

POPULATION, DÉVELOPPEMENT ET DIVIDENDE DÉMOGRAPHIQUE AU TCHAD

Replacer la population au centre
des trajectoires de développement



Auteur :
Jean-Pierre Guengant,
Démographe,
Directeur de recherche
émérite à l'IRD,
responsable scientifique

Avec la collaboration du :
Docteur Manasset Guealbaye,
économiste, consultant
et ancien Ministre

Étude financée par l'Agence Française
de Développement (AFD)

AVANT- PROPOS

Les indicateurs peu satisfaisants en matière de santé de la reproduction au Tchad, malgré les efforts consentis par le Chef de l'Etat, SEM Idriss Deby Itno, le Gouvernement et les partenaires au développement, ont motivé la mise en œuvre d'une Feuille de Route Nationale pour l'accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile 2009-2015.

Au regard des données actuelles disponibles pour le Tchad, issues du dernier recensement conduit par l'INSEED, la croissance de la population tchadienne est estimée actuellement à environ 3,5 % par an et pourrait être l'une des plus rapides de la région. C'est la conséquence d'une fécondité de 7 enfants par femme, qui reste très élevée, et d'une utilisation de la contraception qui est l'une des plus faibles du monde.

L'étude et l'analyse présentées ici sous le titre « Population, développement et dividende démographique au Tchad », fait suite aux douze analyses produites dans le cadre du projet de l'AFD: « Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les huit pays de l'UEMOA (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée Bissau, Mali, Niger, Sénégal, Togo), ainsi qu'en Guinée, au Ghana, en Mauritanie et au Nigeria ».

Le Ministère de la Santé Publique du Tchad, sur financement de l'AFD dans le cadre du Projet d'Appui au Secteur Santé au Tchad (PASST), est heureux d'avoir apporté sa contribution à la réalisation de cette étude. Ce document bien étayé et argumenté, comporte de nombreuses références qui seront utiles à tous les acteurs du champ sanitaire, social, économique et à la société civile, pour bénéficier d'une vision du développement à l'aune de la maîtrise des flux démographiques. Il sera également fort utile dans mon département, aussi bien à un niveau décisionnel, qu'aux autres niveaux de la pyramide sanitaire du Tchad.

Tout en prenant la mesure des limites de la mise en œuvre pratique des orientations et recommandations issues de cette étude, je suis convaincu que tout développement d'un programme de santé au profit de la femme, de la mère, de l'enfant et plus largement de la famille tchadienne, devra s'inspirer et s'intégrer dans cette vision d'une démographie maîtrisée.

Je tiens, au nom du Gouvernement, à adresser mes sincères remerciements aux auteurs de l'étude, M. Jean-Pierre GUENGANT, démographe responsable scientifique, Directeur de recherche émérite à l'IRD (Institut de Recherche pour le Développement), en collaboration avec M. Manasset GUEALBAYE, économiste, consultant, ancien Ministre.

Je réitère ces mêmes remerciements à l'AFD, à l'IRD, au ministère du Plan, de l'Économie et de la Coopération internationale et à la société civile tchadienne, pour leurs contributions au processus d'élaboration de cette analyse.

Enfin, j'exprime ma gratitude à mes collaborateurs qui ont contribué à la rédaction de ce document.

Dr Mamouth Nahor N'GAWARA
Ministre de la Santé publique

Avertissement

Cette nouvelle édition de l'Analyse « Population, développement et dividende démographique au Tchad » de mars 2013, s'est efforcée de tenir compte des diverses remarques formulées à l'occasion des nombreuses présentations faites à N'Djaména de la première version d'octobre 2013.

Elle comprend ainsi de nouvelles comparaisons entre le Tchad et les pays émergents mais aussi entre le Tchad et divers pays africains.

Elle a intégré également de nouvelles données tirées des publications suivantes :

INSEED « Principaux indicateurs globaux issus de l'analyse thématique » du deuxième recensement de la population et de l'habitant (RGPH2, 2009) N'Djaména, août 2012.

MICS-Tchad 2010 – Enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS 2010 (INSEED-Unicef-UNFPA), Rapport final, mai 2011

qui n'étaient pas accessibles au moment de la rédaction de la version d'octobre de cette analyse. .

La prise en compte de ces nouvelles données a conduit à compléter et mettre à jour les diverses sections de la partie 3 :

Le Tchad face aux défis de la croissance et de l'amélioration de son capital humain, mais plus particulièrement la section 3.2 sur l'éducation, les résultats du recensement de 2009 donnant des résultats assez différents sur plusieurs indicateurs, des estimations précédemment disponibles.

Cette Analyse « Population, développement et dividende démographique au Tchad » fait suite aux douze analyses produites dans le cadre du projet : « Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les huit pays de l'UEMOA (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Mali, Niger, Sénégal, Togo), ainsi qu'en Guinée, au Ghana, en Mauritanie et au Nigeria ». Ces analyses ont été préparées à l'occasion de la conférence « Population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone : l'urgence d'agir » qui s'est tenue à Ouagadougou, en février 2011.

Une synthèse de ces analyses a été publiée par l'AFD et l'IRD dans la collection À SAVOIR de l'AFD :

- en français sous le titre : « Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA, ainsi qu'au Ghana, en Guinée, en Mauritanie et au Nigeria » (À Savoir n° 9, septembre 2011).
- en anglais sous le titre : « How Can We Capitalize on the Demographic Dividend? Demographics at the Heart of Development Pathways. Synthesis of studies conducted in WAEMU countries and in Ghana, Guinea, Mauritania and Nigeria » (À Savoir n° 9, mars 2012).

Ces publications sont accessibles gratuitement sur le site de l'AFD, www.afd.fr, dans la rubrique « Publications & Vidéos ».

Cette analyse sur le Tchad a été commandée par le ministère de la Santé publique sur financement de l'AFD dans le cadre du Projet d'appui au secteur santé au Tchad. Elle est publiée par l'AFD et l'IRD, en partenariat avec le ministère tchadien de la Santé publique.

Pour de plus amples informations, contacter l'agence de l'AFD à N'Djaména, afdndjamena@afd.fr

Les analyses et conclusions contenues dans ce document sont formulées sous la responsabilité de son auteur. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'AFD ou de ses institutions partenaires.

Remerciements

Qu'il nous soit enfin permis de remercier ici, parmi les nombreuses personnes qui ont facilité et permis la réalisation, la rédaction et la publication de cette analyse :

- au ministère de la Santé publique du Tchad : Dr Mamouth Nahor N'GAWARA, ministre de la Santé publique, M. Youssouf HAMAT MOUSSA, secrétaire d'État à la santé, Dr Mahamat Annour WADAK, secrétaire général, M. Abdelkadre MAHAMAT HASSANE, directeur général adjoint des Ressources et de la Planification, coordonnateur du projet PASST, Dr Hamid DJABAR, directeur de la santé de la reproduction et de la vaccination et Dr Abdon GOUDJO, médecin de santé publique, conseiller du secrétaire général du ministère tchadien de la Santé publique ;

- à la Direction de la coordination des activités en matière de population (DCAP) du ministère tchadien du Plan, du Développement et de la Coopération, M. Joël Nodjimbatem NGONIRI ;

- à l'INSEED (Institut national des études économiques et démographiques) : M. Ousmane ABDOULAYE HAGGAR, directeur général ;

- à l'UNFPA (United Nations Population Fund), M. Mamadou DICKO, représentant de l'UNFPA au Tchad, et Jean WAKAM, Conseiller technique principal (CTP/CTA) du RGPH2 du Tchad ;

- à l'AFD : M. Philippe WALFARD, chef du projet PASST au sein de l'AFD, M. Jean-Marc PRADELLE, directeur de l'agence AFD de N'Djamena, M. Bérédabaye NDILKODJE, chargé de projets à l'agence AFD de N'Djamena, ainsi que Mme Marie de JERPHANION, responsable de l'édition à l'AFD ;

- à l'IRD, Mme Marie-Noëlle FAVIER, directrice de la communication, et Mme Yolande CAVALLAZZI, préparatrice de copie, correctrice et traductrice.

Ainsi que Monsieur Michel REVEYRAND-DE MENTHON, ambassadeur de France au Tchad, et toutes les personnes au Tchad, qui, à des titres divers, nous ont aidés et encouragés tout au long de cette étude.



Contrairement à une idée reçue, le futur démographique de l'Afrique subsaharienne n'est pas écrit. Selon les dernières projections de population des Nations unies mises en ligne en mai 2011, la population de l'Afrique subsaharienne estimée en 2010 à 860 millions d'habitants pourrait se situer en 2050 entre 1,7 milliard et 2,2 milliards d'habitants, selon que la fécondité baisse d'environ 5 enfants en moyenne par femme en 2010, à 2,4 ou 3,4 enfants par femme en 2050. En 2100, elle pourrait se situer entre 3,3 milliards et 4,8 milliards d'habitants, selon que la fécondité moyenne serait alors de 2,1 ou de 2,6 enfants par femme¹. Ces hypothèses supposent cependant implicitement une augmentation annuelle de l'utilisation de la contraception d'environ 1 à 1,5 point de pourcentage par an dans les 15 ou 20 prochaines années. Or, en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, qui représentent plus de la moitié de la population d'Afrique subsaharienne, l'augmentation annuelle de l'utilisation de la contraception moderne au cours des 20 dernières années a été de 0,3 point par an en Afrique de l'Ouest et de 0,2 point en Afrique centrale.

Au regard des données actuelles disponibles pour le Tchad, la croissance future de la population pourrait être encore plus forte et l'une des plus rapides de la région. Elle est en effet estimée actuellement à environ 3,5 % par an, conséquence d'une fécondité qui reste très élevée, et d'une utilisation de la contraception qui est l'une des plus faibles du monde.

Les enjeux sociaux, économiques et politiques associés aux diverses trajectoires démographiques que l'on peut imaginer pour le Tchad en analysant correctement les données disponibles sont énormes. Il s'agit de la capacité du pays à satisfaire les besoins essentiels de la population en santé et en éducation. Il s'agit aussi de la possibilité ou non de réduire l'insécurité alimentaire et nutritionnelle qui continue de toucher une partie importante de la population, et notamment les enfants. Il s'agit également, au Tchad comme ailleurs, de la capacité de l'État et des pouvoirs locaux à élaborer et à mettre en œuvre des politiques efficaces en vue d'un développement durable, préserver l'environnement, prévenir les conflits, assurer la sécurité des biens et des personnes, équiper et gérer un nombre croissant d'agglomérations et accompagner l'émergence d'une économie urbaine dynamique.

Plusieurs horizons temporels ont été adoptés pour la réalisation de cette analyse. Tout d'abord, chaque fois que possible, l'objectif a été de retracer à travers divers indicateurs les évolutions démographiques économiques et sociales depuis 1960, année de l'indépendance. Les résultats obtenus permettent de mesurer l'ampleur des efforts réalisés, notamment dans les domaines de l'éducation et de la santé, deux composantes essentielles du capital humain. Mais cette analyse permet aussi d'appréhender l'ampleur des efforts qui restent à accomplir, au travers des résultats des projections démographiques qui ont été réalisées dans le cadre de cette analyse. Ces projections qui couvrent la période 2010-2050 ont été faites avec diverses hypothèses. Les résultats obtenus à l'horizon 2050 n'ont pas d'autre objectif que d'esquisser divers futurs possibles à 40 ans d'échéance, c'est-à-dire « après-demain » et d'amorcer une réflexion à ce sujet. Mais les résultats obtenus pour 2020 et 2030, c'est-à-dire « demain », mettent en évidence à la fois les tendances lourdes, incontournables, auxquelles il faudra bien s'adapter et les marges de manœuvre possibles pour influencer la dynamique démographique et satisfaire plus ou moins bien les besoins des populations, notamment en santé et en éducation. L'analyse de diverses politiques et de plusieurs programmes (publics et privés) passés ou en cours complète ce tableau avec le souci d'améliorer leurs impacts.

Les données utilisées pour réaliser ces contributions sont diverses. Elles comprennent les données publiées par les institutions nationales, notamment l'INSEED, et les données disponibles au niveau international. Mais chaque fois que possible, les données nationales lorsqu'elles étaient accessibles, ont été privilégiées. Les références des bases de données internationales utilisées sont indiquées dans la publication. Les plus utilisées ont été celles de la Division de la population des Nations unies, de la Banque mondiale et de *Measure DHS* (pour les Enquêtes démographiques et de santé). Pour ce qui concerne les stratégies, les politiques, les plans et programmes dans les domaines de la population, de la santé, de la santé de la reproduction, ou de la réduction de la pauvreté et autres politiques sectorielles (éducation, sécurité alimentaire, approvisionnement en eau potable, accès à des systèmes d'assainissement, aménagement du territoire), chaque fois que possible, on a utilisé les documents originaux émanant des ministères ou autres services officiels nationaux. De même, concernant les activités en matière de population et santé de la reproduction au Tchad des

¹ United Nations, *World Population Prospects, the 2010 Revision*, 2011, www.un.org/esa/population/unpop.htm

partenaires internationaux et privés, les documents utilisés sont ceux qui nous ont été fournis par chacun des partenaires, ou ceux qui ont pu être consultés sur leurs sites internet. Les sources et les références exactes de ces documents sont également précisées. Enfin, une attention particulière a été portée aux publications récentes concernant les relations population et développement et le dividende démographique. On a donc recherché les publications majeures et les plus récentes (en 2011 et 2012) sur le sujet et indiqué leurs références exactes, ainsi que les sites internet où, dans nombre de cas, ces publications pouvaient être téléchargées afin que les personnes intéressées puissent les consulter.

Néanmoins, malgré notre souci de partager le maximum des informations collectées dans le cadre de ce travail, et d'indiquer systématiquement nos sources, des omissions, des erreurs de citations sont toujours possibles. Aussi, des lecteurs pourront regretter que certains documents majeurs, anciens ou récents, n'aient pas été cités. Par ailleurs, certains domaines qui pourtant ont un rapport étroit avec la population, tel que l'environnement, n'ont pas été traités. Nous regrettons ces limitations, mais il était difficile de prétendre à l'exhaustivité dans un domaine aussi vaste que celui des relations entre population et développement.

De manière générale, les données et les documents utilisés dans cette analyse sont ceux qui étaient disponibles au 1^{er} semestre 2012. Mais tel qu'indiqué en avertissement nous avons pu également tenir compte dans cette nouvelle version de mars 2013 des « Principaux indicateurs globaux issus de l'analyse thématique » du deuxième recensement de la population et de l'habitant (RGPH2, 2009) publiés par l'INSEED en août 2012. De même nous avons pu utiliser dans cette nouvelle version les résultats définitifs de l'enquête MICS-Tchad 2010 – Enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS 2010 (INSEED-Unicef-UNFPA),..

Ceci dit, les données et estimations les plus récentes s'arrêtaient dans la quasi-totalité des cas à l'année 2010. Les changements importants qui éventuellement se sont produits en 2011 et 2012, n'ont donc pas pu être pris en compte. Aussi dans certains domaines, de nouvelles stratégies, politiques, plans, ou programmes ont pu être adoptés après mi-2012. Ces deux limitations : données s'arrêtant à 2010, et documents les plus récents disponibles début 2012, sont susceptibles d'affecter les analyses, commentaires et interprétations de certaines parties du texte. Le lecteur nous en excusera, mais il s'agit là d'une contrainte habituelle dans ce type de travail.

SYNTHÈSE

Tchad : une évolution démographique à contre courant

La population du Tchad a été multipliée par quatre depuis l'indépendance. Elle a dépassé les 12 millions d'habitants en 2012. Avec près de 600°000 naissances et 170°000 décès cette année, la population tchadienne s'est accrue de 400°000 personnes, ce qui correspond à un accroissement naturel exceptionnel d'environ 3,5 %.

Cette évolution est essentiellement le résultat d'une forte fécondité, d'environ 7 enfants par femme en moyenne. Ceci fait du Tchad, après le Niger, le deuxième pays ayant la fécondité la plus élevée du monde. La mortalité reste élevée, et l'épidémie du VIH/Sida affecte environ 200°000 personnes, mais cela ne ralentit pas l'augmentation rapide de la population. Les migrations hors du pays, les retours de Lybie, et les mouvements de réfugiés (environ 300°000 étaient accueillis au Tchad en 2010) sont importants, mais leur impact sur la dynamique démographique du pays est faible.

Avec 9 habitants au kilomètre carré, le Tchad apparaît toujours comme un pays peu peuplé. Cependant près de 60 % de son territoire est occupé par le désert. Le reste du pays est majoritairement rural, et ce pour quelques décennies encore. Mais déjà, la forte croissance démographique attise les conflits récurrents entre cultivateurs et éleveurs. Aussi la population de N'Djamena (plus d'un million d'habitants aujourd'hui) et celle des autres villes augmentent rapidement.

Au total, la première phase de la transition démographique, la baisse de la mortalité a commencé, mais la seconde phase : la maîtrise de la fécondité n'est pas amorcée. La fécondité a même augmenté ces dernières années (de 6,5 à 7,1 enfants par femme) alors qu'on anticipait le contraire.

L'évolution démographique récente du Tchad est en complet décalage avec les évolutions observées dans les pays émergents. Dans tous ces pays, la fécondité est passée de 6 - 7 enfants par femme au début des années 1960 à 1,5 - 2,5 enfants par femme aujourd'hui. Grâce à la maîtrise de leur fécondité, les pays émergents sont arrivés à stabiliser leurs naissances et le nombre de leurs jeunes. Ceci a généré un « gain fiscal » grâce à l'élimination de leurs dépenses en santé et en éducation imputables auparavant à l'augmentation continue du nombre de naissances et de jeunes. Parallèlement, l'augmentation des effectifs en âge de travailler a réduit le nombre de dépendants par actifs ou taux de dépendance. Ceci leur a ouvert une « fenêtre d'opportunité démographique », plus favorable à l'épargne, aux investissements productifs et aux investissements dans le capital humain. Les pays émergents ont pu ainsi bénéficier du « dividende démographique » consécutif aux changements de structures par âge qui se produisent aux cours de la transition démographique. Ce dividende démographique a conforté la croissance économique de ces pays, ce qui leur a permis d'élever le niveau de vie de leurs populations et de réduire la pauvreté.

La population totale du Tchad va doubler d'ici 20 ans, et la population urbaine tripler

A cause de l'extrême jeunesse de la population – plus de deux Tchadiens sur trois ont moins de 25 ans – et de sa forte fécondité, on doit s'attendre dans les 20 ans à venir, à un doublement de la population totale du pays. On doit s'attendre aussi à un quasi triplement de la population urbaine et de celle de N'Djamena, et à une forte progression du nombre de jeunes recherchant un emploi. Ce nombre devrait passer de 140°000 en 2012, à 210°000 en 2020, et 280°000 en 2030. Ce qui correspond à 1,7 million d'emplois à trouver ou à créer entre 2010 et 2020, et à 2,5 millions entre 2020 et 2030

C'est bien aux jeunes âges que se concentrent les principaux défis auxquels le pays sera confronté dans les années qui viennent. C'est aussi aux jeunes âges que se joue l'évolution future de la population. Dans les projections démographiques réalisées dans le cadre de cette étude deux hypothèses contrastées ont été retenues. La première suppose une progression lente de l'utilisation de la contraception, associée à une diminution très lente de la fécondité. La seconde suppose une progression plus rapide, associée à une maîtrise progressive de la fécondité. Cette seconde hypothèse a été qualifiée de volontariste, car elle suppose un engagement résolu des autorités pour

rompre avec la faible utilisation de la contraception – par moins de 5 % des Tchadiennes - observée au cours des 15 dernières années.

C'est ainsi qu'avec l'hypothèse de progression lente de l'utilisation de la contraception, le nombre de naissances annuelles continue de doubler tous les 20 ans et pourrait dépasser les 2 millions en 2050. Par contre avec l'hypothèse volontariste, il pourrait se stabiliser autour de 900°000 naissances dans les années 2030. Dans le premier cas, le nombre de jeunes continue de doubler tous les 20 ans, alors que dans le second il finit par se stabiliser

La croissance économique, condition nécessaire mais pas suffisante

Le Tchad a connu une croissance économique exceptionnelle de 7 % par an depuis 1995, grâce aux activités liées à l'extraction et aux revenus du pétrole. C'est l'une des plus fortes du monde. Le PIB par tête a été ainsi multiplié par deux entre 2000 et 2005. Il était en 2011 d'environ 400 000 FCFA – ou 1 500 dollars internationaux en parité pouvoir d'achat - ce qui reste cependant faible.

Depuis le pic de croissance de 2004, la croissance économique s'est ralentie et elle pourrait être de 4 % à 5 % par an dans les années qui viennent. Avec une croissance économique constante forte de 7 % par an, on peut doubler le PIB par tête en une vingtaine d'années. Mais, avec une croissance économique de 5 % par an et une croissance démographique de 3,5 %, il faut plus de 45 ans pour arriver à ce résultat. Avec l'hypothèse volontariste évoquée plus haut, une trentaine d'années restent nécessaires, mais c'est 15 ans de moins que précédemment. Réduire la croissance démographique, permet donc de doubler le PIB par tête plus rapidement, notamment si la croissance économique est inférieure à 7 % par an.

Par ailleurs, la poursuite d'une croissance démographie de 3,5 % par an, accroît les efforts nécessaires pour arriver à des couvertures sanitaire et éducative satisfaisantes permettant une amélioration majeure du capital humain du pays. Dans le domaine de l'éducation, les taux de scolarisation ont fortement progressé, mais ils sont toujours insuffisants. Aussi la qualité de l'enseignement s'est dégradée, le système scolaire n'arrivant plus à gérer les flux massifs d'élèves à tous les niveaux. Dans le domaine de la santé, les progrès ont été lents et variables. La couverture sanitaire reste incomplète, la mortalité maternelle atteint un niveau record – elle est la plus élevée du monde - la mortalité des enfants est importante, et 40 % d'entre eux souffrent de malnutrition chronique. Ces résultats sont imputables en particulier à l'importance des grossesses à risques : trop précoces, trop nombreuses, trop rapprochées et/ou trop tardives, associées à la forte fécondité du Tchad. En 2012, environ 400°000 grossesses (70 % du total) étaient concernées par au moins un risque, et 150°000 (25 %) étaient exposées à plusieurs risques.

Pour le futur, l'augmentation des effectifs et la nécessaire amélioration de la couverture sanitaire et scolaire entraîneront des dépenses considérables. Si les objectifs de couverture sanitaire et scolaire sont fixés à l'horizon 2025, il sera nécessaire, d'accroître les dépenses correspondantes à des rythmes élevés de 6 %, 8 % et même plus 10 % par an, selon les objectifs considérés (par exemple, l'accès de l'ensemble de la population à un centre de santé proche, l'éducation primaire universelle, l'accroissement de la scolarisation au secondaire, etc.). A l'horizon 2035, la maîtrise de la croissance des effectifs d'enfants et des jeunes à suivre, soigner et scolariser permettrait d'atteindre plus facilement ces objectifs. Les rythmes annuels correspondants seraient moindres, compatibles avec les taux de croissance économique et les ressources internes et externes mobilisables pour les secteurs sociaux. Nourrir, soigner, éduquer et occuper tous les Tchadiens ne sera donc pas une tâche facile.

Croissance économique et croissance démographique ne font pas forcément bon ménage

Au Tchad comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne les réticences vis-à-vis de la planification familiale restent vives. Beaucoup considèrent que le Tchad est sous peuplé et qu'une population importante est une source de richesse et que sa croissance rapide stimule le développement. Par ailleurs, la majorité de la population, nombre de leaders religieux et certaines élites continuent d'assimiler la contraception à la limitation des naissances, perçue négativement.

Les études récentes sur le sujet concluent pourtant sans ambiguïté qu'aucun pays n'a pu se développer sans baisse parallèle de la fécondité. Ce qui signifie que le maintien d'une forte fécondité sur une longue période exclut le développement économique et social dans des délais satisfaisants.

Dans des pays comme le Tchad, les jeunes qui sont très nombreux et dont les besoins notamment en santé et en éducation sont importants consomment la plus grosse partie des revenus produits par les actifs. Le maintien d'une forte fécondité contribue donc à freiner l'épargne et contrarie le processus d'accumulation qui permettrait de transformer cette épargne en moyens de production.

Pourtant, il n'y a pas de raison a priori empêchant le Tchad de bénéficier un jour du dividende démographique comme l'ont fait les pays émergents. Mais, la première condition nécessaire pour ce faire : la maîtrise de la fécondité n'est pas remplie, celle-ci n'étant même pas amorcée. De plus le maintien de taux de dépendance élevé va rendre plus difficile l'amélioration du capital humain du pays, deuxième condition nécessaire pour bénéficier du dividende démographique.

Les politiques mises en œuvre ont compté essentiellement sur la croissance économique

L'adoption en 1994 d'une politique de population, révisée en 2007, a marqué le début d'une prise de conscience par les autorités de la dimension démographique du développement. Mais l'optique retenue est restée trop large, et les objectifs démographiques retenus : réduire la morbidité et la mortalité, notamment la mortalité maternelle, infantile et juvénile, maîtriser la fécondité générale et la croissance démographique, augmenter la prévalence de la contraception n'ont pas été atteints.

Aussi, les politiques, plans et programmes adoptés en matière de santé, santé de la reproduction éducation, sécurité alimentaire, n'ont pas vraiment tenu compte des contraintes supplémentaires posées par l'accélération de la croissance démographique.

Dans le domaine de la santé, compte tenu de l'importance des urgences obstétricales, la priorité a été donnée au suivi des grossesses et à la prise en charge des accouchements. Cette priorité de facto ou assumée à « l'urgence », qui correspond évidemment à des besoins réels, se retrouve dans les activités menées dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire 2009-2012, et dans la « Feuille de Route Nationale pour la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile 2009-2015 » avec le slogan « Aucune femme ne doit mourir en donnant la vie ».

L'adoption en 2002 d'une loi sur la santé de la reproduction a bien reconnu le droit des couples et des individus au libre choix en matière d'espacement des naissances et de taille de leur famille. Elle a aussi représenté une avancée vers la reconnaissance des droits des femmes, dans son interdiction des mutilations génitales féminines, des mariages précoces et des violences domestiques et sexuelles. Malheureusement les décrets d'application de cette loi n'ont pas été publiés, et sa portée est limitée par la faiblesse des services disponibles et accessibles en santé de la reproduction.

Au plan économique, la « Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté » de deuxième génération, 2008-2011, reconnaît les priorités en matière d'emploi, de développement du secteur rural, de santé, d'éducation, de genre, et de valorisation des ressources humaines. Mais, dans les programmes d'actions prioritaires retenus aucun ne concerne la croissance démographique, la fécondité, et l'accroissement de la prévalence de la contraception. La politique de population de 2007 n'est pas mentionnée, pas plus que les projections démographiques nationales publiées en 2004.

La dimension démographique du développement est ainsi largement ignorée par les acteurs publics et privés. Nombreux sont ceux qui considèrent que le Tchad étant un vaste pays, avec aujourd'hui des ressources pétrolières, il n'est pas nécessaire, voire pas souhaitable, de réduire la croissance démographique du pays et la fécondité des femmes tchadiennes. Ce malgré les difficultés actuelles à couvrir les besoins de base de la population. L'approche reste donc « développementaliste », et l'évolution démographique considérée comme une variable hors du « champ de l'action politique ».

