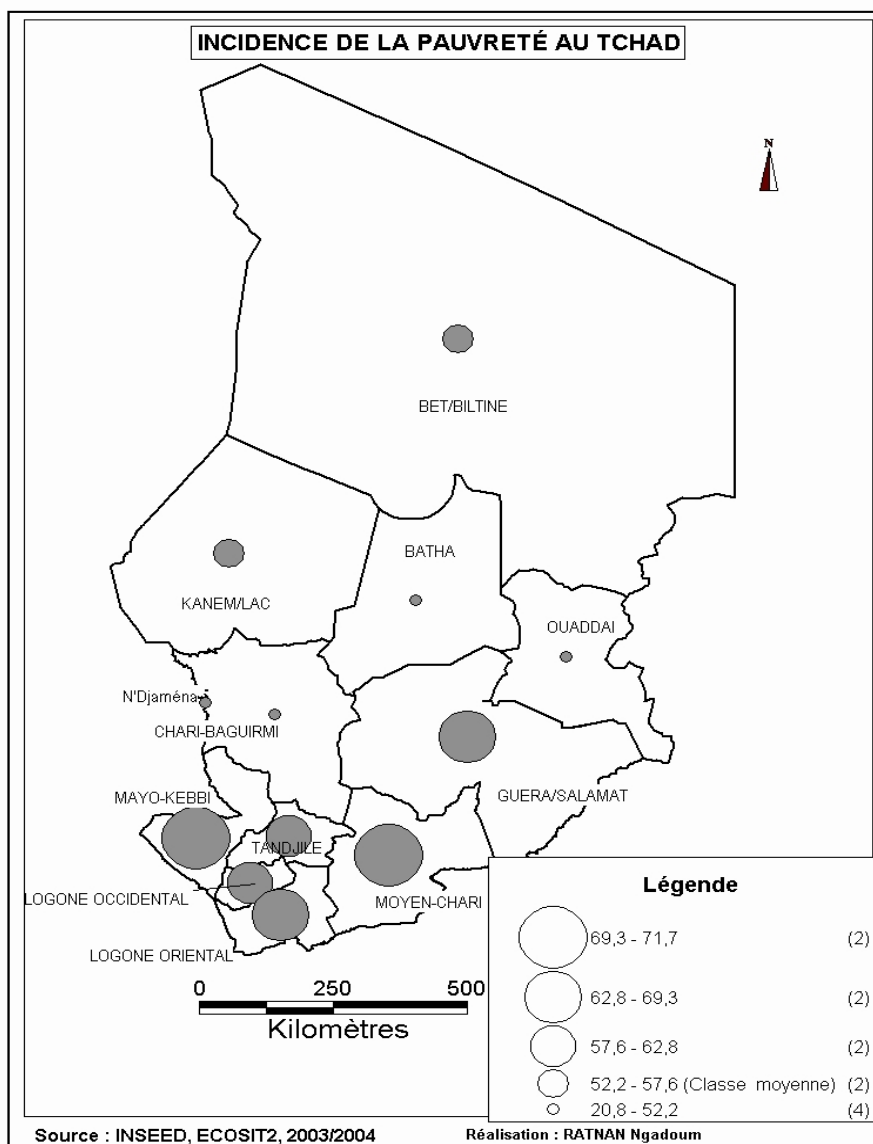
ECOSIT 2 montre que la pauvreté monétaire est massivement rurale : ***87 % de la population pauvre est rurale selon l'enquête.*** A l'opposé, N'Djaména qui représentait 7,6% de la population en 2003-2004, ne rassemblait que 2,9% des pauvres du pays. Mais, comme le note le rapport final d'ECOSIT 1 (juin 1998), « la pauvreté en milieu rural ne doit pas cacher l'extrême dénuement des banlieues de certaines villes. Les migrants sans emploi et les nouveaux pauvres, ... victimes de la mauvaise conjoncture économique, constituent en milieu urbain la plus grande part des pauvres... ».

On a vu que la pauvreté en monde rural est elle-même inégalement répartie. Ce sont les régions rurales du Sud qui sont le plus durement touchées (Mayo-Kebbi ; Logones ; Tandjilé ; Moyen Chari, et Guera Salamat, dans le découpage utilisé par ECOSIT 2).

Le caractère massivement rural de la pauvreté est confirmé par l'analyse de la pauvreté par Catégorie socio-économique (CSE). ECOSIT 2 montre que 61,4% des indépendants agricoles sont pauvres, contre 38,6% des indépendants non agricoles et 29,1 % des salariés.

ECOSIT 1 et ECOSIT 2 permettent de comparer l'évolution de la pauvreté dans les quatre zones rurales qui sont communes aux deux enquêtes. On s'aperçoit que l'incidence de la pauvreté se serait accrue de 10% entre 1996 et 2004 en milieu rural, alors qu'elle aurait régressé de 13% en milieu urbain. Entre 2004 et 2009, les comptes économiques⁹ montrent que la valeur ajoutée par tête du secteur rural (qui comprend l'agriculture, l'élevage et la sylviculture et pêche) croît globalement de 2%. Le fort déséquilibre entre pauvreté rurale et pauvreté urbaine n'a donc guère été réduit au cours de cette période.

⁹ INSEED Données globales, juin 2010.



1.1.6. Les perspectives :

a- Les obstacles à la réduction de la pauvreté :

Le Tchad est engagé dans une stratégie de réduction de la pauvreté depuis l'adoption de la Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté (SNRP 1) en 2003. Un second document révisé de « Stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté » (SNRP 2) couvre la période 2008-2011. Cette stratégie est essentiellement basée sur une forte croissance du PIB non pétrolier, qui devait croître de 5,5% en moyenne au cours de la SNRP 2 selon le scénario de référence, et sur une allocation des dépenses publiques fortement orientée vers les secteurs « prioritaires » (pour l'essentiel les secteurs sociaux, la production et les infrastructures productives), susceptibles de promouvoir la croissance et de réduire la pauvreté.

Les principales difficultés rencontrées tiennent tout d'abord au problème de la maîtrise de la production et des revenus dans le monde rural. Ceux-ci restent très dépendants de la pluviométrie. On a vu que selon ECOSIT2, 87% des pauvres sont des ruraux ; le Recensement général de la population et de l'habitat effectué en 2009 montre que 78% de la population tchadienne est rurale. Il est en conséquence clair que la réduction de la pauvreté passe

prioritairement par de profondes transformations du monde rural. Les stratégies mises en œuvre jusqu'ici ne sont pas parvenues à assurer cette transformation. Le monde rural reste dominé par une faible productivité et une forte dépendance vis-à-vis de la pluviométrie. L'année 2009 illustre ce phénomène : le déficit pluviométrique a conduit à une forte baisse de la production, tant vivrière que de rente, et la valeur ajoutée agricole diminuera d'environ 10%. Or, le cadrage de la SNRP 2 table sur une croissance du PIB agricole de 5,6% par an sur la période 2008-2011.

D'une façon plus générale, la SNRP 2 porte une attention insuffisante aux questions d'emploi et de revenu. Si une croissance forte est indispensable, il ne s'agit pas de n'importe quel type de croissance. Celle-ci doit être créatrice de revenus accrus au bénéfice des populations pauvres (qui sont massivement rurales), doit générer des emplois décents, notamment en milieu urbain, et doit promouvoir une répartition des revenus moins inégalitaire. Une telle orientation, qui caractérise un processus de croissance « pro pauvres », ne se met pas en place spontanément, mais implique une démarche volontariste et participative.

La croissance et la réduction de la pauvreté sont par ailleurs ralenties par la persistance de graves problèmes de gouvernance. La sécurité reste une préoccupation majeure dans un pays où les conflits armés sont structurellement présents depuis quarante ans. Un processus durable de développement ne peut se dérouler dans un contexte d'insécurité. Le cadrage budgétaire établi par la Direction Générale du Budget montre que les dépenses militaires et de sécurité mobilisent une part importante des dépenses publiques : 31 % environ, en moyenne, pour 2008-2010, selon les estimations et projections. Il est clair que le rétablissement durable de la sécurité permettrait une réorientation de ces dépenses vers un processus soutenu de croissance et de réduction de la pauvreté.

La gouvernance économique et administrative constitue un autre frein à la réduction de la pauvreté. Malgré les réformes engagées et les progrès réalisés, il subsiste des problèmes de gestion des finances publiques (allocation des ressources ; exécution du budget ; suivi des dépenses). Un véritable ciblage des dépenses publiques, notamment sociales, au profit des populations rurales les plus démunies suppose que l'on soit en mesure de garantir que les dépenses publiques programmées atteindront effectivement les bénéficiaires identifiés, et que les moyens de l'administration seront bien déployés là où ils sont nécessaires.

b- Projections et recommandations :

Les données disponibles pour 2008 et 2009 montrent que l'on s'est écarté notablement du sentier de croissance retenu dans le scénario de référence de la SNRP 2. Ce scénario ne prétendait d'ailleurs pas atteindre les OMD, mais visait une incidence de la pauvreté de 40,3% en 2011. L'hypothèse du scénario de référence concernant l'évolution du PIB non pétrolier (5,5% par an en moyenne) ne s'est pas réalisée, notamment à cause de la mauvaise récolte constatée en 2009. On voit clairement que la réduction de la pauvreté rurale à un rythme significatif suppose que l'on parvienne à réduire drastiquement l'effet de la pluviométrie sur l'agriculture et que l'on améliore les revenus des paysans. La production agricole en 2009 montre que l'on est loin du compte. Le scénario OMD de la SNRP 2 supposait quant à lui que le PIB non pétrolier croisse à un rythme de 6,6% par an.

Les projections doivent désormais tenir compte des résultats du RGPH 2009, qui indiquent que le taux de croissance démographique intercensitaire est de 3,6 %¹⁰. On utilisait jusqu'ici un taux de 2,5 %. On comprend que ce fort taux de croissance démographique rend la réduction de la pauvreté plus exigeante en termes de croissance du PIB et de contenu de la stratégie.

Les prévisions de l'INSEED jusqu'en 2012 retiennent des taux de croissance du PIB non pétrolier par tête (en appliquant le taux de croissance démographique de 3,6) de l'ordre de 0¹¹. Les projections du FMI¹² sont considérablement plus optimistes¹³ et prévoient une croissance de 2,4 % environ en moyenne pour la période 2010-2013.

On peut considérer que les tendances à l'œuvre et la poursuite des orientations de la SNRP 2 ne permettront pas d'atteindre l'Objectif de réduction de la pauvreté de moitié (27 % en 2015), à partir d'une incidence estimée à 45 % en 2009. Il est toutefois possible de se rapprocher de l'objectif, et de viser une incidence de l'ordre de un tiers (33%) en 2015.

Cela suppose la consolidation de politiques en cours et l'adoption de nouvelles orientations dans les domaines suivants :

- La priorité absolue consiste à concentrer les actions sur le secteur rural, qui génère l'essentiel de la pauvreté. C'est la transformation du secteur rural qui permettra de réduire significativement la pauvreté. La stratégie doit viser à accroître les revenus des paysans, en améliorant sensiblement la productivité, en autonomisant la production par rapport à la pluviométrie et en réorganisant les filières de production. Que les zones cotonnières soient, d'après les données d'ECOSIT 2 notamment, les plus pauvres du pays souligne à quel point la filière coton ne fonctionne pas au profit des cotonculteurs. Des réformes d'envergure sont nécessaires en matière d'infrastructures productives, de gestion et d'aménagement de l'eau, d'organisation des marchés, de système de crédit, de construction de filières. L'articulation des différentes composantes des réformes et la participation des organisations paysannes sont des conditions indispensables.
- Intégrer explicitement une dimension « pro pauvres » dans la stratégie de croissance. Cela suppose que chaque secteur élabore une stratégie visant effectivement à réduire la pauvreté, se fixe des objectifs en la matière, et en suive la mise en œuvre. L'allocation des ressources publiques en faveur des secteurs prioritaires ne suffit pas. On doit définir des actions à impact mesurable sur les populations pauvres, les budgétiser et en suivre l'exécution jusqu'aux bénéficiaires. Le recours aux CDMT et aux budgets programmes qui implique une gestion par les résultats est nécessaire à ce niveau. La croissance « pro pauvres » implique par ailleurs que l'on s'intéresse au contenu en emplois de la croissance, notamment en milieu urbain, et que l'on prenne des mesures pour réduire les inégalités. Les travaux sur la pauvreté montrent que celle-ci diminue lorsque les inégalités décroissent. La diversification de la production, nécessaire pour diminuer la forte dépendance économique du pays vis-à-vis de l'extérieur, réduire la contrainte pluviométrique et préparer l'après pétrole, devrait être promue, notamment à l'aide des ressources pétrolières.

¹⁰ Cet accroissement important pourrait être (au moins en partie) dû à une meilleure couverture de la population par rapport au RGPH de 1993.

¹¹ 2010 : 1,2 % ; 2011 : -0,9 % ; 2012 : 0 %.

¹² Avril 2010.

¹³ 2010 : 5 % ; 2011 : 5,5 % ; 2012 : 8,7 % ; 2013 : 6 %.

- Améliorer significativement la gouvernance, de manière à réduire rapidement le poids des dépenses de sécurité et à créer un climat propice à la croissance et à la réduction de la pauvreté. Des progrès importants sont encore indispensables en matière de gouvernance économique et administrative, notamment dans l'allocation et la gestion des finances publiques. Selon le dernier rapport de Transparency International (2009), le niveau de gouvernance du Tchad est de 1,6 sur une échelle qui va de 0 à 10, et il se classe au 175^{ème} rang sur 180 pays classés¹⁴. Cette situation ne favorise pas le développement d'investissements productifs, notamment dans le secteur formel.
- L'élaboration de la SNRP 3 constituera une occasion privilégiée d'introduire ces trois dimensions dans la stratégie selon les modalités les plus appropriées, à partir du diagnostic qui aura été établi. La diminution de l'incidence de la pauvreté qui pourra être atteinte en 2015 dépendra en partie de la révision de la SNRP, et de sa mise en œuvre. S'il est irréaliste de penser que l'OMD 1 puisse être atteint en 2015, il est encore possible de définir des orientations intégrant ces trois dimensions et de s'assurer de leur mise en œuvre, qui permettraient de réduire sensiblement la pauvreté au Tchad.

1.2 Cible 2 : Fournir un emploi productif et décent à tous, y compris les femmes et les jeunes.

1.2.1. Le diagnostic :

Les sources disponibles en matière d'emploi sont particulièrement rares. Ce domaine n'a jamais été considéré comme prioritaire en matière statistique.

ECOSIT 2 (2003-2004) constitue à ce jour la source la plus complète.

En 2003-2004, la population active atteignait 45 % de la population totale, soit 3,8 millions de personnes. 77 % de la population active exerçait dans le secteur primaire. Le chômage concernait 22,6 % de la population active.

Sur ces 3,8 millions de personnes actives, 21 000 exerçaient un emploi salarié dans le secteur privé, et 27 000 un emploi salarié dans le secteur public. On peut donc considérer que l'emploi formel concernait moins de 2 % de la population active. Cet emploi formel est celui qui se rapproche le plus du concept d'emploi décent auquel les OMD (et le BIT) font référence. Les emplois disponibles dans l'économie tchadienne sont donc massivement informels. Ils procurent des revenus faibles et irréguliers, sans aucune prestation sociale. L'emploi rural qui domine maintient la grande majorité de la population dans la pauvreté.

Les stratégies qui dominent en matière d'emploi reposent essentiellement sur le principe du « ruissellement » : en réalisant un taux de croissance élevé, des emplois seront nécessairement créés. L'emploi est donc une résultante de la croissance.

La SNRP aborde la question de l'emploi à travers :

- la formation, qui doit permettre de rapprocher le profil des jeunes sortant du système de formation des exigences des employeurs ;
- la création d'un environnement législatif, institutionnel, organisationnel et social favorable à l'activité économique ;
- la mise en place d'un système d'information et de gestion du marché du travail ;

¹⁴ L'indicateur retenu est calculé sur la base des travaux de six sources diversifiées et reconnues (dont la Banque Mondiale).

- la promotion de l'emploi en milieu rural et urbain.

La déclaration de politique nationale de l'emploi du 11 avril 2002 énonçait des principes similaires. Des institutions ont été créées pour promouvoir l'emploi : le Haut Comité du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale, structure consultative, rassemble les acteurs concernés. Le Fonds de Solidarité pour l'Emploi, l'Office National pour la Promotion de l'Emploi, l'Observatoire de l'Education et de la Formation en liaison avec l'Emploi, la Direction de la Formation Professionnelle et du Perfectionnement constituent l'essentiel du dispositif institutionnel en charge de la promotion de l'emploi.

1.2.2. Perspectives et recommandations :

Les relations entre croissance et création d'emplois décents sont complexes, et le mécanisme de ruissellement joue très imparfaitement son rôle. L'avènement de l'ère pétrolière au Tchad montre que l'irruption de cette activité n'a pas été une source d'emplois significative : en 2008, le PIB pétrolier représentait 23,6 % du PIB total et n'employait que quelques centaines de personnes, reflétant la logique d'enclave qui est celle des industries extractives...

Les données disponibles sur l'emploi montrent que la croissance du PIB non pétrolier ne contribue pas de façon significative à l'accroissement de l'emploi formel, qui reste marginal. Globalement, la croissance du PIB alimente le secteur informel, qui génère des emplois peu rémunérés, précaires, sans aucune couverture sociale des risques. La transformation des activités informelles en entreprises et emplois formels reste l'exception.

Face à cette situation, **la cible des OMD relative à l'emploi reste hors de portée**. La structure actuelle de l'économie tchadienne et les stratégies de croissance mises en œuvre ne conduisent pas à un mode de croissance générateur d'emplois décents. Ceux-ci ne sont pas le sous produit spontané de la croissance.

La transformation du monde rural, impliquant de nouvelles pratiques culturelles passant notamment par la maîtrise de l'eau, est porteuse d'une meilleure productivité et de revenus ruraux plus élevés, qui entraîneront une baisse de la pauvreté des producteurs. Mais cette transformation sera porteuse d'un exode rural lié aux progrès de productivité, qui rendra nécessaire le développement d'activités à fort contenu en emplois dans le milieu urbain.

On peut proposer quatre orientations susceptibles de promouvoir l'emploi :

- L'instauration d'une croissance « pro-pauvres » pourrait contribuer à attacher davantage d'importance à la dimension emploi. Les emplois sont en effet le principal vecteur de la lutte contre la pauvreté. Considérer l'emploi comme une simple résultante du processus de croissance ne garantit nullement que la cible retenue dans les OMD soit atteinte. Le contenu de la croissance, les secteurs sur lesquels elle s'appuie, jouent un rôle important.
- L'appui aux initiatives génératrices de revenus, en milieu rural, mais aussi urbain, implique le développement de formes de micro-crédit adaptées aux besoins des plus pauvres, la mise en place d'appuis à l'organisation des communautés et à la formation, à l'encadrement des activités productives, notamment à destination des femmes. L'extension et l'adaptation (afin de tenir compte des limites des processus existants) des mécanismes de micro-crédit, de promotion des micro-entreprises, sont susceptibles de diminuer la pauvreté et de développer des activités productives, même si ces initiatives ne sont pas créatrices d'emplois décents au sens du BIT.