Une demande en contraception faible et mal satisfaite

Malgré l'appui des partenaires aux politiques, plans, et programmes du Gouvernement, en santé et en santé de la reproduction, les résultats ont été décevants.

L'utilisation de la contraception au Tchad par moins de 5 % des femmes tchadiennes en union en 2010 est la plus faible du monde. Elle n'a pratiquement pas augmenté au cours des 15 dernières années. En comparaison entre 60 % et 85 % des femmes dans les pays émergents utilisent aujourd'hui une méthode de contraception. Depuis leur « révolution contraceptive » les niveaux de fécondité dans ces pays résultent donc du libre choix des femmes (et des couples) de l'espacement de leurs naissances et de la taille de leur famille en fonction de leurs souhaits et de leurs moyens.

La faiblesse de l'utilisation de la contraception au Tchad a pour corolaire des naissances précoces, peu espacées, nombreuses et tardives, correspondant à 70 % de grossesses à risques. L'entrée en vie sexuelle généralement associée au mariage commence très tôt, et elle est suivie rapidement d'une grossesse et d'une naissance du fait de la valorisation de la fécondité et de l'absence d'autonomie des femmes. Un tiers des jeunes femmes enquêtées à ce sujet ont déclaré avoir eu leurs premiers rapports sexuels et avoir été mariées avant leur 15^e anniversaire. C'est pour le mariage, le deuxième pourcentage le plus élevé au monde après celui du Niger. Les trois quarts de ces jeunes femmes avaient eu leurs premiers rapports sexuels et étaient mariées avant leur 18^e anniversaire, ce avec des conjoints plus âgés, voire beaucoup plus âgés qu'elles. 10 % de ces jeunes femmes ont eu leur premier enfant avant 15 ans, et la moitié avant 18 ans. Du point de vue du développement physiologique du corps, il est reconnu que les filles de 14 ans sont trop jeunes pour avoir des rapports sexuels et des enfants quelle que soit leur apparence physique. Pour des raisons de développement physiologique et émotionnel, il est aussi fortement déconseillé aux jeunes filles d'avoir des enfants avant 18 ans.

La persistance de ces comportements est généralement attribuée au manque d'éducation et à la pauvreté de la majorité de la population, ainsi qu'aux « pesanteurs socioculturelles ». Mais, 10 % seulement des femmes les plus éduquées (ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus) utilisent une méthode de contraception, et 9 % des femmes les plus aisées. C'est peu, même si c'est deux fois plus que chez les femmes qui n'ont pas été scolarisées et chez celles qui sont les plus pauvres.

Pourtant, pour toutes les catégories, les femmes ayant des besoins non satisfaits en contraception (qui n'utilisent aucune méthode mais qui souhaiteraient espacer leur prochaine naissance ou ne plus avoir d'enfants) sont trois à quatre fois plus nombreuses que les utilisatrices de méthodes.

Il reste que la demande en contraception (somme des utilisatrices et de celles ayant des besoins non satisfaits) reste faible dans toutes les catégories. Et elle concerne 47 % des femmes les plus éduquées (peu nombreuses) soit presque moitié moins que de la demande totale dans les pays émergents, toutes catégories de population confondues.

Un changement des comportements et un engagement fort des acteurs sont nécessaires

La faible satisfaction de la demande en contraception est largement le reflet d'un déficit de services accessibles et de qualité. La faible demande elle, peut s'expliquer par le fait que les Tchadiennes n'ont pas toutes encore conscience de leur droit d'espacer ou d'avoir le nombre d'enfants qu'elles jugent convenable par rapport à leurs souhaits et à leurs moyens. Mais elle s'explique aussi par la persistance des valeurs natalistes dans la société. En effet les nombres moyens idéals d'enfants indiqués par les femmes sont toujours élevés y compris chez les femmes jeunes les plus éduquées : 6 enfants par exemple chez les jeunes femmes de 20 à 24 ans ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus.

Ces résultats soulignent que l'éducation et l'amélioration du niveau de vie « ne sont pas des contraceptifs ». Ils peuvent faciliter l'augmentation de l'utilisation de la contraception et la maîtrise de la fécondité, à condition que les services en santé de la reproduction et les contraceptifs soient accessibles, mais aussi que l'environnement social et politique y soit résolument favorable.

Dans de nombreux pays, y compris dans des pays à majorité musulmane, il a été possible de modifier assez rapidement les normes et valeurs traditionnelles en matière de procréation, suite à un engagement résolu et constant des autorités. Ces changements ont été possibles grâce à des campagnes permanentes d'information, éducation, et communication (IEC), de communication pour des changements de comportements (CCC), accompagnées d'actions au niveau communautaire et de la création de services accessibles et de qualité en planification familiale.

Les coûts associés à l'augmentation de la prévalence ne sont-ils pas trop élevés ?

Le coût d'achat des contraceptifs importés au Tchad en 2010 a été estimé à environ 500 000 dollars américains ou 230 millions de FCFA pour 73 000 utilisatrices de produits contraceptifs, ce qui correspond à un coût par utilisatrice de 7 dollars ou 3 000 FCFA. Compte tenu de l'augmentation rapide du nombre de femmes de 15 à 49 ans en union, ce coût pourrait être supérieur à 800 000 dollars en 2015. Ensuite, si l'on retient l'hypothèse d'une progression lente de l'utilisation de la contraception, les besoins pour l'achat de contraceptifs pourraient s'élever à 1,8 million de dollars en 2020. Mais si l'on retient l'hypothèse d'une progression plus rapide, « volontariste », les sommes nécessaires en 2020 pourraient s'élever à 3 millions de dollars soit deux fois plus qu'avec l'hypothèse lente et 6 fois plus qu'en 2010.

Il faudrait cependant ajouter à ces chiffres, d'autres coûts tels que le coût des campagnes d'information et communication, de distribution des contraceptifs, de fonctionnement du programme, etc. ce qui pourrait conduire à des coûts deux à trois fois plus élevés

Ces coûts importants doivent être cependant comparés aux économies qu'il sera possible de réaliser dans l'éducation, la santé maternelle et les vaccinations, du fait du ralentissement de l'augmentation du nombre d'accouchements et des effectifs de jeunes enfants. Or ces économies peuvent être cinq fois plus importantes que les sommes à dépenser pour la planification familiale. Un investissement en planification familiale apparaît donc comme un investissement avec des retours très importants à court et à long terme.

Quelques recommandations

Entre 2012 et 2015, plusieurs politiques, plans et programmes doivent faire l'objet de révisions. Les OMD arriveront aussi à leur terme en 2015 et ils devraient être remplacés par de nouveaux objectifs.

Cette période doit être mise à profit pour intégrer les dernières données disponibles et les connaissances les plus récentes dans les politiques, plans et programmes qui doivent voir le jour.

Compte tenu des défis identifiés dans cette étude, il est suggéré l'adoption de deux feuilles de routes ou leur équivalent, qui pourraient éventuellement s'appeler respectivement :

- « feuille de route vers un développement durable », et
- « feuille de route pour la maternité à moindres risques, la survie des enfants et leur sécurité nutritionnelle ».

La « feuille de route vers un développement durable » devrait suggérer des objectifs avec des actions associées à des budgets prévisionnels, afin d'arriver à une réelle prise en compte de la variable démographique dans le « Plan National de Développement » et dans les plans sectoriels.

La « feuille de route pour la maternité à moindres risques, la survie des enfants et leur sécurité nutritionnelle » a vocation à remplacer en 2015 la « Feuille de Route Nationale pour la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile 2009-2015 ». Elle devrait aussi suggérer des objectifs et des actions associées à des budgets prévisionnels

Diverses actions associées à ces deux feuilles de route et un calendrier possible de mise en œuvre sont également suggérés

La croissance économique, la maîtrise de la fécondité, l'éducation, la santé, la bonne gouvernance, sont toutes des conditions nécessaires pour arriver à une croissance durable, inclusive, c'est-à-dire qui bénéficie à tous, et pour réduire la pauvreté. Mais aucune de ces conditions n'est suffisante à elle seule. Il est important d'en prendre véritablement conscience.

المقدمة

إن المؤشرات في مجال الصحة الإنجابية لاتزال غير مرضية بالرغم من الجهود المبذولة من قبل فخامة السيد رئيس الجمهورية السيد إدريس دبي اتنو، لذا فإن الحكومة وشركاء التنمية قد وحدوا جهودهم للعمل على وضع واعتماد طريقة للحد من وفيات الأمهات والرضع والأطفال 2009-2015.

بالنظر إلى البيانات الحالية المتوفرة بتشاد فيما يتعلق بالإحصاء السكاني الذي قام به المعهد الوطني للإحصاء والدراسات الاقتصادية والديموغرافية الذي أوضح ازدياد في التعداد السكاني في تشاد يقدره 3.5% سنويا وانطلاقا من هذه النتيجة فيتبين أن تشاد تعتبر من أكثر دول المنطقة ازديادا في السكان وهذا نتيجة لإنجاب 7 أطفال من امرأة واحدة وهذا بطبيعة يعتبر عدد كبير جدا، ومن ثم استخدام موانع الإنجاب التي تعتبر من موانع الإنجاب أكثر حول العالم.

إن الدراسة والتحليل الذين نتعرض لهما هنا يندرجان تحت مسمى (السكان والتنمية والنصيب الديموغرافي بتشاد) ويعتبران جزء من الاستنتاجات الاثني عشر المتحصل عليها من في إطار مشروع الوكالة الفرنسية للتنمية : (كيف يمكن الاستفادة من النصيب الديموغرافي ؟)، الديموغرافية في قلب اهتمامات مسارات التنمية في دول غرب إفريقيا الثمانية (بينين ، بوركينا فاسو، ساحل العاج، غينيا بيساو، مالي، النيجر، السنغال، توغو) وكذلك في غينيا وغانا و موريتانيا وفي نيجيريا)

إن وزارة الصحة التشادية ويتمويل من الوكالة الفرنسية للتنمية في إطار مشروع دعم القطاع الصحي بتشاد تقدم وبكل سرور مساهمتها في إنجاح هذه الدراسة، وهذا المستند المفصل والمدعوم بالحجج المقنعة يتضمن الكثير من المرجعيات التي تخدم كل المجالات الصحية والاجتماعية والاقتصادية وللمجتمع المدني للاستفادة من تنمية مستقاة من المد الديموغرافي وكذلك تكون ذات أهمية بالغة على مستوى الوزارة المعنية وكذلك على مستوى اتخاذ القرارات وعلى مستوى أهرام الصحة بتشاد.

وكل ذلك باتخاذ التدابير اللازمة لتنفيذ التعليمات والتوصيات المستخلصة من هذه الدراسة، وكلي ثقة بأن كل برنامج معد لصالح من كل المرأة والأم والطفل وللأسرة التشادية بأسرها كل ذلك يجب أن يتقوّل ويستلهم من هذه النظرة المتعلقة بالسيطرة على الجانب الديموغرافي.

وأقدم بسم الحكومة بأسمى آيات الشكر والتقدير إلى كل الذين قاموا بإنجاح هذه الدراسة وخص بالذكر منه السيد جان بيير قنقام مدير البحث بمعهد البحوث من أجل التنمية والسيد مناسي قيلباقي خبير اقتصادي ووزير سابق. الشكر موجه أيضا إلى مركز البحوث من أجل التنمية والوكالة الفرنسية من أجل التنمية ووزارة التخطيط وجمعيات المجتمع المدني في تشاد والى كل من ساهم في إنجاح هذه الدراسة.

ولا أنسى أن أقدم بالشكر إلى كل معاني الذين ساهموا في إنجاح هذه الوثيقة

الدكتور محمود ناهور نقاوارا

وزير الصحة العامة

(السكان والتنمية والنصيب الديموغرافي بتشاد)

خلاصة

إعداد جان بيير قينقان، خبير ديموغرافي ومدير البحث بمركز البحوث من أجل التنمية بمساعدة السيد مناسي قبالباي خبير اقتصادي .

تشاد: تنمية ديموغرافية عكس التيار

كان سكان تشاد ينقسمون منذ الاستقلال إلى أربعة أقسام، وبحلول عام 2012 قد تجاوزوا 12 مليون نسمة بزيادة في الميلاد تقارب 600.000 طفل وبوفاة ما يقرب عن 170.000 شخص في هذه السنة، إن المجتمع التشادي في ازدياد مطرد بمعدل 400.000 شخص أي بنسبة ازدياد طبيعية تساوي 3.4%. إن عملية التقييم هذه ما هي إلا نتيجة لعملية إنجاب واسعة : بمعنى إنجاب 7 أطفال من كل امرأة على الأقل وهذا ما يجعل من تشاد والنيجر من أكثر الدول ازديادا في السكان عالميا.

بالرغم ارتفاع نسب الوفيات وكذلك الإصابة بوباء وفقدان المكتسبة الذي يصيب ما يقرب عن 200.000 شخص سنويا إلا أنها لا تعيق الارتفاع السكاني المطرد. عمليات الهجرة خارج البلاد وكذلك الرجوع من ليبيا وحركات نزوح اللاجئين الى الأراضي التشادية (ما يقرب عن 300.000 لاجئ لجئوا الى تشاد بحلول عام 2010) فهذان عاملان، بيد أن أثرهما في تفعيل الديموغرافية ضعيف على البلاد.

ويتسع (9) أشخاص في الكيلومتر مربع يظهر جليا أن تشاد غير آهلة بالسكان وأن 60% من الأراضي التشادية صحراوية وما تبقى منها فتغلب عليه سمة القروية، وهذا ما يتوقع في العشرات السنين المقبلة ولكن أجم الزدياد الديموغرافي الصراعات الكائنة بين المزارعين والرعاة وكذلك سكان مدينة انجمينا الذين يزدون حاليا عن مليون نسمة وغيرها من المدن التي تتميز بالازدياد السكاني السريع

إجمالا، فإن مرحلة الانتقال الديموغرافي الأولى قد بدأت بتدني مستويات الوفاة غير أن المرحلة الثانية وهي التي يتم فيها ضبط الإنجاب لم تبدأ بعد بل إن نسبة الإنجاب نفسها قد ارتفعت في السنوات الأخيرة من 5-6 طفل للمرأة الواحدة إلى 7 على عكس ما كان متوقعا.

إن التطور الديموغرافي الحديث في تشاد مغاير تماما للطور الديموغرافي المتواجد في دول طور التنمية، في هذه البلاد انتقلت نسبة الإنجاب للمرأة من 6 إلى 7 طفل في بداية عام 1960 لتتخف في الفترة إلى 1.5-2.5 طفل للمرأة الواحدة حاليا.

ولقد تمكنت هذه الدول من السيطرة على الإنجاب وبالتالي توصلوا إلى استقرار الولادة ومنه إلى استقرار عدد الشباب عندهم مما تولد لديهم عائدات ضريبية بفضل القضاء على نفقاتهم في الصحة والتربية التي كانت في السابق تنفق على تزايد عدد الولادات والعاطلين من الشباب وعلى هذا النمط فإن ازدياد إعداد الأشخاص في عمر العمل قد خفف من نسب العاطلين المعتمدين على الغير وسنح لهم هذا الوضع لفتح نافذة على فرص الديموغرافية أكثر ملائمة للدخار وللاستثمار المنتج واستثمار الثروة البشرية، إن هذه الدول قد استفادت

بالتالي من المردود الديموغرافي في الناتج عن التغيير في البنيات حسب الأعمار التي تحصل أثناء الانتقال الديموغرافي وهذا المردود الديموغرافي قد دعم من النمو الاقتصادي لهذه الدول مما سمح لهم برفع مستوى الحياة الأمثل للسكان والحد من فقرهم.

يتوقع تضاعف عدد سكان تشاد خلال 20 سنة المقبلة وقاطني المدن منهم إلى 3 أضعاف العدد الحالي بسبب العدد الكبير من الشباب في المجتمع التشادي - 2 من كل 3 تشادي تحت 25 سنة- ونسب الإنجاب العالية يمكننا إن تستلهم انه وخلا ال 20 سنة القادمة ستضاعف عدد التشاديين كما يمكننا كذلك استلهم تضاعف سكان المدن إلى ثلاثة أضعاف وخصوصا قاطني مدينة انجمينا وكما يتوقع ازدياد عدد الشباب الباحثين عن العمل من 140.000 شاب باحث عن العمل في عام 2012 إلى 210.000 بحلول عام 2020 والى 280.000 بحلول عام 2030، وعالية فهذا يعني توفير 1.7 مليون وظيفة في الفترة ما بين 2010 الى 2020 وتوفير 2.5 مليون وظيفة في الفترة ما بين 2020 الى 2030 وستقع التحديات الرئيسة للبلاد على عاتق الشباب في الأعوام القادمة كما أن تطور المواطنين في المستقبل يتوقف على الشباب ومن التوقعات الديموغرافية التي استنتجت في إطار هذه الدراسة تحديد فرضيتين متناقضتين:

تخص الأولى منهما النمو بطيء لاستخدام أساليب الحد من الخصوبة ويتبعها انخفاض بطيء لعملية الإنجاب أما الثانية فهي

النمو الاقتصادي، ضروري ولكنه غير كاف

شهدت تشاد نموا اقتصاديا ملحوظا من 7٪ سنويا منذ عام 1995، وذلك بفضل الأنشطة المتصلة بعائدات التعدين والنفط. وهو من أعلى المعدلات في العالم. وقد تضاعف الناتج المحلي الإجمالي للفرد نتيجة لذلك بين عامي 2000 و 2005. وفي عام 2011 كان حوالي 400 000 فرنك سيفا - اى 1500 دولار في تعادل تام مع القوة الشرائية - التي لا تزال منخفضة.

ومنذ الذروة التي بلغها النمو في عام 2004، تباطأ النمو الاقتصادي في حدود 4٪ إلى 5٪ سنويا في السنوات المقبلة. ومع نمو اقتصادي قوي وثابت بنحو 7٪ سنويا، يمكننا مضاعفة الناتج المحلي الإجمالي للفرد الواحد خلال عشرين عاما. ولكن يجب مع نمو اقتصادي بنسبة 5٪ سنويا ونمو سكاني من 3.5٪ يكون أكثر من 45 عاما للوصول إلى هذه النتيجة. مع فرضية استباقية المذكورة أعلاه، هناك حاجة إلى ثلاثين عاما، ولكنه أقل من 15 عاما في السابق. الحد من النمو السكاني، ويتيح ذلك ضعف الناتج المحلي الإجمالي للفرد بسرعة أكبر، خاصة إذا النمو الاقتصادي أقل من 7٪ سنويا.

وبالإضافة إلى ذلك، فإن النمو السكاني المستمر بنحو 3.5٪ سنويا، وزيادة الجهد المطلوب لتحقيق وضع صحي مرض والتعليم شهد تحسنا كبيرا وانعكس ايجاباً على السكان لاسيما في . في مجال التعليم، حيث ارتفعت معدلات الالتحاق بالمدراس بشكل حاد، لكنها لا تزال غير كافية. كما تدهورت نوعية التعليم، ونظام

إدارة المدرسة نظراً لوصول اعداد هائلة من الطلاب على جميع المستويات. أما في مجال الصحة، فكان التقدم بطيئاً ومتغيراً. حيث بلغ معدل وفيات الأمهات مستويات متدنية لكن التغطية الصحية لا تزال غير مكتملة، إذ ما يزال مستوى البلاد في هذا الجانب قياسي - إن لم نقل هو الأعلى في العالم كما ان وفيات الرضع ما تزال هي الأخرى مرتفعة، حيث 40٪ منهم من سوء التغذية المزمن. فهذه النتائج يمكن أن تعزى بشكل خاص إلى حالات الحمل العالية الخطورة: بالإضافة إلى ارتفاع معدل الخصوبة تشاد.

في المستقبل، سوف يتم الالتحاق وتزايد الحاجة لتحسين التعليم والتغطية الصحية يؤدي إلى نفقات كبيرة. إذا تم تعيين أهداف التغطية الصحية والتعليم في عام 2025، سوف يكون من الضروري زيادة الإنفاق في المقابل ارتفاع معدلات 6٪، 8٪ وحتى 10٪ سنوياً، وهذا يتوقف على الأهداف يعتبر (عن طريق سبيل المثال، الوصول إلى جميع السكان في مركز صحي بالقرب من التعليم الابتدائي للجميع، وزيادة الالتحاق بالتعليم الثانوي، وما إلى ذلك) .. في عام 2035، والسيطرة على النمو في أعداد الأطفال والشباب لمتابعة الرعاية والتعليم تحقيق هذه الأهداف بسهولة أكبر. فإن معدلات المقابلة السنوية تكون أقل، بما يتفق مع النمو الاقتصادي والموارد الداخلية والخارجية تعبئة للقطاعات الاجتماعية. وإطعام، وشفاء، وتشقيف واحتلال جميع التشادين لا تكون مهمة سهلة.

النمو الاقتصادي والنمو السكاني لا يختلطان بالضرورة

في تشاد، كما هو الحال في معظم بلدان جنوب الصحراء الكبرى في أفريقيا مشاكل التخطيط الأسري لا تزال مرتفعة. لذا فإن الدراسات الحديثة حول هذا الموضوع ح لا لبس فيه خاصة و أنه لا يوجد بلد يمكن أن يتطور دون انخفاض مواز في معدلات الخصوبة. وهذا يعني أن الحفاظ على خصوبة عالية على مدى فترة طويلة يستبعد التنمية الاقتصادية والاجتماعية .

في بلد مثل تشاد، الكثير من الناس لديهم احتياجات كثيرة في مجالات مثل الصحة والتعليم مهمة تستهلك الجزء الأكبر من الإيرادات الناتجة عن هذه الأصول. الحفاظ على خصوبة عالية تساهم في الحد من الادخار ويصد عملية تراكم من شأنها أن تحويل هذه

الناشئة. ولكن الشرط الأول الضروري لهذا الغرض: لم يتحقق السيطرة على الخصوبة، فإنه لا تبدأ حتى. على حفظ نسبة الإعالة العالية سوف تجعل الأمر أكثر صعوبة لتحسين رأس المال البشري في البلاد، والشرط الثاني اللازم للاستفادة من العائد الديموغرافي.

وقد اعتمدت في المقام الأول على تنفيذ سياسات النمو الاقتصادي
شهد عام 1994 اعتماد سياسة سكانية، الذي عدل في عام 2007، بداية وعي من قبل سلطات البعد
الديمقراطي للتنمية. لكن النهج الذي كان كبير جدا، والأهداف الديموغرافية المحددة: خفض معدلات
المراضة والوفيات، بما في ذلك وفيات الأمهات والرضع والأطفال، والحد الخصوبة الكلي والنمو السكاني،
وزيادة انتشار وسائل منع الحمل لديك لم يتحقق.

أيضا والسياسات والخطط والبرامج المعتمدة الصحية، لم الإنجابية التعليم والصحة والأمن الغذائي، واتخذت
فعلا مراعاة القيود الإضافية التي يطرحها النمو السكاني المتسارع.

في مجال الصحة، نظرا لأهمية الطوارئ التوليدية، أعطيت الأولوية لرصد حالات الحمل والولادة الرعاية.
يفترض هذه الأولوية الفعلية لأو "حالة الطوارئ"، والتي تتطابق الواضح أن الاحتياجات الحقيقية، يمكن العثور
عليها في الأنشطة في إطار التنمية الوطنية للصحة 2009-2012، وخطة خارطة الطريق "للالوطني خفض
وفيات الأمهات والمواليد والأطفال 2009-2015 "تحت شعار" لا ينبغي لامرأة تموت وهي تهب الحياة ".

وقد اعترف في عام 2002 اعتماد قانون بشأن الصحة الإنجابية حق الأزواج والأفراد في حرية الاختيار في
المساعدة بين الولادات وحجم الأسرة. كما مثلت خطوة نحو الاعتراف بحقوق المرأة في حظرها للختان
الإناث والزواج المبكر والعنف المنزلي والجنسي. للأسف المراسيم التنفيذية للقانون لم تنشر، ويقتصر نطاقه
بسبب ضعف الخدمات المتاحة والصحة الإنجابية للوصول.

ومن الناحية الاقتصادية، "استراتيجية للنمو والحد من الفقر" الجيل الثاني للفترة 2008-2011، وتسلم
أولويات العمل، والتنمية الريفية، والصحة، والتعليم، ونوع الجنس، و تنمية الموارد البشرية. ولكن في برامج
العمل ذات الأولوية لتحديد أي النمو السكاني والخصوبة، وزيادة معدل انتشار وسائل منع الحمل. لم يرد
ذكرها السياسة السكانية من عام 2007، ولا الإسقاطات السكانية الوطنية التي نشرت في عام 2004.

يتم تجاهل إلى حد كبير البعد الديمغرافي للتنمية من قبل القطاعين العام والخاص. كثير من الناس يعتقدون أن
تشاد بلد شاسع مع موارد النفط اليوم، فإنه ليس من الضروري أو المرغوب فيه لا للحد من النمو السكاني في
البلاد وخصوبة المرأة التشادية. على الرغم من الصعوبات الحالية لتغطية الاحتياجات الأساسية للسكان. النهج
لا يزال "المطورة" والمتغيرات الديمغرافية تعتبر خارج "مجال العمل السياسي".

راض الطلب على وسائل منع الحمل ضعيفة وسيئة

على الرغم من الدعم من الشركاء لخطط وسياسات وبرامج الحكومة الصحية، والصحة الإنجابية و، وكانت
النتائج مخيبة للآمال.

استخدام وسائل منع الحمل في تشاد من قبل 5٪ التشادية المرأة في الاتحاد في عام 2010 هو الأدنى في العالم. وزاد أنه بالكاد على مدى السنوات ال 15 الماضية. مقارنة ما بين 60٪ و 85٪ من النساء في البلدان النامية تستخدم اليوم من وسائل منع الحمل. منذ بهم "وسائل منع الحمل ثورة" مستويات الخصوبة في هذه البلدان هي بالتالي نتيجة الاختيار الحر للمرأة (والأزواج) المباعدة بين الولادات وحجم الأسرة وفقا لرغباتهم وإمكاناتهم.

ضعف استخدام وسائل منع الحمل في تشاد طبيعية لالإنجاب المبكر، متباعدة عن كذب، والعديد من أواخر المقابلة إلى 70٪ من حالات الحمل في خطر. دخول الحياة الجنسية ترتبط عادة مع الزواج يبدأ في وقت مبكر وسرعان ما تبع من قبل الحمل والولادة نتيجة لتعزيز الخصوبة ونقص تمكين المرأة. وقال ثلث الشابات شملهم الاستطلاع عن ذلك لديهم علاقة جنسية لهم أولا وبعد أن تزوجت قبل بلوغهم سن 15. هذا هو لحضور حفل زفاف، وثاني أعلى نسبة في العالم بعد النيجر. كان ثلاثة أرباع هؤلاء النساء الشابات علاقة جنسية لهم كانت متزوجة أولا وقبل بلوغهم سن 18، مع كبار السن الزوجين أو الكثير من كبار السن. كان 10٪ من هؤلاء النساء الشابات طفلهما الأول قبل سن 15 سنة، والنصف أمام 18. وجهة نظر التنمية الفسيولوجية للجسم، فمن المسلم به أن الفتيات 14 عاما صغار جدا لممارسة الجنس والأطفال بغض النظر عن مظهرهم. لأسباب فسيولوجية للتنمية والعاطفية، كما أنه يوصى بشدة للفتيات لديهم أطفال قبل سن 18 عاما.