- L'adoption d'une stratégie de développement d'activités à haute intensité de main d'œuvre (HIMO) constitue un autre axe susceptible de développer des emplois. Il existe un certain nombre d'activités pour lesquelles une alternative technique existe : le produit ou le service demandé, à qualité égale, peut être réalisé avec une combinaison de facteurs plutôt intensive en main d'œuvre ou plutôt intensive en capital technique. Il est possible de mettre en place un dispositif favorisant les techniques HIMO. Un vecteur important est constitué par l'ensemble des investissements publics, à propos desquels la question du choix de techniques HIMO pourrait être posé systématiquement. Mais cela suppose la mise en place préalable d'un cadre réglementaire élargissant l'accès aux marchés publics à des PME, l'organisation d'appuis aux PME émergentes afin de les renforcer et d'en améliorer les capacités techniques et de gestion, la création ou l'adaptation d'organismes de crédit idoines... Spontanément, les techniques HIMO ne s'imposeront pas face aux entreprises modernes qui dominent. Il convient de créer un cadre qui favorise la démarche, et, à terme, le développement d'un tissu de PME locales créatrices d'emplois¹⁵.
- La gestion de l'emploi suppose une connaissance du phénomène qui implique un suivi statistique régulier qui n'existe pas. L'emploi n'est appréhendé qu'à l'occasion d'enquêtes lourdes (ECOSIT, RGPH) dont la périodicité ne correspond pas aux besoins. Une enquête emploi devrait donc être introduite dans le programme régulier de l'INSEED.

1.3 Cible 3 : Réduire de moitié entre 1990 et 2015 la proportion de la population qui souffre de la faim.

1.3.1. L'objectif à atteindre en 2015 :

Les travaux relatifs à cette cible retiennent l'insuffisance pondérale des enfants de moins de cinq ans comme indicateur de référence. Les sources qui auraient permis de mesurer le niveau de cet indicateur en 1990 font défaut. Les informations issues de l'EDST 1 indiquent que le taux d'insuffisance pondérale des enfants de moins de cinq ans atteignait 39 % en 1996.

Des informations partielles relatives à la situation en 1989 et 1990 (UNICEF) et l'évolution de la production vivrière par tête entre 1990 et 1996 (la production par tête s'est en moyenne améliorée au cours de cette période selon les « données économiques » de l'INSEED) suggèrent que l'insuffisance pondérale aurait diminué entre 1990 et 1996. On fera en conséquence l'hypothèse d'une proportion d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale de 42 % en 1990.

L'objectif à atteindre en 2015 serait alors un taux d'insuffisance pondérale des enfants de moins de cinq ans de 21 %.

Tableau 4 : Indicateurs de déficits de croissance chez les enfants de moins de cinq ans (en %).

Enquêtes	EDST 1 1996-97	EIMT 2000	EDST 2 2004
Insuffisance pondérale < 5 ans	39	28	37
Retard de croissance < 5 ans	40	28	41
Emaciation < 5 ans	14	12	14

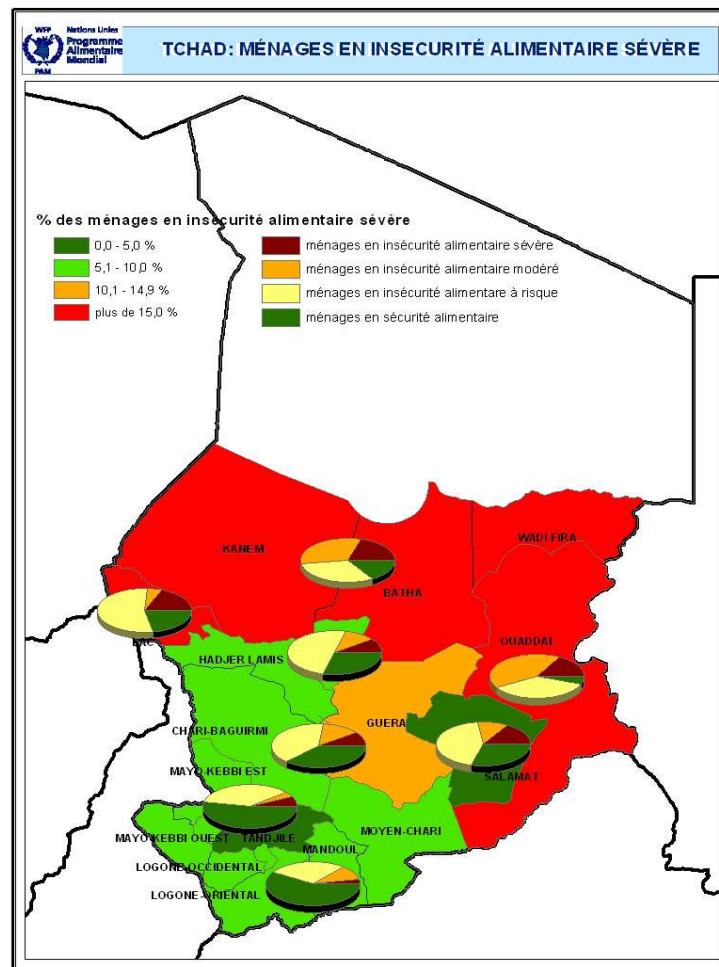
Sources : ESDT 1 et 2, EIMT 2000

¹⁵ Les expériences en matière de développement de stratégies HIMO sont abondamment documentées, et le BIT dispose d'une expérience confirmée en la matière.

1.3.2. Les inégalités :

Les différentes enquêtes illustrent diverses sources d'inégalités. L'EDST 2 indique que l'insuffisance pondérale touchait, en 2004, 38 % des enfants ruraux, contre 30 % en milieu urbain. L'enquête de sécurité alimentaire et de vulnérabilité structurelle (EVST) réalisée en 2009 souligne que la prévalence de la malnutrition frappe surtout les enfants de milieu rural : 35 % de ces enfants souffrent de malnutrition chronique globale¹⁶, contre 24 % pour les enfants des milieux urbains.

Mais de fortes disparités existent au sein du monde rural, que l'on peut appréhender à travers les données par région. Les régions les plus affectées appartiennent à la bande sahélienne, où la malnutrition aiguë est supérieure au seuil critique de 15 % retenu par l'OMS :



L'EDST 2 met en évidence les inégalités liées au niveau d'instruction des mères : le taux d'insuffisance pondérale atteint 41 % quand la mère n'a pas d'instruction, contre 20 % quand elle a un niveau secondaire ou plus. Enfin, les inégalités de revenu influent sensiblement sur l'insuffisance pondérale des enfants : elle frappe 48 % des enfants des ménages du premier quintile (les 20 % les plus pauvres), contre 29 % de ceux du dernier quintile.

¹⁶ Les malnutrition aiguë et chronique résultent de la mesure du rapport taille/âge.

Tableau 5 : Taux de malnutrition aigüe par région

Régions	Taux de malnutrition aigüe (%)
Batha	25,3
Kanem	23,8
Chari-Baguirmi	22,9
Guerra	22,4
Salamat	20,8
Ouaddaï	20,4
Lac	19,9
Tandjilé	14,3
Mayo-Kebbi	12,1
Logone occidental	11,2

Sources : Enquête de sécurité alimentaire et de vulnérabilité structurelle 2009.

1.3.3. La sécurité alimentaire :

Un des facteurs-clefs qui intervient dans la lutte contre la faim est bien entendu lié à l'évolution de la sécurité alimentaire.

L'étude « Analyse et cartographie de la vulnérabilité structurelle à l'insécurité alimentaire en milieu rural au Tchad » réalisée par le PAM en 2005 classe les ménages en quatre groupes :

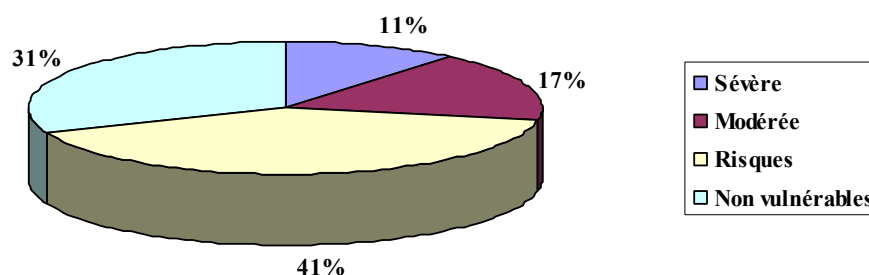
Tableau 6 : Structure des ménages par taux de vulnérabilité

Vulnérabilité à l'insécurité alimentaire	%
Sévère	11
Modérée	17
Risques	41
Non vulnérables	31

Les régions sahéliennes comptent le plus de ménages frappés par une insécurité sévère : Batha, Wadi Fira et Kanem : 18,5 % ; Lac : 17 % ; Ouaddaï : 15 %.

La proportion de la population qui n'atteignait pas le seuil calorique minimal était de 33 % en 1996. L'EVST estimait ce taux à 31 % en 2009. On constate donc une forte et inquiétante stabilité entre ces deux dates.

Structure (%) des ménages à la vulnérabilité à l'insécurité alimentaire



La sécurité alimentaire est fortement liée à la production céréalière. Celle-ci est fondamentalement irrégulière, car liée à la pluviométrie. Entre 2004 et 2010, le Tchad a connu

deux années déficitaires en matière de céréales: 2004-2005, puis 2009-2010. L'année 2000-2001 avait déjà été fortement déficitaire.

Tableau 7 : production et besoins céréaliers 2004-2010

Années	Productions	Besoins
2003-2004	1 618 000	1 386 000
2004-2005	1 213 000	1 432 000
2005-2006	1 743 000	1 479 000
2006-2007	1 991 000	1 528 000
2007-2008	1 886 000	1 578 000
2008-2009	1 778 000	1 630 000
2009-2010	1 135 000	1 683 000

Source : Direction de la production et des statistiques agricoles (DPSA).

L'irrégularité de la production vivrière constitue un important facteur de fragilité. La pauvreté qui frappe le monde rural ne lui permet pas d'accéder au marché durant les années déficitaires et l'appui du gouvernement et de la communauté internationale est alors décisif.

1.1.7. Perspectives et recommandations :

L'ensemble des informations disponibles, tant au niveau de la malnutrition et de la vulnérabilité des populations (EVST 2009) que de l'évolution de la production vivrière conduisent à penser que la faim n'a pas reculé de façon significative depuis 2004. L'indicateur d'insuffisance pondérale des enfants de moins de cinq ans en 2010 est probablement proche de celui observé dans l'EDST 2 (37 %).

L'objectif de 21 % qui est poursuivi ne sera donc probablement pas atteint en 2015.

Pour réduire sensiblement les problèmes de nutrition au Tchad, des changements importants sont indispensables dans le monde rural, qui reste dominé par une forte pauvreté.

Le Tchad dispose pourtant de potentialités importantes : les sols à vocation agricole couvrent 39 millions d'ha, dont 5,6 millions seraient irrigables. Les ressources en eau renouvelable sont elles aussi considérables : de l'ordre de 45 km³, dont 1,27 km³ environ sont utilisés chaque année.

L'irrégularité de la production constitue une contrainte forte. Elle n'est pas la seule :

- Les rendements sont faibles, et sensiblement inférieurs aux moyennes régionales. Les pratiques culturales sont globalement archaïques. La production vivrière est avant tout destinée à l'auto-consommation.
- Les échanges entre régions excédentaires et régions déficitaires sont freinés par de nombreux obstacles (système routier, prélèvements non réglementaires sur les routes...).
- La production est peu diversifiée, et les cultures de contre saison sont rares.
- Le financement de la production est embryonnaire.
- Les habitudes alimentaires sont peu diversifiées et très axées sur les céréales.

Le Programme National de Sécurité Alimentaire (PNSA) entend depuis 2006 lutter contre ces graves faiblesses structurelles et promouvoir l'augmentation de la production végétale, animale et halieutique en améliorant les méthodes existantes et en introduisant de nouvelles technologies.

Les réalisations constatées depuis 2006 dans le cadre du PNSA amorcent une ré-orientation de la stratégie de développement rural et de la place du monde rural dans le développement du Tchad, qu'il importe de confirmer. Certaines réalisations visent à la maîtrise de l'eau : la réhabilitation de 800 ha de périmètres rizicoles à Bongor ; la construction de trois barrages, l'aménagement hydro-agricole de 400 ha, la construction d'un barrage sur le Wadi de Saouwi, l'aménagement de polders. Le PNSA est entièrement financé par l'Etat, qui a décaissé, jusqu'en 2010, 18 milliards de FCFA à ce titre.

Le programme présidentiel entend intervenir en matière d'aménagements, et un programme de 20 000 ha d'aménagements hydro-agricoles doit être mis en œuvre d'ici 2015.

L'accroissement des rendements et la diminution de la dépendance vis-à-vis de la pluviométrie dépendent pour une part importante de la maîtrise de l'eau. Au-delà des grands aménagements, l'hydraulique villageoise constitue une variable-clef. L'intensification de la production est indispensable, qui permettra d'accroître la production, de progresser vers la sécurité alimentaire et d'élever les revenus des ménages ruraux. Cela implique des changements radicaux, qui nécessitent une meilleure organisation et participation des producteurs à l'évolution.

Les changements nécessaires prendront toutefois du temps. C'est la raison pour laquelle ce rapport ne prévoit pas que les cibles un, deux et trois de l'OMD 1 seront atteintes en 2015. Il est cependant possible de s'en rapprocher.

2. OMD 2: Réaliser l'éducation primaire pour tous.

La Cible est d'assurer que d'ici à 2015, partout, tous les enfants, filles et garçons, achèveront un cycle d'études primaires.

2.1. Le diagnostic :

2.1.1. L'objectif:

Les indicateurs susceptibles d'illustrer l'atteinte de cette cible proviennent du Département en charge de l'éducation¹⁷ et des enquêtes sur les ménages. L'indicateur le plus souvent retenu est le taux brut de scolarisation dans le primaire. Ce taux se réfère à l'ensemble des enfants âgés de 6 à 11 ans au dénominateur, d'une part, et à l'ensemble des élèves qui fréquentent l'école primaire (numérateur), quel que soit leur âge, d'autre part. Le taux brut ne permet pas de savoir quelle est la proportion des enfants de 6 à 11 ans qui sont scolarisés dans le primaire. Le taux net de scolarisation fournirait cette information, mais son calcul est plus exigeant en informations. Il est donc difficile d'en trouver car la plus part des enfants n'ont même pas d'état civil. Par ailleurs, la cible parle des enfants qui *achèveront* leur cycle primaire, ce que ne mesurent ni le taux brut ni le taux net.

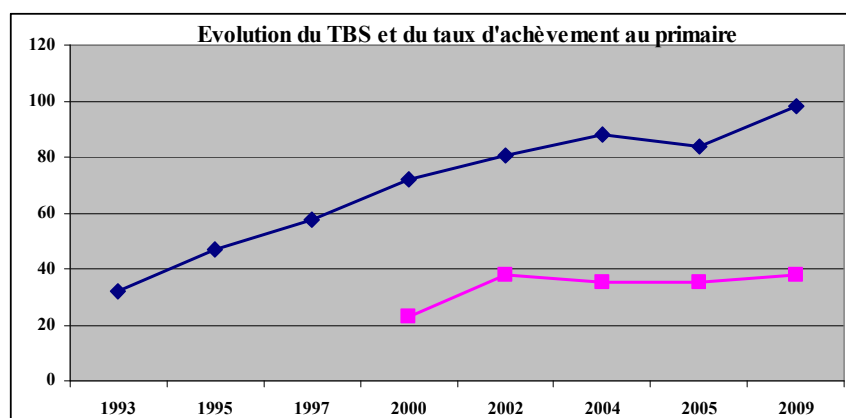
La DAPRO calcule un taux brut de scolarisation pour le primaire chaque année. On dispose en outre des résultats des enquêtes sur les ménages et du Recensement de 1993¹⁸.

Tableau 8 : Evolution du taux de scolarisation et d'achèvement au primaire

Années	1993	1995	1997	2000	2002	2004	2005	2009
TNS	26			39		41		
TBS	32	47	57,5	72	80,5	88	84	98,2
Taux d'achèvement du 1 ^{ère}				23	38	35	35	38

Sources : Taux nets : 1993 : RGPH ; 2004 : ECOSIT 2 ; reste DAPRO.

La progression du taux brut de scolarisation montre que les effectifs en primaire ont augmenté sensiblement pour atteindre un taux de 98,2% en 2009. Cela ne signifie pas que l'ensemble des enfants de 6 à 11 sont scolarisés puisqu'on rapporte l'ensemble des enfants scolarisés dans le primaire, quel que soit leur âge, aux enfants âgés de 6 à 11 ans. Seul le taux net de scolarisation qui sera calculé à partir du RGPH de 2009 donnera un repère par rapport aux 41 % observés en 2004.



¹⁷ En la circonstance la Direction de l'analyse et de la prospective (DAPRO) du Ministère de l'Education Nationale.

¹⁸ Les résultats du RGPH de 2009 ne sont pas encore disponibles.

L'achèvement du cycle, qui est la cible recherchée dans l'OMD 2, stagne de 2002 à 2009 à un niveau faible de 38 %. Si l'on considère les écarts en points de pourcentage entre taux brut et taux net de scolarisation d'une part, et le niveau du taux d'achèvement, il est clair que la cible de l'OMD est loin d'être atteinte au Tchad en 2009/2010, malgré les progrès importants réalisés depuis le début des années 1990.

2.1.2. *Les disparités :*

Le taux brut de scolarisation moyen de 98% cache de fortes disparités régionales.

Tableau 9 : Les inégalités de taux brut de scolarisation par régions en 2008-2009:

Régions	Taux brut de scolarisation dans le primaire
	< 50 %
Hadjer Lamis	36,7
Lac	38,4
Salamat	46,8
	Entre 50 et 80 %
Kanem	66,4
Barh El Gazal	66,5
Wadi Fira	67,1
Batha	67,4
Sila	77
Ennedi	78,5
Ouaddaï	78,8
	Entre 80 et 100
Borkou	81,3
Chari Baguirmi	82,3
Tibesti	85,5
Guéra	90,9
	> 100 %
Mayo Kebbi Est	105
Tandjilé	114,3
N'Djaména	119,8
Moyen Chari	123,3
Mandoul	129,9
Logone occidentale	130,4
Mayo Kebbi Ouest	140,8
Logone orientale	187,7

Sources : Dapro

Les taux les plus élevés (> 100 %) concernent toute la partie méridionale du pays et N'Djaména. Les régions du Centre, de l'Ouest et de l'Est connaissent des taux sensiblement inférieurs à la moyenne nationale.

Les données de la Dapro montrent également l'étendue des inégalités dans les indices de parité filles/garçons dans la scolarisation primaire. Ce point sera abordé à propos de l'OMD 3.

2.2. *Les insuffisances :*

2.2.1. *Faire face aux inégalités :*

Le système éducatif tchadien enregistre des progrès spectaculaires en matière de taux de scolarisation bruts. Cette progression ne suffit toutefois pas à atteindre l'OMD 2, qui a pour cible l'achèvement du cycle primaire pour tous. Or, le taux de scolarisation net est sensiblement plus faible que le taux brut, et le taux d'achèvement du primaire stagne à un niveau insuffisant pour atteindre la cible. Sur le plan purement quantitatif, les inégalités interrégionales sont fortes et la parité filles/garçons n'est pas atteinte.

2.2.2. Les faibles performances du système :

Au-delà de la dimension quantitative, il convient de prendre en compte l'aspect qualitatif de l'éducation primaire. La proportion des élèves qui ont commencé le cycle primaire et qui le termine était de 38 % en 2009 selon la Dapro. Le même taux était observé en 2002, ce qui illustre la faible efficacité du système, qui conduit à ce que près des 2/3 des élèves qui ont commencé des études primaires ne les achèvent pas. De plus, on constate que 47 % de ceux qui achèvent le cycle primaire seront des adultes analphabètes. Le taux de redoublement, qui était de 31 % en 2000, a diminué (22 % en 2005) mais stagne depuis lors.

2.2.3. Les faiblesses de l'encadrement et de l'équipement :

L'enseignement primaire au Tchad est surchargé au vue du ratio élèves/maître qui est de 61 élèves par maître en 2009. Ce taux cache de fortes inégalités interrégionales : 47 élèves par classe à N'Djaména ; 73 dans le Ouaddaï ; 106 dans le Kanem. La moyenne était de 46 élèves par classe du primaire en Afrique Sub-saharienne en 2008.

En 2008, l'équipement des élèves en matériel didactique est insuffisant car, seuls 29 % des élèves ont une place assise et on compte un manuel pour 5 élèves, en sciences, pour 3 élèves en calcul, pour un élève en lecture.

La compétence des enseignants constitue une forte contrainte depuis que l'enseignement communautaire s'est fortement développé. Face à la demande croissante des populations qui souhaitent de plus en plus que leurs enfants soient scolarisés, et face aux défaillances de l'Etat face à ces demandes, les ménages demandeurs ont décidé de prendre en charge eux-mêmes l'essentiel du coût de la scolarisation de leurs enfants. Les communautés vont ainsi recruter et financer la prise en charge des enseignants. On assiste ainsi à la multiplication des écoles communautaires. Les maîtres communautaires représentaient 67 % des effectifs enseignants du primaire en 2008/2009, et les écoles communautaires constituaient alors 48 % des établissements scolaires du primaire. Les écoles communautaires, qui suppléent aux carences de l'Etat, ne sont toutefois pas en mesure d'assurer un recrutement d'enseignants suffisamment qualifiés, ni de fournir des équipements et des matériels didactiques en quantité et qualité suffisantes.

2.2.4. Le niveau insatisfaisant de gouvernance du secteur :

Le secteur de l'éducation n'échappe pas aux problèmes de gouvernance : globalement, l'administration de l'éducation manque de capacités de programmation et de suivi des stratégies. L'exécution du PARSET (Programme d'appui à la réforme du secteur de l'éducation au Tchad) illustre les difficultés rencontrées en matière de planification, gestion et suivi des programmes. Dans la sous-composante « renforcement des capacités de planification et de contrôle du MEN », les principaux indicateurs de succès n'ont pas été atteints. Cette sous-composante a été retenue pour la suite du projet.

Des difficultés sont enregistrées au niveau de la passation des marchés. La gestion des ressources, le passage des examens et des concours, ont connu des dysfonctionnements sérieux ces dernières années (marché des livres scolaires ; Baccalauréat ; concours à l'entrée dans la fonction enseignante ...).

2.2.5. Un niveau de financement public insuffisant :

L'objectif d'un budget de l'éducation atteignant 20 % des Dépenses Publiques hors dons, énoncé lors du Forum Mondial de Dakar (avril 2000) n'a pas été atteint. Les chiffres officiels montrent un taux moyen de 18,6 % entre 2000 et 2007, avec de fortes fluctuations d'une année à l'autre. La part des dépenses globales d'éducation dans le PIB serait de 2,5 % selon les sources nationales.

Un sensible accroissement des dépenses publiques d'éducation est nécessaire quand on considère l'importance de l'enseignement communautaire et les taux d'encadrement et d'équipement des élèves.

Le Programme d'Appui à la Réforme du Secteur de l'Education au Tchad (PARSET) s'est fixé des objectifs conformes aux OMD, tant en ce qui concerne l'accès universel à l'enseignement primaire que la réalisation de la parité filles/garçons. Mais le programme a commencé tardivement, en 2004, et il fait apparaître un fort déficit de financement.

2.3. Perspectives et recommandations :

Les orientations du PARSET sont tout à fait susceptibles de permettre la réalisation de l'OMD 2, puisque les objectifs du programme reprennent l'échéancier des OMD, et visent la scolarisation primaire universelle en 2015. Deux mille salles de classe doivent être construites, sept mille maîtres communautaires formés, trois millions de manuels scolaires achetés, et les programmes révisés. Ces actions laissent supposer que les objectifs quantitatifs pourraient être atteints.

Cela requerra un effort budgétaire accru, une programmation rigoureuse et une articulation adéquate des actions (constructions, maîtres, outils pédagogiques). Les capacités du Ministère de l'Education devront être sensiblement renforcées. Il en va de même du niveau de gouvernance du secteur.

Par ailleurs, la programmation des actions doit s'inspirer directement des fortes inégalités, notamment géographiques, qui sont constatées, et les initiatives doivent cibler les zones déficitaires, et tenir compte des obstacles spécifiques rencontrés par les populations.

L'éducation primaire pour tous (qui comprend l'achèvement du cycle primaire par tous les enfants) implique un effort ciblé sur quatre catégories :

- Les enfants qui vivent dans des zones à insuffisance alimentaire chronique. La malnutrition limite en effet la fréquentation et la capacité d'apprentissage. Le développement des cantines scolaires dans ces zones constituerait un facteur important d'amélioration de la fréquentation et de diminution des sorties prématurées.
- Les enfants nomades (un plan est en cours de mise en œuvre et il doit être développé) ;
- Les filles, qui accèdent moins à l'école primaire que les garçons¹⁹ ;
- Les écoles coraniques, qui devraient être rénovées afin qu'elles répondent davantage aux finalités de l'école fondamentale.

¹⁹ Voir la partie consacrée au genre (OMD 3).

Si toutes ces conditions, qui impliquent des ruptures avec les pratiques en cours, sont réunies, alors l'OMD 2 pourrait être atteint en 2015.

3. OMD 3 : Promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes.

Cible 1 : Eliminer la disparité entre sexes dans l'enseignement primaire et secondaire si possible en 2005 et dans tous les ordres d'enseignement au plus tard en 2015.

3.1-Le diagnostic :

3.1.1. Les discriminations à l'égard des filles en matière d'éducation :

Le taux de parité filles/garçons dans l'enseignement varie sensiblement selon le cycle d'enseignement considéré. Comme c'est la règle, le taux de parité diminue lorsque le niveau du cycle d'enseignement augmente.

a- L'enseignement primaire :

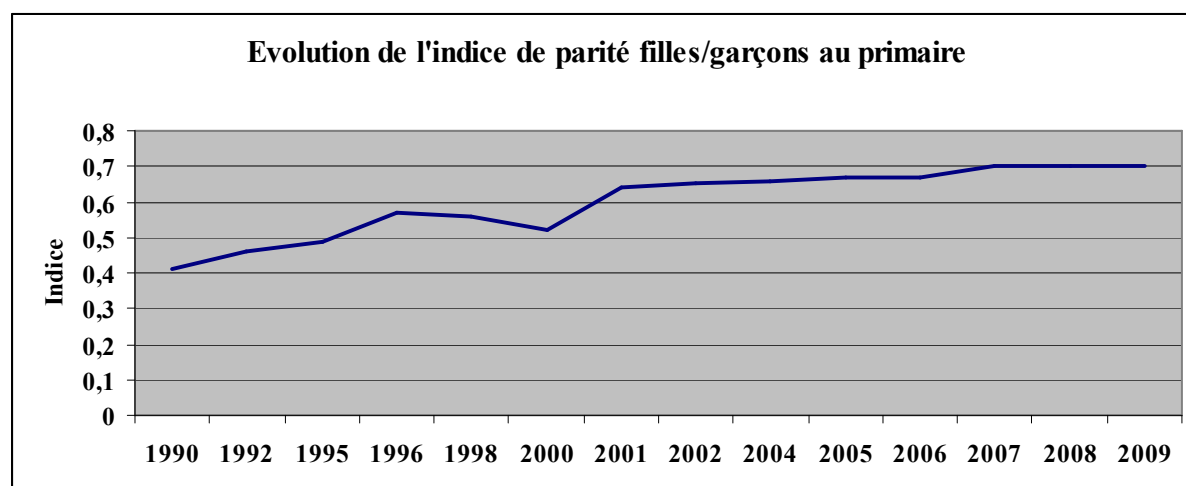
La Direction de l'Analyse et de la Prospective (DAPRO) du Ministère de l'Education fournit des informations longues qui permettent d'observer l'évolution du taux de parité :

Tableau 10: Indice de parité filles/garçons dans l'enseignement primaire public :

Années	1990	1992	1995	1996	1998	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Indice	0,41	0,46	0,49	0,57	0,56	0,52	0,64	0,65	0,66	0,67	0,67	0,70	0,70	0,70

Sources : DAPRO

La parité serait assurée pour un indice de 1. L'évolution semble se dérouler par paliers : l'indice passe de 0,41 à 0,49 entre 1990 et 1995 ; puis, après un saut important en 1996 (0,57), l'indice retombe à 0,52 en 2000 ; un nouveau saut apparaît en 2001 (0,64). Au cours de la décennie 2000, l'indice plafonne à 0,70.



Les données de l'UNESCO sont proches de celles de la DAPRO :

Tableau 11 : Indice de parité filles/garçons dans l'enseignement primaire :

Années	1999	2002	2008	ASS 2008
TBS filles	46	58	68	97
TBS garçons	80	89	97	106
Indice F/G	0,57	0,65	0,70	0,91

Sources : base de données de l'UNESCO-Juin 2010.

On constate que la marche vers la parité dans l'enseignement primaire progresse peu au cours des années 2000, et qu'elle stagne entre 2007 et 2009 à un niveau de 0,70, loin de l'indice moyen en Afrique sub-saharienne (0,91).

Le déficit de parité au Tchad n'est pas uniformément réparti. Les disparités interrégionales sont élevées. Le Salamat se caractérise par un indice de parité particulièrement faible (0,40), tout comme le BET (0,43).

Tableau 12 : Disparité des indices de parité par régions dans l'enseignement primaire en 2008-2009

Régions	Indice de parité F/G
Salamat	0,40
BET	0,43
Wadi Fira	0,53
Lac	0,56
Ouaddaï et Sila	0,57
Chari Baguirmi	0,63
Logone oriental	0,64
Hadjer Lamis	0,65
Mayo Kebbi oriental	0,66
Moyenne nationale	0,70
Logone occidental, Mandoul	0,71
Guéra, Tandjilé	0,72
Moyen Chari	0,74
N'Djaména	0,82
Moyen Kebbi occidental	0,83
Kanem, Bar El Gazal	0,96
Batha	1,06

Source : DAPRO.

b- L'enseignement secondaire :

Les discriminations dont sont victimes les filles dans l'accès à l'enseignement secondaire sont sensiblement plus sévères. L'indice de parité filles/garçons était de 0,29 en 2000 et de 0,32 en 2008-2009 selon la DAPRO. Ces indices sont confirmés par la proportion de reçus aux examens selon le sexe : 27 % des lauréats du BEPCT étaient des filles en 2008, contre 20,5 % pour le Baccalauréat pour la même année. La discrimination dont souffrent les filles en matière d'accès à l'enseignement secondaire est donc forte et ne faiblit guère depuis une quinzaine d'années...

Les inégalités sont moins fortes dans le premier cycle du secondaire, confirmant la tendance générale à la diminution de la proportion de filles dans l'enseignement au fur et à mesure que le degré d'enseignement croît.

Tableau 13 : Indice de parité filles/garçons dans l'enseignement secondaire

Années	1996	2000	2002		2006		2009	
Secondaire	ensemble	ensemble	1 ^{er} c.	2 ^{ème} c	1 ^{er} c	2 ^{ème} c	1 ^{er} c	2 ^{ème} c
Taux	0,2	0,3	0,3	0,2	0,4	0,3	0,4	0,3

Source : DAPRO

c- L'enseignement supérieur :

L'accès des filles à l'enseignement supérieur est encore très minoritaire et stagne depuis une dizaine d'années. En 2008, on comptait 2 400 filles sur 18 400 étudiants inscrits, soit 13 %. Ce taux est stable : il était de 14 % en 1999 et de 12 % en 2000.

d- L'analphabétisme :

Les mesures de l'analphabétisme montrent une fois encore le degré significatif de discrimination dont souffrent les femmes.

Tableau 14 : Taux d'analphabétisme selon le sexe.

Années	2004	2008	ASS 2008
Adultes hommes	54	56	29
Adultes femmes	73	78	47
15-24 hommes	62	46,5	24
15-24 femmes	82	63	34

Sources : 2004 : EDST 2 ; 2008 et Afrique sub-saharienne (ASS) : base de données de l'UNESCO. Juin 2010.

Une vingtaine de points séparent les données relatives aux hommes de celles concernant les femmes, aussi bien en 2004 qu'en 2008. Aucun phénomène de rattrapage n'est décelable. Les écarts sont plus faibles, en moyenne, en Afrique sub-saharienne.

3.1.2. L'accès des femmes aux responsabilités politiques :

Au niveau du Parlement, la présente législature (qui a débuté en 2002 et dont le mandat a été prolongé dans le cadre d'un accord politique) compte 9 femmes députées (6%) sur 155 membres de l'Assemblée Nationale. La législature 1997-2002 comptait 2 députées (2 %) sur 120.

Les femmes-ministres au sein du gouvernement sont plus de 10 % depuis 2006. Elles ne représentaient que 3,4 % des membres du gouvernement en 2000. Le gouvernement de mars 2010 (y compris les secrétaires d'Etat) comporte 9 femmes (dont 5 SE) sur 42 membres, soit 21 %. C'est la plus forte proportion enregistrée dans l'histoire du Tchad.

Dans la haute administration, on compte une femme ambassadeur sur 24 ; 2 femmes préfètes sur 222 ; 6 femmes membres du Conseil Economique, Social et Culturel sur 30 ; 2 femmes sur 29 Secrétaires Généraux.

La place des femmes en politique et dans la haute administration demeure faible, mais leur rôle s'accroît.

3.1.3. La situation économique des femmes :

Peu d'informations sont disponibles à propos du rôle économique des femmes. Celles-ci jouent un rôle déterminant dans la production rurale, même si l'accès à la propriété de la terre leur est le plus souvent refusé. Les femmes sont d'ailleurs les principales bénéficiaires des opérations de micro-crédit, notamment des crédits accordés dans le cadre du Comité d'appui à la lutte contre la pauvreté et l'insécurité alimentaire lancé par le Ministère de la micro-finance et de la lutte contre la pauvreté en 2006. Une division de la promotion de la femme rurale a été créée au sein du Ministère de l'Agriculture, qui met en œuvre un projet d'autonomisation de la femme rurale financé par le FNUAP dans le cadre de son 5^{ème} programme 2006-2011. Le Ministère de l'Action Sociale, de la Solidarité Nationale et de la Famille (Direction de la promotion de la femme et de

l'intégration du genre) forme et encadre des groupements féminins sur les activités génératrices de revenus en milieu rural et urbain.

Les femmes rurales sont massivement victimes de la pauvreté. Elles sont très majoritairement analphabètes et disposent d'un niveau de développement humain, notamment en matière de santé, particulièrement faible.

Leur présence dans le secteur formel de l'économie est faible. Ainsi, les femmes représentent 13 % en moyenne des effectifs de la fonction publique. Cette proportion est stable entre 2007 et 2010. Les femmes sont très sous-représentées aux fonctions de direction (une vingtaine de directrices d'administration centrale sur 150).

3.1.4. Les droits des femmes :

- a- Le cadre légal reconnaît que les femmes et les hommes disposent des « mêmes droits et des mêmes devoirs » (article 13 de la Constitution) ; l'article 14 stipule que « l'Etat a le devoir de veiller à l'élimination de toutes les discriminations à l'égard de la femme et d'assurer sa protection dans tous les domaines de la vie publique et privée ».
- b- Le Tchad a ratifié en 1995 la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard de la femme (CEDEF). Un Comité de suivi de cette importante convention a été mis en place en 1996, mais il n'a jamais véritablement fonctionné. Les femmes restent légalement discriminées, notamment en matière d'héritage et d'accès à la terre, de répudiation...
- c- En 2007, un Comité Multisectoriel Genre (CMG) fut créé. Il a pour mission d'appuyer la rédaction de la politique nationale Genre. Il s'agit de promouvoir et d'intégrer la politique du genre dans l'ensemble des politiques, plans, programmes du pays. La politique est en cours d'élaboration.
- d- Un avant projet du Code des Personnes et de la Famille, en cours d'élaboration depuis 1994, a été validé par un Comité Technique en février 2010. Mais l'opposition de certaines organisations islamiques a jusqu'ici retardé l'adoption du projet en Conseil des Ministres. Cette adoption reste prévue.
- e- Une prise de conscience du phénomène récurrent de la violence faite aux femmes se développe, notamment grâce à des initiatives d'organisations de la société civile. La campagne du Secrétaire Général des Nations Unies « Tous unis pour mettre fin aux violences faites aux femmes et aux enfants » a été marquée par une déclaration du Président de la République sur ces questions de violence le 15 décembre 2009, qui a contribué à la prise de conscience de la population tchadienne.

Les principales violences constatées au Tchad incluent :

- Les mutilations génitales féminines : Selon l'EDST 2 de 2004, 45 % des femmes tchadiennes sont excisées ; de fortes inégalités géographiques existent en la matière : 80 % des femmes sont excisées dans le Batha, le Guéra, le Salamat, le Ouaddaï, le Wadi Fira, le Mandoul et le Moyen Chari. A l'opposé, dans le BET, le Kanem, le Lac, le Mayo Kebbi, l'excision est peu pratiquée (< 5 %).
- Les mariages précoces et forcés. Ces pratiques largement répandues mettent en péril la santé et la vie des femmes et des enfants.