ويعزى عادة إلى استمرار هذه السلوكيات إلى عدم وجود التعليم والفقر لأغلبية السكان، فضلا عن "الاجتماعية والثقافية". ولكن 10٪ فقط من النساء الأكثر تعليما (مع التعليم الثانوي أو أكثر) استخدام وسيلة لمنع الحمل، و 9٪ من النساء أسهل. فمن غير المحتمل، حتى لو كان مرتين أكثر من النساء الذين كانوا غير متعلمين وأولئك الذين هم أشد الناس فقرا.

حتى الآن، لجميع الفئات، النساء مع الحاجة غير الملباة لمنع الحمل (لا تستخدم أي وسيلة لكنهم يريدون الفضاء الميلاد المقبل أو وقف إنجاب الأطفال) ثلاثة أو أربع مرات من طرق العديد من المستخدمين .

ومع ذلك، فإن الطلب على وسائل منع الحمل (مجموع المستخدمين وذوي الاحتياجات غير الملباة) ما زال منخفضا في جميع الفئات. وأقل من 40٪ من النساء الأكثر تعليما (قليلة) أقل من نصف إجمالي الطلب في الأسواق الناشئة، وجميع قطاعات السكان مجتمعة.

في كثير من البلدان، بما في ذلك في البلدان ذات الأغلبية مسلم، كان من الممكن لتغيير القواعد التقليدية بسرعة بما فيه الكفاية والقيم الإيجابية، وبعد وطيد ودائم السلطات. تم إجراء هذه التغييرات ممكنة من خلال حملات مستمرة من التعليم والمعلومات والاتصالات (IEC)، والاتصالات لتغيير السلوك (CCC)، يرافقه العمل على مستوى المجتمع المحلي وخلق الوصول إليها والجودة تنظيم الأسرة.

التكاليف المرتبطة زيادة انتشار عالية جدا هم؟

وقد تركزت تكلفة شراء وسائل منع الحمل المستوردة في تشاد في عام 2010 بنحو 500 درجة، أي قرابة 000 مليون دولار أمريكي فرنك أفريقي ل73000 مستخدم وسائل منع الحمل، والتي تتطابق مع التكلفة لكل مستخدم 7 دولارات أو 3 000 فرنك أفريقي. نظرا للزيادة السريعة في عدد النساء الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 49 سنة في الاتحاد، ويمكن أن تكون التكلفة 800 درجة 000 دولار في عام 2015. ثم، إذا قبلنا فرضية حدوث تطور بطيء من استخدام وسائل منع الحمل، يمكن أن ترتفع احتياجات وسائل منع الحمل إلى 1.8 مليون في عام 2025. ولكن إذا قبلنا فرضية مرات أسرع، "استباقية"، فإن المبالغ المطلوبة بحلول عام 2025 يمكن مرتين إلى 3 ملايين بطيئة كما هو الحال مع افتراض 6 أن "في عام 2010.

ومع ذلك، فإنه ينبغي أن تضاف إلى هذه الأرقام، وتكاليف أخرى مثل تكاليف حملات المعلومات والاتصالات، وتوزيع وسائل منع الحمل، وتشغيل البرنامج، الخ. مما قد يؤدي إلى تكلفة مرتين إلى ثلاث مرات أعلى

يجب أن تكون مهمة هذه التكاليف، ومع ذلك، بالمقارنة مع الوفورات التي ستتحقق في مجالات الصحة والتعليم وتحسين الأمهات، وذلك بسبب التباطؤ في الزيادة في عدد المواليد وعدد من الأطفال الصغار. ومع ذلك، يمكن أن تكون هذه المدخرات خمس مرات أكبر من مبلغ الانفاق على تنظيم الأسرة. الاستثمار في تنظيم الأسرة ويبدو أن استثمار ذات عوائد عالية جدا على المدى القصير والطويل.

بعض التوصيات

في الفترة الممتدة من 2012 و 2015 يجب أن تراجع الخطط والسياسات والبرامج كما أن الأهداف

الإنمائية للألفية وصلت الى نهايتها بحلول عام 2015، وينبغي الاستعاضة عن أهداف جديدة.

لذا يجب أ،ن تستغل هذه الفترة لدمج أحدث البيانات والمعارف والسياسات والخطط والبرامج الحديثة.

بالنظر إلى التحديات التي تم تحديدها في هذه الدراسة، يتعين اعتماد خارطة طريق أو ما يعادلها، والتي يمكن أن يطلق بشكل متوازي:

"خارطة طريق لتحقيق التنمية المستدامة"

"خارطة طريق لمخاطر منخفضة أثناء الولادة الأمومة، وبقاء الطفل وضمان أمنه الغذائي".

Sommaire

AVANT-PROPOS	1
SYNTHÈSE	7
Sommaire	22
1 INTRODUCTION	24
2 La croissance démographique du Tchad s'accélère et elle va s'amplifier	26
2.1 Un accroissement de la population sans précédent historique.....	26
2.2 22 à 23 millions de Tchadiens en 2030.....	36
3 Le Tchad face aux défis de la croissance et de l'amélioration de son capital humain...	48
3.1 Quels impacts de la croissance démographique sur la croissance économique ?.....	48
3.2 Quels impacts de la croissance démographique sur l'éducation ?.....	55
3.3 Quels impacts sur la santé et sur la santé de la reproduction ?.....	58
3.4 Estimations des dépenses en matière de santé et d'éducation d'ici 2035.....	65
4 Population et développement,	73
le Tchad peut-il bénéficier du dividende démographique ?	73
4.1 Population et développement : le point sur la question	70
4.2 Les transferts intergénérationnels et le dividende démographique.....	76
5 Les politiques publiques du Tchad face aux défis démographiques	82
5.1 Les politiques de population.....	82
5.2 Les politiques de santé et en santé de la reproduction	85
5.3 Les Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté.....	89
5.4 Les politiques sectorielles.....	93
5.5 Cohérence, articulation des politiques, plans et programmes.....	98
6 Comment gérer la variable population au Tchad ?.....	102
6.1 Les partenaires en population et santé de la reproduction	102
6.2 Peut-on accélérer la baisse de la fécondité ?.....	106
6.3 Les expériences étrangères	115
6.4 Quels sont les coûts associés à l'augmentation de la prévalence ?	119
7 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	124
 Liste des Figures	 128
 Liste des Tableaux	 130

1 INTRODUCTION

Le Tchad a enregistré depuis le milieu des années 1990 une croissance remarquable de 7 % par an en moyenne. C'est l'une des plus fortes croissances enregistrées dans le monde au cours de la période 1995-2010. Cette performance est le résultat des activités qui ont précédé l'extraction du pétrole qui a effectivement commencé en 2003. Le PIB total du pays a ainsi été multiplié par deux en termes réels entre 2000 et 2005. Mais depuis le pic de croissance de 34 % enregistré en 2004, la croissance économique a été très irrégulière et elle s'est ralentie. Elle pourrait être de l'ordre de 5 % par an dans les années qui viennent grâce à la croissance attendue des activités hors pétrole.

Pourtant, une partie importante de la population est toujours considérée comme pauvre (55 % en 2003). L'indice de développement humain du Tchad reste faible². Et comme l'anticipait déjà en 2008 le Document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (SNRP2), la plupart des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) ne seront pas atteints³. Mais compte tenu des bas niveaux de départ des indicateurs, et donc de l'ampleur de la tâche, il faut reconnaître que vouloir atteindre ces objectifs en 2015 n'était pas réaliste.

Au plan démographique, les résultats du recensement de 2009 confirment l'accélération de la croissance de la population, dont le taux d'accroissement naturel est aujourd'hui de 3,5 % par an. Combinée à une croissance économique de 5 % par an, une telle croissance démographique ne permet une augmentation annuelle du PIB par tête que de 1,5 % par an. À ce rythme, une cinquantaine d'années serait nécessaire pour arriver à un doublement du PIB par tête. Celui-ci était estimé en 2011 à environ 400 000 FCFA (soit 1 530 dollars internationaux en parité pouvoir d'achat) ce qui reste faible.

La forte croissance démographique au Tchad est le résultat du maintien d'une fécondité élevée et de l'importance du nombre de jeunes dans la population. Avec environ 7 enfants par femme, le Tchad avait en 2010, la deuxième fécondité la plus élevée du monde après celle du Niger estimée à 7,6 enfants par femme. Cette forte fécondité est associée à un pourcentage élevé de grossesses à risques, ce qui a pour conséquence une mortalité maternelle record, des taux élevés de mortalité des enfants, et des pourcentages importants d'enfants souffrant de malnutrition chronique. Par ailleurs, un Tchadien sur deux a moins de 15 ans, et plus de deux Tchadiens sur trois ont moins de 25 ans. Dans ce contexte, on doit s'attendre dans les 20 ans qui viennent à un doublement de la population totale et à un doublement du nombre de jeunes arrivant sur le marché de l'emploi. On doit s'attendre aussi à un triplement de la population urbaine et de celle de N'Djamena, et à un quasi-doublement de la population rurale. Il conviendra donc de saisir les opportunités associées à cette nombreuse jeunesse. Mais il faudra en même temps prévenir les crises sociales toujours possibles, en réaction à des créations d'emplois jugées insuffisantes ou à une amélioration trop lente des conditions de vie, ce qui suppose une combinaison de politiques publiques avisées. Nourrir, soigner, éduquer et occuper tous les Tchadiens dans les 20 ans qui viennent ne sera donc pas une tâche facile.

Au plan économique, le Tchad devra gérer au mieux les revenus que lui procure le pétrole, diversifier son économie pour compenser la diminution prévisible de ses revenus pétroliers, et créer le maximum d'emplois pour les très nombreux jeunes qui arriveront sur le marché du travail. Au plan démographique, le Tchad devra faire face à une augmentation rapide de sa population, et il devra impérativement chercher à réduire le fort pourcentage de grossesses à risques. Ceci passe par le suivi des grossesses, une meilleure prise en charge à l'accouchement, mais aussi par la prévention des grossesses à risques. Ceci suppose une augmentation soutenue de l'utilisation de la contraception, utilisation qui est actuellement insignifiante.

Conscients de ces défis, les autorités tchadiennes ont adopté en 1994 une politique de population, qui a été révisée en 2007. Des politiques, plans et programmes en matière de santé, éducation, sécurité alimentaire et autres, ont également été adoptés, Mais ces politiques, plans et programmes, se sont avérés mal articulés entre eux. Le gouvernement tchadien a aussi adopté en 2003, puis en 2008 des stratégies de réduction de la pauvreté. La « Stratégie de croissance et de réduction de la

² En 2011, l'indice de développement humain du Tchad était estimé à 0,328, ce qui le plaçait au 183^e rang parmi les 187 pays classés dans le rapport 2011 du PNUD sur le développement humain, (http://www.undp.org/content/undp/fr/home/librarypage/hdr/human_developmentreport2011/)

³ République du Tchad 2008 – Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté au Tchad, SNRP2 : 2008-2011, N'Djamena, avril 2008, p. 37.

pauvreté » 2008-2011 visait en particulier une croissance économique robuste, le développement du secteur rural, le développement des infrastructures et la valorisation des ressources humaines. Mais pour atteindre ces objectifs, cette stratégie comptait essentiellement sur la croissance économique, sans tenir compte de la croissance de la population.

Pourtant, le développement a aussi une dimension démographique, et il est important que cette dimension soit prise en compte. Les revenus attendus du secteur pétrolier et de la diversification de l'économie devront servir en partie à améliorer le capital humain du pays. Mais ils devront aussi être utilisés pour accroître les investissements productifs dont le pays a besoin. L'impact de ces investissements ne sera durable que si parallèlement on observe une réduction rapide du nombre de personnes à charge par actif, ou taux de dépendance (particulièrement élevé au Tchad). C'est ce qu'ont fait les pays émergents⁴ grâce à la mise en œuvre de programmes visant à maîtriser leur fécondité. Ceci leur a permis d'entrer dans une « fenêtre d'opportunité démographique », puis, grâce à une structure par âge plus favorable de bénéficiaire, sous certaines conditions, d'un « dividende démographique » favorable à l'accélération de leur croissance économique.

Contrairement à une idée reçue, l'élévation du niveau de vie et le développement de l'éducation ne suffiront pas à eux seuls à enclencher automatiquement une maîtrise relativement rapide de la fécondité. Dans les pays émergents, les politiques de diversification économique, d'augmentation des niveaux d'éducation et de santé et les politiques de population ont été menées simultanément. Ces dernières ont visé en particulier à légitimer la planification familiale au travers de campagnes d'information, éducation et communication appelant les populations à changer leurs comportements reproductifs. Ces politiques ont également été accompagnées de la mise en place de services en santé de la reproduction, en quantité suffisante, accessibles et de qualité.

La réduction de la pauvreté dans des délais raisonnables au Tchad suppose évidemment une croissance économique forte et durable. Mais, ceci implique parallèlement une amélioration majeure du capital humain du pays. Or, dans les années qui viennent, il faudra faire face à la fois à une forte augmentation de la population, améliorer la couverture sanitaire et scolaire et maintenir des niveaux de qualité acceptables des soins et services rendus à la population. Ceci implique d'ici 2035 entre trois et six fois plus de moyens financiers que ceux qui sont mis en œuvre actuellement. Cela pourrait être facilité par une maîtrise relativement rapide de la fécondité et donc de la croissance démographique.

Le début de la maîtrise de la fécondité se fait toujours attendre au Tchad, et la fécondité a même augmenté ces dernières années. L'amorce de la maîtrise de la fécondité au Tchad suppose à la fois un engagement résolu des autorités et de leurs partenaires en faveur de la planification familiale et des moyens financiers importants. Il faut cependant garder à l'esprit que les coûts d'un programme de planification familiale sont à 10 ans d'échéance plus que compensés par « le gain fiscal », qui résulte des dépenses moindres pour l'éducation, l'amélioration de la santé maternelle et les vaccinations, du fait du ralentissement de l'augmentation du nombre de naissances consécutif à la maîtrise de la fécondité. Un investissement en planification familiale apparaît donc comme un investissement avec des retours importants à court et à long terme. Retours, qui faciliteront en même temps l'amélioration du capital humain que constituent les enfants d'aujourd'hui.

⁴ On peut définir les pays émergents comme des pays autrefois considérés « en développement », voire « sous-développés », dont le PIB par habitant reste inférieur à celui des pays développés, mais qui connaissent une croissance économique rapide et dont le niveau de vie et les structures économiques convergent vers ceux des pays développés. On peut citer parmi ces pays en Afrique : Maurice, la Tunisie, l'Égypte, le Maroc et l'Afrique du Sud, en Asie : l'Inde, la Chine, la Corée du Sud, Singapour, la Thaïlande, l'Indonésie, la Malaisie, la Turquie... et en Amérique latine : le Brésil, le Mexique. La liste des pays dits émergents varie cependant selon les sources et les auteurs. Par exemple, la Corée du Sud et Singapour sont souvent considérés aujourd'hui non pas comme des pays émergents, mais comme des pays développés.

2 La croissance démographique du Tchad s'accélère et elle va s'amplifier

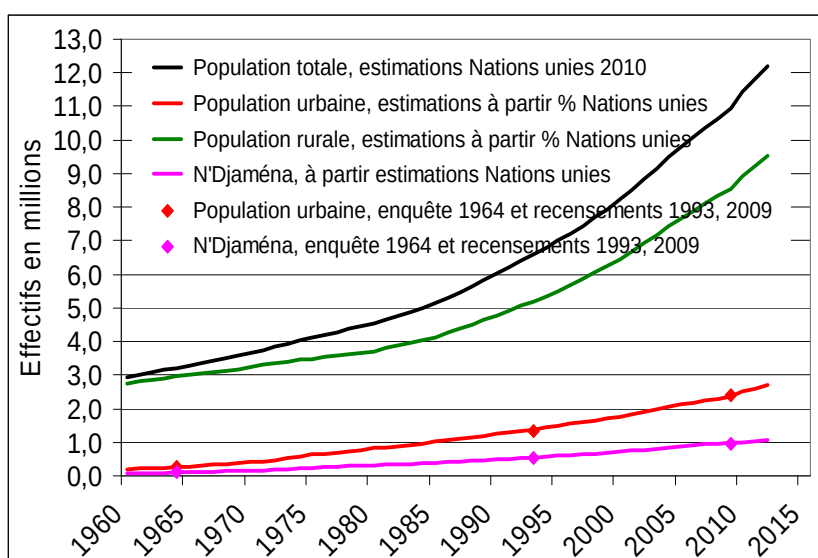
2.1 Un accroissement de la population sans précédent historique

La population du Tchad a été multipliée par quatre depuis l'indépendance. Elle est en effet passée de 3 millions d'habitants en 1960 à 11,5 millions d'habitants en 2010 (tableau 1 et figure 1.1.). Elle devrait dépasser les 12 millions d'habitants en 2012. Elle continue de s'accroître d'environ 400 000 personnes par an⁵.

Les résultats définitifs du deuxième recensement de la population de juin 2009⁶ donnent une population résidente totale de 11 039 873 d'habitants. Ces résultats révèlent aussi une accélération de la croissance démographique du pays. Le taux moyen d'accroissement trouvé entre les recensements de 1993 et 2009 est en effet de 3,6 % par an. En fait, la croissance démographique du Tchad est supérieure à 3 % par an depuis le milieu des années 1980.

Si entre 1960 et 2010, la population rurale a été multipliée par trois, la population urbaine a été multipliée au moins par 13, et celle de N'Djamena par 15⁷. Le Tchad devrait rester cependant et pour quelques décennies encore un pays majoritairement rural. Les résultats du recensement de juin 2009 indiquent que 78 % de la population tchadienne résidaient en milieu rural et 22 % en milieu urbain. Selon la définition adoptée en 2009 par l'INSEED, la population urbaine rassemble la population de 61 villes, alors que lors du recensement de 1993, 84 villes et tous les chefs-lieux d'unités administratives avaient été considérés comme urbains. La définition plus restrictive adoptée en 2009, mais qui reflète mieux le phénomène urbain, a conduit ainsi à une stagnation apparente du pourcentage de la population urbaine à 21-22 % entre 1993 et 2009.

Figure 1.1. Estimations de l'évolution de la population totale, urbaine, rurale et de N'Djamena de 1960 à 2012.



Source : voir note 5, 1960-2000, United Nations 2011 et 2012, puis 2001-2012 estimations.

⁵ On a repris pour la période 1960-2000 les estimations de la Division de la population des Nations unies de sa révision 2010 des projections de population, United Nations 2011, <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>, The 2010 Revision - Data Online, et de sa révision 2011 des projections d'urbanisation World Urbanization Prospects: The 2011 Revision - Data Online, United Nations 2012. On a ensuite estimé une évolution probable entre 2001 et 2012 compte tenu des résultats définitifs du recensement de juin 2009. La Division de la population des Nations unies publiera en 2013 à l'occasion de la révision biennale de ses projections de la population mondiale de nouvelles estimations de l'évolution de la population du Tchad et de ses composantes depuis 1950.

⁶ INSEED 2012, Données fournies par l'Institut national de la statistique, des études économiques et démographiques (INSEED) du Tchad en juillet 2012, voir aussi INSEED « Principaux indicateurs globaux issus de l'analyse thématique » du deuxième recensement de la population et de l'habitant (RGPH2, 2009) N'Djaména, août 2012.

⁷ Ces estimations sont très proches quoique légèrement inférieures à celles d'AFRICAPOLIS, AFRICAPOLIS 2010 - II. L'urbanisation en Afrique centrale et orientale - Fiche pays : République du Tchad par D. Harre, F. Moriconi-Ebrard, H. Hervé Gazel - Agence Française de Développement (AFD) / e-Geopolis, novembre 2010. http://e-geopolis.eu/IMG/pdf/AFRICAPOLISII_FICHES_PAYS2/FICHE%20PAYS%20TCHAD.pdf

Tableau 1 : Démographie, 1960-2010 (effectifs en milliers).

Indicateur	1960	1980	1990	2000	2010
Population totale en milliers	2 954	4 554	6 011	8 222	11 437
Taux de croissance annuel en %	2,1	2,2	3,1	3,5	3,2
Population urbaine	198	856	1 251	1 771	2 505
Pourcentage de la population urbaine	6,7	18,8	20,8	21,5	21,9
Population de N'Djamena	69	317	488	715	1 001
Population rurale	2 756	3 699	4 760	6 452	8 932
Pourcentage de la population rurale	93,3	81,2	79,2	78,5	78,1
Indice synthétique de fécondité	6,3	6,8	6,7	6,6	7,0
Espérance de vie à la naissance	40,3	47,9	50,7	48,5	52,9
Taux brut de natalité pour 1 000	45,8	48,3	47,4	47,8	49,0
Taux brut de mortalité en pour 1 000	24,8	19,0	16,6	17,6	14,8
Taux d'accroissement naturel pour 1 000	21,0	29,3	30,8	30,2	34,2
Naissances par an en milliers	136	221	285	396	561
Décès par an en milliers	73	87	100	146	170
Naissances – décès par an en milliers	62	134	185	250	391
Accroissement annuel en milliers	62	98	185	285	366
Enfants de moins de 5 ans	490	834	1 113	1 518	2 403
Enfants de moins de 15 ans	1 189	2 005	2 752	3 772	5 807
Enfants et jeunes de moins de 20 ans	1 469	2 449	3 359	4 647	6 912
Enfants et jeunes de moins de 25 ans	1 713	2 834	3 852	5 370	7 825
Enfants d'âge scolaire de 6 à 11 ans	434	726	1 016	1 598	2 147
Enfants d'âge scolaire de 12 à 18 ans	406	829	925	1 312	1 705
Jeunes de moins de 15 à 24 ans	523	829	1 100	1 597	2 018
Femmes de 15 à 49 ans	694	1 015	1 320	1 839	2 491
Population de 15 à 64 ans	1 652	2 382	3 050	4 191	5 288
Population de 65 ans et plus	113	167	210	259	341
% d'enfants de moins de 5 ans	16,6	18,3	18,5	18,5	21,0
% d'enfants de moins de 15 ans	40,3	44,0	45,8	45,9	50,8
% de jeunes de moins de 20 ans	49,7	53,8	55,9	56,5	60,4
% de jeunes de moins de 25 ans	58,0	62,2	64,1	65,3	68,4
% de la population de 15 à 64 ans	55,9	52,3	50,7	51,0	46,2
% de la population de 65 ans et plus	3,8	3,7	3,5	3,1	3,0
Taux de dépendance < 15 et 65+/15 à 64 ans (%)	79	91	97	100	116
Ratio actifs sur inactifs 15 à 64ans/<15 et 65+	1,27	1,10	1,03	1,00	0,86
% de la population de 20 à 64 ans	46,5	42,5	40,6	40,3	36,6
Taux de dépendance < 20 et 65+/20 à 64 ans (%)	115	135	146	148	173
Ratio actifs sur inactifs 20 à 64 ans/< 20 et 65+	0,87	0,74	0,68	0,68	0,58
% de la population de 25 à 64 ans	38,2	34,1	32,4	31,5	28,6
Taux de dépendance < 25 et 65+/25 à 64 ans (%)	162	193	208	217	250
Ratio actifs sur inactifs 25 à 64 ans/< 25 et 65+	0,62	0,52	0,48	0,46	0,40

Source : voir note 5, 1960-2000, United Nations 2011 et 2012, puis 2001-2011 estimations.

La population dénombrée pour la ville de N'Djamena en juin 2009 : 951 418 représentait 40 % de l'ensemble de la population urbaine du pays et 8,6 % de la population totale. Ce résultat est cohérent avec l'estimation en 2010, soit un an plus tard, de la population de l'agglomération de N'Djamena de 1,039 millions d'habitants réalisée dans le cadre du projet d'AFRICAPOLIS à partir d'images satellites.

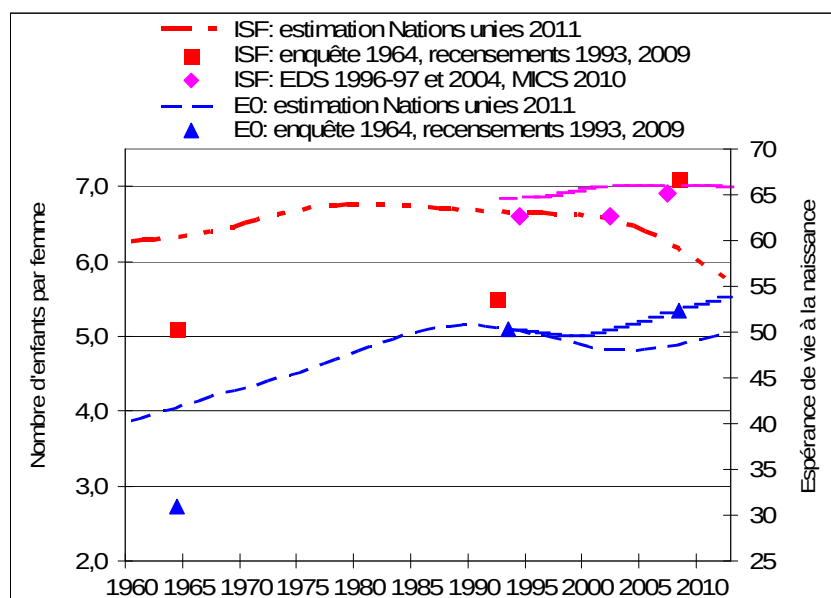
Globalement, la densité de la population : 9 habitants au kilomètre carré apparaît faible. Mais près de 60 % (57 %) de la superficie du pays qui est de 1°284°000 kilomètres carrés est occupée par le désert du Sahara où vit moins de 3 % de la population. Dans les 550 000 kilomètres carrés restants, la densité moyenne est ainsi de 22 habitants au kilomètre carré, mais avec des variations importantes d'une région à l'autre.

Le Tchad dispose donc encore d'espaces disponibles pour une mise en valeur agricole ou autre. Il faut souligner cependant que la croissance démographique du pays, aujourd'hui supérieure à 3 % par an et la croissance des villes et de N'Djamena sont sans précédent dans l'histoire des populations humaines (sauf en cas d'immigration massive). Ces augmentations ont conduit ces dernières années à un doublement de la population totale en 22 ans, et à un doublement de la population urbaine et de celle de N'Djamena en 20 ans. Faire face à de telles augmentations suppose une rapidité exceptionnelle d'adaptation des populations et des autorités, ainsi que des moyens considérables.

L'augmentation rapide de la population totale est la conséquence de la baisse de la mortalité, au moins jusque dans les années 1980, et du maintien sur une période exceptionnellement longue d'une fécondité élevée. Dans ce contexte, l'urbanisation a fortement progressé et elle a été amplifiée par les migrations consécutives aux grandes sécheresses et aux troubles intérieurs qu'a connus le Tchad.