- Les viols : Les viols sont peu déclarés. Mais, on a enregistré 103 cas de viols à N'Djaména en février-mars 2010, dans cinq structures sanitaires de la ville²⁰ ;
- Les autres formes de violence physique à l'égard des femmes (violences domestiques);

Longtemps occultées, ces graves questions sont aujourd'hui l'objet de débats, de mobilisations et de propositions, à l'initiative d'organisations de la société civile (OSC) et d'organisations internationales, notamment le FNUAP mais sous l'égide du Ministère de l'Action Sociale, de la Solidarité Nationale et de la Famille. Cette prise de conscience a conduit à la mise en place de structures d'aide aux femmes victimes de violences basées sur le genre, animées par des OSC (notamment l'Action pour le Promotion des Libertés Fondamentales au Tchad, et l'Association des Femmes Juristes du Tchad, AFJT). Un numéro vert a été créé (AFJT) et un personnel d'appui psychosocial et juridique a été mis en place pour accompagner les victimes des violences basées sur le genre. Une base de données est en construction sur les questions de violence. L'UNICEF et le FNUAP travaillent sur une enquête de prévalence sur les violences basées sur le genre, qui permettra d'avoir une vue globale du phénomène au Tchad. Une équipe de consultants élabore un document de stratégie nationale de prévention et de réponse aux violences basées sur le genre.

Le 17 octobre 2009, le gouvernement et ses partenaires ont lancé une campagne de lutte contre les violences faites aux femmes, qui durera trois ans et touchera toutes les régions.

3.2- Perspectives et recommandations :

3.2.1. Les perspectives :

La cible correspondant à l'OMD 3 concerne exclusivement la fin de la discrimination à l'égard des filles en matière d'accès à l'éducation.

Il est clair que la cible concernant l'accès au primaire et au secondaire en 2005 n'a pas été atteinte au Tchad.

Les écarts des indices de parité filles/garçons sont tels aux niveaux du secondaire et du Supérieur qu'il ne peut être envisagé de parvenir à la parité pour ces cycles en 2015.

Reste le primaire. L'écart est encore sensible (le taux de parité est de 0,70 en 2009). On peut toutefois soutenir que la cible est accessible si les programmes élaborés autour de la scolarisation des filles sont effectivement mis en œuvre. Rappelons qu'il s'agit là d'une orientation prioritaire dans les programmes du gouvernement et que les PTF sont mobilisés autour de cet objectif.

La cible de l'OMD 3 pourrait donc être partiellement atteinte en 2015, et la parité d'accès à l'enseignement primaire assurée à cette date si des actions d'envergure sont lancées dans les zones où l'écart filles/garçons est important.

3.2.2 Les recommandations :

- En matière d'accès à l'éducation primaire, un ciblage des régions où le déficit d'accès des filles est le plus patent est possible grâce aux informations fournies par la DAPRO. La stratégie doit être élaborée à partir des analyses sur les causes des discriminations dont les

²⁰ REJPOP-Info, trimestriel d'information du réseau des journalistes tchadiens en Population et Développement, spécial SENAFET/JIF 2010.

filles sont victimes. La dimension IEC, incluant des messages adaptés aux situations, et la participation des populations est indispensable. La mise en place de cantines scolaires, notamment dans toutes les zones caractérisées par des formes récurrentes d'insécurité alimentaire, serait susceptible de développer la scolarisation des filles.

- En matière de cadre légal, les dispositifs juridiques doivent être complétés, notamment par le Code des Personnes et de la Famille et les instruments nécessaires à la mise en œuvre de la CEDEF. Au-delà d'un cadre légal adapté, qui est cependant indispensable, il convient de mettre en place de vastes actions d'IEC afin d'informer les femmes de leurs droits, de leur proposer des lieux d'écoute et de conseil adaptés. Des initiatives d'ONG en ce sens existent déjà, essentiellement à N'Djaména, mais elles ont un caractère exceptionnel. Il conviendrait de mettre en place un mécanisme multisectoriel de prévention et de réponse aux violences faites aux femmes et aux filles, comportant un système de référence dans les domaines médical, psychosocial et juridique. Les recours contre les violences doivent être enregistrés par les forces de police et les magistrats, être instruits et donner lieu à des décisions de justice dont on doit pouvoir exiger l'application. Le mouvement associatif féminin constitue un acteur central dans un processus dont la mise en œuvre sera difficile et exige de profonds changements de mentalité.
- Une part importante du fardeau qui pèse sur les femmes relève de la dimension santé, qui sera abordée lors de l'examen des OMD 4 et 5. La promotion de la santé de la reproduction constitue une priorité.
- La promotion économique des femmes rurales passe par le développement de systèmes de micro-crédits adaptés aux situations et aux besoins des femmes, et de l'alphabétisation.
- La promotion du rôle des femmes en politique suppose une réflexion sur la mise en place d'une politique volontariste en la matière, impliquant la création de quotas.
- Le vecteur le plus puissant pour diminuer les discriminations dont sont victimes les femmes est la lutte contre la pauvreté, en particulier en milieu rural.

4. OMD 4, 5 et 6: La santé

Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile.

Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle.

Objectif 6 : Combattre le VIH-SIDA, le paludisme et les autres grandes maladies.

Les OMD reposent fortement sur la santé. Les objectifs 4, 5 et 6 y sont directement liés. L'objectif 5 comporte désormais une cible liée à l'accès à la santé de la reproduction. Il est certain que l'atteinte des objectifs relatifs à la santé dépend de variables qui sont, pour une large part, communes aux trois objectifs. En conséquence, après avoir présenté un diagnostic séparé pour chacun des trois OMD, l'analyse des diagnostics et les recommandations seront pour l'essentiel communes.

Sur le plan méthodologique, le suivi de la santé pose problème dans la mesure où les informations font défaut, notamment pour apprécier l'évolution de la situation. Deux sources principales d'information seront utilisées : les sources nationales, qui permettent de rendre compte de façon plus complète de la situation, mais ne fournissent pas toujours d'indications sur l'évolution des phénomènes ; l'OMS, dont les données rendent possible les comparaisons internationales, et, parfois, de qualifier les évolutions. Le passage d'une source à l'autre révèle parfois des difficultés, voire des contradictions. Mais la mise en perspective des données qui peut être réalisée grâce à la base de données de l'OMS est riche d'enseignements.

4.1. Les diagnostics relatifs aux OMD 4, 5 et 6 :

4.1.1. Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile :

Cible : Réduire des deux tiers le taux de mortalité infanto-juvénile entre 1990 et 2015.

a- *La cible à atteindre :*

Les données disponibles sur la mortalité infanto-juvénile, mesurée par le taux de mortalité infanto-juvénile, TMIJ (qui concerne les enfants de moins de cinq ans) sont peu nombreuses. On dispose de trois sources principales sur la période 1990-2010 :

- L'enquête Démographie et de Santé Tchad de 1996 (EDST 1); TMIJ : 194 ‰;
- L'enquête à indicateurs multiples (EIMI) de 2000 ; TMIJ : 194 ‰;
- L'enquête Démographie Santé de 2004 (EDST 2) ; TMIJ : 191 ‰.

Des sources internationales²¹ mentionnent cependant un taux de 201 ‰ en 1990²². Ce taux est proche de celui qui est calculé dans le cadre de l'EDST 1996. Si l'on accepte cette base 1990, alors la **cible de l'OMD 4 relative à la mortalité infanto-juvénile à atteindre en 2015 est de 67 ‰.**

Globalement, le TMIJ stagne sur la période considérée, si l'on retient les données nationales : 194 ‰ en 1996, contre 191 ‰ en 2004.

²¹ Base de données de l'OMS 1990-2008 ; juin 2010.

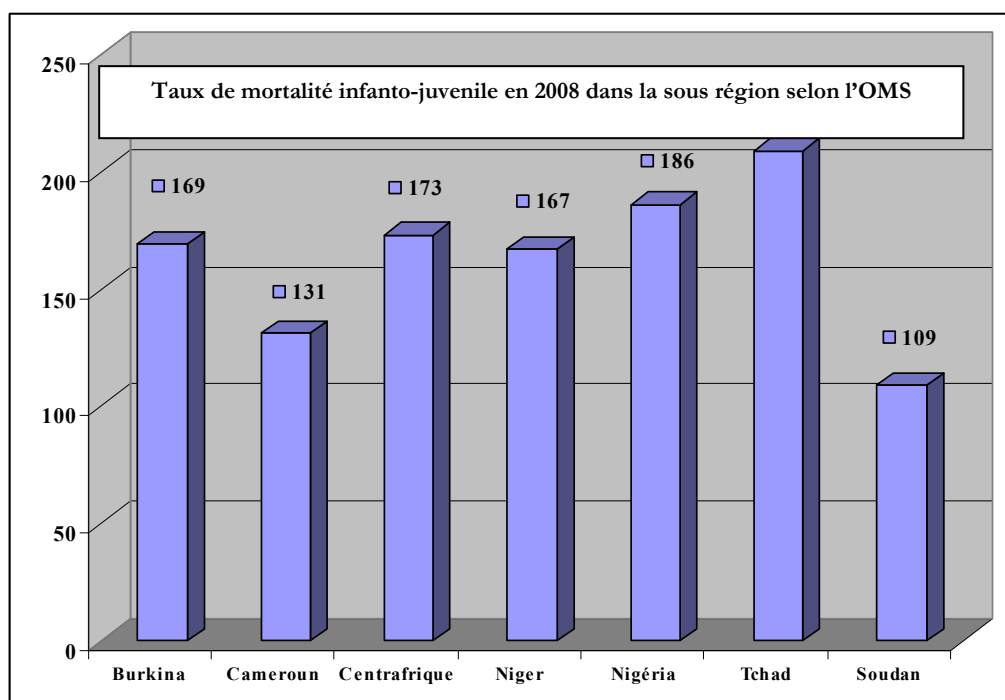
²² La base de données de l'OMS décrit une évolution négative du TMIJ entre 1990 et 2008 : 201 en 1990, 205 en 2000 et 209 en 2008 .

Tableau 15: Les Taux de mortalité infanto-juvénile en 2008

Pays	Burkina	Cameroun	Centrafrique	Tchad	Niger	Nigéria	Soudan
TMIJ	169	131	173	209	167	186	109

Source : Base de données de l'OMS-2010.

Les bases de données de l'OMS permettent des comparaisons internationales. Elles utilisent en effet une méthodologie destinée à assurer cette mise en perspective. Le TMIJ mentionné pour le Tchad en 2008 est de 209 %. Le taux moyen pour l'Afrique est de 145 % pour la même année. La mortalité infanto-juvénile au Tchad est l'une des plus élevées d'Afrique.



b- Les disparités :

Les enquêtes montrent que le TMIJ n'est pas uniforme dans le pays.

Il existe de fortes disparités entre milieu rural et milieu urbain. L'enquête EIMT montre qu'en 2000, le TMIJ est de 197 % en milieu rural (80 % de la population) et de 153 % à N'Djaména. Selon l'EDST 2 (2004), le TMIJ est de 208 % en milieu rural, contre 179 % en milieu urbain. Les Logones et la Tandjilé sont les régions les plus défavorisées en matière de mortalité infanto-juvénile selon les mêmes sources.

Le niveau d'éducation des mères influence également le TMIJ : le taux atteint 195 % lorsque la mère n'a pas fait d'études, et 144 % quand elle a un niveau correspondant au moins au secondaire, selon l'EITM de 2000.

4.1.2. OMD 5 : Améliorer la santé maternelle:

Cet objectif implique l'atteinte de deux cibles :

a- Réduire de trois quarts le niveau de la mortalité maternelle entre 1990 et 2015 :

L'objectif à atteindre :

Les sources sont particulièrement réduites en matière de mortalité maternelle. On dispose des données fournies par les deux enquêtes démographie santé (EDST 1 et 2) de 1997 et 2004. Le ratio de mortalité maternelle (TMM) était de 827 pour 100 000 naissances vivantes en 1997 et de 1099 en 2004, selon ces enquêtes. On trouve la mention d'un niveau de mortalité maternelle pour le Tchad de 820 en 1990 dans des rapports EDS de pays voisins. Ce taux étant proche de celui fourni par l'EDST de 1996-1997, on l'utilisera pour calculer l'objectif à atteindre dans le cadre de l'OMD 5

L'objectif en matière de mortalité maternelle en 2015 sera donc de 205 pour 100 000 naissances vivantes.

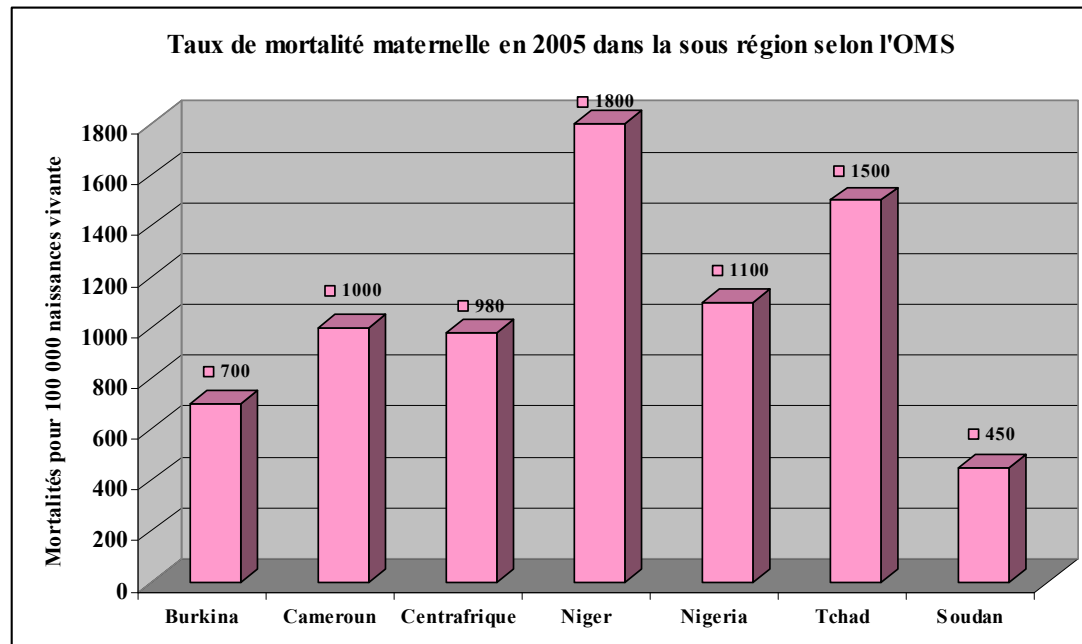
L'indicateur calculé pour 2004 grâce à l'EDST 2 est en sensible hausse par rapport aux observations de 1996-97. Le Tchad aurait donc connu une nette régression en matière de mortalité maternelle entre les deux EDST.

Tableau 16 : Les taux de mortalité maternelle en 2005 selon l'OMS

Pays	Burkina	Cameroun	Centrafrique	Tchad	Niger	Nigeria	Soudan
TMM	700	1000	980	1500	1800	1100	450

Sources : Base de données de l'OMS-2010.

La base de données de l'OMS présente une situation encore plus dégradée : elle retient comme évaluation du TMM du Tchad en 2005, 1500 décès pour 100 000 naissances vivantes, en se basant sur des données provenant de diverses agences²³. La moyenne africaine est de 900. Le Tchad se situe ainsi parmi les pays d'Afrique les plus mal placés en matière de mortalité maternelle.



a- Les disparités :

Des disparités importantes existent en matière de mortalité maternelle. Le milieu géographique joue un fort rôle discriminant. En effet, si en milieu urbain, 8 naissances sur dix (81%) ont donné lieu à des visites prénatales, cette proportion n'est que de 34% en milieu rural. Dans 87% de cas,

²³ OMS, UNICEF, FNUAP et Banque Mondiale. Des estimations par modélisation ont été réalisées pour les pays sans données pour l'année considérée.

à N'Djaména, les mères sont allées en consultation prénatale. En milieu rural, 65% de femmes ne sont jamais allées en consultation prénatale.

Les disparités dans les CPN sont en outre très liées aux niveaux de vie. Ainsi 9 % seulement des mères les plus pauvres (premier quintile) ont consulté un personnel qualifié durant leur grossesse. Cette proportion est de 77 % pour les plus riches (dernier quintile).

Les mêmes variables jouent un rôle en matière d'accouchements assistés par un personnel qualifié. En effet en milieu rural, le taux d'APMQ est de 12 % contre 68% à N'Djaména et 58% pour l'ensemble urbain. Le niveau de vie des ménages joue un rôle encore plus déterminant en matière d'APMQ : l'accouchement assisté ne touche que 4% parmi les femmes du premier quintile, contre 55% de celles qui font partie du dernier quintile.

Enfin, les visites post natales concernent essentiellement les accouchements dans un établissement sanitaire. Parmi ceux-ci, 1,4% des femmes du quintile le plus pauvre ont réalisé une visite post-natale contre 44,7% pour celles du quintile le plus riche.

b- Réaliser l'accès universel à la santé de la reproduction en 2015 :

L'accès à la santé de la reproduction a été récemment introduit parmi les cibles des OMD.

La santé de la reproduction comporte deux aspects principaux :

- Le suivi des femmes enceintes par l'intermédiaire, principalement, de visites prénatales assurées par du personnel qualifié, d'accouchements par du personnel médical qualifié et de visites post natales ; la prévention joue en effet un rôle déterminant pour réduire la mortalité maternelle, et les visites prénatales sont à cet égard essentielles.
- La maîtrise de la fécondité, qui trouve notamment sa source dans le principe adopté lors de la Conférence Internationale sur la Population du Caire en 1994, qui énonce que toutes les femmes, couples et hommes doivent pouvoir choisir le nombre d'enfants qu'ils entendent mettre au monde.

La prévention :

Le dispositif de prévention comporte trois aspects principaux : les consultations prénatales (CPN) ; l'accouchement avec un personnel médical qualifié (APMQ) et les consultations post-natales.

Tableau 17: La proportion des femmes enceintes bénéficiant de CPN et d'APMQ entre 2001 et 2008.

Années	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
CPN	12	13	14	21	24	26		
APQM	30	34	33	38	40	43	53	39

Sources : Ministère de la Santé Publique.

Les données du Ministère de la Santé Publique montrent une amélioration continue des deux premières mesures de prévention de la mortalité maternelle de 2001 à 2007. On note par contre une forte baisse des accouchements assistés par du personnel qualifié en 2008. Une partie de ces accouchements assistés ont lieu au domicile des accouchées, ce qui conduit à des risques en cas de complication. Par ailleurs, la troisième mesure (les consultations post natales) ne touchait que

4 % des mères en 2004, seule donnée disponible. Ces taux révèlent qu'une forte majorité des femmes tchadiennes ne bénéficient pas des mesures de prévention les plus efficaces pour réduire la mortalité maternelle.

De fortes inégalités sont constatées en matière d'accouchements assistés par du personnel médical qualifié (APMQ), selon l'EDST 2004 :

- Entre milieu rural (6%) et milieu urbain (46 %) ;
- Selon le revenu, estimé par la répartition des mères en fonction de leur quintile d'appartenance : le premier quintile rassemble les 20 % de la population dont le revenu ou la consommation est le plus bas, et le dernier quintile les 20 % disposant du revenu ou de la consommation le plus élevé. 4 % des mères du premier quintile et 55 % des mères du dernier quintile bénéficient d'un accouchement assisté par du personnel médical qualifié ;
- Selon le niveau d'instruction des mères : 9 % des mères qui ont le niveau d'instruction le plus bas contre 67 % de celles qui ont le niveau d'instruction le plus élevé bénéficient d'APMQ.

Ces discriminations massives pénalisent les femmes rurales, les plus pauvres et les moins éduquées. Ces trois caractéristiques sont cumulées par les plus défavorisées.

Les comparaisons internationales qui résultent de la base de données de l'OMS illustrent le faible niveau de la prévention au Tchad par rapport à des pays comparables.

Tableau 18: La proportion des femmes enceintes bénéficiant de CPN et APMQ selon l'OMS en 2006 :

Pays	Burkina	Cameroun	Centrafrique	Tchad	Niger	Nigéria	Soudan
CPN (1 visite)	85	82	69	39	46	58	64
APMQ	54	63	54	12	18	35	49

Sources : Base de données de l'OMS-2010. Les taux de CPN du Tchad se réfèrent à 2004, alors que le taux relatif au Nigéria concerne 2008. Les taux d'APMQ se réfèrent à 1997 pour le Tchad et à 2003 pour le Nigéria.

La maîtrise de la fécondité :

Les informations disponibles en matière de prévalence contraceptive chez les femmes de 15 à 49 ans convergent. Selon les EDST, la prévalence serait passée de 1,2 à 3 % entre les deux enquêtes (1996 et 2004)²⁴. La base de données de l'OMS mentionne quant à elle un taux de prévalence de 2,8 % en 2004. Ce taux est le plus faible d'Afrique selon les données de l'OMS.

Tableau 19 : Les indicateurs de santé de la reproduction selon l'OMS :

Pays	Burkina	Cameroun	Centrafrique	Tchad	Niger	Nigéria	Soudan
Prévalence contraception	17,4	29,2	19	2,8	11,2	14,7	7,6
Fécondité des adolescentes	131	141	133	193	199	126	nd
Besoins non satisfaits de planification familiale	29	20	nd	23	16	17	nd

²⁴ En 2004, l'enquête précise que le taux de 3 % inclut toutes les formes de contraception, et que le taux relatif aux méthodes modernes est de 1,6 %.

Sources : Base de données de l'OMS-2010. Le taux de prévalence de la contraception concerne les femmes entre 15 et 49 ans ; le taux de fécondité des adolescentes, en ‰, se réfère aux femmes de 15 à 19 ans. Enfin, la troisième variable reflète les besoins non satisfaits en matière de planification familiale exprimés par les femmes de 15 à 49 ans. Les années d'observation des données couvrent la période 2001-2008. Pour le Tchad, la prévalence de la contraception reflète 2004, la fécondité des adolescentes 2002 et les besoins de planification 2004.

Les enquêtes soulignent les disparités qui existent en matière de santé de la reproduction : 10 ‰ des femmes concernées utilisent une méthode contraceptive à N'Djaména, contre 5 ‰ dans les autres villes, et 0,4 ‰ en milieu rural.

4.1.3. Objectif 6 : Combattre le VIH-SIDA, le paludisme et les autres grandes maladies :

Cet objectif couvre trois cibles.

a- Mettre fin à la progression du VIH-SIDA d'ici 2015 et commencer à inverser la tendance.

Les données nécessaires au calcul de la prévalence du VIH-SIDA sont encore une fois peu nombreuses et rendent difficile l'établissement d'un diagnostic argumenté, notamment sur l'évolution du phénomène. L'enquête de séroprévalence de 2005 conduit à un taux de prévalence de 3,3 ‰. Ce taux est confirmé par la proportion des femmes enceintes entre 15 et 49 ans qui étaient infectées en 2006, soit 4 ‰.

Les données de l'OMS sont proches de ces observations :

Tableau 20 : l'incidence du VIH-SIDA et la connaissance de la maladie, selon l'OMS en 2007

Pays	Burkina	Cameroun	Centrafrique	Tchad	Niger	Nigéria	Soudan
Taux de prévalence	1,6	5,1	6,3	3,5	0,8	3,1	1,4
Connaissance du vih-Sida hommes	23	34	27	19	16	21	nd
Connaissance du vih sida femmes	15	27	17	7	13	18	nd

Sources : Base de données de l'OMS-Juin 2010.

Le taux de prévalence cache de fortes disparités au sein de la population que révèle l'enquête de séroprévalence. Ce sont les milieux urbains qui sont les plus frappés par la pandémie : la prévalence atteint 7 ‰ en milieu urbain, contre 2,3 ‰ en milieu rural. N'Djaména est la ville la plus touchée : 8,3 ‰. Selon les régions, le Logone oriental affiche la plus forte prévalence (9,8 ‰) et le Ouaddaï la plus faible (1,2 ‰).

Une analyse entre 2003 et 2009 à Bol, près du lac Tchad, montre une forte progression du phénomène : la prévalence chez les femmes enceintes y est passée de 5 à 9,5 ‰.²⁵

Enfin, on dispose d'informations inquiétantes sur une population à risque : une enquête réalisée en 2009 auprès de prostituées montre que la séroprévalence générale y atteint 20 ‰ (25,5 ‰ à N'Djaména, 27,5 ‰ à Kélo²⁶).

²⁵ Rapport de la situation nationale à l'attention de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS), janvier 2008-décembre 2009

²⁶ Rapport de l'Enquête Nationale de Séroprévalence du VIH/SIDA au Tchad 2005

b- Assurer en 2010 l'accès universel au traitement du VIH-SIDA pour ceux qui en ont besoin.

Le chef de l'Etat a décrété la gratuité de la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH lors de la journée nationale du SIDA en avril 2007.

200 000 personnes environ (dont 23 000 enfants) vivent avec le VIH au Tchad en 2010. Le nombre de patients ayant accès au traitement ARV a fortement progressé au cours des années récentes : 1500 en 2005 ; 7215 en 2007, 17 900 (dont 300 enfants) en 2008 et 32 288 (dont 676 enfants) en 2009²⁷. La proportion de la population nécessitant un traitement et qui en bénéficie est passée, selon les sources nationales de 0,8 % en 2005, à 10 % en 2006, 32 % en 2008 et 49 % en 2009. Le nombre de Centres de Conseils et de Dépistage Volontaire a doublé entre 2008-2009, passant de 36 à 72. Le nombre de Centres de Prescription est passé de 11 à 64 entre 2005 et 2009. L'évolution de la connaissance du SIDA chez les jeunes a également augmenté.

Les données de l'OMS permettent de situer le Tchad par rapport à ses voisins.

Tableau 21 : taux de traitement par ARV pour les personnes devant être traitées en 2007 :

Pays	Burkina	Cameroun	Centrafrique	Tchad	Niger	Nigéria	Soudan
Taux	35	25	21	13	10	26	1

Sources : base de données de l'OMS-Juin 2010.

La lutte contre le VIH SIDA a débuté dès 1988 avec la Commission nationale de lutte contre le VIH SIDA. Un Plan stratégique national de lutte contre le Sida a été mis en œuvre en 1999 avec l'aide de divers partenaires. Le partenaire principal dans la lutte contre le VIH SIDA est le Fonds Mondial, qui finance l'essentiel de la stratégie. La dernière phase de financement (« round » ou cycle 9) apportera 57 millions de \$ EU à partir de 2010, pour une période de cinq ans. Le Fonds Mondial finance la mise en place et le développement des principales formes de prévention : transmission sexuelle ; transfusion sanguine ; transmission de la mère à l'enfant ; dépistage (centres de dépistage volontaire). Le fonds contribue en outre à la prise en charge des traitements (ARV), et des infections opportunistes. Il appuie la prise en charge communautaire (formation des communicateurs sociaux ; prise en charge des orphelins du SIDA...).

c- Mettre fin à la progression du paludisme et des autres grandes maladies d'ici 2015 et commencer à inverser la tendance :

Le paludisme est une des causes majeures de mortalité au Tchad.

Il s'agit de la première cause de mortalité des enfants de moins de cinq ans. L'incidence augmente très sensiblement du Nord au Sud du pays.

On manque toutefois d'indicateurs pour qualifier l'évolution du phénomène. D'après le Ministère de la Santé Publique, l'incidence du paludisme était de 22 % en 2005, contre 12 % en 1990 et 20 % en 2000 (sources : DSIS 2005, 1990 et 2000 et PNLP). Ces chiffres peuvent cependant refléter des progrès dans la détection, notamment depuis le lancement du Programme National de Lutte contre la Paludisme (PNLP) en 1991.

Créé pour coordonner les actions de lutte contre le paludisme au niveau national, ce programme a des faiblesses, qui se traduisent par des ruptures fréquentes des médicaments antipaludiques et

²⁷ Rapport de la situation nationale à l'attention de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS), janvier 2008-décembre 2009

des moustiquaires. Il ne dispose pas, en outre, de suffisamment de personnel compétent pour répondre à toutes les demandes des niveaux régionaux et des districts.

Tableau 22 : Mortalité due au paludisme (pour 100 000 habitants) selon l'OMS en 2006 :

Pays	Burkina	Cameroun	Centrafrique	Tchad	Niger	Nigéria	Soudan
Taux	178	116	100	173	229	156	85

Sources : Base de données de l'OMS-Juin 2010.

Une stratégie, couvrant la période 2005-2010, et visant les personnes les plus exposées (les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes) a été élaborée sous l'égide du Haut Conseil National de Coordination de la lutte contre le paludisme et la tuberculose).

Le Fonds Mondial finance l'essentiel des interventions en matière de paludisme. Son Conseil d'Administration a approuvé en janvier 2010 un financement de 30 millions de \$ EU pour les cinq années à venir. Il s'agit d'assurer l'accès universel aux interventions-clefs contre le paludisme, notamment au niveau de la prévention (moustiquaires imprégnées, aspersion intradomiciliaires), le diagnostic rapide, le traitement préventif des femmes enceintes, le suivi du programme et la communication.

La tuberculose

Les données disponibles montrent une légère croissance de la mortalité due à la tuberculose entre 2005 et 2007, le taux passant de 5 à 6 %. Le taux de détection de la maladie reste faible (34 % en 2008), et le suivi en est difficile faute de recueil systématique et d'analyse des données.

Selon l'OMS, la prévalence de la Tuberculose est en sensible progression dans la plupart des pays de la sous-région entre 2000 et 2008.

Le développement de la tuberculose en tant que maladie opportuniste liée à la baisse de l'efficacité du système immunitaire pour les personnes atteintes du VIH-SIDA est observé dans tous les pays. Au Tchad, 70 % des tuberculeux sont co-infectés et 30 % des porteurs de VIH développent la tuberculose. Cette co-infection serait à l'origine de la surmortalité des personnes vivant avec le VIH observées dans les formations sanitaires.

Tableau 23 : Prévalence de la tuberculose entre 2000 et 2008 selon l'OMS

pays	Burkina	Cameroun	Centrafrique	Tchad	Niger	Nigéria	Soudan
2000	410	270	440	510	310	600	150
2008	490	150	420	580	330	610	160

Sources : Base de données OMS-Juin 2010.

Le Fonds Mondial est un acteur essentiel dans la lutte contre la tuberculose. Dix millions de \$ EU ont été mobilisés en 2010 pour les cinq prochaines années. Il contribue de façon décisive à la mise en œuvre du Programme National de lutte contre la Tuberculose, notamment, en poursuivant la stratégie DOTS pour le dépistage et le traitement ; en appuyant la lutte contre la co-infection Tuberculose-VIH SIDA et la tuberculose multirésistante.

4.2-Analyse, perspectives et recommandations :

4.2.1. Les graves insuffisances du système de santé :

Les comparaisons internationales effectuées à l'aide de la base de données de l'OMS montrent que les indicateurs de santé du Tchad sont parmi les plus faibles du continent. Il en va ainsi

notamment pour la mortalité infanto-juvénile, la mortalité maternelle et, plus globalement, la santé de la reproduction. La situation du pays en matière de VIH-SIDA est moins défavorable.

Les faiblesses du système de santé tchadien qui expliquent le niveau médiocre des indicateurs, notamment ceux qui illustrent les OMD 4 et 5, ont quatre origines principales.

a- Les insuffisances de la prévention

La mortalité infanto-juvénile et maternelle dépend, pour une large part, du système de prévention disponible. D'une façon générale, la pauvreté qui domine en zone rurale constitue un obstacle à l'amélioration du niveau de santé de la population. En effet, la faiblesse des revenus constitue une contrainte vis-à-vis de l'accès aux soins. Par ailleurs, l'analphabétisme qui domine, notamment chez les femmes, limite l'accès à l'information et la demande de soins. Au niveau des conditions générales qui constituent autant d'obstacles à la santé, l'accès à l'eau potable constitue une variable importante, accès qui fait défaut pour plus de 50 % des populations rurales.

Au niveau médical, les indicateurs de prévention suivent une évolution inquiétante. Ainsi en est-il des taux de vaccination. Le taux de vaccination DTC3 diminue sensiblement entre 2006 et 2008. Il en va de même pour la vaccination contre la variole, qui se rétablit cependant en 2009. Le profil de l'évolution est semblable pour le tétanos (VAT2).

Tableau 24 : Les taux de vaccination entre 1990 et 2009 :

Années	1990	1996	2000	2004	2006	2007	2008	2009
DTC3	16	19	31	50	72	65	43	
VAR	22	27	37	56	78	73	54	83

Sources : *Annuaire des statistiques sanitaires (DSIS)*

La base de données de l'OMS souligne la faiblesse des taux de vaccination au Tchad par rapport aux pays de la sous-région.

Tableau 25 : Taux de vaccination comparés en 2008 :

Pays	Burkina	Cameroun	Centrafrique	Tchad	Niger	Nigéria	Soudan
Tétanos néo-natal	79	86	86	58	84	64	70
Rougeole < un an	75	80	62	23	80	62	79
DTP3 < un an	79	84	54	20	66	54	86

Sources : *base de données OMS-Juin 2010. en %.*

La proportion d'accouchements assistés par du personnel médical compétent, autre facteur favorable à la baisse de la mortalité maternelle, est faible (26 % en 2006) et très inférieure à ce qui est enregistré dans les pays voisins, à l'exception du Niger. La couverture des soins prénataux au seuil d'une visite stagne et reste inférieure à 50 %, en sensible décalage avec la situation observée dans les pays voisins, à l'exception encore du Niger. Au Tchad la majorité des femmes ne bénéficie d'aucun suivi par du personnel qualifié, et accouche sans l'appui du personnel médical. La prévention des accouchements à risque est très réduite : 30 % sont référencées. La proportion des décès dus à des complications obstétricales est quatre fois supérieure aux normes. Le taux de césarienne est très faible (0,5 %), dix fois inférieur aux moyennes admises. La détection des accouchements à risque et la capacité de les traiter manquent. Cela renvoie au sous-équipement sanitaire en milieu rural.

L'information, et plus généralement l'IEC, constituent des variables-clefs en matière de prévention. Les insuffisances à ce niveau sont grandes.

b- La grande faiblesse de la santé de la reproduction

Une des causes importantes des mortalités infanto-juvénile et maternelle est liée aux grossesses et accouchements précoces (chez des adolescentes) et aux accouchements rapprochés et multiples : les adolescentes âgées de 15-19 ans contribuent pour 15% à la fécondité totale. Parmi elles, 52% sont mariées à 16 ans et 71% ont déjà un enfant à 19 ans²⁸.

La situation du Tchad en matière de contraception et de fécondité, notamment au niveau des adolescentes, est en effet en décalage par rapport à celle du continent et des pays voisins.

C'est ce que montrent les tableaux présentés plus haut lors de l'examen de l'état de la santé de la reproduction, à propos de la prévalence contraceptive et de la fécondité des adolescentes.

Le taux de fécondité des Tchadiennes est en effet globalement élevé, et diminue peu.

Tableau 26 : Taux de fécondité des femmes comparés entre 1990 et 2008 :

Années	1990	2000	2008
Tchad	6,7	6,6	6,2
Afrique	6,2	5,4	4,9

Sources : base de données de l'OMS-Juin 2010

c- La santé du monde rural est particulièrement dégradée.

Comme cela a déjà été souligné, les indicateurs illustrent à quel point le monde rural connaît une situation difficile en matière de santé. Quelques exemples suffiront à confirmer ce point.

Tableau 28 : Quelques exemples d'inégalités urbain-rural en matière de santé au Tchad en 2004:

Indicateurs	APMQ	Vaccin rougeole	TMIJ
Urbain	46	38	179
Rural	6	19	208

Sources : base de données de l'OMS-Juin 2010.

Le caractère massivement rural de la pauvreté au Tchad, qui va de pair avec un fort analphabétisme, explique pour une part le faible niveau des indicateurs.

d- La gouvernance du secteur de la santé:

Les données disponibles au niveau de l'OMS situent le Tchad en position plutôt favorable par rapport à ses voisins pour ce qui concerne les dépenses publiques de santé par habitant.

Pourtant les ressources consacrées à la santé au Tchad sont insuffisantes pour élever significativement les indicateurs à la hauteur des normes. Le Tchad consacre sensiblement moins de ressources à la santé que la moyenne du continent africain. Les taux d'équipement reflètent cette situation : 4 lits d'hôpital pour 10 000 habitants (9 en Afrique) ; 345 médecins dans le pays, c'est-à-dire moins de 0,5 pour 10 000 habitants (2 pour 10 000 en Afrique) et 2500 infirmiers et sages femmes (3 pour 10 000 habitants, contre 11 en Afrique).

²⁸ EDST 2 (2004)

Tableau 29 : Les dépenses de santé dans la sous-région en 2007

Pays	Burkina	Cameroun	Centrafr ique	Tchad	Niger	Nigéria	Soudan	Afrique
dép de santé/PI B	6,1	4,9	4,1	4,8	5,3	6,6	3,6	6,2
budget santé/DP	13,3	8,2	11	13,8	12,4	6,5	6,1	9,6
Fin extér /dép sant	28,3	5,2	25,9	11,3	74,9	2,2	10,2	6,9
dép publ santé/ha b	40	27	10	40	18	33	26	63
dép totale santé/ha b	72	104	30	72	35	131	71	137

Sources : base de données de l'OMS-Juin 2010. Les deux dernières lignes sont en \$ PPA. DP : dépenses publiques.

Un des problèmes importants concerne la couverture sanitaire du pays. Il existe 1051 « zones de responsabilité » en matière de santé dans le pays, mais 326 d'entre elles ne sont pas fonctionnelles. Elles sont presque toutes situées en zone rurale.

La concentration des moyens humains et matériels dans les grands centres urbains est considérable : en 2007, 63 % des médecins, et 64 % des infirmières et sages femmes exerçaient à N'Djaména, qui rassemble moins de 9 % de la population... En 2002, sur 55 hôpitaux de district, 24 seulement offraient des soins obstétricaux d'urgence complets.

On constate une utilisation très inégalitaire des ressources publiques de santé sur le territoire, et qui exclut massivement les populations rurales. Il s'agit là d'un des problèmes de gouvernance majeurs auquel fait face le secteur.