Les données disponibles sur la mortalité et la fécondité sont différentes selon les sources (figure 1.2). Ainsi, l'espérance de vie à la naissance était estimée en 2009 à 48,7 ans par la Division de la population des Nations unies et à 52,4 par l'INSEED pour 2008-2009⁸. Il est clair cependant que quelle que soit l'estimation retenue, la première phase de la transition démographique, la baisse de la mortalité (qui conduit à une augmentation de l'espérance de vie) a commencé et qu'après l'arrêt de cette baisse observée dans les années 1990 et 2000, la reprise amorcée récemment devrait se poursuivre.

Figure 1.2. Estimations de l'évolution de l'indice synthétique de fécondité (ISF) et de l'espérance de vie à la naissance (E0), 1960-2012.



Sources : 1960-2012, United Nations 2011. Enquêtes et recensements avec pour les EDS 1996-1997, 2004 et la MICS 2010 : ISF 5 ans avant l'enquête, et pour les recensements de 1993 et 2009, ISF les 12 mois précédents.

⁸ Cette estimation est basée sur les décès survenus au cours des 12 mois précédant le recensement de juin 2009 (donc entre juin 2008 et juin 2009) déclarés par les ménages. En fait, les marges d'erreur, d'observation et d'échantillonnage, qui entachent tous les résultats d'enquêtes et de recensements et sur lesquels sont basées ces estimations, ainsi que les types d'ajustements différents qui sont effectués ensuite conduisent à des espérances de vie à la naissance qui peuvent varier de quelques années d'une source à l'autre.

Par contre, la seconde phase de la transition démographique : la baisse de la fécondité n'a pas encore commencé. En effet, non seulement la fécondité n'a pas baissé ces dernières années, mais elle a même augmenté. Sur la base des données anciennes de l'Enquête démographique et de santé (EDS 2004) réalisée au Tchad en 2004, la Division de la population des Nations unies avait anticipé une baisse de la fécondité et l'avait estimée à 6 enfants par femme en 2010. Les résultats du recensement de juin 2009 et ceux de l'Enquête par grappes à indicateurs multiples de 2010 (MICS 2010), indiquent au contraire une augmentation récente de la fécondité. Les données du recensement donnent ainsi pour les 12 mois précédant juin 2009 une fécondité de 7,1 enfants par femme, et les données de l'enquête MICS 2010 donnent pour les cinq années précédentes une fécondité de 6,9 enfants par femme⁹. C'est la deuxième fécondité la plus élevée du monde après celle du Niger. Les résultats préliminaires de l'Enquête démographique et de santé réalisée au Niger en 2012 donnent en effet une fécondité de 7,6 enfants par femme au cours des trois années précédant l'enquête.

Les grossesses et les naissances au Tchad sont précoces, peu espacées, nombreuses et aussi tardives, ceci dans un contexte de faible utilisation de la contraception. Une modification de ces facteurs, par exemple une réduction de l'intervalle intergénéral du fait de la diminution de la durée de l'allaitement et de la durée de l'abstinence postpartum, peut avoir favorisé l'augmentation récente de la fécondité au Tchad. La diminution de la stérilité primaire et secondaire peut avoir eu le même effet. Il conviendra d'essayer d'expliquer précisément les raisons de cette augmentation.

Globalement, la croissance démographique n'a été affectée que marginalement par l'impact de l'épidémie du VIH/Sida. Mais celle-ci a eu un impact important sur l'évolution de la mortalité. Selon les estimations d'ONUSIDA reprises dans la révision 2010 des projections de la Division de la population des Nations unies, l'espérance de vie à la naissance, après avoir progressé pendant les trois premières décennies de l'indépendance, aurait diminué de deux ans entre 1985 et 2005. On estime qu'elle aurait repris sa progression à partir de 2005. L'estimation plus élevée (de 2,5 ans) de l'espérance de vie à la naissance tirée des données du recensement de 2009, impliquerait une reprise de cette progression plus rapide et antérieure à 2005.

La diminution passée de l'espérance de vie à la naissance a plusieurs causes liées entre elles. Il s'agit en particulier de l'impact négatif sur le système de santé des troubles politiques et militaires qui ont affecté le Tchad entre 1960 et 1990, et de la hausse de la mortalité chez les adultes et chez les enfants imputable au VIH/Sida. Ces deux facteurs semblent être les principaux facteurs à l'origine de l'arrêt de la baisse de la mortalité révélé par les enquêtes, notamment chez les enfants.

Concernant le VIH/Sida, ONUSIDA estimait en 2009 la prévalence de la maladie parmi la population de 15 à 49 ans entre 2,8 % et 5,1 % (avec une valeur centrale de 3,4 %). ONUSIDA estimait, toujours en 2009, le nombre de personnes infectées (adultes et enfants) entre 170 000 et 300 000 (valeur centrale 210 000)¹⁰. Parmi l'ensemble des personnes infectées, on estimait entre 12 000 et 35 000, le nombre d'enfants de moins de 15 ans infectés, soit environ 10 % du total, et entre 88 000 et 160 000 le nombre de femmes adultes infectées, soit environ 60 % du total.

Enfin, ONUSIDA estimait toujours en 2009 entre 8 000 et 15 000 le nombre de décès liés au VIH/Sida – soit entre 4 % et 8 % du total des décès de l'année, et le nombre d'adultes nouvellement infectés entre 8 000 et 39 000.

Au total, depuis le début de l'épidémie dans les années 1980, 170 000 personnes seraient mortes du VIH/Sida au Tchad, dont près de 120 000 entre 2001 et 2010¹¹. Du fait de ces décès, le nombre d'orphelins de 0 à 17 ans devait se situer en 2009 entre 79 000 et 170 000 (valeur centrale 120 000). Néanmoins, ONUSIDA estimait à partir des données disponibles au niveau national que le pic de prévalence de l'épidémie parmi la population de 15 à 49 ans aurait été atteint en 2005 avec une

⁹ INSEED 2012 « Principaux indicateurs globaux issus de l'analyse thématique » du deuxième recensement de la population et de l'habitant (RGPH2, 2009) N'Djaména, août 2012, et INSEED 2011 « MICS-Tchad 2010 – Enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS 2010 (INSEED-Unicef-UNFPA), Rapport final, mai 2011.

¹⁰ UNAIDS Report on The Global Aids Epidemic, 2010. http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.html voir pages 180 à 186. À noter que ces données ont été révisées récemment, voir SPECTRUM 2012 : Final UNAIDS AIM version for 2011 country analysis, version 4.49 12 mai 2012, <http://futuresinstitute.org/Pages/Spectrum.aspx>

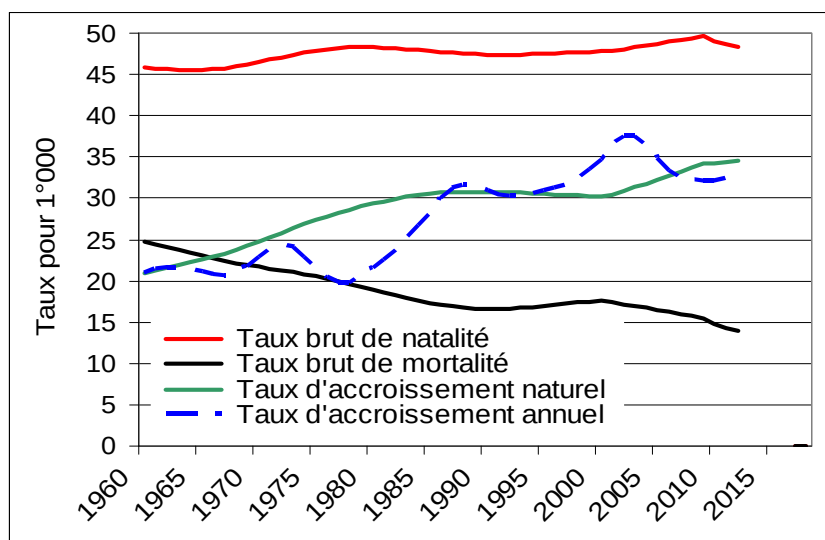
¹¹ Ces données sont tirées du module AIMS de SPECTRUM version 4.49, mai 2012, du Futures Institute (<http://www.futuresinstitute.org/pages/spectrum.aspx>) en utilisant pour la période 1970 à 2010 les données du Tchad (Country Data Easyproj) qui s'appuient sur les estimations rétrospectives 1950-2010 faites par la Division de la population des Nations unies dans la révision 2010 de leurs projections.

valeur centrale de 3,5 % (3,41 % en 2006 selon la révision de mai 2012), supposée diminuer progressivement ensuite (à 3,3 % en 2010, 2,45 % en 2030 et 1,75 % en 2050¹²) (voir en 2.2).

La combinaison de ces évolutions de la fécondité et de la mortalité a conduit à une accélération de la croissance naturelle de la population qui est passée de 2 % par an au début des années 1960 à plus de 3 % par an à partir des années 1980 (figure 1.3).

Les mouvements migratoires et surtout de réfugiés au départ ou à destination du Tchad, et les retours qui ont suivi ont eu des impacts variables selon les époques sur l'accroissement démographique du pays. La Division de la population des Nations unies a estimé en 2010 un solde migratoire négatif de 412 000 personnes au total entre 1960 et 1994, puis un solde positif entre 1995 et 2005 de 292 000 personnes, puis un solde négatif entre 2006 et 2012, correspondant en partie aux retours d'un certain nombre de réfugiés dans leur pays.

Figure 1.3. Évolution des taux de natalité, mortalité, d'accroissement naturel et annuel, 1960-2010.



Source : voir note 5, 1960-2000, United Nations 2011, puis 2001-2012 estimations.

La première période (1960 et 1994) est marquée entre 1975 et 1990 par plusieurs changements tumultueux de gouvernements et les deux « batailles de N'Djamena » en 1979 et 1980. Elle est caractérisée par des départs nets du Tchad de 20 000 à 40 000 personnes par an entre 1975 et 1984, les années 1977, 1978, 1979 et 1980 enregistrant chacune plus de 35 000 départs nets. Au milieu des années 1990, les troubles qui affectent la République centrafricaine, puis dans les années 2000 le conflit du Darfour, province frontalière du Soudan, et de nouveaux troubles en République centrafricaine conduisent à un afflux de réfugiés au Tchad, d'où le solde de 292 000 entrées nettes donné pour la période 1995 à 2005.

Le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) donne dans son rapport 2010, un nombre total de réfugiés relevant de sa compétence¹³ de 329 000, parmi lesquels 264 100 réfugiés du Soudan et 64 400 réfugiés de République centrafricaine. Le dernier recensement donne, quant à lui, 271 000 réfugiés au Tchad en juin 2009.

En 2010, selon les estimations de la Banque mondiale¹⁴, l'ensemble de ces mouvements de migrants et de réfugiés s'est traduit en termes de stocks en 243 000 émigrants tchadiens vivant à l'extérieur du Tchad, soit 2 % de la population résidente. Selon les données disponibles, ces émigrés étaient installés principalement dans les pays voisins (Cameroun, Soudan, République centrafricaine, Nigeria et Congo, ainsi qu'en Libye), et dans une moindre mesure hors d'Afrique (Arabie Saoudite, France, Canada, États-Unis et Allemagne). D'après les données disponibles, ceux ayant une éducation supérieure parmi ces émigrants étaient peu nombreux. Par ailleurs, le nombre d'immigrants au Tchad était estimé toujours en 2010 à 388 000 personnes, soit 3,4 % de la population résidente, mais comprenait 75 % de réfugiés, soit près de 300 000 personnes. Ces immigrants et réfugiés venaient

¹² Ce sont les hypothèses retenues dans la révision 2010 des projections de la Division de la population des Nations unies mises en ligne en mai 2011.

¹³ UNHCR Global Report 2010 – <http://www.unhcr.org/gr10/index.html#/home> aller à Africa puis Chad (French) <http://www.unhcr.org/4dfdbf47a.html>, p. 59, Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés.

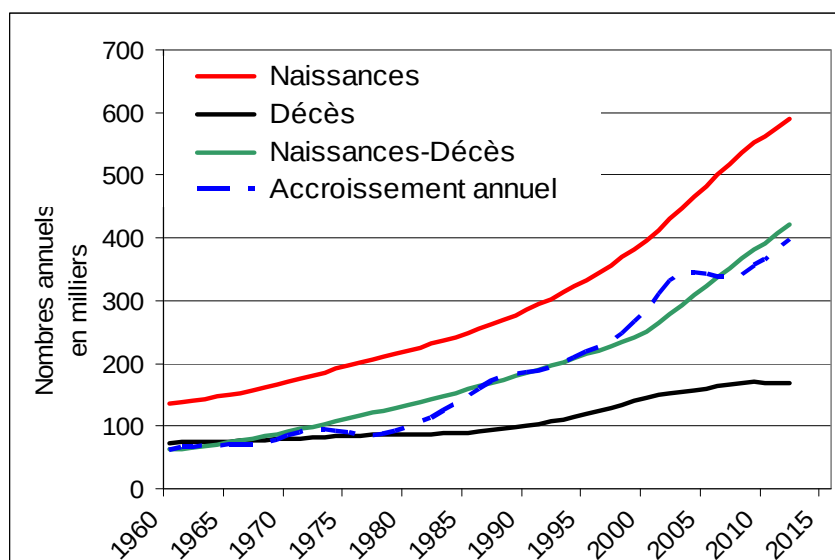
¹⁴ World Bank, 2010 – Migrations and remittances, Factbook 2011, 2^e édition, novembre 2010, p. 90.

également en majorité des pays voisins (Nigeria, République centrafricaine, Cameroun, Soudan, Niger, Libye). On doit signaler enfin pour 2011 l'impact au Tchad de la guerre qui a affecté la Libye. Selon certaines estimations, le Tchad comptait au début des années 2000 environ 300 000 ressortissants en Libye¹⁵. En mars 2012, l'IOM a fait état de 87 000 migrants tchadiens de retour au pays venant de Libye, représentant 40 % de l'ensemble des retours de nationaux d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale dans leurs pays d'origine respectifs¹⁶. L'ensemble de ces retours a concerné essentiellement des hommes âgés de 20 à 40 ans, qui étaient pour la plupart en Libye depuis peu (3 ans en moyenne) et dont la migration était surtout une migration de travail non permanente.

Au total, ces mouvements de migrants et de réfugiés ont maintenu de 1960 jusqu'au début des années 1980 l'accroissement annuel de la population autour de 2 % par an, alors que l'accroissement naturel augmentait et atteignait 3 % par an. Mais à partir des années 1990, les mouvements migratoires et de réfugiés ont été de moindre ampleur par rapport à l'accroissement naturel et la différence entre le taux d'accroissement naturel et le taux d'accroissement annuel est devenue moins importante.

Appliqués à une population croissante, ces taux élevés ont généré des augmentations très rapides du nombre annuel de naissances : de 136 000 en 1960 à 560 000 en 2010, et de l'accroissement annuel de population d'environ 60 000 en 1960 à près de 400 000 en 2010 (figure 1.4).

Figure 1.4. Évolution des naissances, décès, de l'accroissement naturel et annuel de la population, 1960-2010.



Source : voir note 5, 1960-2000, United Nations 2011, puis 2001-2012 estimations.

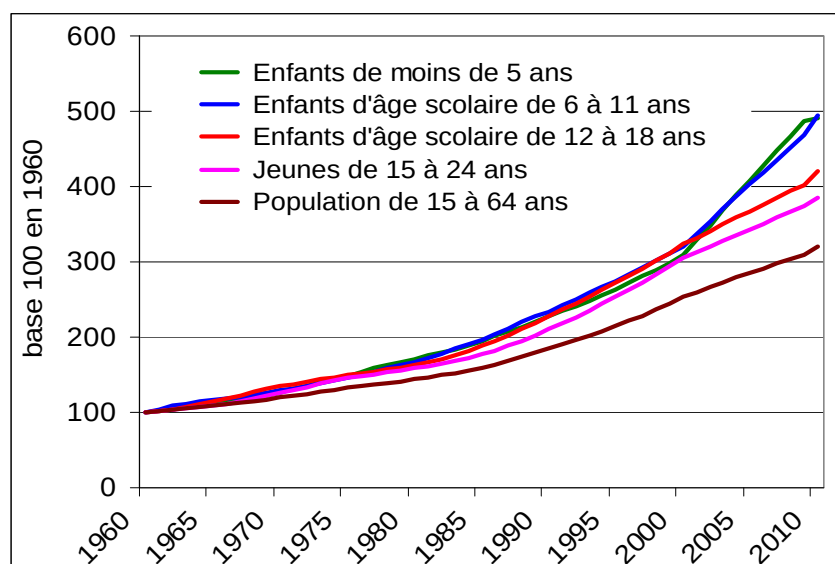
Parallèlement, les effectifs de jeunes ont fortement augmenté. C'est ainsi qu'entre 1960 et 2010, les effectifs des moins de 5 ans et des enfants d'âge scolaire de 6 à 11 ans ont été multipliés par 5, ceux des enfants âgés de 12 à 18 ans par 4,2, et ceux des jeunes de 15 à 24 ans (les entrants sur le marché du travail) par près de 4 (figure 1.5).

Pendant le même temps, la population active potentielle âgée de 15 à 64 ans a été multipliée par 3,2. Il s'en est suivi un rajeunissement sensible de la population. De 1960 à 2010, le pourcentage des moins de 15 ans est ainsi passé de 40 % à 50 %, celui des moins de 20 ans de 50 % à 60 % et celui des moins de 25 ans de 58 % à 68 %. Aujourd'hui, un Tchadien sur deux a moins de 15 ans, et plus de deux Tchadiens sur trois ont moins de 25 ans.

¹⁵ GREGOIRE Emmanuel, « Les migrations ouest-africaines en Libye », in Laurence Marfaing et Steffen Wippel (dir.), *Les relations transsahariennes à l'époque contemporaine*, Paris, 2004, cité dans International Crisis Group 2011 : L'Afrique sans Kadhafi : le cas du Tchad. Rapport Afrique N°180 – 21 octobre 2011. <http://www.crisisgroup.org/~media/Files/africa/central-africa/chad/180%20L'Afrique%20sans%20Kadhafi%20-%20le%20cas%20du%20Tchad.pdf>.

¹⁶ IOM 2012, Policy in Brief, May 2012 - International Organization for Migration (IOM). http://publications.iom.int/bookstore/free/Policy_In_Brief.pdf

Figure 1.5. Évolution de populations d'âges spécifiques, base 100 en 1960.



Source : voir note 5, 1960-2000, United Nations 2011, puis 2001-2012 estimations.

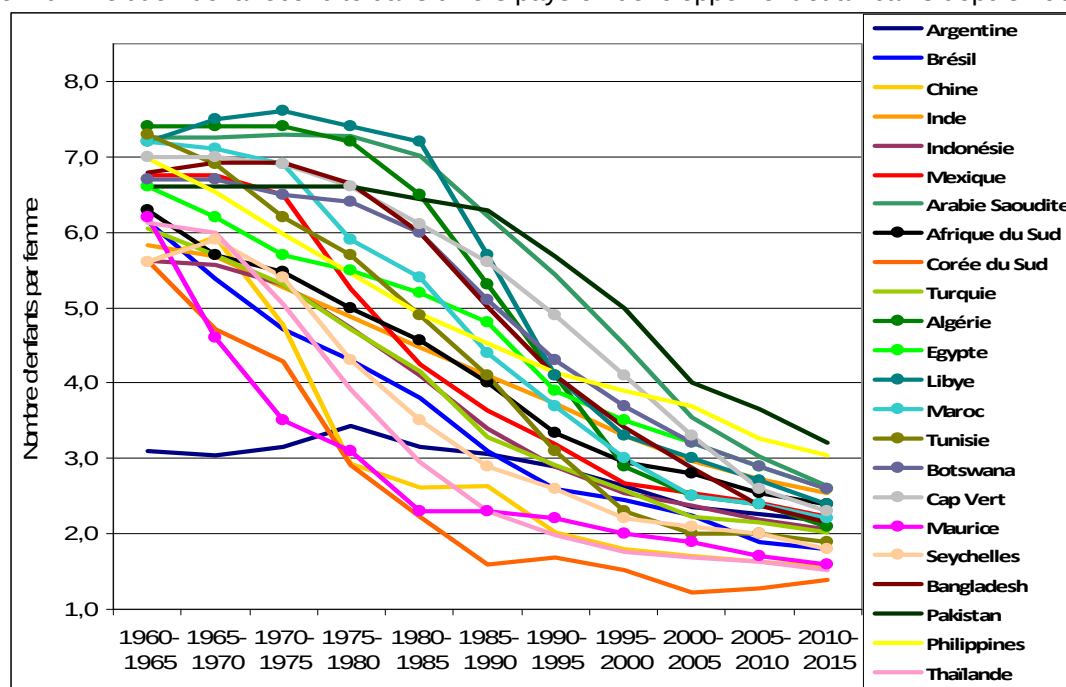
Cette évolution – maintien depuis 1960 d'une forte croissance démographique et augmentation continue du nombre de jeunes – est en complet décalage avec les évolutions observées dans les pays qualifiés dans les années 1950 de pays « sous-développés » devenus aujourd'hui pays émergents. Il faut noter que ces pays ont généralement mis en place très tôt des politiques de réduction rapide de leur fécondité et donc de leur croissance démographique.

Pour illustrer ce décalage, nous avons comparé l'évolution de la fécondité dans divers pays émergents et africains (23 pays au total). La figure 1.6, retrace l'évolution de la fécondité depuis 1960 dans ces pays : les 10 pays en développement qui font partie du Groupe du G20 : Argentine, Brésil, Chine, Inde, Indonésie, Mexique, Corée du Sud, Afrique du Sud, Arabie Saoudite et Turquie auxquels on a ajouté les cinq pays d'Afrique du Nord : Algérie, Égypte, Libye, Maroc, Tunisie, les quatre pays d'Afrique subsaharienne qui avec l'Afrique du Sud, sont les cinq seuls pays de la région qui ont presque achevé leur transition de la fécondité : Botswana, Cap Vert, Maurice et Seychelles (qui représentent 7% de la population de la région), et quatre pays asiatiques : le Bangladesh (musulman) et la Thaïlande (bouddhiste) où des programmes de maîtrise de la fécondité ont été mis en place avec succès, et le Pakistan (musulman) et les Philippines (catholique) où les programmes mis en place ont rencontré une vive opposition. Malgré l'hétérogénéité de ces pays, on notera que la fécondité y a fortement diminué, passant en gros de 6 à 7 enfants par femme au début des années 1960 à 1,5 à 3 enfants par femme vers 2010. Pour la période 2005-2010 (la mieux connue), les estimations les plus basses (de 1,3 à 1,7 enfant par femme) étaient celles de la Corée du Sud, de la Thaïlande, de la Chine et de Maurice, et les plus hautes, entre 3 et 3,7 enfants par femme étaient celles du Pakistan, des Philippines et de l'Arabie Saoudite avec respectivement 3,7, 3,3 et 3 enfants par femme.

Par contraste, 42 pays des 47 pays souverains d'Afrique subsaharienne¹⁷, représentant 93% de la population de la région avaient des niveaux de fécondité estimés par la Division de la population des Nations unies ou selon les résultats des enquêtes les plus récentes réalisées entre 2009 et 2012 égaux ou supérieurs à 4 enfants par femme en moyenne. La figure 1.7, retrace l'évolution de la fécondité depuis 1960 dans 23 de ces 42 pays. On distingue parmi ceux-ci, trois pays dont la transition de la fécondité est plus ou moins en voie d'achèvement avec entre 3 et moins de 4 enfants par femme (Lesotho, Namibie, et Swaziland), 15 pays dont la transition est cours avec entre 4 et moins de 5 enfants par femme (dont le Zimbabwe, le Ghana, le Rwanda, l'Éthiopie, le Kenya, le Togo, Madagascar, et le Bénin), 15 pays dont la transition est lente et irrégulière, avec entre 5 et moins de 6 enfants par femme (dont la Côte d'Ivoire, le Sénégal, le Cameroun, la Tanzanie, le Malawi, le Nigeria, le Mozambique, et le Libéria, ainsi que le Soudan), et enfin neuf pays représentant 19% de la population d'Afrique subsaharienne dont la transition est très lente voire pas encore amorcée, avec toujours plus de 6 enfants par femme en moyenne. Il s'agit du Burkina Faso, de l'Ouganda, de la Zambie, de la République Démocratique du Congo, du Burundi, de la Somalie, du Mali, du Tchad, et du Niger. La plupart de ces pays sont enclavés, avec de faibles niveaux d'urbanisation et un engagement politique modeste en faveur de la maîtrise de la fécondité et de la planification familiale.

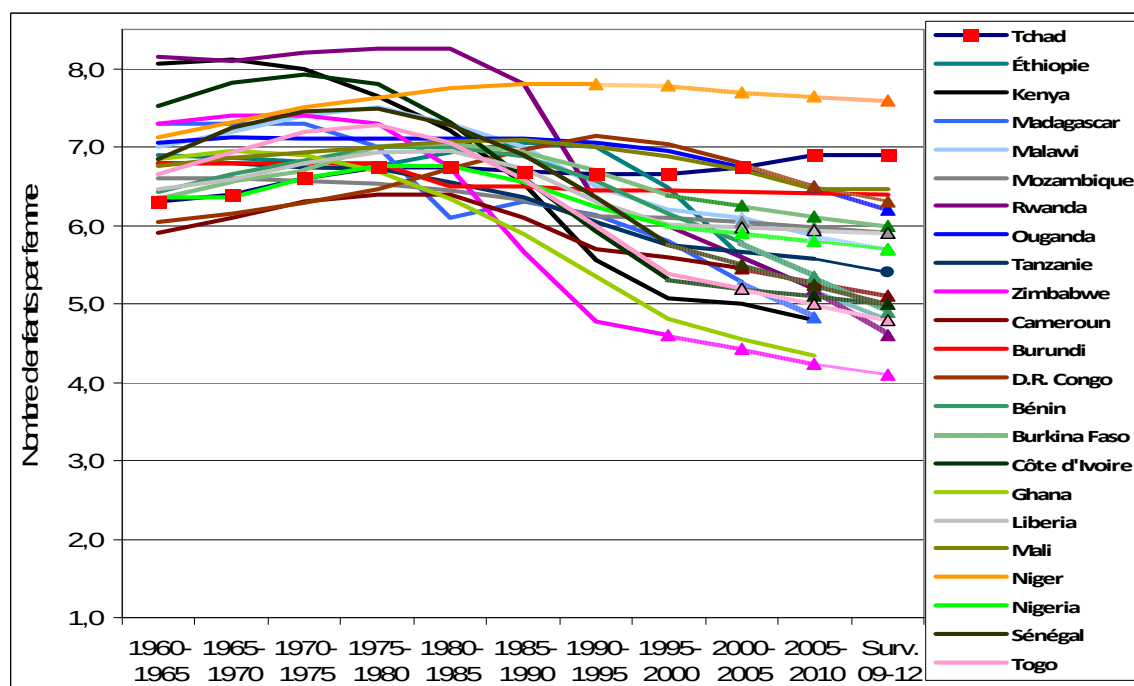
¹⁷ En fait 44 pays sur 48 si on inclut le Soudan du Sud qui est devenu indépendant en juillet 2011.