La concentration des moyens publics dans les villes, et notamment à N'Djaména, va de pair avec une forte insuffisance de l'offre de soins dans le monde rural. Ce phénomène est renforcé par l'absence totale d'intérêt du secteur privé de santé pour le monde rural, notamment à cause de l'absence de demande solvable.

La gouvernance du secteur public n'est pas en mesure d'assurer un déploiement des ressources tenant compte des inégalités, notamment au détriment du monde rural. Cette situation est renforcée par les fortes résistances du personnel qualifié par rapport à des affectations hors des grandes villes.

Le système de santé se caractérise, de l'avis des observateurs, par la faiblesse des capacités de planification, de coordination et de respect des programmations. La capacité à mettre en œuvre les objectifs proclamés est globalement réduite. Il est difficile de s'assurer que les ressources destinées aux populations rurales atteignent réellement les bénéficiaires : une étude réalisée par la Banque Mondiale en 2003 sur le circuit et la traçabilité des dépenses sanitaires au Tchad indique que sur 3000 FCFA/ habitant décaissés par le Trésor Public pour assurer les soins de santé, 10 % arrivent au bénéficiaire final.

La stratégie sectorielle n'aborde pas de façon spécifique les problèmes soulevés par l'extrême dénuement du monde rural en matière de santé. Le déploiement des moyens ne reflète pas ces préoccupations.

Faute de ressources en personnel et équipements (moyens de transport, ambulances...), le système de référence, articulé autour de trois niveaux d'intervention, fonctionne mal.

Enfin, l'accès aux soins est entravé par le recouvrement des coûts, qui contribue à exclure la fraction la plus vulnérable des patients, pour l'essentiel dans le monde rural. Des progrès importants ont été réalisés depuis que la gratuité des soins d'urgence a été annoncée. Il reste à la rendre effective sur toute l'étendue du territoire.

4.2.2. Perspectives et recommandations :

a- Les perspectives relatives aux OMD 4, 5 et 6 :

La rareté des informations disponibles en matière de santé réduit la capacité de projection des cibles à l'horizon 2015. On peut cependant tracer des perspectives.

Les mortalités infanto-juvénile et maternelle :

Les derniers indicateurs observés en 2004 (TMIJ de 191 ‰ et TMM de 1099 ‰) montrent que l'on est loin des objectifs que le Tchad devrait atteindre en 2015 (TMIJ de 67 ‰, et TMM de 205 ‰). Ces indicateurs stagnent ou se détériorent sur la période observée. Les informations disponibles sur les variables susceptibles de progresser vers les OMD, notamment en matière d'accès aux services préventifs de santé de la reproduction (visites pré et post natales, accouchements par du personnel médical qualifié), ainsi que l'évolution des taux de vaccination n'incitent pas à penser que la situation pour ces deux objectifs ait sensiblement progressé entre 2004 et 2010. Il en va de même des indicateurs en matière de prévalence de la contraception. Cette convergence des informations conduit à reporter l'essentiel des espoirs sur la période 2010-2015. L'adoption de la « Feuille de route Nationale pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile » adoptée en 2009 constitue un élément très positif. Les objectifs énoncés touchent aux dimensions-clefs de la « prévention » qui ont été mentionnées plus haut : consultations pré et post natales, accouchements assistés, planification familiale (diffusion des informations et des vecteurs...).

L'engagement conséquent des partenaires comme l'indique le tableau ci-dessous est un gage d'espoir. Mais il reste à assurer la mobilisation effective des ressources prévues et la capacité réelle de mise en œuvre des actions.

Tableau 30 : Répartition des engagements entre l'Etat et les PTF pour la mise en œuvre de la feuille de route

	ETAT	UNFPA	OMS	UNHCR	UNICEF	TOTAL	
Axe stratégique 1: Amélioration de l'accessibilité géographique	0	1 131 750 112	55 703 890	250 000 000	0	1 437 454 002	17%
Axe stratégique 2: Amélioration de la disponibilité et de la qualité des services	2 492 491 360	1 584 303 030	110 251 478	2 278 500 000	42 857 471	6 508 403 338	76%
Axe stratégique 3 : Promotion de l'utilisation des services	157 003 436	62 059 197	0	109 382 184	0	328 444 817	4%
Axe stratégique 4: Amélioration de la disponibilité des informations et de la gestion des services	43 225 204	195 302 902	39 000 000	0	15 226 912	292 755 018	3%

TOTAL	2 692 720 000	2 973 415 242	204 955 368	2 637 882 184	58 084 382	8 567 057 176	100%
	31%	35%	2%	31%	1%	100%	

Source : plan d'action opérationnel consolidé de la Feuille de Route Nationale pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle, Infantile et Néonatale 2009-2015

Quoi qu'il en soit, étant donné le niveau actuel des indicateurs et la période réduite qui nous sépare du terme des OMD, il est clair que le Tchad n'atteindra pas les OMD 4 et 5 en 2015.

L'OMD 6 : la lutte contre VIH-SIDA, le paludisme et la tuberculose.

Les informations statistiques sur l'évolution de la prévalence de ces maladies sont parcellaires. La détection des malades porteurs du VIH et de la tuberculose est très partielle. Selon ONUSIDA, l'épidémie semble se stabiliser en milieu urbain, alors qu'elle prend de l'ampleur en milieu rural.

Des dispositifs de lutte contre ces pandémies sont en vigueur, mais leur impact est difficile à mesurer. C'est de l'orientation et de la mise en œuvre de ces stratégies que dépendra la capacité du pays à atteindre l'objectif 6. Les cinq années qui restent avant l'échéance devraient permettre de faire cesser la progression des trois maladies. Une partie des malades de la tuberculose étant également atteints par le VIH, une lutte résolue contre ce dernier aurait un impact sur les deux affections.

La Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME) du VIH qui est une composante essentielle dans la lutte contre l'infection par le VIH participe de l'atteinte des objectifs. Théoriquement proclamée en 2002, la PTME est opérationnelle depuis 2005. Le résultat actuel des activités est encourageant (1 structure assurant la PTME en 2005, 52 structures en 2008)²⁹.

Les cibles relatives à l'objectif 6 sont accessibles si les stratégies sont infléchies et effectivement mises en œuvre.

b- Les recommandations :

Les objectifs 4 et 5 :

Des changements importants sont indispensables dans les stratégies et dans leur mise en œuvre.

Les principales orientations découlent du diagnostic qui a été dressé.

- Tout d'abord, la situation du pays en matière de santé reflète **le degré de pauvreté** dans laquelle se trouve encore la population, malgré la diminution de l'incidence qui a été constatée. Pauvreté et analphabétisme sont dominants dans le monde rural, qui reste largement exclu des progrès réalisés par le pays. La réduction de la pauvreté économique qui caractérise le monde rural est une condition des progrès en matière de santé. Elle contribuerait à améliorer l'état nutritionnel des mères et des enfants et développerait leur résistance.
- **La part des ressources publiques consacrées à la santé devrait être accrue, et le niveau de gouvernance du secteur sensiblement amélioré.** La santé est une priorité en termes de développement humain, et elle a un impact important sur la capacité de développement économique. Les choix budgétaires actuels doivent refléter davantage

²⁹ Rapport d'activités de la PTME 2008

cette constatation. L'accès aux soins devrait être progressivement garanti pour tous, alors que les inégalités d'accès liées aux revenus et à la résidence (urbain/rural) sont fortes.

- L'allocation des ressources doit refléter les besoins des populations. **La situation du monde rural en matière de santé est très dégradée.** Celle du monde urbain l'est beaucoup moins, même si des couches urbaines sont pauvres. L'allocation des ressources en matière de santé ne reflète pas cette situation. L'offre de santé, notamment en matière obstétricale, est très déficiente dans le monde rural. Le déploiement de personnel qualifié et d'équipements dans l'ensemble du monde rural (78 % de la population) devrait constituer une priorité. Si des infléchissements importants n'interviennent pas à ce niveau, peu de progrès seront réalisés.
- **Le renforcement de la prévention.** Les mortalités infanto-juvénile et maternelle dépendent fortement des dispositifs de santé préventive qui sont en place et de leur accessibilité. Les progrès dans ces domaines impliquent la généralisation progressive des consultations prénatales, des accouchements avec un personnel médical, de la vaccination massive des femmes enceintes et des enfants. La détection des grossesses à risque et la mise en place d'offres de soins correspondant à ces risques (césarienne) sont nécessaires. La forte baisse des mortalités infanto-juvénile et maternelle repose davantage sur le déploiement en monde rural de structures de médecine préventive fonctionnelles et accessibles à tous que d'un renforcement de la médecine curative de haut niveau. Les choix budgétaires devraient refléter ces constatations.
- Le **développement de la santé de la reproduction** : Le volet contraception de la santé de la reproduction est particulièrement faible au Tchad par rapport aux pays voisins et à l'Afrique. La prévalence de la contraception serait de 3 % chez les femmes de 15 à 49 ans, alors qu'il existe une forte demande non satisfaite. Cette situation favorise les grossesses rapprochées et la maternité précoce (adolescentes), qui sont des facteurs reconnus de risques pour les mères et pour les enfants. Des progrès importants sont nécessaires à ce niveau, qui influenceront positivement sur la santé des mères et des enfants. Un effort en matière d'information-éducation-communication (IEC) est ici indispensable.
- **La participation des populations** : la mise en place d'une offre de santé accrue en milieu rural doit s'accompagner d'un effort parallèle de formation et d'information des populations-cibles. Cela concerne notamment la santé de la reproduction, dans toutes ses dimensions. La participation des populations pauvres à la mise en place de dispositifs de promotion de la santé maternelle et infantile est indispensable. Les femmes devraient jouer un rôle décisif à cet égard. Le développement et l'adaptation du système de santé communautaire constituent un cadre à valoriser. L'association des populations doit en outre permettre de mettre en place et de faire fonctionner des dispositifs susceptibles d'assurer l'accès des plus démunis aux services de santé. La politique de recouvrement des coûts peut constituer un obstacle à l'accès aux soins pour les plus démunis. ECOSIT 2 indique que la dépense moyenne par tête des ménages appartenant au premier quintile (20 % les plus pauvres) était de 55 000 FCFA en 2003-2004. L'accès à un traitement pour un cas de paludisme simple est d'environ 1 650 FCFA (consultation et traitement pour trois jours). La mise en place des mutuelles et la promotion de la politique de contractualisation (avec des associations et ONG représentatives) en matière de santé doivent être envisagées pour impliquer les communautés dans la prise en charge de leur propre santé.

Même si les OMD 4 et 5 sont hors d'atteinte, il existe des marges d'action importantes en matière d'orientation stratégique et de gestion du système de santé qui peuvent assurer une progression des indicateurs. La mise en œuvre effective de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile va dans cette direction.

La préparation de la SNRP 3 pourrait permettre de s'engager résolument dans la voie de la mise en œuvre de ces priorités et de contribuer à se rapprocher des OMD.

L'OMD 6 :

- En matière de lutte contre le VIH-SIDA, l'atteinte de la cible suppose une action résolue et efficace en matière de dépistage, afin de mieux cerner le profil des personnes infectées. Cela permettrait de traiter cette population par ARV lorsque ce sera nécessaire, et de mieux contrôler les risques de transmission. La maîtrise de la pandémie passe prioritairement par la mise en place effective et l'extension de programmes spécifiques destinés aux populations à haut risque. Il s'agit principalement des prostituées. Les camionneurs, les prisonniers, les homosexuels, les hommes en tenue, les femmes « Mosso » constituent également des populations vulnérables dont les besoins spécifiques en matière de prévention doivent être identifiés et pris en compte. Une attention particulière devrait être également accordée aux populations de réfugiés et de déplacés. La diffusion de l'information auprès de l'ensemble des populations vulnérables est une variable-clef. Une IEC adaptée aux populations est un facteur essentiel dans toute stratégie de lutte contre le VIH. Un accent particulier devrait être mis sur la « conversation communautaire », actuellement en expérimentation au Tchad. Cette démarche met la communauté au centre de la riposte au VIH-SIDA. Elle pourra être développée dans le cadre du financement du Fonds Mondial.
- Le paludisme est l'objet d'un programme spécifique depuis 1990. Une accélération des initiatives en matière de diffusion des moustiquaires durablement imprégnées auprès des populations-cibles (les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans dans les zones à risque) constitue une orientation essentielle. Le Fonds Mondial est engagé dans cette direction.
- La tuberculose reculera en tant que maladie opportuniste liée au VIH si un mécanisme de dépistage systématique est instauré afin d'identifier les patients co-infectés en vue de leur traitement. Pour le reste, la détection est insuffisante, et le suivi du traitement par les malades est aléatoire. Le passage d'un cycle « long » de traitement (huit mois) à un cycle « court » (six mois) devrait permettre de réduire le taux élevé d'inobservance constaté chez les patients tuberculeux.

5. OMD 7 : Assurer un environnement durable

5.1. Les cibles 1 et 2 :

Cible 1: Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes et inverser la tendance actuelle à la perte des ressources environnementales.

Cible 2 : Réduire la perte de biodiversité, en réalisant d'ici 2010 une réduction significative du taux de perte.

5.1.1. *Diagnostic :*

La dégradation des écosystèmes et de la biodiversité se poursuit au Tchad. Ces phénomènes sont liés aux changements climatiques qui sont observés depuis trente ans et qui se caractérisent notamment par la récurrence de sécheresses qui accélèrent la désertification. Mais la pression anthropique joue un rôle important dans cette dégradation. Cette pression est liée à la forte croissance démographique, à des pratiques culturelles inappropriées (feux de brousse, intensification de la pêche et du braconnage, surpâturage...), et à l'utilisation massive des combustibles ligneux comme source d'énergie.

Une étude³⁰ montre que la part de l'énergie commerciale dans la consommation finale d'énergie au Tchad est la plus faible des pays considérés :

Tableau 31 : La part de l'énergie commerciale dans la consommation totale d'énergie en 1999

Pays	Burkina	Nigeria	Cameroun	Tchad	Bénin	Soudan	C Ivoire	Togo
Taux	9,4	14,1	20,2	6,4	26,5	32,9	36,3	41,2

a- *L'énergie électrique :*

La consommation d'électricité par habitant au Tchad est une des plus faibles d'Afrique : avec 21,7 kWh par tête, le pays se classait au 49^{ème} rang sur 50 en 2006. Le taux d'accès à l'électricité de la population est de l'ordre de 2,3 %. Quatre-vingts pour cent de l'électricité est produite et distribuée à N'Djaména, où le taux d'accès est de 12 %. La STEE³¹ a le monopole de la production et de la distribution. La société connaît depuis 20 ans une crise permanente. Elle est sous-équipée par rapport aux besoins, ses installations sont obsolètes et dégradées : la puissance installée nominale est de 74 MW à N'Djaména, mais la puissance disponible est limitée à 26 MW. Les délestages sont en conséquence chroniques. Cette situation est accentuée par un niveau de gouvernance insatisfaisant (gestion financière, gestion des personnels...) de la société depuis 20 ans, par le manque de ressources tant au niveau de la trésorerie qu'en ce qui concerne le financement des investissements considérables qui sont nécessaires, et par le coût élevé du combustible. Une expérience de délégation de gestion au secteur privé a fait long feu.

b- *L'énergie domestique :*

L'enquête ECOSIT 2 montre le poids écrasant des énergies traditionnelles, tant pour l'éclairage que pour la cuisine :

³⁰ Etude sur le secteur de l'énergie des pays de l'UEMOA et du Cameroun. Février 2005.

³¹ Ou sa composante devenue autonome en 2010, la Société Nationale d'Electricité.

Tableau 32 : Sources d'énergie des ménages en 2003-2004 :

Sources d'énergie	Taux
<i>Eclairage :</i>	
Electricité (réseau)	1,7
Electricité (groupe électrogène)	1,5
Lampe à pétrole ;	68,6
Lampe à gaz	4,3
Autre	23,9
<i>Cuisine :</i>	
Electricité	0,4
Gaz	2
Charbon de bois	15,7
Bois	72,8
Autre	9,2

Source : ECOSIT2 2003/2004

Pour ce qui concerne la cuisine, 97,6 % de l'énergie utilisée en 2003-2004 provenait de combustibles traditionnels. Le rapport mondial sur le développement humain confirme ces chiffres et montrent que la situation du Tchad est plus défavorable que celle de ses voisins.

Tableau 33 : La part des combustibles traditionnels utilisés par les ménages en 2003 :

Pays	Niger	Tchad	Centrafrique	Bénin
Taux	85,3	97,2	83	72,2

Source : RMDH 2005.

Les combustibles traditionnels constituent la principale source d'énergie non seulement pour la cuisine, mais aussi pour des activités artisanales : poterie, forge, boulangerie, briqueterie...

Une étude menée dans le cadre du Plan Directeur d'approvisionnement en énergie domestique (2001) de N'Djaména a montré que l'offre durable du bassin d'approvisionnement de la capitale (dans un rayon de 200 km) ne peut satisfaire qu'entre 50 et 60 % des besoins. Le déficit correspond à une surexploitation des ressources.

Face à la dégradation de la situation, le gouvernement a pris en 2008 des mesures autoritaires visant à interdire la commercialisation du charbon de bois, qui, après des perturbations graves (renchérissement brutal du prix du bois ; pénurie de gaz) a conduit à la quasi disparition du charbon de bois comme source d'énergie domestique à N'Djaména.

5.1.2. *Perspectives et recommandations :*

De nombreuses initiatives ont été prises en vue de développer l'utilisation de sources d'énergie renouvelable et non traditionnelles.

Le Programme National Gaz a conduit à l'institution d'un Fonds pour le soutien de la substitution du bois par le gaz butane en 2000. Ce fonds vise à subventionner le prix du gaz et des réchauds. Face à la demande des ménages, le budget du Programme est passé de 400 millions de FCFA en 2007 à 3,4 milliards en 2010. Le nombre des ménages utilisant le gaz est passé de 13 000 en 2007 à 45 000 en 2010. Les pénuries de gaz ont sensiblement diminué depuis septembre 2009. L'interdiction de la commercialisation du charbon de bois en 2008 a accéléré le phénomène de substitution.

La poursuite de la substitution exigerait des ressources importantes, et une mobilisation accrue du financement public. Le développement d'une production nationale de gaz permettrait de baisser les prix et d'accélérer le programme, tout comme des campagnes d'IEC et de participation des populations.

La promotion des énergies renouvelables reste embryonnaire par rapport aux ressources potentielles dans le domaine solaire et éolien. Le solaire photovoltaïque est très peu développé³². La contribution du solaire au bilan énergétique est négligeable, faute de stratégie et de détermination politique.

Aucune initiative d'envergure n'a été réalisée en matière d'énergie éolienne et de développement du biogaz.

Au total, il apparaît que la réalisation des cibles relatives à l'environnement est hors d'atteinte.

Le seul programme encourageant concerne le programme gaz, qui n'a toutefois pas été étendu à l'ensemble du pays et ne concerne que N'Djaména. Pour le reste, il conviendrait de promouvoir l'énergie dans ses dimensions durable et renouvelable au rang de priorité stratégique. Il s'agit d'une nécessité économique et environnementale.