Figure 1.6. Évolution de la fécondité dans divers pays en développement et africains depuis 1960.



Sources : United Nations 2011, et enquêtes EDS/DHS et MICS4 (résultats définitifs ou préliminaires)¹⁸

Figure 1.7. Évolution de la fécondité dans divers pays africains et au Tchad depuis 1960.



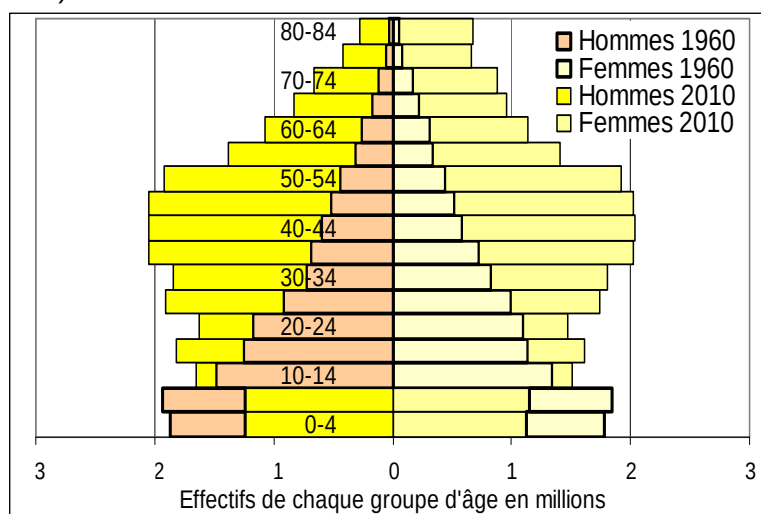
Sources : United Nations 2011, et enquêtes EDS/DHS et MICS4 (résultats définitifs ou préliminaires)¹⁸

Malgré les baisses très rapides de fécondité enregistrées dans le premier groupe de pays : pays émergents et africains ayant achevé ou sur le point d'achever la maîtrise de leur fécondité, les populations ont continué à augmenter du fait de leurs structures par âge restées relativement jeunes et des diminutions de mortalité obtenues grâce à de meilleures performances de leurs systèmes sanitaires et aux progrès accomplis en matière d'hygiène, de nutrition, et d'alimentation. En fait, l'impact des baisses de la fécondité dans ces pays s'est d'abord fait sentir sur l'évolution du nombre des naissances, et par ricochet sur les structures par âge (voir figure 1.8, l'exemple de la Corée du Sud). C'est ainsi qu'entre le début des années 1960 et le début des années 2010, le nombre de naissances annuelles a diminué de moitié en Corée du Sud, de même qu'à Maurice, d'un tiers en Chine, et de 10 % à 20 % au Brésil et en Tunisie. Mais dans la plupart des autres pays, le nombre de

¹⁸ Enquêtes EDS/DHS <http://www.measuredhs.com/>. Enquêtes MICS http://www.childinfo.org/mics4_surveys.html

naissances annuelles a été plus ou moins stabilisé soit à son niveau des années 1960 (Cap-Vert, Indonésie, Maroc, Turquie, Mexique), soit à un niveau supérieur de 40 % à 60 % (Égypte, Inde, Afrique du Sud) et davantage en Libye et en Arabie Saoudite, pays d'immigration.

Figure 1.8 Pyramide des âges de la Corée du Sud en 1960 (25 millions d'habitants) et en 2010 (48 millions d'habitants).



Source : United Nations 2011.

Les générations nombreuses des années 1960 qui ont été des années de forte fécondité sont arrivées dans les années 1980 et 1990 aux âges d'entrée en activité vers 15 ans, 20 ans ou 25 ans selon que la plupart de ces jeunes poursuivent ou non des études au secondaire et à l'université (et aussi dépendant de l'importance du chômage). Parallèlement, la stabilisation du nombre d'enfants consécutive aux baisses de fécondité observées dans les années 1960 et 1970 s'est amorcée. La combinaison de ces deux phénomènes – entrée en activité de nombreux jeunes et stabilisation du nombre d'enfants – a conduit dans les pays concernés à une diminution progressive de leurs taux de dépendance, ou rapport entre les effectifs des personnes à charge (enfants et personnes âgées) et les effectifs d'« actifs potentiels », âgés de 15 à 64 ans (ou de 20 à 64 ans, ou de 25 à 64 ans selon la définition retenue).

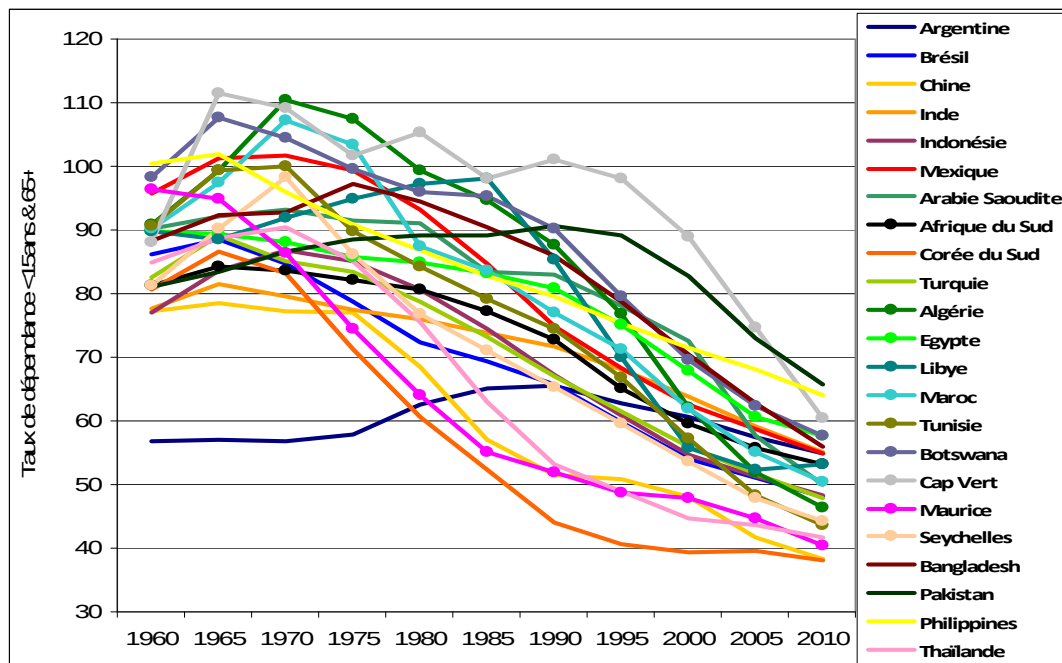
Les taux de dépendance dans ces pays qui étaient compris en gros entre 80 et 110 dépendants pour 100 « actifs potentiels » de 15 à 64 ans dans les années 1960 et 1970, ont ainsi diminué pour se situer aujourd'hui entre 40 et 60 dépendants (figure 1.9), sauf au Pakistan et aux Philippines où ils restent un peu plus élevés. Ceci correspond inversement, de 1,8 à 2,7 « actifs potentiels » de 15 à 64 ans par dépendant. Les taux de dépendance les plus bas (d'environ 40 dépendants pour 100 « actifs potentiels ») sont ceux de la Corée du Sud, de la Chine, de Maurice et de la Thaïlande où les niveaux de fécondité actuels sont les plus bas. Dans les 23 pays retenus donc, les actifs potentiels de 15 à 64 ans qui étaient au début des années 1960 aussi nombreux ou presque aussi nombreux que leurs dépendants sont devenus deux fois plus nombreux que ces derniers.

Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne au contraire, les taux de dépendance qui étaient compris en gros dans les années 1960 entre 80 et 100 dépendants pour 100 « actifs potentiels » de 15 à 64 ans, restaient en 2010 toujours compris dans cette fourchette (figure 1.10) soit à des niveaux deux fois supérieurs à ceux des pays émergents aujourd'hui, et en 2010 quatre pays seulement avaient des taux de dépendance inférieurs à 80 (le Ghana, le Togo, le Zimbabwe et le Cameroun). Par ailleurs, dans plusieurs pays les taux de dépendance étaient en 2010 supérieurs à leur niveau de 1960, et ils ont même augmenté ces dernières années au Niger et surtout au Tchad. C'est ainsi qu'au Tchad les « actifs potentiels » de 15 à 64 ans sont devenus moins nombreux que leurs dépendants, puisqu'en 2010 on observe près de 115 dépendants pour 100 « actifs potentiels » contre 80 en 1960. Cette évolution est la conséquence du maintien au cours des 50 dernières d'une forte fécondité et de son augmentation récente puisque les « dépendants » sont constitués à 95 % d'enfants de moins de 15 ans.

La diminution des taux de dépendance a permis aux pays émergents de mieux maîtriser l'augmentation de leurs dépenses en santé et en éducation imputables auparavant à l'augmentation continue du nombre d'enfants et de jeunes. Ceci leur a ainsi ouvert ce qu'on a appelé une « fenêtre d'opportunité démographique » plus favorable à l'épargne, aux investissements productifs et aux

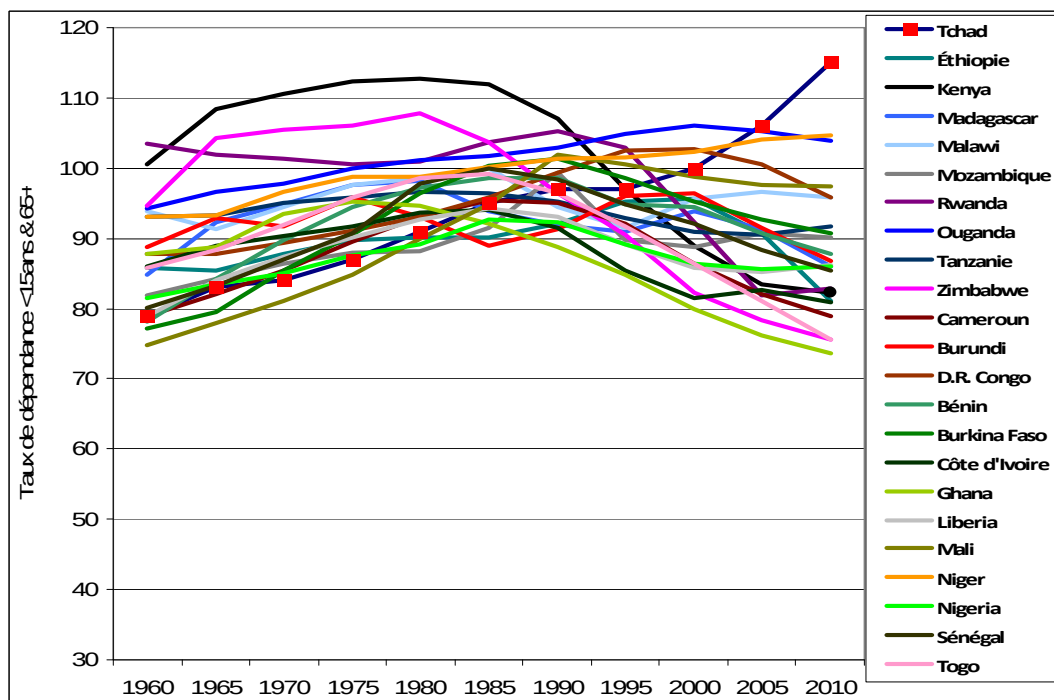
investissements dans le capital humain. À l'inverse, les charges pour les « actifs » tchadiens se sont alourdies.

Figure 1.9. Évolution du taux de dépendance – effectifs de moins de 15 ans et des 65 ans et plus pour 100 « actifs » de 15 à 64 ans – dans divers pays en développement et africains depuis 1960



Sources : United Nations 2011/

Figure 1.10 Évolution du taux de dépendance – effectifs de moins de 15 ans et des 65 ans et plus pour 100 « actifs » de 15 à 64 ans – dans divers pays africains et au Tchad depuis 1960



Sources : 1960-2010, United Nations 2011, Tchad : 1960-1995, United Nations 2011, puis 1995 à 2015 estimations basées sur les résultats du recensement de 2009.

Il faut ajouter que le taux de dépendance par rapport aux « actifs potentiels » de 15 à 64 ans ne reflète qu'une partie des charges qui pèsent sur les actifs. Tout d'abord, toutes les personnes de 15 à 64 ans ne travaillent pas, loin s'en faut. Ensuite, la majorité des actifs occupés au Tchad le sont dans des activités relevant de l'agriculture et du secteur informel qui sont peu ou mal rémunérées. Ainsi, lorsqu'on calcule un taux de dépendance par rapport aux « actifs » de 20 à 64 ans, on obtient en 2010

pour le Tchad, 173 dépendants pour 100 « actifs potentiels » de 20 à 64 ans. Si on calcule un taux de dépendance par rapport aux « actifs » de 25 à 64 ans, on obtient 250 dépendants pour 100 « actifs potentiels » de 25 à 64 ans, soit deux fois plus qu'en considérant les actifs de 15 à 64 ans. L'augmentation attendue des taux de scolarisation des jeunes dans le secondaire et l'extension possible d'un chômage plus important chez les jeunes pourraient amener à considérer le taux de dépendance par rapport aux « actifs potentiels » de 20 à 64 ans, comme plus approprié pour estimer les charges pesant sur les actifs. Et les charges qui incombent aux actifs ayant un emploi au Tchad sont considérables.

2.2 22 à 23 millions de Tchadiens en 2030

À partir de cette reconstitution du passé et des données les plus récentes disponibles, peut-on « prédire » quelle sera l'évolution future de la population du Tchad ?

Les projections passées concernant le Tchad ont sous-estimé la rapidité de sa croissance démographique. C'est le cas par exemple des projections réalisées en 1982 par la Division de la population des Nations unies. Partant alors d'une hypothèse moyenne d'évolution de la fécondité de 6 enfants par femme dans les années 1960 et 1970, supposée diminuer à 5 enfants en 2010, ces projections estimaient qu'un taux maximum d'accroissement de 2,5 % par an serait atteint dans les années 1990 et 2000. La population du Tchad était ainsi supposée atteindre 9,4 millions en 2010, soit 2 millions de moins que la population estimée à partir des résultats du recensement de 2009¹⁹. On notera que dans les projections des Nations unies, l'évolution future de la fécondité est déterminée en fonction de modèles de baisse de la fécondité construits à partir des évolutions observées dans divers pays en développement depuis 1950²⁰.

Les premières projections nationales réalisées au Tchad en 2004, ont également sous-estimé l'accélération de la croissance démographique du pays²¹. Pourtant dans ces projections, les niveaux futurs de fécondité dépendaient des valeurs de ses principaux déterminants proches, en particulier de la prévalence de la contraception. C'est ainsi que partant d'une estimation de la fécondité de 6,65 enfants par femme en 2000, celle-ci était supposée atteindre entre 5,7 et 6,2 enfants par femme en 2010 selon les hypothèses retenues d'augmentation de l'utilisation de la contraception : augmentation rapide ou lente. Mais comme on l'a vu, la fécondité a augmenté ces dernières années et elle serait aujourd'hui d'environ 7,0 enfants par femme (voir en 2.1). Concernant la mortalité, l'évolution future de l'espérance de vie à la naissance dépendait comme dans les projections des Nations unies de l'évolution supposée de l'épidémie du VIH/Sida. Cependant, dans les projections faites au Tchad en 2004, plusieurs hypothèses avaient été retenues. Partant d'une estimation de la prévalence du VIH/Sida parmi la population adulte de 15 à 49 ans de 4 % en 2000, il avait été retenu une hypothèse de diffusion rapide de l'épidémie, avec une prévalence maximum de 15 % atteinte en 2015, une hypothèse de diffusion lente et de maîtrise rapide de l'épidémie, avec une prévalence maximum de 5 % atteinte en 2005, et une hypothèse dite moyenne, avec une prévalence maximum de 10 % atteinte en 2010. La prévalence maximum a bien été atteinte en 2005 (ou 2006) (voir en 2.1), mais le niveau atteint : 3,5 % (ou 3,4 %) est moindre que les prévalences imaginées en 2004.

Que retenir de ces projections ? Malgré l'éventail volontairement large des hypothèses retenues en 2004, la population du Tchad en 2010 était comprise entre 10,6 et 10,9 millions pour les hypothèses extrêmes (diffusion rapide de l'utilisation de la contraception et du VIH/Sida, et diffusion lente de l'utilisation de la contraception et du VIH/Sida), contre 11,4 millions selon nos estimations basées sur les résultats du recensement de juin 2009. Cela signifie que les résultats de l'hypothèse dite moyenne (qui supposait 5,9 enfants par femme en 2010) ont sous-estimé le nombre de naissances depuis 2000 et les effectifs des enfants de 0 à 9 ans par rapport aux estimations que l'on peut faire aujourd'hui. Il faut rappeler toutefois que le futur étant par nature non connu, les projections de population ne doivent pas être considérées comme des prédictions. En fait, plus on s'éloigne du point de départ de

¹⁹ Nations unies New York, 1986 – Les perspectives d'avenir de la population mondiale. Estimations et projections établies en 1982, ST/ESA/SER.A/86, p 298.

²⁰ Voir à ce sujet le site de la Division de la population des Nations unies http://esa.un.org/unpd/wpp/Documentation/pdf/WPP2010_ASSUMPTIONS_AND_VARIANTS.pdf

²¹ NINGAM N., NGONIRI N., GUENGANT J.-P., 2004 – « Projections de la population du Tchad de 2000 à 2050 », Ed. ministère du Plan, du Développement et de la Coopération. Direction de la coordination des activités en matière de population (DCAP), Les travaux sectoriels Volume 1 - n° 2. République du Tchad, N'Djamena – juillet 2004, 121 p.

la projection, plus les résultats des diverses hypothèses sont divergents et incertains. Les résultats des projections nationales de 2004 soulignent aussi, qu'au Tchad comme ailleurs, l'évolution de la population et de ses caractéristiques dépendent principalement de l'évolution de la fécondité. L'impact de l'évolution des autres variables : mortalité et mouvements migratoires, même s'il n'est pas négligeable est en effet beaucoup moins important. On notera par ailleurs que dans le cas du Tchad, l'impact d'une diffusion rapide de l'épidémie du VIH/Sida ne réduisait pas de beaucoup l'augmentation de la population lorsque l'utilisation de la contraception progressait peu. À l'inverse, la croissance de la population se ralentissait davantage avec une augmentation plus rapide de l'utilisation de la contraception, quelle que soit l'hypothèse retenue concernant la diffusion de l'épidémie du VIH/Sida²².

En résumé, les résultats des projections démographiques doivent être appréciés en fonction de l'année de départ des projections, des données disponibles au moment de leur élaboration, et des hypothèses retenues. Leurs résultats peuvent être considérés comme des estimations démographiques raisonnables du futur proche dans la plupart des cas. Mais les résultats obtenus à des horizons plus lointains, par exemple au-delà de 20 ans, qui restent utiles relèvent plutôt de la prospective.

De nouvelles projections démographiques nationales s'appuyant sur les données du recensement de juin 2009 étaient en cours de préparation en 2012. Mais aucun document n'était disponible à ce sujet en juillet 2012. Il était important de disposer dans le cadre de cette étude sur le dividende démographique de projections démographiques actualisées. C'est pourquoi nous avons réalisé de nouvelles projections pour la période 2010-2050, au niveau national, urbain-rural, et pour la ville de N'Djamena, à partir de l'ensemble des données disponibles mi-2012 pour le Tchad et pour l'Afrique subsaharienne. Ces projections n'ont pas vocation à se substituer aux projections nationales, ni de présenter une hypothèse moyenne supposément probable. Leur objectif principal est de comparer les résultats obtenus selon plusieurs hypothèses contrastées, et d'être ainsi un outil d'aide à la décision en matière de politique démographique, familiale et de santé de la reproduction.

Dans ces projections actualisées, comme dans celles de 2004, il a été posé que les niveaux futurs de fécondité dépendraient des hypothèses retenues pour chacun de ses déterminants proches, biologiques et comportementaux. Il s'agit : de l'insusceptibilité post-partum (liée aux durées d'allaitement et d'abstinence après l'accouchement)²³, de l'importance des avortements provoqués, de l'importance de la stérilité, et surtout de la prévalence de la contraception et de l'efficacité des méthodes utilisées. Il revient à John Bongaarts d'avoir formalisé dans un modèle qui porte son nom la relation entre les niveaux de fécondité et les valeurs de ces déterminants²⁴, ce qui a permis l'élaboration de logiciels de projections démographiques utilisant son modèle²⁵.

On dispose maintenant pour de nombreux pays d'Afrique subsaharienne de séries sur l'évolution des valeurs de ces déterminants grâce aux « Enquêtes démographiques et de santé » (EDS/DHS)²⁶, dont les deux enquêtes réalisées au Tchad en 1996-1997 et en 2004. On dispose aussi, grâce aux enquêtes MICS (Enquête par grappes à indicateurs multiples) réalisées au Tchad en 2000 et en 2010 de données pour ces années sur la prévalence de la contraception²⁷.

Concernant la mortalité, on a retenu comme ONUSIDA que le pic de prévalence de l'épidémie parmi la population adulte de 15 à 49 ans avait été atteint en 2005 avec une valeur centrale de 3,5 %. De ce

²² Voir les résultats des 9 scénarios combinant les trois hypothèses de diffusion de la contraception et des trois hypothèses de diffusion du VIH/Sida dans « Projections de la population du Tchad de 2000 à 2050 », p. 46-47, NINGAM N., NGONRI N., GUENGANT J.-P., 2004.

²³ L'insusceptibilité post-partum est la période qui suit la naissance pendant laquelle la mère n'est pas exposée au risque de grossesse soit parce que son cycle menstruel n'est pas rétabli, souvent parce qu'elle allaite, soit parce qu'elle n'a pas de rapports sexuels pendant un certain temps après son accouchement.

²⁴ BONGAARTS J., 1978 – A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. *Population and Development Review*, 4, 1, p. 105-132.

²⁵ Le logiciel utilisé ci pour les projections est SPECTRUM version 4.49 (mai 2012) du Futures Institute, <http://www.futuresinstitute.org/pages/spectrum.aspx>

²⁶ Enquêtes démographiques et de santé/Demographic and Health Surveys – EDS/DHS, MESASURES DHS 2012, <http://www.measuredhs.com/publications/publication-search.cfm>
Voir EDS Tchad 1996-1997, <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR90-DHS-Final-Reports.cfm>,
et EDS Tchad 2004, <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR170-DHS-Final-Reports.cfm>

²⁷ Voir http://www.childinfo.org/mics4_surveys.html et « MICS Tchad 2010 – Enquête par grappes à indicateurs multiples » INSEED-Unicef-UNFPA, Rapport final, mai 2011, et « MICS Tchad 2000 », Rapport complet, janvier 2001.

fait, nous n'avons pas jugé nécessaire de formuler plusieurs hypothèses d'évolution de l'épidémie et nous avons repris l'hypothèse retenue dans la révision 2010 des projections de la Division de la population des Nations unies. Celle-ci suppose une diminution progressive de la prévalence de la maladie à 3,3 % en 2010, 2,45 % en 2030 et 1,75 % en 2050. Il est également supposé dans ces projections une augmentation rapide des pourcentages d'adultes et d'enfants infectés recevant des antirétroviraux, ce qui va réduire considérablement leur risque de décéder. Avec la poursuite supposée des efforts de prévention on peut donc espérer dans les 20-40 prochaines années pouvoir contrôler la progression du nombre de décès annuels liés au VIH-Sida, la progression du nombre de nouvelles infections, et l'évolution du nombre de personnes infectées. Cependant, du fait des caractéristiques spécifiques de la maladie – longueur de la période d'incubation, détection souvent tardive, allongement de la durée de vie des malades – et de la forte progression attendue de la population totale, le nombre total de personnes infectées devrait continuer à progresser d'ici 2050. Mais cette augmentation du nombre de personnes infectées ne devrait avoir qu'un impact limité sur la croissance démographique du pays.

Les projections réalisées au niveau national ont été ainsi basées sur les hypothèses suivantes :

- population de départ par sexe et par âge : 11,070 millions au 1^{er} juillet 2009, estimée à partir des résultats définitifs du recensement de juin 2009 (11 039 873)²⁸;
- mortalité : espérance de vie à la naissance de 52,6 ans en 2009 (51,7 pour les hommes et 53,5 pour les femmes) en se basant sur l'estimation nationale de 52,4 ans tirée du recensement de juin 2009. On a supposé ensuite que l'espérance de vie à la naissance continuerait de croître selon le modèle de progression utilisé par la Division de la population des Nations unies : à 60,8 ans en 2030 (59,4 pour les hommes, 62,1 pour les femmes) et à 67,4 ans en 2050 (65,7 pour les hommes, 69,1 pour les femmes). La table type de mortalité utilisée pour les projections est la table dite « Coale-Demeny Nord ». À noter que ces chiffres prennent en compte l'impact de l'épidémie du VIH/Sida sur la mortalité. Ainsi, l'espérance de vie à la naissance en l'absence du VIH/Sida aurait été en 2010 de 1,6 an supérieure pour les hommes et de 2,2 ans supérieure pour les femmes. Avec la diminution progressive supposée de la prévalence de la maladie, son impact s'atténue avec le temps. Mais en 2050, l'espérance de vie à la naissance en l'absence du VIH/Sida resterait de 1,3 an supérieure pour les hommes et de 1,4 an supérieure pour les femmes à celles estimées aujourd'hui pour 2050 ;
- urbanisation : progression du pourcentage de la population urbaine de 21,8 % en 2009, à 27,5 % en 2030, et 39 % en 2050, estimé en se basant sur les projections 2011 de la Division de la population des Nations unies²⁹, et en supposant comme hypothèse moyenne pour N'Djamena que sa population représenterait de 2010 à 2050 un pourcentage constant : 40 %, de l'ensemble de la population urbaine ;
- migrations internationales : on a repris ici l'hypothèse de la révision 2010 des projections de la Division de la population des Nations unies (avec entre 23°000 et 27°000 départs nets entre 2009 et 2018, suivis d'une diminution rapide des départs nets entre 2019 et 2026, puis de 2027 à 2050 des départs nets maintenus constants autour de 6 000 par an) ;
- déterminants proches de la fécondité :
 - o **fécondité** : on a retenu comme niveau de fécondité de départ en 2009 : 7 enfants par femme, chiffre arrondi de l'estimation nationale de 7,1 enfants tirée du recensement de juin 2009. Les taux de fécondité par âge retenus sont les taux du modèle dit « moyen » de SPECTRUM qui sont les plus proches de ceux observés pour le Tchad.
 - o La fécondité étant considérée comme une variable dépendante de ses déterminants proches, les hypothèses suivantes ont été ensuite retenues³⁰ :

²⁸ La répartition par sexe et par âge au 1^{er} juin 2009 publiée par l'INSEED a été ajustée en utilisant les ressources du Bureau of Census, www.census.gov/population/international/software/pas Population Analysis System (PAS) (ADJAGE pour la répartition par âge des personnes d'âges indéterminés et AGESMTH pour le lissage de la pyramide des âges, ajustement Arriaga). Puis la population ajustée au 1^{er} juin 2009 a été projetée au 1^{er} juin 2010. La population de départ des projections au 1^{er} juillet 2009 a été obtenue par interpolation de ces résultats. La même procédure a été utilisée pour obtenir la population au 1^{er} juillet 2009 de la population urbaine et de la population de N'Djamena.

²⁹ United Nations 2012 [World Urbanization Prospects: The 2011 Revision](http://www.un.org/esa/population/publications/2012revision/)

³⁰ Sur l'évolution des valeurs des déterminants proches, voir GUENGANT J.-P. et MAY J., 2011 – Expert Paper Series No. 2011/13 - Proximate determinants of fertility in sub-Saharan Africa and their possible use in fertility projections - United Nations Population Division
http://www.un.org/esa/population/publications/expertpapers/2011-13_GuengantandMay_Expert-paper.pdf

o **pourcentage de femmes en union** : partant de 76,6 %, chiffre trouvé lors de l'EDS Tchad 2004, ce pourcentage a été estimé à 75,4 % en 2009. Puis on a supposé qu'il diminuerait jusqu'à 65,1 % en 2050 (ce qui correspond à une diminution linéaire de - 0,25 point de pourcentage par an de 2009 à 2050) ;

o **durée de l'insusceptibilité post-partum** : partant de 16,4 mois, chiffre trouvé lors de l'EDS 2004, la durée de l'insusceptibilité post-partum a été estimée à 15,7 mois en 2009. Puis on a supposé qu'elle diminuerait jusqu'à 9,5 mois en 2050 (ce qui correspond à une diminution linéaire de - 0,15 point de pourcentage par an de 2009 à 2050) ;

o **avortements provoqués** : on a retenu l'hypothèse d'un taux d'avortement négligeable jusqu'en 2050³¹ ;

o **stérilité** : on a fait l'hypothèse du maintien d'un taux de stérilité définitive constant de 3 % jusqu'en 2050. La stérilité définitive est mesurée par le pourcentage de femmes en union de 45 à 49 ans n'ayant jamais eu d'enfants. Ce pourcentage était de 3,4 % lors de l'EDS 2004³².

o **contraception** : on est parti d'un taux de prévalence de la contraception de 5,2 % en 2010³³ atteignant 6,5 % en 2014, année supposée d'un démarrage éventuel d'activités majeures de promotion de l'utilisation de la contraception. Puis, partant de 6,5 % en 2014, on a fait trois hypothèses d'augmentation linéaire de la prévalence pour l'ensemble des méthodes :

➤ **hypothèse lente** : + 0,5 point d'augmentation de pourcentage par an, ce qui conduit à une prévalence 7 % en 2015, de 14,5 % en 2030 et 24,5 % en 2050,

➤ **hypothèse intermédiaire** : + 1,0 point d'augmentation de pourcentage par an, ce qui conduit à une prévalence de 7,5 % en 2015, 22,5 % en 2030, et de 42,5 % en 2050,

➤ **hypothèse rapide ou volontariste** : + 1,5 point d'augmentation de pourcentage par an, ce qui conduit à une prévalence de 8 % en 2015, 30,5 % en 2030, et de 60,5 % en 2050.

Pour ces trois hypothèses, il a été supposé une diminution de l'utilisation des méthodes traditionnelles moins efficaces qu'on a estimées représenter en 2010, 20 % de l'ensemble des méthodes utilisées. Puis on a fait l'hypothèse que l'utilisation de ces méthodes diminuerait pour atteindre 10 % de l'ensemble des méthodes utilisées en 2030, et 5 % en 2050.

Compte tenu de la faiblesse de l'augmentation de l'utilisation de la contraception : + 0,3 point de pourcentage par an en moyenne entre les enquêtes de 2004 et 2010 (voir en 6.2), on a supposé que le passage à un rythme supérieur : de + 0,5, + 1,0 ou + 1,5 point de pourcentage par an, n'était guère envisageable avant 2015. Ces augmentations annuelles de 0,5, 1,0 et 1,5 point de pourcentage ont été retenues, car elles correspondent à l'éventail des évolutions de diffusion de l'utilisation de la contraception observées : lente, moyenne ou rapide, sur des périodes relativement longues (au moins 10 ans) dans les pays en développement entre les années 1970 et le début des années 2000³⁴.

L'hypothèse de diffusion lente de l'utilisation de la contraception (+ 0,5 point de pourcentage par an) associée au maintien d'une fécondité élevée correspond à une augmentation faible de l'utilisation de la contraception au Tchad, quoique supérieure à celle observée entre 2000 et 2010. Cette hypothèse

³¹ Il y a bien sûr des avortements au Tchad, mais en l'absence de données, il était difficile de faire une hypothèse à ce sujet. En tout état de cause, compte tenu des niveaux élevés de fécondité au Tchad et du caractère illégal de l'avortement, l'impact de ces avortements sur l'évolution future de la fécondité devrait être peu important par rapport à celui des autres déterminants.

³² EDS Tchad 2004 Enquête démographique et de santé, Tchad 2004, p. 63. Assez curieusement cependant les résultats du recensement de 2009 donnent un pourcentage de femmes de 45 à 49 ans n'ayant jamais eu d'enfants de 6,5% ce qui paraît élevé (INSEED « Principaux indicateurs globaux issus de l'analyse thématique » du deuxième recensement de la population et de l'habitant (RGPH2, 2009) N'Djaména, août 2012, page 42).

³³ C'est le pourcentage de « besoins satisfaits » en contraception donné dans l'enquête MICS-Tchad 2010 – Enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS 2010 (INSEED-Unicef-UNFPA), Rapport final, mai 2011, page 137, quoique le même rapport donne page 133, Tableau RH3, une prévalence de 4,8% légèrement inférieure. En fait, nous avons estimé la prévalence de la contraception moderne en 2009 et 2010 (à laquelle nous avons ajouté une prévalence estimée pour les méthodes traditionnelles) à partir des données sur les importations de contraceptifs au Tchad entre 2006 et 2011. Ces données, converties en « couple-année de protection » et rapportées aux effectifs de femmes en union, permettent en effet de se faire une idée de la prévalence contraceptive pour les méthodes modernes (voir en 6.2).

³⁴ GUENGANT J.-P., RAFALIMANANA H., 2005 – « The Cairo Approach.... Embracing too much? ». Tours, UIESP, 13-18 juillet 2005, <http://iussp2005.princeton.edu/abstractViewer.aspx?submissionId=50775%20>

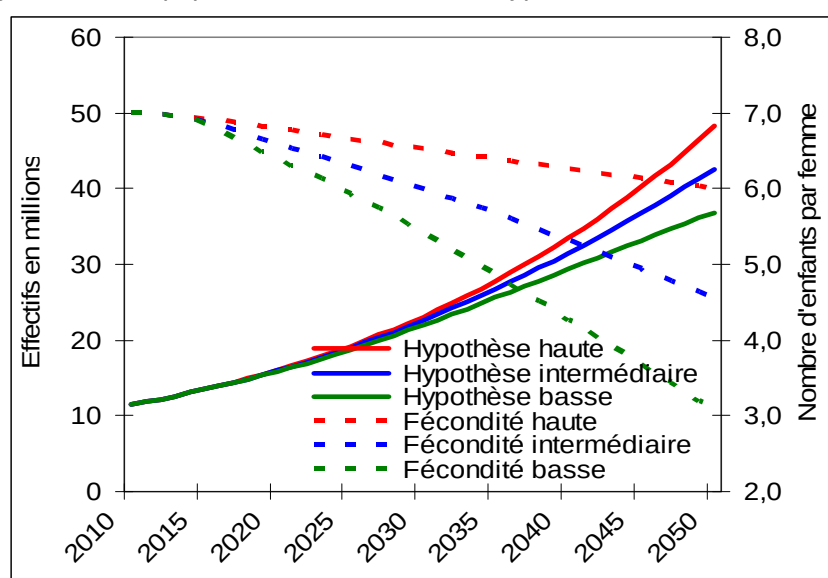
est aussi qualifiée dans la suite du texte, d'hypothèse démographique haute, ou hypothèse haute, parce qu'elle donne les résultats les plus élevés en effectifs de population.

L'hypothèse de diffusion plus rapide de l'utilisation de la contraception : + 1,5 point de pourcentage par an à partir de 2015, a aussi été qualifiée d'hypothèse volontariste, car elle suppose des efforts considérables pour accroître rapidement l'utilisation de la contraception et initier une baisse de la fécondité. Elle est qualifiée dans la suite du texte, d'hypothèse démographique basse, ou hypothèse basse, parce qu'elle donne les résultats les moins élevés en effectifs de population.

L'hypothèse de diffusion intermédiaire de l'utilisation de la contraception : + 1,0 point de pourcentage par an à partir de 2015, a également été qualifiée d'hypothèse démographique intermédiaire (plutôt que moyenne), car elle donne des résultats compris entre ceux des deux hypothèses précédentes.

Les résultats de ces trois projections sont très contrastés selon les horizons, mais aussi selon les variables considérées. Premier constat, la population du Tchad va continuer à augmenter fortement (figure 2.1), et ceci quelle que soit l'hypothèse de fécondité considérée.

Figure 2.1. Projections de la population totale selon trois hypothèses, 2010-2050.



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude.

À l'horizon 2030 tout d'abord, les résultats de ces trois projections pour la population totale ne sont pas très différents :

- 22 et 23 millions pour les hypothèses basse et haute, et 22,6 millions pour l'hypothèse intermédiaire, soit deux fois plus qu'aujourd'hui.

À l'horizon 2050 par contre, les résultats toujours pour la population totale sont très différents :

- 37 et 48 millions pour les hypothèses basse et haute, et 42,6 millions pour l'hypothèse intermédiaire, soit entre trois et quatre fois plus qu'aujourd'hui.

Ces résultats sont associés à une faible diminution de la fécondité pour l'hypothèse haute : de 7 enfants par femme en moyenne en 2010 à 6 enfants en 2050, conséquence de la progression lente de l'utilisation de la contraception. Cependant, même avec une progression rapide de l'utilisation de la contraception et le passage de 7 enfants par femme en 2010 à 3 enfants par femme en moyenne en 2050, la population totale continue de croître rapidement.

En clair, à cause des trois facteurs suivants : le niveau élevé de la fécondité actuelle, le temps nécessairement long d'augmentation de la prévalence de la contraception et l'extrême jeunesse de la population (68 % des Tchadiens ont moins de 25 ans), on doit s'attendre dans les 20 ans à venir à un doublement de la population totale, quelles que soient les hypothèses de baisse de la fécondité retenues. On peut donc considérer que le chiffre de 22 à 23 millions de Tchadiens en 2030 comme une quasi-certitude. Ensuite, entre 2030 et 2050, la population continuera toujours d'augmenter de manière importante, mais plus ou moins rapidement selon la progression plus ou moins rapide de l'utilisation de la contraception par les femmes tchadiennes.

Un constat plus ou moins similaire peut être fait concernant l'évolution des populations urbaine, rurale et de la population de N'Djamena (figure 2.2).

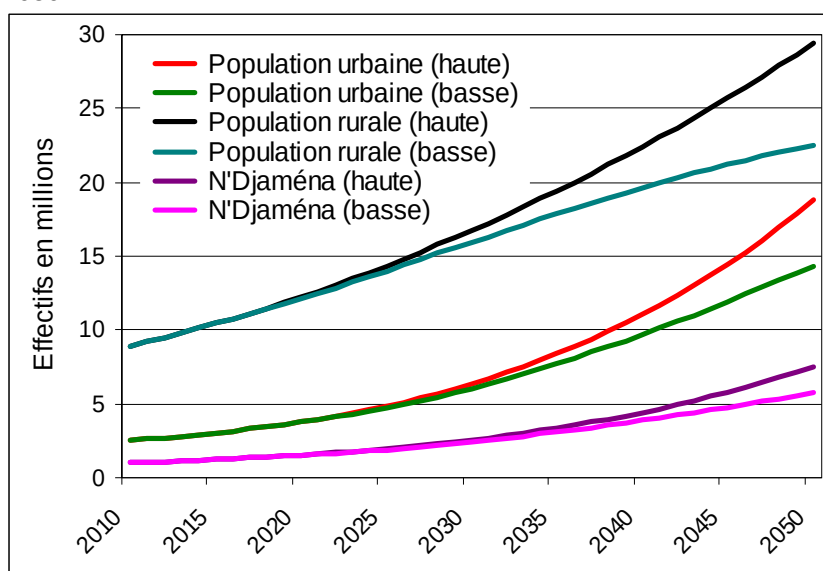
Ainsi, à l'horizon 2030 :

- la population urbaine est comprise entre 6,1 et 6,4 millions respectivement pour les hypothèses basse et haute, soit entre 2,4 et 2,5 fois plus qu'en 2010 ;
- la population de N'Djamena est comprise entre 2,4 et 2,5 millions respectivement pour les hypothèses basse et haute, soit entre 2,4 et 2,5 fois plus qu'en 2010 (et elle représentera par hypothèse, 40 % de la population urbaine dans les deux cas) ;
- la population rurale est comprise entre 16,0 et 16,7 millions respectivement pour les hypothèses basse et haute, soit entre 1,8 et 1,9 fois plus qu'en 2010.

Puis comme précédemment, les résultats sont très différents à l'horizon 2050 :

- la population urbaine est alors comprise entre 14 et 19 millions respectivement pour les hypothèses basse et haute, et elle serait en gros 6 à 8 fois plus nombreuse qu'en 2010 ;
- la population de N'Djamena est comprise entre 5,7 et 7,5 millions respectivement pour les hypothèses basse et haute et elle serait, comme la population urbaine (par hypothèse) 6 à 8 fois plus nombreuse qu'en 2010 ;
- la population rurale est comprise entre 22 et 29 millions respectivement pour les hypothèses basse et haute, et elle serait entre 2,5 et 3,3 fois plus nombreuse qu'en 2010.

Figure 2.2. Projections des populations urbaines, rurales et de N'Djamena selon les hypothèses haute et basse, 2010-2050.



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude.

On doit donc s'attendre d'ici 2030-2035 à un quasi-triplement de la population urbaine et de celle de N'Djamena, et à un quasi-doublement de la population rurale. À l'horizon 2050, avec l'hypothèse haute, la croissance de la population urbaine, celle de N'Djamena, mais aussi la croissance de la population rurale restent vives. Avec l'hypothèse basse, ces croissances se ralentissent quelque peu, mais surtout à partir des années 2030.

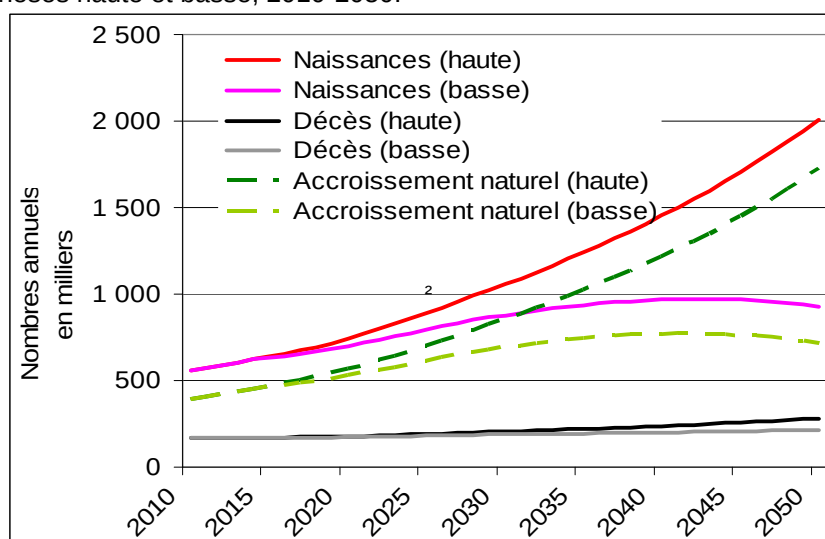
À partir de ces résultats, nombre d'économistes et de démographes concluent que les politiques démographiques n'ont d'effets qu'à 30 ou 40 ans d'échéance. La réalité est plus complexe. En effet, la fécondité étant le déterminant principal des évolutions démographiques, l'impact d'hypothèses de fécondité différentes se fait d'abord sentir, et de manière plus ou moins rapide selon les pays sur l'évolution du nombre des naissances, c'est-à-dire sur le nombre de grossesses, puis d'accouchements, et ensuite sur les effectifs de jeunes enfants à suivre (d'un point de vue nutritionnel, vaccinal, etc.), et après sur les effectifs d'enfants à scolariser au primaire puis au secondaire.

C'est ainsi qu'avec l'hypothèse démographique haute, le nombre de naissances annuelles continue d'augmenter fortement et passe de 560 000 en 2010 (590 000 en 2012 selon nos projections) à plus d'un million en 2030, et plus de 2 millions en 2050, soit quatre fois plus qu'en 2010 (figure 2.3). Avec

l'hypothèse démographique basse au contraire, l'accroissement du nombre de naissances annuelles commence à se ralentir dès 2015, l'année suivant un démarrage éventuel d'activités majeures de promotion de l'utilisation de la contraception, puis le nombre de naissances finit par se stabiliser au-dessus de 900 000 par an dans les années 2030. Au total, avec l'hypothèse haute, la baisse modeste de la fécondité combinée avec le doublement attendu d'ici 2030 du nombre de femmes en âge de procréer conduit à un doublement du nombre de naissances annuelles en 20 ans et à leur quadruplement en 40 ans. Avec l'hypothèse basse, la baisse plus rapide de la fécondité reste insuffisante dans un premier temps (d'ici 2030, 2035) pour compenser le doublement du nombre de femmes en âge de procréer, mais le nombre de naissances annuelles finit par se stabiliser.

La différence entre les nombres annuels de décès obtenus avec l'hypothèse haute et l'hypothèse basse (280 000 en 2050 dans le premier cas, 210 000 dans le second) étant beaucoup moins importante que la différence entre les naissances, l'accroissement naturel (qui est proche de l'accroissement annuel) suit l'évolution du nombre de naissances. Il s'accélère avec l'hypothèse haute et passe de 390 000 en 2010 à 1,7 million en 2050, alors qu'il se stabilise avec l'hypothèse basse entre 700 000 et 770 000 par an à partir des années 2030.

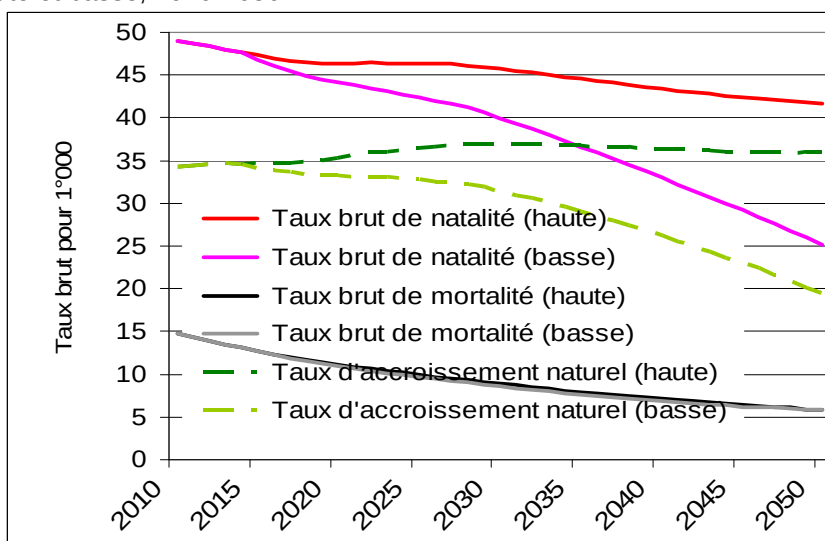
Figure 2.3 Projections des nombres annuels de naissances, de décès et de l'accroissement naturel selon les hypothèses haute et basse, 2010-2050.



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude.

Conséquence de ces évolutions, les taux bruts de natalité et d'accroissement naturel évoluent de manière contrastée selon les hypothèses (figure 2.4).

Figure 2.4. Projections des taux bruts de natalité, de mortalité, et d'accroissement naturel selon les hypothèses haute et basse, 2010-2050.



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude.

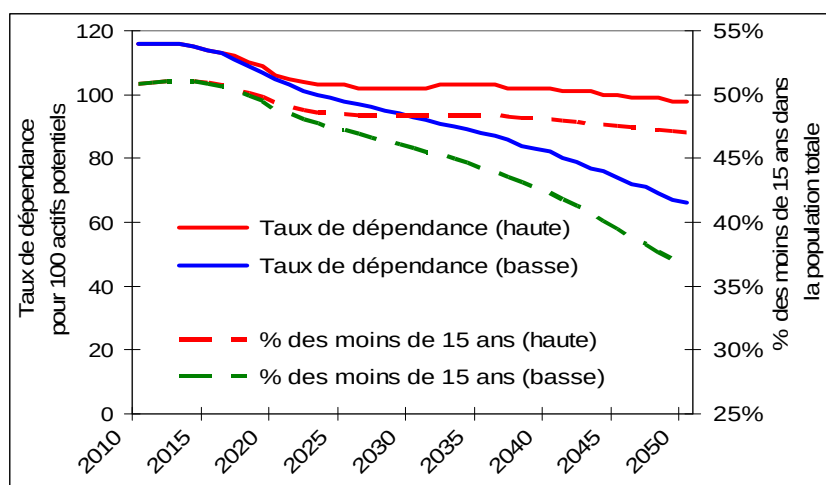
Avec l'hypothèse haute, le taux de natalité décroît lentement ce qui maintient les taux d'accroissement naturel et annuel de la population autour de 35 pour mille ou 3,5 % jusqu'en 2050. Avec l'hypothèse démographique basse, l'augmentation plus rapide de l'utilisation de la contraception à partir de 2015 et la diminution de la fécondité qui l'accompagne, entraînent une diminution progressive des taux de natalité et d'accroissement de la population. Le taux d'accroissement naturel passe au-dessous de 30 pour mille ou 3 % par an vers 2035, et atteint 1,9 % en 2050 (ce qui reste élevé).

Des constatations similaires peuvent être faites concernant l'évolution du nombre d'enfants et de jeunes et des rapports de dépendance. Comme on l'a vu, avec l'hypothèse démographique basse, l'accroissement du nombre de naissances annuelles se ralentit et leur nombre finit par se stabiliser dans les années 2030. Avec le temps, ce ralentissement conduit progressivement en « écho » à un ralentissement de l'augmentation du nombre d'enfants de moins de cinq ans, puis du nombre de jeunes de moins de 15 ans dans la population totale. Cependant à 20 ans d'échéance, c'est-à-dire jusqu'en 2030, la progression du nombre d'entrants sur le marché du travail (les 15-24 ans) continue d'être très vive, puisque la plupart d'entre eux sont déjà nés. Il en va de même pour la population active de 15 à 64 ans qui continue de croître fortement (tableau 2).

C'est bien aux jeunes âges que se joue l'évolution future de la population tchadienne et que se concentrent les principaux défis auxquels le pays sera confronté dans les années qui viennent. Ainsi, les enfants de moins de 5 ans qui étaient 2,4 millions en 2010, devraient passer en 2030 à 4,6 millions selon l'hypothèse haute (+ 90 %), ou à 3,9 millions selon l'hypothèse basse (+ 60 %). L'augmentation sera donc considérable, mais moindre (de 650 000 enfants) avec l'hypothèse basse. Si on considère les moins de 15 ans, leur nombre devrait passer de 5,8 millions en 2010 à 11,2 millions ou 10,1 millions (un million de moins) selon que l'on considère l'hypothèse haute ou basse. Mais, quelle que soit l'hypothèse retenue, les entrants potentiels sur le marché du travail âgés de 15 à 24 ans vont passer de 2 millions en 2010 à 3,2 millions en 2020 et à 4,6 millions en 2030. Si on suppose un taux d'activité chez ces jeunes de 65 % (71 % chez les hommes et 57 % chez les femmes) et que l'on fait l'hypothèse que chaque année un dixième d'entre eux se porte sur le marché du travail, cela correspond à 130 000 candidat(e)s à un emploi en 2010 (140 000 en 2012), 210 000 en 2020, et 280 000 en 2030. Ces chiffres conduisent à un total de 1,7 million d'emplois à trouver ou à créer entre 2010 et 2020, et de 2,5 millions d'emplois à trouver ou à créer entre 2020 et 2030.

La forte augmentation attendue de la population active dans la décennie 2010 va se traduire dans un premier temps pour les deux hypothèses par une légère diminution du nombre de dépendants – les moins de 15 ans et les 65 ans et plus – pour 100 « actifs potentiels » de 15 à 64 ans (figure 2.5). Mais ensuite, la faiblesse de la baisse de la fécondité avec l'hypothèse haute conduit au maintien d'un pourcentage élevé des moins de 15 ans dans la population totale, et donc au maintien jusqu'en 2050 de forts taux de dépendance proches de 100 dépendants pour 100 « actifs potentiels ». Avec l'hypothèse démographique basse par contre, le pourcentage des moins de 15 ans dans la population totale diminue progressivement, de même que le taux de dépendance. Il reste de 93 dépendants pour 100 « actifs » en 2030, mais il atteint 66 dépendants pour 100 « actifs » en 2050, ce qui reste néanmoins un niveau supérieur à celui atteint aujourd'hui par les pays émergents (voir figure 1.9).

Figure 2.5. Projections des pourcentages des moins de 15 ans dans la population totale, et des taux de dépendance pour 100 « actifs potentiels » de 15 à 64 ans selon les hypothèses haute et basse, 2010-2050.



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude

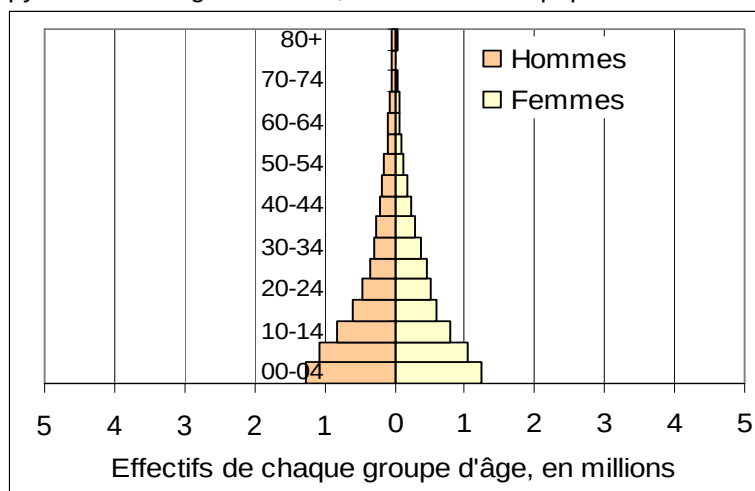
Tableau 2 : Projections démographiques, 2010-2050 (effectifs en milliers).