5.2 Cible 3 : Réduire de moitié d'ici 2015 la proportion de la population sans accès à l'eau potable et sans système d'assainissement élémentaire.

L'accès à l'eau potable :

Le diagnostic :

Le Tchad dispose de ressources en eau abondantes : on estime que 2,7 % des réserves renouvelables sont utilisées pour la satisfaction des besoins en hydraulique villageoise, pastorale, agricole et industrielle. Grâce au Schéma Directeur de l'eau et de l'assainissement au Tchad (SDEA) 2003-2020, le pays dispose d'une stratégie et d'un instrument de programmation.

On considère (selon le SDEA) que le taux d'accès à l'eau potable était de 19 % en 1990, ce qui conduit à retenir un objectif de 60 % d'accès en 2015 dans le cadre des OMD.

La fourniture d'eau est organisée en deux secteurs, selon qu'elle fait intervenir la société STEE³³ (secteur concédé) ou non (secteur non concédé).

Le secteur non concédé :

Ce secteur comprend l'hydraulique villageoise, d'une part, et l'hydraulique semi-urbaine et urbaine d'autre part.

En matière *d'hydraulique villageoise* (qui couvre les villages de moins de 1 200 personnes³⁴), l'équipement de base est la pompe à motricité humaine (PMH). 9 400 PMH ont été recensées en

³² Il existe un programme régional piloté par le CILSS et financé par l'UE qui a réalisé 120 systèmes de pompage d'eau et 24 systèmes d'éclairage communautaire. Le projet a pris fin en 2009.

³³ Démembrée récemment (2010), cette société a donné naissance à une structure, la Société Nationale de l'Eau, destinée à l'exploitation et à la distribution de l'eau, désormais séparée d'une autre société chargée de l'électricité.

³⁴ 2 000 dans le SDAE.

2010. Les PMH sont gérées par des associations villageoises, qui recourent pour l'entretien à des artisans-réparateurs agréés. Un effort d'investissement très important a été réalisé entre 2000 et 2010 (notamment sur financement de l'Union Européenne et de l'Agence Française de Développement, AFD), qui a permis de passer d'un taux d'accès à l'eau potable de 17 % en 2000 à un taux de 30 % en 2005, et enfin de 48 % en 2010³⁵, conforme aux projections visant à atteindre les OMD.

Cette progression cache des disparités interrégionales importantes : alors que les départements de Baguirmi, Dabada, Hadjer Lamis, Lac et Mayo Boneye ont atteint un taux d'accès à l'eau potable supérieur à 60 % en 2005, les départements du BET, du Batha, de la Kabia, du Mayo Dallah, du Ouaddaï, du Guéra et du Salamat affichent des taux inférieurs à 20 %.

L'hydraulique semi-urbaine et urbaine concerne les agglomérations de plus de 1 200 habitants non desservies par la STEE. Ces agglomérations nécessitent la mise en place d'aménagements d'adductions d'eau potable (AEP). Le taux d'accès à l'eau potable était de l'ordre de 26 % en 2000. Il a peu évolué depuis, et atteindrait 28 % en 2010. Un retard important est constaté en matière d'équipement en infrastructures hydrauliques pour ces agglomérations.

Globalement la desserte du secteur non concédé dans sa composante semi-urbaine et urbaine, s'écarte sensiblement de la trajectoire OMD en 2010, notamment à cause du manque d'initiatives qui caractérise le secteur de l'hydraulique semi-urbaine et urbaine. Le secteur non concédé couvre les besoins de 86 % de la population tchadienne.

Le secteur concédé :

Peu d'informations fiables sont disponibles sur le taux de desserte en eau potable des onze villes gérées par la STEE³⁶. Cela concerne 1 600 000 personnes environ (14 % de la population).

Les infrastructures sont insuffisantes et vétustes ou hors service : l'AEP de la ville de Faya est en panne et ne fonctionne plus depuis plusieurs années. Les 250 châteaux d'eau ne disposent pas de réseaux de distribution d'eau auprès des ménages. La vétusté des canalisations conduit à de nombreuses pannes et, sinon, à une faible pression.

Depuis 20 ans la STEE connaît de graves problèmes de gestion. Elle ne dispose pas des ressources financières pour engager les importants investissements qui sont nécessaires. Diverses expériences de gestion ont été réalisées (dont la gestion déléguée à un groupe privé entre 2000 et 2003). Un cadre juridique de référence a été adopté en juin 2002. Les investissements à réaliser sont considérables. Un projet de réhabilitation et d'extension de 100 km d'AEP à N'Djaména a été lancé en 2007 avec un co-financement Etat-Banque mondiale. Les travaux ont été suspendus après la brouille intervenue entre les deux partenaires.

Des expériences novatrices dans le cadre des projets « Eau et services dans les quartiers périphériques de N'Djaména » et « Alimentation en eau potable des centres secondaires et semi-urbains » fournissent des pistes pour l'avenir. Il en va de même des réflexions engagées dans le cadre du « Comité technique intersectoriel de l'eau » et du « Comité national de gestion de l'eau », qui s'efforcent de développer des propositions de processus consultatif et participatif.

³⁵ Selon la « note de synthèse sur l'accès à l'eau potable par région en 2010 en vue de l'estimation des besoins pour l'atteinte des OMD » Ministère de l'Eau ; juin 2010.

³⁶ N'Djaména, Moundou, Sarh, Abéché, Faya, Mao, Moussoro, Kelo, Fianga, Doba, et Bongor.

Pour l'instant, la situation du secteur concédé n'évolue guère : La STEE a lancé des schémas directeurs d'AEP dans les onze villes qu'elle couvre, qui montrent l'ampleur des investissements à réaliser. Dans la plupart des villes, les quartiers périphériques nouvellement créés ne sont pas desservis³⁷. On considère en 2010 que 30 000 abonnés sont enregistrés pour une population cible de 1 600 000 personnes (soit 250 000 ménages environ). Certaines sources indiquent que le taux de desserte serait de 20 % dans les villes autres que N'Djaména.

Le taux d'accès à l'eau potable lié à l'hydraulique semi-urbaine et urbaine (concedé et non concedé) était de 35 % en 2000 et aurait atteint 37 % en 2010 selon le Ministère de l'Eau.

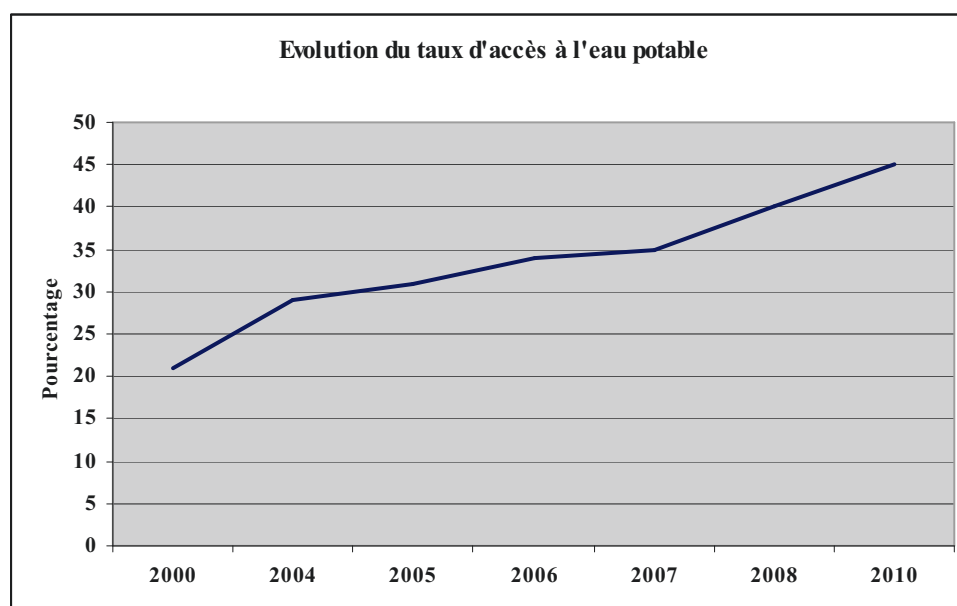
Au total, le Ministère de l'Eau considère que le taux d'accès global brut aurait atteint 44,7 % en 2010.

Tableau 34 : Evolution du taux brut d'accès à l'eau potable.

Années	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2010
Taux d'accès	21	29	31	34	35	40	45

Source : Ministère de l'Eau 2010.

En matière d'hydraulique urbaine et semi-urbaine, la gestion des AEP constitue un aspect déterminant et soulève des difficultés, liées notamment aux compétences qui sont nécessaires. Deux « Cellules de conseil et d'appui » à la gestion des AEP ont été créées, qui couvrent 35 AEP chacune. Ces Cellules s'efforcent de développer un modèle de service public de l'eau. Il existe plus de 200 AEP dans le pays. Il pourrait en exister entre 400 et 500 en 2015.



Perspectives et recommandations :

Les progrès importants réalisés entre 2000 et 2010 incitent à penser que l'atteinte de la cible OMD (60 % de desserte en 2015) est possible.

- Le Ministère de l'Eau estime que 7 000 PMH et 460 AEP devront être réalisés d'ici 2015 afin de réaliser l'Objectif du Millénaire (60 %) relatif à l'eau. Globalement, selon le Ministère, 500 milliards de FCFA devront être mobilisés pour atteindre l'objectif. La

³⁷ A quelques exceptions près, comme les « cinq places à vivre » financées par l'AFD dans les quartiers périphériques de N'Djaména.

mobilisation des ressources nationales et des PTF autour du financement des investissements nécessaires constitue une priorité. Le rôle de l'Etat dans le financement de l'eau potable est jusqu'ici resté très modeste. Selon le Ministère de l'Eau, l'Etat aurait financé environ 5 % des réalisations en matière d'hydraulique villageoise (500 PMH).

- Une attention particulière doit être accordée à l'entretien des équipements. Or, aucune ligne budgétaire n'est affectée à cette importante fonction, dont dépend l'opérationnalité des équipements. Le développement de la participation communautaire en matière d'hydraulique villageoise constitue à cet égard un impératif.
- Les progrès indispensables dans le secteur concédé passent par **la mise en place d'une gouvernance et d'une gestion de haut niveau à la Société nationale de l'Eau**. La question de la gestion des AEP, et le renforcement du rôle et de l'implantation des Cellules de conseil et d'appui destinées à renforcer les capacités de gestion, devraient constituer un axe essentiel de la stratégie pour atteindre la cible OMD.

5.2.2. L'assainissement :

a- Diagnostic :

La seule source complète relative à l'assainissement des habitations est constituée par ECOSIT 2.

Tableau 35 : Les modalités d'assainissement des habitations en 2003-2004

Modalités	Taux
<i>Type de lieu d'aisance :</i>	
WC avec chasse d'eau	3,3
Latrines aménagées	8,7
Trou dans la parcelle	18,9
Dans la nature	69,1
<i>Mode d'évacuation des ordures :</i>	
Voirie municipale	1,5
Association de quartier	4,4
Incinération	19,4
Rigole et caniveau	5,5
Broussaille	62,7
Autre	6,6

Source : ECOSIT2 2003-2004.

Les modalités d'assainissement qui prédominent sont dangereuses pour la santé des populations et pour l'environnement.

Le système de collecte des déchets est particulièrement défaillant.

En milieu urbain : Selon une note de la mission d'élaboration de la stratégie de gestion des déchets solides la ville de N'Djaména produit 900 tonnes de déchets par jour, dont 55 % d'ordures ménagères et 45 % de sable et boue. Le taux de collecte en 2009 était de 19 %. Pour l'ensemble de l'agglomération, le coût de la pré-collecte est évalué à 7 500 FCFA par an et par ménage. Un groupe camerounais a signé un contrat de prestation avec la commune de N'Djaména en matière de collecte des ordures. Le contrat a pris fin au bout d'un an (2010) pour insuffisance de résultats. Une autre entreprise, tchadienne, a pris la relève.

L'écoulement des eaux de pluie pose de graves problèmes dans les villes. Une partie des sites urbains est inondée tout au long de la saison des pluies. La stagnation des eaux conduit à la prolifération de vecteurs de paludisme, fièvre jaune, typhoïde, encéphalite.

En milieu rural, la grande majorité des ménages ne disposent ni de toilettes aménagées, ni de système d'évacuation des excréta, des déchets solides et des eaux usées.

b-Perspectives et recommandations :

Les problèmes d'assainissement ont jusqu'ici suscité peu d'intérêt de la part des pouvoirs publics nationaux ou municipaux, alors qu'il s'agit d'un secteur décisif en matière de santé et d'environnement. Les comportements inadaptés des populations et leur incivisme ne facilitent pas les changements et la mobilisation.

Le Schéma Directeur de l'Eau et de l'Assainissement (SDAE) comporte un volet assainissement. Il se fixe des objectifs ambitieux pour 2015 tant en matière de réseaux d'évacuation des eaux usées que d'évacuation des eaux de pluie. Mais les retards dans la mise en œuvre des programmes et les faibles financements effectivement mobilisés ne permettront pas d'atteindre ces objectifs : selon une étude de l'OMS et de l'UNICEF (2008), il conviendrait de faire passer la couverture d'assainissement en zone urbaine de 23 à 64 % et en zone rurale de 4 à 51 % entre 2008 et 2015.

Les orientations adoptées consistent à associer, en milieu rural, un volet assainissement comportant la réalisation d'infrastructures sanitaires de base à chaque programme d'hydraulique villageoise. Il s'agirait d'équipements de faible coût réalisés par les communautés villageoises en contre partie de l'aménagement d'un point d'eau.

En milieu urbain, des progrès significatifs impliquent la réalisation de grands équipements. La priorité sera accordée à l'aménagement d'infrastructures de base dans chaque concession (latrines, équipements de collecte d'eaux usées...).

Entre 2000 et 2005, des travaux d'assainissement ont été réalisés à N'Djaména et Moundou (réseaux de drainage des eaux de pluie). Des aménagements de latrines ont été inclus dans des projets d'hydraulique villageoise (Ouaddaï-Biltine ; Mayo-Kebbi).

Mais les besoins sont immenses, et les projets et financements sont en profond décalage. La cible OMD en matière d'assainissement ne sera donc pas atteinte en 2015.

Une réflexion globale sur l'assainissement est nécessaire, qui consisterait en un Schéma Directeur de l'Assainissement, envisagé par le Ministère de l'Eau et l'UNICEF depuis 2009. Un des enjeux est constitué par la restructuration de toutes les occupations spontanées dans les villes afin d'y introduire une dimension assainissement.

Des programmes d'éducation (IEC) à l'hygiène et à l'assainissement devront être institués et diffusés auprès de populations afin de contribuer à modifier les comportements.

Un cadre de coordination en matière d'assainissement devrait être créé, et des financements mobilisés, auprès de l'Etat et des PTF, afin que ce secteur occupe la place essentielle qui devrait être la sienne dans l'aménagement du pays.

5.3 Cible 3 : D'ici 2020, avoir réalisé une amélioration significative des conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis.

5.3.1 *Diagnostic :*

Les informations sur les habitants les plus démunis des villes ne permettent pas d'appréhender leur situation.

Les données fournies par l'enquête ECOSIT 2 en 2003-2004 montrent que les matériaux utilisés pour la construction et l'aménagement des habitations sont précaires.

Tableau 36 : Caractéristiques des habitations

Matériaux	taux
Murs : Brique non cuite, terre battue, végétal	90
Toit : végétal	76
Sol : terre battue	85

Source : ECOSIT 2 2003/2004.

Les OMD font référence aux taudis, qui constituent une forme d'habitat précaire ne disposant pas des services de base nécessaires (eau, électricité, assainissement). Le développement de quartiers spontanés à N'Djaména et dans les autres grandes villes, sans aménagement, et sans prise en considération des risques, liés notamment aux inondations et à la sécurité foncière, continue à dominer.

L'organisation de l'urbanisme commence à se mettre en place, au niveau institutionnel, avec l'élaboration d'une Stratégie Nationale du Développement Urbain en 1998 et, en 1999, de la Stratégie Nationale de Logement (SNL), avec l'appui du PNUD et d'ONU-Habitat. Il s'agit de promouvoir l'accès à un logement décent, viable et durable, ainsi qu'aux services de base, pour toutes les couches sociales, notamment celles qui disposent de revenus faibles et intermédiaires.

L'absence de cadre juridique du développement urbain, de normes adaptés (la législation foncière et domaniale, les règlements d'urbanisme et de construction datent pour l'essentiel de 1967) ; la rareté et l'absence d'organisation officielle des capacités professionnelles (architectes, bureaux d'études, géomètres, topographes...) ; la faiblesse des organismes de crédit au logement ; l'absence d'un secteur de la promotion immobilière ; la complexité et la durée des procédures d'accès à la propriété ; les conflits entre droit coutumier et droit moderne ; le manque de capacités des structures communales ; le coût élevé des matériaux de construction modernes : tous ces facteurs ont constitué autant d'obstacles à la mise en œuvre des stratégies de développement du secteur.

5.3.2 *Recommandations et perspectives :*

A partir de 2005, des projets ont été élaborés afin de mettre en œuvre les stratégies : Le Projet de Développement Urbain et de l'Amélioration de l'Habitat (DURAH ; en liaison avec ONU-Habitat) ; le Projet d'Appui au Développement Urbain (PADUR, en liaison avec la Banque Mondiale), le Projet d'Appui au Développement Local (PROADEL, avec la Banque Mondiale) et le Projet de service de base et environnement urbains. Le projet DURAH vise notamment à viabiliser trois zones urbaines pour produire 6 000 parcelles assainies dont 60 % seront destinées aux ménages à revenu faible ou intermédiaires. Il entend par ailleurs mettre en place la société de promotion foncière et immobilière SOPROFIM, et contribuer à la création d'un observatoire de l'habitat et du développement urbain. Le projet PADUR a pour objectif d'améliorer les

conditions de vie des populations urbaines particulièrement pauvres dans les cinq villes principales et 22 autres villes. Des plans d'urbanisme de référence seront établis pour 22 villes, ainsi qu'un schéma directeur d'assainissement pour N'Djaména. Enfin, le projet Service de base et environnement urbains, appuyé par l'AFD, vise à aménager des bassins de rétention à N'Djaména, un réseau de drainage secondaire et le marché de Dembé.

Entre 1999 et 2006, 60 000 parcelles aménagées ont été loties et attribuées à N'Djaména. Entre 2007 et 2009 un programme de régularisation des parcelles loties, afin d'en assurer la sécurité foncière, a été réalisé.

Un document-cadre de planification urbaine de la ville de N'Djaména à l'horizon 2020 a été établi en 2009, assorti de 22 programmes d'investissement prioritaire.

Une étude sur le financement du logement au Tchad a été réalisée. Une Commission d'attribution des parcelles et des logements a été mise en place et un cahier des charges pour la mise en valeur des parcelles au Tchad a été adopté. Il en va de même de la Loi fixant les principes fondamentaux applicables en matière d'urbanisme au Tchad, et de la Loi fixant les principes fondamentaux en matière de construction.