Indicateur	Situation	Hypothèse		Hypothèse		Différence	
	en 2010	2020	2030	2020	2030	basse-haute 2020 2030	
Population totale en milliers	11 437	15 994	23 102	15 864	22 003	- 130	- 1 099
Taux de croissance annuel en %	3,2	3,4	3,7	3,2	3,1	- 0,2	- 0,6
Population urbaine	2 505	3 791	6 353	3 760	6 051	- 31	- 302
Pourcentage de la population urbaine	21,9	23,7	27,5	23,7	27,5	0,0	0,0
Population de N'Djamena	1 001	1 519	2 541	1 507	2 420	- 12	- 121
Population rurale	8 932	12 203	16 749	12 104	15 952	- 99	- 797
Pourcentage de la population rurale	78,1	76,3	72,5	76,3	72,5	0,0	0,0
Indice synthétique de fécondité	7,0	6,8	6,5	6,4	5,4	- 0,4	- 1,1
Femmes de 15 à 49 ans	2 491	3 564	5 137	3 564	5 135	0	- 3
Prévalence contraceptive (femmes en union)	5,2	9,5	14,5	15,5	30,5	6,0	16,0
Utilisatrices, toutes méthodes	97	246	522	401	1 098	155	576
Utilisatrices de méthodes modernes	78	209	470	341	988	132	513
Espérance de vie à la naissance	52,9	56,9	60,8	56,9	60,8	0	0
Naissances par an en milliers	561	742	1 057	699	879	- 43	- 178
Décès par an en milliers	170	178	205	173	189	- 4	- 16
Naissances – décès par an en milliers	391	565	851	526	690	- 39	- 161
Accroissement annuel en milliers	366	549	845	511	684	- 39	- 161
Taux brut de natalité pour 1 000	49,0	46,4	45,7	44,1	39,9	- 2,3	- 5,8
Taux brut de mortalité en pour 1 000	14,8	11,1	8,9	10,9	8,6	- 0,2	- 0,3
Taux d'accroissement naturel pour 1 000	34,2	35,3	36,8	33,1	31,3	- 2,2	- 5,5
Enfants de moins de 5 ans	2 403	3 135	4 559	3 011	3 906	- 124	- 654
Enfants d'âge scolaire de 6 à 11 ans	2 147	2 900	4 104	2 900	3 800	0	- 304
Enfants d'âge scolaire de 12 à 18 ans	1 705	2 845	3 718	2 845	3 663	0	- 56
Jeunes de 15 à 24 ans	2 018	3 228	4 603	3 228	4 598	0	- 5
Enfants de moins de 15 ans	5 807	7 885	11 162	7 755	10 068	- 130	- 1 094
Enfants et jeunes de moins de 20 ans	6 912	9 757	13 635	9 627	12 535	- 130	- 1 099
Enfants et jeunes de moins de 25 ans	7 825	11 112	15 765	10 982	14 666	- 130	- 1 099
% d'enfants de moins de 5 ans	21,0	19,6	19,7	19,0	17,8	- 0,6	- 2,0
% d'enfants de moins de 15 ans	50,8	49,3	48,3	48,9	45,8	- 0,4	- 2,6
% de jeunes de moins de 20 ans	60,4	61,0	59,0	60,7	57,0	- 0,3	- 2,0
% de jeunes de moins de 25 ans	68,4	69,5	68,2	69,2	66,7	- 0,2	- 1,6
Population de 15 à 64 ans	5 288	7 746	11 414	7 746	11 409	0	- 5
Population de 20 à 64 ans	4 183	5 873	8 941	5 873	8 941	0	0
Population de 25 à 64 ans	3 270	4 518	6 811	4 518	6 811	0	0
Population de 65 ans et plus	341	364	526	364	526	0	0
% de la population de 15 à 64 ans	46,2	48,4	49,4	48,8	51,9	0,4	2,4
% de la population de 65 ans et plus	3,0	2,3	2,3	2,3	2,4	0,0	0,1
Taux de dépendance < 15 et 65+/15 à 64 ans (%)	116	106	102	105	93	- 1,7	- 9,5
Ratio actifs sur inactifs 15 à 64ans/< 15 et 65+	0,86	0,94	0,98	0,95	1,08	0,0	0,1
% de la population de 20 à 64 ans	36,6	36,7	38,7	37,0	40,6	0,3	1,9
Taux de dépendance < 20 et 65+/20 à 64 ans (%)	173	172	158	170	146	- 2,2	- 12,3
Ratio actifs sur inactifs 20 à 64 ans/< 20 et 65+	0,58	0,58	0,63	0,59	0,68	0,0	0,1
% de la population de 25 à 64 ans	28,6	28,2	29,5	28,5	31,0	0,2	1,5
Taux de dépendance < 25 et 65+/25 à 64 ans (%)	250	254	239	251	223	- 2,9	- 16,1
Ratio actifs sur inactifs 25 à 64 ans/< 25 et 65+	0,40	0,39	0,42	0,40	0,45	0,0	0,0

Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude.

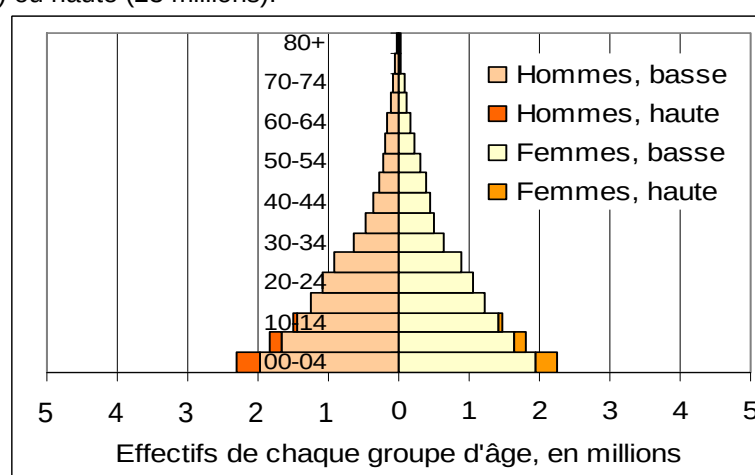
La comparaison de la pyramide des âges estimée en 2012 avec les pyramides des âges en 2030 et en 2050 obtenues pour les hypothèses haute et basse permet de visualiser l'importance des évolutions auxquelles on doit s'attendre dans les 20 et 40 prochaines années (figures 2.6, 2.7, 2.8).

Figure 2.6. Tchad, pyramide des âges mi-2012, ensemble de la population résidente (12,2 millions).



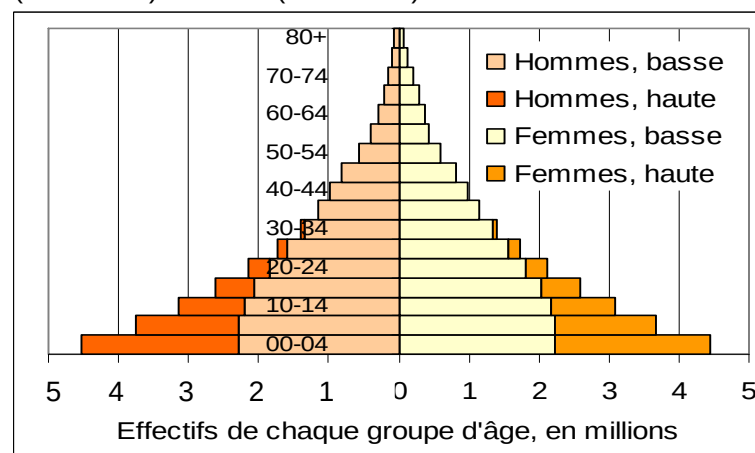
Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude.

Figure 2.7. Tchad, pyramide des âges mi-2030, ensemble de la population, selon les hypothèses basse (22 millions) ou haute (23 millions).



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude.

Figure 2.8. Tchad, pyramide des âges mi-2050, ensemble de la population, selon les hypothèses basse (37 millions) ou haute (48 millions).



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude.

Les enfants d'aujourd'hui, qui sont les adultes de demain, étant deux fois plus nombreux que leurs parents, d'ici 2030, les effectifs vont s'accroître à tous les âges et la pyramide des âges de 2012 va « enfler ». Cette croissance des effectifs va perdurer jusqu'en 2050 avec l'hypothèse haute. Avec l'hypothèse basse par contre, on observe en 2050 une stabilisation du nombre d'enfants de moins de 15 ans, et donc une stabilisation de la base de la pyramide des âges

On notera qu'en 2050, la population projetée pour le Tchad avec l'hypothèse haute : 48 millions est équivalente à la population de la Corée du Sud en 2010. Mais la pyramide des âges du Tchad en 2050 avec l'hypothèse haute ressemble à celle de la Corée du Sud en 1960, lorsque ce pays était encore peu développé, et qu'il n'avait pas engrangé les bénéfices du dividende démographique.

Au total, dans les analyses sur l'évolution future de la population, il est fondamental de dépasser le simple examen de l'évolution de la population totale. En effet, les politiques et programmes visant à réduire la fécondité et donc la croissance démographique ont des effets sur plusieurs variables à 5 ans, 10 ans ou 20 ans d'échéance. En 2020 par exemple, soit cinq ans après l'accélération supposée de l'utilisation de la contraception, on atteint 6,4 enfants par femme en moyenne avec l'hypothèse démographique basse, contre 6,8 avec l'hypothèse démographique haute. Puis en 2030, on arrive à 5,4 enfants par femme avec l'hypothèse démographique basse contre 6,5 avec l'hypothèse démographique haute, soit un enfant de moins (tableau 2). C'est, avec la diminution des grossesses à risques associée à cette diminution un progrès pour la santé des mères et des enfants (voir en 3.3), même si 5,4 enfants par femme correspondent à deux à trois fois les niveaux de fécondité observés aujourd'hui dans les pays émergents. Par ailleurs, dès 2020 le taux d'accroissement annuel de la population est de 0,2 point inférieur à celui obtenu avec l'hypothèse démographique haute (3,2 % contre 3,4 %). En 2030, la différence est d'un demi-point (3,1 % contre 3,7 %). Ces changements sont modestes, mais ils n'en constituent pas moins une avancée vers un processus universel : la transition démographique, dont la seconde phase, la baisse de la fécondité n'est pas encore amorcée au Tchad.

3 Le Tchad face aux défis de la croissance et de l'amélioration de son capital humain³⁵

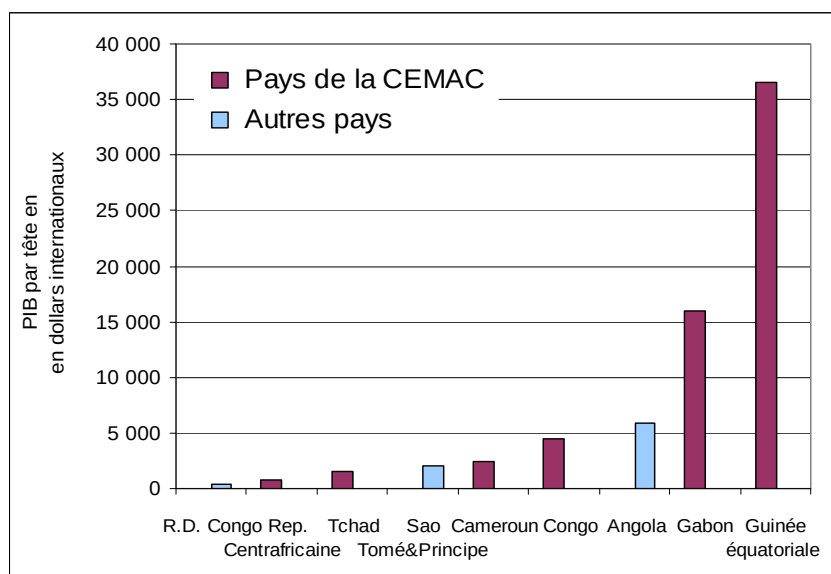
3.1 Quels impacts de la croissance démographique sur la croissance économique ?

Dans quel contexte social et économique l'accélération de la croissance démographique observée au Tchad s'est-elle inscrite depuis 1960 ? Quelles ont été les interactions entre croissance économique, croissance démographique et progrès sociaux ? Que peut-on dire à ce sujet pour le futur ?

La Banque mondiale a estimé le PIB du Tchad en 2011 à 4,480 milliards de FCFA, ce qui en faisait la cinquième économie en importance parmi les 6 pays membres de la CEMAC (Communauté économique et monétaire d'Afrique centrale) avant la République centrafricaine. Le PIB tchadien représentait en 2011 11 % du PIB de l'ensemble des pays de la CEMAC.

Son PIB par tête était estimé, toujours en 2011, à près de 400 000 FCFA (388 000 FCFA) ou 823 dollars américains courants, et 1 530 dollars internationaux en parité pouvoir d'achat (ou dollars PPA). C'est le septième PIB par tête parmi les neuf pays de la sous-région Afrique centrale, avant les PIB par tête en dollars PPA de la République centrafricaine (816 dollars PPA) et de la République Démocratique du Congo (375 dollars PPA) (figure 3.1).

Figure 3.1. PIB par tête (en dollars PPA) des pays d'Afrique centrale en 2011.



Source : World Bank 2012, World DataBank, <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

Il faut souligner l'extrême diversité des situations parmi les neuf pays d'Afrique centrale en termes de ressources pétrolières et minières et de taille de leurs populations. L'importance des ressources pétrolières de la Guinée équatoriale dont la population était estimée en 2011 à 720 000 habitants et du Gabon qui en comptait 1,5 million garantissait en quelque sorte à ces pays les PIB par tête les plus élevés de la région. Par contre, malgré l'importance de ses ressources minières, la République Démocratique du Congo dont la population était estimée en 2011 à 68 millions d'habitants avait en 2011 le PIB par tête en dollars PPA le plus faible de la sous-région, ceci pour de multiples raisons.

³⁵ Les indicateurs utilisés dans cette partie proviennent, sauf mention contraire, de la base de données de la Banque mondiale « Indicateurs du développement dans le monde » - « World Development Indicators and Global Development Finance » consultée entre mars et août 2012 :

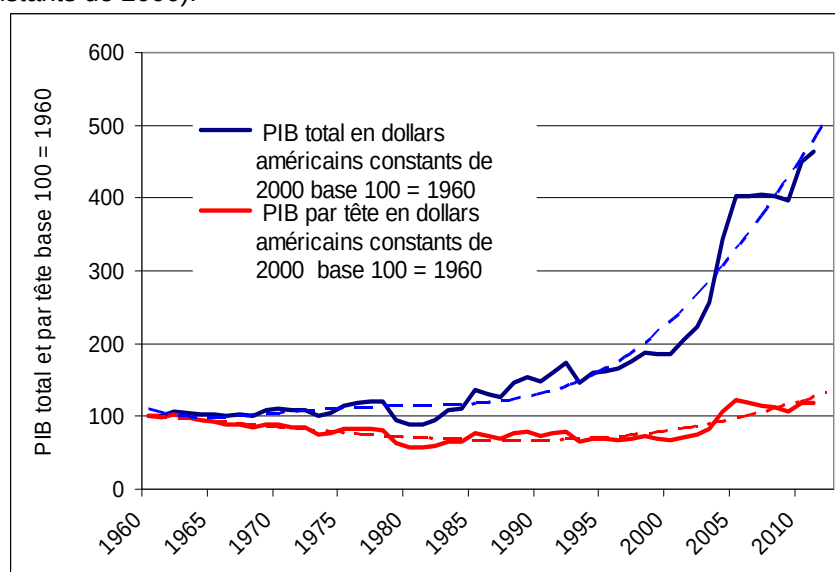
<http://databank.worldbank.org/Data/Views/VariableSelection/SelectVariables.aspx?source=World%20Development%20Indicators%20and%20Global%20Development%20Finance#>.

Cette base reprend les données nationales, les données calculées par la Banque mondiale et celles provenant d'autres bases de données (Division de la population des Nations unies, Unesco, Unicef, OMS, FAO, OCDE, etc.). Chaque fois que cela a été possible, ces données ont été complétées par les données nationales les plus récentes auxquelles nous avons pu avoir accès.

Entre 1960 et 2010, le PIB du Tchad a été multiplié en termes réels par 4,5 (et par 4,6 entre 1960 et 2011) (figure 3.2 et tableau 3). Au cours de la même période au sein de la CEMAC, le PIB du Congo a été multiplié par 8, celui du Gabon par 7 (comme celui du Nigeria, pays voisin du Tchad également producteur de pétrole), celui du Cameroun par 5, et celui de la République centrafricaine par 2. La croissance la plus rapide a été celle de la Guinée équatoriale avec une multiplication de son PIB en termes réels par 31 entre 1985 (première année connue) et 2010.

Cependant, la forte croissance démographique des pays de la région a considérablement réduit les gains correspondants en termes de croissance de leurs PIB par tête. C'est ainsi qu'entre 1960 et 2010, les PIB par tête (en termes réels) ont été multipliés par 2,3 au Gabon, et par 2 au Congo et au Nigeria. Mais le PIB par tête du Cameroun n'a augmenté que de 40 % et celui du Tchad de 18 % (figure 3.2 et tableau 3). Quant à la République centrafricaine, son PIB par tête en 2010 était estimé de 33 % inférieur à ce qu'il était en 1960. La croissance démographique a ainsi « absorbé » entre 1960 et 2010, entre les deux tiers et les trois quarts de la croissance économique de ces pays.

Figure 3.2. Évolution du PIB réel total et du PIB par tête du Tchad de 1960 à 2011 (en dollars américains constants de 2000).



Source : World Bank 2012, World DataBank, <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

Comme le note le rapport 2012 de la Banque africaine de développement³⁶, la forte croissance enregistrée ces dernières années dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne a été largement tirée par les cours élevés des matières premières. Mais cette croissance n'a pas été « inclusive », c'est-à-dire qu'elle n'a pas profité dans les pays de la même manière à tous les secteurs économiques, à toutes les régions, et à toutes les catégories de la population. Cette croissance n'a pas beaucoup profité en particulier aux jeunes qui sont restés confrontés à un chômage et à un sous-emploi important.

À titre de comparaison, entre 1960 et 2010, la majorité des pays émergents pour lesquels on dispose de données ont vu leurs PIB en termes réels multipliés par au moins 9 fois (Brésil et Turquie), de 12 à 15 fois pour plusieurs pays (Tunisie, République Dominicaine, Égypte, Indonésie et Inde) et 22 fois pour la Malaisie, 28 fois pour la Corée du Sud et 46 fois pour la Chine. Parallèlement, les PIB par tête de ces pays qui ont fortement réduit leur fécondité (voir en 2.1) et leur croissance démographique ont vu leurs PIB par tête augmenter beaucoup plus vite que ceux des pays d'Afrique subsaharienne, même de ceux bien dotés en ressources pétrolières ou minières. En effet, au cours de ces 50 années, la majorité des pays émergents pour lesquels on dispose de données depuis 1960 ont vu leur PIB par tête multipliés entre 4 et 14 fois, et 23 fois pour la Chine. À Maurice et au Cap-Vert pour lesquels on ne dispose de données que depuis une trentaine d'années, les PIB par tête ont été multipliés par plus de 3 fois. Les augmentations les plus faibles ont été enregistrées en Afrique du Sud : + 70 % entre 1960 et 2010, et en Arabie Saoudite : + 35 %, entre 1968-2010. En Afrique subsaharienne, seule la Guinée équatoriale enregistre une performance exceptionnelle avec une multiplication par 14 de son PIB par tête entre 1985 (première année disponible) et 2011.

³⁶ Banque africaine de développement, 2012 – Perspectives économiques en Afrique en 2012 – Thème spécial : Promouvoir l'emploi des jeunes – BAD, OCDE, PNUD, CEA, 2012.

Tableau 3 : Économie.

Indices de croissance						
Années	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Indice de croissance du PIB 1960 = base 100	100	111	89	147	185	449
Indice de croissance du PIB par tête 1960 = base 100	100	89	57	72	66	118
Taux de croissance						
Périodes	1960-1969	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2010	2005-2010
Taux de croissance annuel du PIB, en %	1,0	- 1,0	5,4	2,2	8,8	4,9
Taux de croissance annuel du PIB par tête, en %	- 1,2	- 3,2	2,6	- 0,9	5,4	1,9
Contribution au PIB, en %						
Périodes	1960-1969	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2008	2005-2008
Contribution de l'agriculture au PIB, en %	39,9	38,2	36,9	36,7	25,6	12,5
Contribution de l'industrie au PIB, en %	11,5	13,9	13,5	13,7	37,3	56,0
Contribution des services au PIB, en %	48,5	47,8	49,6	49,6	37,1	31,4
Pauvreté					2000-2004	
Périodes						
% Population sous seuil de pauvreté national, au niveau national	-	-			55,0 (2003)	
- en milieu rural	-	-			58,6 (2003)	
- en milieu urbain	-	-			24,6 (2003)	
% Population avec moins de 1,25 \$ PPA/jour	-	-			61,9 (2003)	
% Population avec moins de 2,00 \$ PPA/jour	-	-			83,3 (2003)	

Source : World Bank 2012, World DataBank, <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

Jusqu'au début des années 1990, les performances de l'économie tchadienne ont été médiocres du fait de plusieurs facteurs : instabilité politique, troubles intérieurs, adoption de politiques économiques inadaptées, conséquences des programmes d'ajustement structurel (trois au total, le dernier en 2002-2003), et aussi à cause des difficultés de la filière coton qui jusqu'au début des années 2000 représentait 60 % à 65 % des exportations du pays³⁷, et de l'importance du secteur informel.

Si l'agriculture et l'élevage occupaient toujours en 2009 les trois quarts des actifs tchadiens³⁸, ceux qui travaillent hors du secteur agropastoral restent le plus souvent employés dans le secteur informel où la productivité est faible. Les données anciennes, dont on dispose pour le Tchad indiquent que l'emploi informel représentait au milieu des années 1990 les trois quarts au moins du total des emplois non agricoles du pays, et que les activités exercées par les femmes relevaient massivement de l'informel³⁹. La forte croissance des activités informelles et de l'emploi informel, comme l'augmentation du chômage et de l'émigration au cours des dernières décennies peuvent être considérées comme autant de réponses apportées par les populations au défi de la croissance démographique face à l'incapacité du secteur moderne à créer un nombre suffisant d'emplois. Le chômage en milieu urbain au Tchad est aujourd'hui non négligeable puisque selon les résultats du recensement de 2009, il concerne 4,6% de la population active urbaine et 7,1% de la population active de N'Djaména⁴⁰. Par contre, il était toujours négligeable (1%) en milieu rural où le sous-emploi invisible et saisonnier sont

³⁷ Voir « Atlas de l'économie régionale en Afrique de l'Ouest : le coton » (mais qui inclut le Tchad) CEDEAO-CSAO/OCDE©2006 – août 2006, <http://www.oecd.org/dataoecd/22/35/38410062.pdf>. Voir aussi « Dossier sur le secteur du coton au Tchad : survie et réforme du coton » <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/ACCUEILEXTN/PAYSEXTN/AFRICAINFRENCHEXT/CHADINFRENCHEXT/0,,contentMDK:21083903~menuPK:464923~pagePK:2865066~piPK:2865079~theSitePK:464694,00.html>

³⁸ INSEED « Principaux indicateurs globaux issus de l'analyse thématique » du deuxième recensement de la population et de l'habitant (RGPH2, 2009) N'Djaména, août 2012, page 59.

³⁹ 74 % selon une estimation publiée en 1994 et 95 % selon les résultats d'une enquête réalisée en 1995-1996. Voir CHARMES J., 2008 – « Concepts, measurement and trends ». In Jütting J. P., de Laiglesia J. R. (2009), *Is Informal Normal? Towards more and better jobs in developing countries*, chapter 2, Paris, An OECD Development Centre Perspective, p. 27-62, <http://www.mediapart.fr/files/RapportOCDE.pdf#page=29>

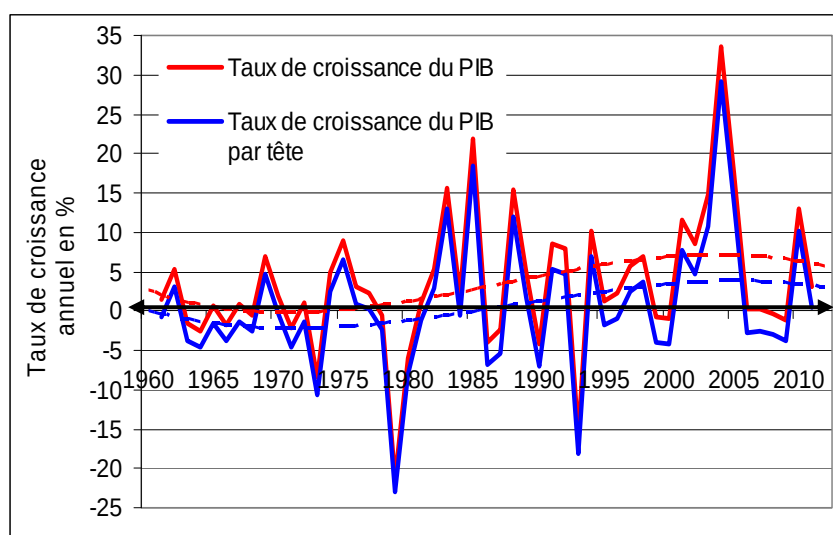
⁴⁰ INSEED « Principaux indicateurs globaux issus de l'analyse thématique » du deuxième recensement de la population et de l'habitant (RGPH2, 2009) N'Djaména, août 2012, page 62

les formes dominantes de mauvaise utilisation de la main d'œuvre disponible et où le chômage n'a guère de sens, puisqu'il suppose le support de parents ou amis ayant des emplois bien rémunérés. Quant à l'émigration, elle concernait en 2010 comme on l'a vu en 2.1, 2% la population résidente soit quelques 240 000 personnes, installées principalement dans les pays voisins

Compte tenu de l'arrivée massive de jeunes sur le marché du travail tchadien dans les 10 et 20 prochaines années, il faudra trouver ou créer 1,7 million d'emplois entre 2010 et 2020, et 2,5 millions d'emplois entre 2020 et 2030 (voir en 2.1). Il est probable que le secteur informel reste le principal pourvoyeur d'emploi urbain, comme c'est le cas dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne⁴¹. Le rapport 2012 de la Banque africaine de développement souligne à ce sujet la difficile transition des jeunes Africains vers l'emploi entre 15 et 30 ans⁴². Il constate qu'aujourd'hui à 30 ans, seulement 25 % des jeunes Africains et 10 % des jeunes Africaines occupent un emploi « satisfaisant », généralement comme salarié(e) dans le secteur moderne. Les autres sont dans des situations précaires. Soit ils occupent des emplois peu, voire non rémunérés généralement dans le secteur informel ou l'agriculture, soit ils sont chômeurs ou inactifs. À partir de ce constat, les auteurs du rapport soulignent que le secteur moderne ou secteur formel ne sera pas en mesure d'absorber les très nombreux arrivants sur les marchés du travail africains et que l'activité informelle et l'emploi précaire resteront la norme pour beaucoup de jeunes. Ils appellent en conséquence à reconnaître que le secteur informel continuera de jouer un rôle essentiel d'absorption des jeunes sur les marchés du travail, et ils recommandent que le secteur informel soit pris en considération dans toute politique publique axée sur les jeunes.