Ces initiatives et réalisations témoignent d'un intérêt grandissant pour l'habitat au Tchad. On constate cependant, que les financements nécessaires à la mise en œuvre des projets sont notablement insuffisants. Par ailleurs, si les OMD visent à réduire les taudis, il est peu probable que les initiatives se concentrent sur ce secteur. La gouvernance du secteur a besoin de s'améliorer pour éviter que les financements destinés aux populations urbaines les plus pauvres ne glissent vers le financement de logements pour les titulaires de revenus moyens ou élevés (la plupart des logements réalisés sont hors de portée des population-cibles), et afin que les commissions d'attribution des parcelles ne fonctionnent pas sur un mode clientéliste. Le secteur doit être géré dans le cadre d'une politique claire et transparente. Enfin, afin d'éviter la multiplication des drames humains, la gestion des « déguerpis » liés à des opérations d'aménagements urbain doit être traitée avec la plus grande précaution et attention.

6. OMD 8 : Instaurer un partenariat mondial pour le développement.

6.1. Cible 1 : Poursuivre la mise en place d'un système financier et commercial à base légale, ouvert, prévisible et non discriminatoire.

Le Tchad a souscrit aux accords de l'Organisation Mondiale du Commerce.

La politique commerciale du Tchad repose sur la mise en œuvre du cadre intégré lié au commerce, issu des accords de l'OMC. Une étude diagnostic sur l'intégration du commerce (EDIC) a proposé des orientations pour une stratégie intégrée liant commerce, investissement et développement des secteurs d'exportation à forte potentialité de croissance. Ce cadre n'a pas été mis en œuvre, d'une part à cause de l'insuffisance de produits tchadiens pouvant participer au commerce international ; d'autre part car le fonds d'appui prévu n'a pas été mis en place.

Dans l'important dossier du coton, lié notamment au rôle des subventions accordées aux producteurs de coton par les Etats du Nord (pour l'essentiel, les Etats Unis), les principaux producteurs africains (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali et Tchad) sont en désaccord avec l'accord conclu dans le cadre de l'OMC qui interdit d'accorder plus de 5 % de subventions, mesure qu'ils jugent désavantageuse pour leurs pays.

Au niveau des accords de partenariat avec l'UE, la CEMAC coordonne, au nom de ses membres, de la RDC et de Sao Tomé et Príncipe, les négociations d'un Accord de Partenariat Economique (APE) avec l'Union. Le mandat confié à la CEMAC vise à prendre en compte : la nécessité de combiner la libéralisation des marchés avec la protection de produits sensibles ; la mise à niveau des secteurs et entreprises pendant une longue période de transition ; une compensation pour les pertes de recettes dues à la libéralisation des échanges. Des divergences existent, notamment sur la durée de la phase de transition et le rythme des libéralisations. Les négociations se poursuivent.

6.2. Cible 2 : Traiter complètement de la dette des pays en développement.

La dette extérieure du Tchad représentait 23 % du PIB fin 2009. Le ratio était de 63 % en 2001.

Tableau 37 : La dette publique 2001-2009 :

Années	2001	2005	2008	2009
Dette extérieure	790,9	880,6	782,1	773
Dette multilatérale	674,7	794,1	706,5	701
Dette intérieure	0	98,5	45,5	41,4
Service de la dette	14,1	30,2	87,8	61,4
Dette/PIB	63,1	31,6	22,1	24,2
Service/PIB	1,1	1	2,3	1,8
Service/recettes budg.	15,3	10,4	8,9	11,6

Sources : Direction générale du Trésor/Direction de la dette.

Le poids macro-économique de la dette a sensiblement diminué suite à l'accroissement du PIB consécutif au démarrage de la production pétrolière et conduit à penser que la dette est soutenable.

Le Tchad ne bénéficie malheureusement pas à plein des dispositifs principaux d'allègement de la dette publique.

Le Tchad est éligible à l'initiative PPTE. Le point de décision a été atteint en 2001 et a permis des restructurations de la dette. Mais pour bénéficier les allègements complets au titre de l'initiative

PPTE et de l'initiative de l'allègement de la dette multilatérale (IADM, liée aux décisions du sommet de Gleneagles), le Tchad doit atteindre le point d'achèvement du processus PPTE. Or, les conditions à remplir pour l'atteinte du point d'achèvement ne sont toujours pas réunies. Ces conditions sont liées à la gestion des finances publiques et des ressources pétrolières et aux accords conclus avec les institutions de Bretton Woods à ce propos. En effet, le Tchad n'a plus de programme avec le FMI depuis 2004. L'entrée dans l'ère pétrolière a conduit à la mise en place d'un processus de gestion des ressources pétrolières au service de la réduction de la pauvreté, dans le cadre d'un accord avec la Banque Mondiale, qui a été rompu en 2008. Le Tchad a alors remboursé par anticipation la dette à l'égard de la BM liée au projet pétrolier. La gestion des Finances Publiques a empêché jusqu'ici l'aboutissement des négociations engagées avec le FMI en vue de la mise en place d'un programme de référence, prélude à un programme de facilité renforcée (FRPC) et à l'atteinte du point d'achèvement. Le FMI et le gouvernement viennent de décider de mettre fin aux travaux visant à l'élaboration d'un programme de référence en 2010. Il n'a pas été possible de parvenir à un accord sur un niveau de dépenses publiques jugé « raisonnable » par les services du Fonds. Celui-ci craint que les dérapages budgétaires enregistrés en 2008 et 2009 se répètent en 2010. Le niveau du solde des finances publiques est jugé non soutenable par le Fonds, et appellera, selon lui, des ajustements drastiques des dépenses dans les années à venir. Le niveau des dépenses de sécurité, et, dans une moindre mesure le niveau des investissements publics sont à l'origine des « dérapages » identifiés par le FMI.

Le FMI et le gouvernement ont décidé de poursuivre le dialogue et de nouvelles discussions relatives à la mise en place d'un programme de référence devraient se tenir en 2011.

L'atteinte du point d'achèvement de l'initiative PPTE, qui suppose un programme avec le FMI et sa mise en œuvre satisfaisante, permettrait au Tchad de bénéficier à plein des allègements de la dette extérieure publique liés à l'initiative PPTE et au processus IADM. C'est environ un milliard de \$ EU de réduction de la dette qui sont en jeu, soit près de 60 % du stock fin 2009.

Les progrès importants réalisés en matière de gouvernance politique depuis 1996 doivent se poursuivre en vue d'intégrer définitivement tous les Tchadiens dans un processus démocratique consensuel et transparent. Ces progrès permettraient d'établir durablement la sécurité dans l'ensemble du pays, de réduire le budget consacré à la sécurité et de renforcer le processus de développement.

6.2 Cible 17: En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement.

6.2.1 Diagnostic.

L'une des causes de la mortalité d'un plus grand nombre de personnes au Tchad est la non accessibilité des médicaments de qualité à moindre coût pour une population dont le pouvoir d'achat est relativement bas. La volonté politique est de renverser les tendances actuelles.

Tableau 41: Population ayant accès à tout moment et à un coût abordable aux médicaments essentiels en 1999

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

Sources : données du RMDH, 2003.

Selon une enquête de 2001 sur l'approvisionnement en médicament, la proportion des PRA et Pharmacies des districts sanitaires et Centres de Santé ayant un approvisionnement régulier en médicaments essentiels est d'environ 60 %. En mai 2004, une étude conjointe du MSP et de l'OMS sur les prix des médicaments au Tchad a révélé un prix élevé des médicaments par rapport au prix de référence internationaux et une indisponibilité de certains médicaments (les génériques dans le secteur privé). En effet, le prix des médicaments payé par les patients dans les formations sanitaires publiques est 3.88 fois supérieurs au prix de référence internationale.

Le secteur pharmaceutique public au Tchad est principalement approvisionné par la Centrale Pharmaceutique d'Achats (CPA) et quelques institutions de coopération bilatérale et multilatérale ainsi que les ONG (UNAD, MSF, coopération française...). Cependant, l'enclavement du pays joue considérablement sur l'approvisionnement des médicaments au Tchad et donc sur son accessibilité financière. Les commandes d'urgence arrivent par avion mais le coût de transport est très élevé.

La distribution des médicaments est assurée dans le secteur public par 15 pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA), qui à leur tour distribuent les médicaments essentiels génériques aux hôpitaux, centres de santé et formations sanitaires confessionnelles à but non lucratif. En 2003, l'arrêté portant harmonisation de la tarification des actes et des médicaments dans les pharmacies régionales d'approvisionnement, les hôpitaux et les centres de santé, permet également une viabilité des formations sanitaires en améliorant la disponibilité des produits, puisque qu'une des ses dispositions stipule que : au moins 75% des fonds générés par la vente des produits pharmaceutiques doivent servir au renouvellement du stock de ces produits.

Dans le souci de satisfaire le besoin des populations en produits pharmaceutique car le secteur public à lui seul ne peut le faire, le Ministère de la Santé Publique octroie des autorisations à des grossistes répartiteurs. Ce sont au total cinq (05) grossistes répartiteurs qui sont tous installés à N'Djamena : LABOREX-TCHAD ; HUMVET ; TCHAD-PHARM ; CHARI-PHARMA ; CCPT. Ces grossistes approvisionnent 22 officines dont 95% sont à N'Djaména et 200 dépôts pharmaceutiques dont 76% sont à N'Djaména. Parallèlement les officines et les dépôts peuvent commander à leur gré des médicaments, sur la base d'une décision du Ministère de la santé publique, prise en 1994 pour palier les effets de la dévaluation sur les médicaments en permettant un accès important aux populations. Cette décision semble faire le lit d'un marché parallèle difficile à contrôler.

Des actions ont été réalisées pendant les trois dernières années dans les domaines suivants :

- 1. le Contrôle de qualité des médicaments** : des demandes d'autorisation de mise sur le marché et des médicaments à usage humain présentés à la commission du Comité Technique d'enregistrement ont reçu avis favorable et l'autorisation de mise sur le Marché (AMM). Les autorités ont multiplié le contrôle des établissements sanitaires dans certaines grandes villes du pays (N'Djaména, Bongor, Moundou, Doba, Pala et Abéche) à l'issue duquel certains établissements en situations irrégulière ont été fermés (105 ont été fermés dont 39 définitivement en 2009).
- 2. l'Amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité financière des MEG** s'est concrétisée par : (i) l'élaboration du guide de l'usage rationnel des médicaments, (ii) l'élaboration d'un projet de révision de l'arrêté de 2003 portant harmonisation et tarification des actes et des médicaments dans les PRA, hôpitaux et Centres de Santé ; (iii) la stabilisation de la CPA par la sécurisation des ses paiements; et (iv) la gratuité des ARV depuis avril 2007.

3. la **Promotion de l'usage rationnel des médicaments et particulièrement les Médicaments Essentiels Génériques (MEG)** : s'est réalisée à travers : (i) la révision de la Politique Pharmaceutique Nationale et son Plan Directeur ; (ii) la mise à jour de la liste des Médicaments Essentiels (LNME); et (vi) le renforcement des capacités des PRA en voie d'être autonomes en plus des PRA déjà autonomes.
4. la **Lutte contre les marchés illicites des médicaments et l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité financière des Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) aux populations** : se sont traduites par (i) l'élaboration du plan triennal de lutte contre le marché illicite élaboré en 2008, (ii) de la déclaration de la Politique Nationale de la Médecine Traditionnelle, (iii) de la charte Nationale pour la protection des savoirs traditionnels et des droits de la propriété intellectuelle liés à la Médecine Traditionnelle et du Code de déontologie des praticiens.

6.2.2 Perspectives / recommandations

La mise en œuvre de la politique nationale pharmaceutique adoptée en 1998 a permis de réaliser de progrès significatifs dans le sens de l'amélioration de l'accessibilité financière et géographique aux médicaments essentiels. Cette politique préconise la séparation entre les missions d'administration et celles d'approvisionnement et de distribution.

L'assurance d'une meilleure disponibilité et d'une utilisation rationnelle des médicaments sûrs, efficaces, de bonne qualité et à un coût abordable pour les populations est une condition essentielle pour la qualité de la réponse d'un système de santé aux besoins dictés par le profil épidémiologique³⁸. Cependant, la consolidation et la pérennisation des acquis encore fragiles sont nécessaires pour l'atteinte de cet objectif. Les efforts sont à fournir dans les domaines suivants :

- La recapitalisation de la CPA en mettant en place un fonds ou subvention pour les médicaments ;
- La CPA doit faire jouer au maximum la concurrence afin de bénéficier des prix abordables. Elle doit à cet effet renforcer sa capacité de commande en mettant en synergie les partenaires intervenant par la centralisation de toutes les commandes ;
- La suppression des taxes d'enregistrement et de statistiques qui fait flamber le prix de revient et qui se répercute sur le prix de vente aux patients ;
- Contractualiser avec les privés ou les ONG dans l'approvisionnement en médicaments et la gestion ;
- Se servir convenablement des instruments financiers internationaux comme le Fonds Mondial pour améliorer l'organisation, la planification et la gestion du circuit d'approvisionnement et de distribution des médicaments, vaccins et autres dispositifs médicaux.

6.3. Cible 3 : En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des technologies de l'information et de la communication (TIC) soient accordés à tous.

6.3.1-Diagnostic :

Suite aux réformes introduites en 1998-1999 dans le secteur des télécommunications, qui ont permis au secteur privé de s'implanter dans la téléphonie, le paysage s'est considérablement modifié. Le secteur privé a permis une expansion considérable de la téléphonie mobile. Les infrastructures des TIC ne couvrent cependant que 20 % du pays en 2010.

³⁸ Politique nationale sanitaire adoptée en 2007

La société publique SOTEL TCHAD gère le réseau de téléphonie fixe qui relie 16 villes du pays. Les coûts d'utilisation du téléphone fixe sont les plus élevés de la sous-région. Depuis 1996, aucun investissement n'a été réalisé, ni en matière d'extension, ni en matière de modernisation du réseau. Le réseau est saturé à cause de l'insuffisance de la bande passante.

Tableau 39 : Evolution du nombre d'abonnés

Années	1990	1998	2000	2003	2007	2009	2010
Fixe	4 850	8 600	9 200	12 500	13 000	45 000	61 000
Mobile	0	0	5 000	55 900	918 000	2 355 000	2 963 000

Sources : MPTIC/ Direction des Télécommunications ; 2010.

Le taux de pénétration du téléphone fixe était de 0,13 % en 1998. Il était de 0,16% en 2007. 80 % du parc se trouve à N'Djaména.

Le taux de pénétration du téléphone mobile a explosé à partir de 2005, où il a atteint 27,5 %. En 2008, le taux était de 17,5% et de 25% en 2010. Cette expansion s'est réalisée alors que le prix des communications est élevé par rapport au pouvoir d'achat de la population.

Tableau 40 : Evolution des abonnés à Internet

Années	2001	2005	2007	2009	2010
Nombre	1 500	3 500	45 500	68 000	79 800

Sources : MPTIC, OTRT.

Le taux de pénétration d'Internet était de 0,19% en 2002, 0,38% en 2006, et a atteint 0,7% en 2010. Sotel Tchad offre des accès à six fournisseurs de service internet. Une vingtaine de cybercafés permettent un accès public au service. Internet demeure réservé à une couche privilégiée de la population vu le coût d'accès des équipements et le prix élevé des services.

Face aux contraintes constatées chez l'entrepreneur public Sotel Tchad, lié notamment à sa situation financière difficile³⁹, le gouvernement a lancé un projet de désenclavement de la population rurale grâce à l'installation de centraux téléphoniques et de stations terriennes VSAT dans les chefs lieux de préfecture. 22 Chefs lieux sur 24 ont été équipés.

Un programme de mise en place d'une e-administration avec un intranet pour l'administration est en cours d'exécution.

Les principaux obstacles à la diffusion des TIC tiennent à :

- L'insuffisance de la diffusion de la téléphonie fixe, notamment hors de la capitale.
- Les défaillances du fournisseur d'électricité, qui conduisent à de fréquents délestages. La Sotel Tchad souffre d'insuffisances graves, liées à un faible niveau de gouvernance, marqué notamment par l'importance des dettes publiques à l'égard de la Sotel et au coût du réseau rural VSAT.
- Le coût du matériel d'accès (ordinateur...);
- L'insuffisance du dispositif de formation en TIC dans l'enseignement.
- Les faiblesses du cadre juridique et institutionnel.

6.3.2-Perspectives :

Beaucoup reste à faire pour que le Tchad puisse tirer avantage du développement des TIC.

³⁹ Causée pour l'essentiel par le non paiement des factures par l'Etat et les entreprises publiques (un tiers des clients).

Un des points essentiels concerne l'expansion du réseau de téléphonie fixe, qui suppose de profondes réformes de l'opérateur public Sotel.

La nécessité d'une couverture de l'ensemble du territoire en capacités suffisantes pour bénéficier des atouts d'internet a conduit l'Etat à donner la priorité à l'intégration du Tchad dans le réseau mondial de fibres optiques. Trois pistes sont actuellement explorées. (i) Un câble existe déjà le long de l'oléoduc Doba-Kribi, qu'il s'agira d'étendre. (ii) Par ailleurs, l'accès à un réseau sous-régional à haut débit et à faible coût est indispensable. Un point d'atterrissage au réseau international de câbles sous-marins à fibre optique SAT-3, commun au Tchad, au Cameroun et à la RCA, existe à Douala. (iii) Enfin, une interconnexion par fibres optiques entre les grandes villes du pays et les câbles SEA-ME-WE3 et WE4 installés en Mer Rouge est prévue. Le projet couvre 2 900 km de fibres optiques.

L'amélioration de « l'inclusion numérique » du Tchad apparaît comme un objectif essentiel, car elle détermine dans une large mesure la possibilité de création, de diffusion et d'utilisation du savoir tant local que mondial au service du développement.

Annexes

Annexe 1 : Equipe de rédaction

Nom et Prénoms	Fonction/Titre	Domaine de rédaction
Jean Joseph Le Nay	Consultant International	Rédacteur principal
Adoumbé Maoura	Coordonnateur National Adjoint Projet OMD-CHD/06/001	La pauvreté, l'éducation pour tous et le partenariat mondial pour le développement
Kouldjim Guidio	Expert en Développement Rural Projet OMD-CHD/06/001	La faim et l'environnement
Adoumbaye Daniel	Expert en Santé et Action Sociale Projet OMD-CHD/06/001	La mortalité infantile, la mortalité maternelle, le VIH/SIDA et les autres maladies (paludisme, tuberculose.)
Abderaman Abdoulaye	Expert en Infrastructures Projet OMD-CHD/06/001	L'énergie, l'accès à l'eau potable, les conditions de vie, les technologies de l'information et de la communication
Rimoyal Ratnan	Expert en Information/Communication Projet OMD-CHD/06/001	Egalité entre les sexes et autonomisation des femmes (genre)

Mise en forme et Maquette : Adoumbé Maoura