Le constat que l'on peut faire sur les performances de l'économie tchadienne depuis l'indépendance, est que dans le contexte de crise politique qu'a connu le pays dans les années 1960 et surtout 1970 et d'accélération de sa croissance démographique, la croissance économique du pays a été longtemps insuffisante pour maintenir le PIB par tête à son niveau initial. Le PIB par tête en termes réels s'est en effet maintenu au-dessous du niveau estimé en 1960 jusqu'en 2003. Puis, avec le début de l'exploitation du pétrole et le pic de croissance enregistré en 2004 (+ 34 %), le PIB total a doublé entre 2000 et 2005 (figures 3.2 et 3.3). Le Tchad a continué ensuite de bénéficier des revenus du pétrole, mais après le pic de 2004, la croissance a été nécessairement moindre. Le PIB total du pays s'est alors plus ou moins maintenu au niveau atteint en 2005 jusqu'à la croissance exceptionnelle de 2010 (+ 13 %) imputable à une récolte agricole record. Mais la croissance démographique restant supérieure à 3 % par an, le PIB par tête en termes réels était en 2010 et en 2011 à un niveau légèrement inférieur à son niveau maximum de 2005.

Figure 3.3. Évolution des taux de croissance annuels en termes réels du PIB total et du PIB par tête du Tchad de 1960 à 2010.



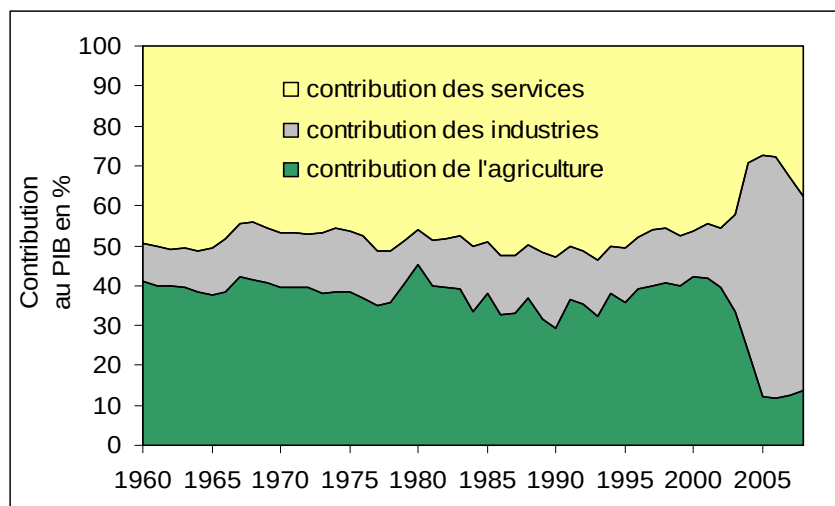
Source : World Bank 2012, World DataBank, <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

⁴¹ Les travaux de l'OCDE sur le sujet pour l'Afrique de l'Ouest considèrent que le secteur informel est devenu depuis 1980 « le principal pourvoyeur d'emploi urbain et qu'il devrait le rester à l'avenir, même si les entreprises modernes assurent globalement 80 % de la valeur ajoutée non agricole. Voir OECD, 2008 – Rapport Afrique de l'Ouest 2007-2008, décembre 2008, 2.3.2. : Économie Informelle – Source : Charmes J. (2000) <http://www.oecd.org/dataoecd/31/0/42358563.pdf>

⁴² Banque africaine de développement, 2012 – Perspectives économiques en Afrique en 2012 – Thème spécial : Promouvoir l'emploi des jeunes – BAD, OCDE, PNUD, CEA, 2012.

Le fait majeur des 15 dernières années au Tchad est évidemment son passage d'une économie essentiellement agropastorale à une économie où les activités liées au pétrole occupent désormais une place importante (figure 3.4, tableau 3). L'agriculture et l'élevage ont ainsi contribué à 40 % du PIB du pays jusqu'en 2002, mais en 2008 leur contribution n'était plus que de 14 %. À titre de comparaison, la contribution de l'agriculture aux PIB du Congo, du Gabon et de la Guinée équatoriale, pays voisins également producteurs de pétrole, n'était plus que de 3 % à 4 % en 2009-2010.

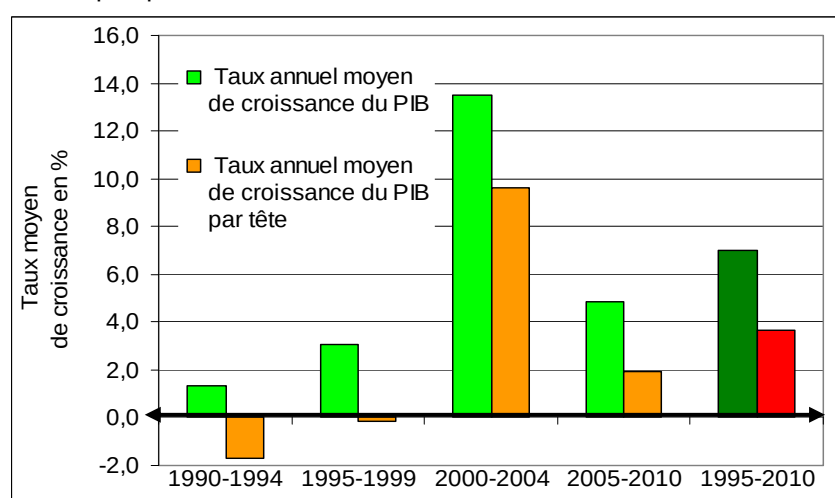
Figure 3.4. Contribution de chaque grand secteur d'activités au PIB de 1960 à 2008 en %.



Source : World Bank 2012, World DataBank, <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx> 2008

L'évolution des taux de croissance économique du Tchad au cours des 20 dernières années reflète bien l'ampleur et les répercussions de ces changements. Ainsi, entre 1990 et 1994 le taux annuel moyen de croissance économique est resté globalement inférieur à celui de la population, d'où une diminution du PIB par tête (figure 3.5). Mais, à partir de 1995, la croissance reprend, en partie à cause du démarrage des travaux préalables nécessaires à l'extraction du pétrole. Puis, un taux annuel moyen de croissance économique de 13,5 % est atteint entre 2000 et 2004. Mais ce taux retombe à un peu moins de 5 % pour la période 2005-2010. Ces taux ont permis un doublement du PIB par tête en termes réels entre 2000 et 2005. Ainsi, sur l'ensemble de cette période « faste » (1995-2010) le taux moyen de croissance économique s'est établi à 7 % par an, et le taux moyen de croissance du PIB par tête a été estimé à 3,7 % par an.

Figure 3.5. Évolution des taux de croissance annuels en termes réels du PIB total et du PIB par tête du Tchad par période quinquennale de 1990 à 2010.



Source : World Bank 2012, World DataBank, <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

Il n'est malheureusement pas possible de savoir si ces forts taux de croissance économique ont permis de réduire la pauvreté au Tchad car les dernières données disponibles à ce sujet remontent à 2003. On estimait à cette date que plus de la moitié de la population : 55 %, vivait au-dessous du seuil de pauvreté national, avec un écart considérable, du simple au double, entre milieu urbain et milieu

rural : 25 % contre 59 %. Par ailleurs, les estimations internationales donnent pour le Tchad en 2003 un pourcentage de personnes vivant avec moins de 1,25 dollar PPA par jour (situation dite d'extrême pauvreté) un peu plus élevé : 62 %, et elles suggèrent que plus de quatre Tchadiens sur cinq (83 %) vivaient alors avec moins de 2,00 dollars PPA par jour. Les données disponibles pour les principaux pays producteurs de pétrole de la région donnent des pourcentages de personnes vivant avec moins de 1,25 dollar PPA par jour très variables : 4 % au Gabon, mais 54 % au Congo en 2005, 54 % aussi en Angola en 2000, 68 % au Nigeria en 2010, et parmi les autres pays 10 % au Cameroun en 2007, 63 % en République centrafricaine en 2008, et 88 % en République Démocratique du Congo en 2006.

Le taux de croissance économique moyen de 7 % par an enregistré au Tchad entre 1995 et 2010 le place au niveau mondial parmi les 20 pays qui ont enregistré la plus forte croissance économique annuelle moyenne depuis 1995 et ceci reste vrai pour la croissance économique moyenne de 6 % par an enregistrée depuis 1985. La meilleure performance dans la région et au niveau mondial, reste celle de la Guinée équatoriale : + 23 % par an en moyenne entre 1995 et 2010, et 16 % par an entre 1985 et 2010. Viennent ensuite dans la région l'Angola : + 10 % par an en moyenne entre 1995 et 2010, et 6 % entre 1985 et 2010, et le Tchad : + 7 % par an entre 1995 et 2010 et 6 % entre 1985 et 2010. On notera que les pays comme le Nigeria, le Gabon et le Congo qui ont connu leur pic de croissance lié au pétrole, respectivement en 1970, 1974 et 1982 ont enregistré des croissances beaucoup plus modestes. Celles-ci ont été de 2 % au Gabon sur l'ensemble de la période 1985-2010, 4 % au Congo entre 1995 et 2010 et 2 % entre 1985 et 2010, et 5 % au Nigeria sur l'ensemble de la période 1985-2010. Au niveau mondial, les taux de croissance annuels moyens supérieurs à 6 % par an que l'on trouve pour la période 1985-2010 ne concernent qu'un petit nombre de pays (15 sur les 187 pays pour lesquels on dispose de données). Avec un taux annuel moyen de 16 %, la Guinée équatoriale, on l'a déjà dit, occupe la première place, suivie de la Chine : 10 %. On trouve ensuite avec des taux annuels moyens de 6 % à 7 % des pays aussi divers en taille de population et en ressources que le Vietnam, Singapour, le Botswana, l'Inde, le Mozambique, l'Ouganda, le Laos, la Corée du Sud, le Cap-Vert et le Tchad, puis entre 5,5 % et moins de 6 % par an, la Malaisie, Belize, l'Angola, la Thaïlande, et le Chili. Ces données indiquent que le maintien d'une croissance forte de 6 % à 7 % par an a été rare au cours des 15 ou 25 dernières années.

Au Tchad, après le pic record de croissance de 34 % enregistré en 2004, suivi d'une croissance de 17 % en 2005, la croissance du PIB a été proche de zéro en 2006 et 2007, et négative en 2008 et 2009. En fait, de 2006 à 2009, l'évolution du PIB imputable au pétrole a été négative. En 2010, les prix élevés du pétrole ont encouragé l'exploitation et l'ouverture de nouveaux champs d'exploitation, et par ailleurs les efforts du gouvernement en faveur de l'agriculture combinés avec une pluviométrie très favorable ont conduit à une croissance exceptionnelle de 13 %. La croissance sur la période 2012-2013 pourrait atteindre 5,1 % grâce à l'industrie pétrolière⁴³. Pour 2011-2015, les prévisions faites fin 2011 tablaient sur une croissance de 4 % par an en moyenne, et supposaient une augmentation de 5 % du PIB hors pétrole⁴⁴. On notera qu'une croissance du PIB total de 5 % par an, combinée avec une croissance démographique constante de 3,5 % par an, ne laisse que 1,5 % de croissance du PIB par tête par an, et que dans ce cas, il faut environ 50 ans pour arriver à un doublement du PIB par tête actuel.

Le Tchad est ainsi confronté au triple défi de gérer au mieux les revenus que lui procure le pétrole (environ 70 % des ressources de l'État de 2006 à 2009), de diversifier son économie pour faire face à la diminution prévisible de ses revenus pétroliers, et de créer le maximum d'emplois possibles pour les très nombreux jeunes qui entrent sur le marché du travail. Conscients de ces défis, les autorités entendent mettre en œuvre un programme ambitieux d'investissements publics destiné à transformer à terme le Tchad en pays à revenu intermédiaire⁴⁵.

⁴³ Perspectives économiques en Afrique, Tchad 2012. African Development Bank Group, juin 2012 <http://www.africaneconomicoutlook.org/fr/countries/central-africa/chad/>

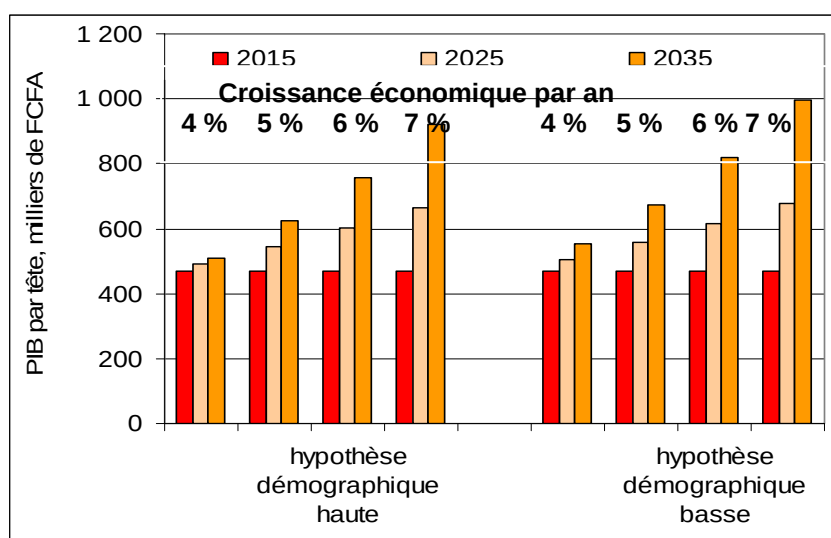
⁴⁴ The International Monetary Fund (IMF) 2011 – Chad: 2011 Article IV consultation; IMF Country report No. 11/302 <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2011/cr11302.pdf> October 2011, p. 23.

⁴⁵ La Banque mondiale classe les pays du monde en fonction de leur revenu national brut (RNB) par habitant, calculé en utilisant la méthode dite de l'Atlas de la Banque mondiale. En 2011, les groupes retenus étaient les suivants : a) pays à faible revenu : 1 025 dollars américains ou moins, b) pays à revenu moyen inférieur : de 1 026 à 4 035 dollars américains, c) pays à revenu moyen supérieur : 4 036 à 12 475 dollars américains, d) pays à revenu élevé : 12 476 dollars américains ou plus <http://data.worldbank.org/about/country-classifications>. En 2011, le RNB par habitant calculé pour le Tchad selon la méthode de l'Atlas de la Banque mondiale était estimé à 690 dollars américains (contre 823 dollars américains courants pour le PIB par tête). Il devrait donc augmenter de 50 % pour atteindre la limite inférieure de 1 026 dollars américains retenue en 2011 pour les pays à revenu moyen inférieur.

Il est évidemment impossible de prévoir quelle sera la croissance économique du Tchad au cours des 20 prochaines années. Mais il n'est pas inutile de chercher à savoir quelle pourrait être l'évolution du PIB par tête entre 2015 et 2035 (2015 étant l'année supposée d'accélération de l'utilisation de la contraception) en combinant diverses hypothèses de croissance économique et de croissance démographique. Nous sommes ainsi partis du PIB par tête en 2011 de 388 000 FCFA auquel on a appliqué un taux de croissance du PIB par tête de 1 % par an et un taux d'inflation de 3 % par an, ce qui donne en 2015 un PIB par tête de 455 000 FCFA, que nous avons arrondi à 460 000 FCFA. Puis, partant de ce chiffre, nous avons calculé les PIB par tête en 2025 et 2035 en combinant des taux annuels constants de croissance économique de 4 %, 5 %, 6 % et 7 % par an, avec les taux de croissance démographique trouvés avec les hypothèses haute et basse présentées précédemment.

Les résultats obtenus indiquent qu'un doublement du PIB par tête dans une vingtaine d'années à partir de 2015 (en 2034 ou en 2036) n'est envisageable qu'avec une croissance économique constante forte de 7 % par an (figure 3.6). Avec une croissance économique de 5 % par an, le PIB par tête en 2035 serait de 44 % supérieur à celui de 2015 avec l'hypothèse démographique basse, et de 33 % supérieur avec l'hypothèse démographique haute. Cette différence n'est pas négligeable. Elle reflète le fait que l'hypothèse démographique haute allonge le temps nécessaire pour arriver à un doublement du PIB par tête. Ainsi, avec une croissance économique de 5 % par an, le PIB par tête double en plus de 45 ans (après 2060) avec l'hypothèse démographique haute, alors qu'il double en 33 ans (en 2048), soit environ 15 ans plus tôt avec l'hypothèse démographique basse. Avec l'hypothèse d'une croissance économique de 4 % par an, le PIB par tête en 2035 n'est que de 18 % supérieur à celui de 2015 avec l'hypothèse démographique basse et de 9 % supérieur avec l'hypothèse démographique haute. Dans ce cas, avec la croissance démographique associée à l'hypothèse basse, il faut 45 ans pour arriver à un doublement du PIB par tête actuel, mais au moins 70 ans avec l'hypothèse haute.

Figure 3.6. Évolution de 2015 à 2035 du PIB par tête du Tchad, en milliers de FCFA, selon diverses hypothèses de croissance économique et démographique.



Source : Projections et calculs réalisés dans le cadre de l'étude.

Si l'on retient l'objectif de faire du Tchad un pays à revenu intermédiaire, c'est-à-dire d'augmenter de 50 % son Revenu national par tête (de 690 dollars américains à 1 026 dollars américains, limite inférieure retenue en 2011 pour les pays à revenu moyen inférieur), cet objectif peut être atteint en 11 ou 12 ans avec une croissance économique constante forte de 7 % par an. Cependant, avec une croissance économique constante de 5 % par an et l'hypothèse démographique basse, il faudrait 21 ans pour atteindre cet objectif, et 28 ans avec l'hypothèse démographique haute.

Ces simulations confirment que le maintien d'une croissance économique élevée de 6 % à 7 % par an permet de doubler assez rapidement, en une vingtaine d'années, le PIB par tête du pays. Ce doublement est acquis deux ans plus tôt avec l'hypothèse d'une décélération progressive de la croissance démographique (hypothèse démographique basse) par rapport à l'hypothèse du maintien d'une croissance démographique forte de 3,5 % par an (hypothèse démographique haute). Mais, comme on l'a vu, les croissances économiques de 6 % à 7 % par an sur une longue période (15 ou 25 ans) restent rares, y compris parmi les pays producteurs de pétrole. Avec une croissance économique de 5 % par an, ce qui reste appréciable, le doublement du PIB par tête serait acquis

environ 15 années plus tôt avec l'hypothèse démographique basse. Il est acquis 25 ans plus tôt avec une croissance économique de 4 % par an, ce qui reste honorable. Ce raccourcissement du temps nécessaire au doublement du PIB par tête grâce à une décélération progressive de la croissance démographique constitue donc un avantage d'autant plus important que la croissance économique est faible, c'est-à-dire inférieure à 6 % ou 7 % par an.

Ceci dit, même si la croissance économique se maintenait à 6 % ou 7 % par an dans les 20-25 ans à venir, la poursuite d'une croissance démographique élevée impliquerait, comme on l'a vu, une augmentation continue du nombre des naissances et des effectifs de jeunes, ce qui entraînerait une augmentation parallèle continue des coûts de prise en charge par rapport à l'hypothèse démographique basse qui est associée avec une stabilisation à terme du nombre des naissances et des effectifs de jeunes. Le Tchad est donc susceptible de bénéficier de la décélération de sa croissance démographique quelle que soit l'importance de sa croissance économique au travers de la décélération des dépenses consacrées aux enfants et aux jeunes. En effet, par rapport à l'hypothèse d'une augmentation continue des coûts imputables au maintien d'une croissance démographique de 3,5 % par an, l'hypothèse démographique basse permet de réaliser des économies générant un « espace fiscal », c'est-à-dire des ressources supplémentaires qui pourraient être affectées au soutien à l'activité économique, ainsi qu'à l'amélioration du capital humain du pays.

3.2 Quels impacts de la croissance démographique sur l'éducation ?

Le maintien d'une croissance économique forte et durable suppose la constitution d'un capital humain de qualité^{46 47}. Mais tant en matière d'éducation qu'en matière de santé, des efforts très importants sont encore nécessaires au Tchad pour arriver à des niveaux comparables à ceux observés aujourd'hui dans les pays émergents.

On doit noter tout d'abord que les résultats du recensement de 2009 et ceux de l'enquête MICS 2010 donnent pour plusieurs indicateurs des résultats très inférieurs à ceux estimés jusqu'à présent notamment par la Banque mondiale (figures 4.1. et 4.2). La raison en est simple, l'augmentation récente de la fécondité révélée par ces résultats va de pair avec des effectifs d'enfants beaucoup plus importants que ceux utilisés comme dénominateurs pour le calcul des taux, notamment pour le calcul des taux de scolarisation dans le primaire, d'où une surestimation notable des taux publiés jusqu'ici.

Tableau 4 : Éducation.

Années	1970	1980	1990	2000	RGPH 2009	2010
Population adulte sachant lire et écrire	-	-	10,9 (1993)	25,7	22,3	33,6 (2009)
Population de 15 à 24 ans sachant lire et écrire	-	-	17,3 (1993)	37,6	30,8	46,3 (2009)
Enseignement primaire						
- Taux brut de scolarisation	33,8 (1971)	34,6 (1985)	49,3	67,7	68,3	92,5
- Taux net de scolarisation	24,1 (1975)	33,2 (1988)	37,7 (1996)	54,5	40,4	62,3 (2003)
- Taux d'achèvement du cycle	15,2 (1971)	11,4 (1988)	16,3	22,9		34,5
- Ratio élèves-enseignant	68 (1971)	64 (1985)	67	69		62
Enseignement secondaire						
- Taux brut de scolarisation	1,9 (1971)	6,1 (1985)	6,5	10,8	27,8	24,6
- Taux net de scolarisation	-	-	-	7,3	13,3	10,8 (2003)
Enseignement supérieur						
- Taux brut de scolarisation	0,1 (1973)	0,4 (1985)	0,6 (1989)	0,8		2,2
Dépenses publiques pour l'éducation						
- en % du PIB			1,6 (1998)	2,6		2,8
- en % des dépenses du Gouvernement			17,1 (1999)	12,8		10,1

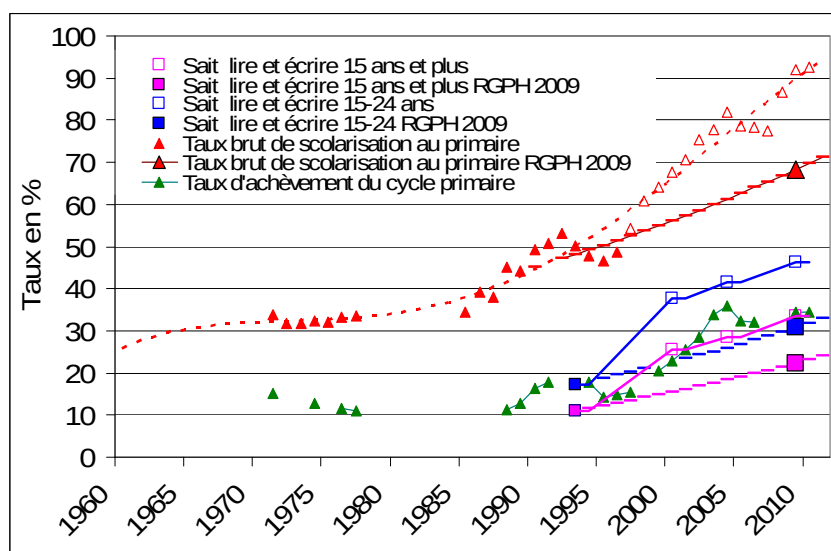
Sources: World Bank 2012, World DataBank, <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx> et INSEED « Principaux indicateurs globaux issus de l'analyse thématique » du deuxième recensement de la population et de l'habitant (RGPH2, 2009) N'Djaména, août 2012

⁴⁶ Le capital humain peut être défini comme l'ensemble des connaissances et aptitudes que possèdent les individus et qui les rend potentiellement plus productifs. Il s'acquiert par l'éducation et l'expérience et suppose une bonne santé et résistance aux maladies de l'ensemble de la population.

⁴⁷ Le capital humain a aussi été défini comme le nombre d'années d'éducation pondéré par le niveau atteint. Ce nombre était en 2003 de 21 ans aux États-Unis, 16 ans en Grande-Bretagne, et 17 ans au Japon. Voir MADDISON A., 2005 – *Growth and Interaction in the World Economy. The Roots of Modernity*, http://www.ggdc.net/maddison/other_books/Growth and Interaction in the World Economy.pdf 2005.

C'est ainsi qu'en dépit des progrès notables accomplis depuis l'indépendance près de quatre Tchadiens sur cinq (78%) ne savaient toujours pas lire et écrire en 2009. Le pourcentage de la population adulte (15 ans et plus) sachant lire et écrire est en effet passé de quelques pourcents au moment de l'indépendance à 11 % en 1993 et 22% en 2009 selon les résultats des recensements (tableau 4, figure 4.1). La progression de la scolarisation se traduit par des pourcentages plus élevés chez les jeunes, mais en 2009 moins d'un jeune sur trois (31%) savait lire et écrire contre 17 % en 1993. Des progrès ont donc été réalisés, mais ils restent à l'évidence insuffisants.

Figure 4.1. Évolution des taux d'alphabétisation et de scolarisation.



Sources: World Bank 2012, World DataBank, <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx> et RGPH 2009

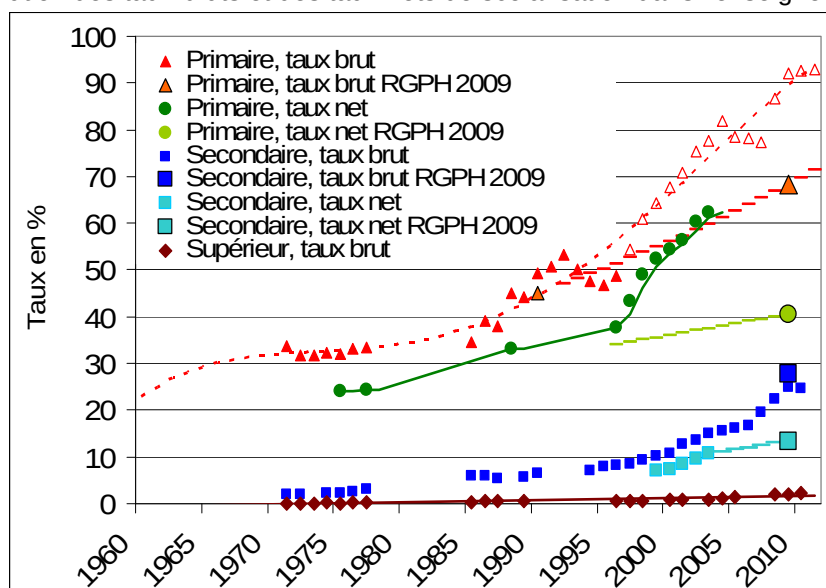
Certes la scolarisation progresse, mais alors qu'on estimait jusqu'à présent le taux brut de scolarisation en 2009 et en 2010 à 92%, il était en réalité beaucoup plus bas : 68,3% en 2009 selon les résultats du recensement de 2009, du fait de l'augmentation récente de la fécondité. Le taux net de scolarisation qui ne tient pas compte des retards scolaires⁴⁸ était lui, toujours selon les résultats du recensement de 2009 de 40%, soit 28 points de moins que le taux brut, ce qui révèle l'ampleur des retards scolaires. On était donc toujours en 2009 loin de la réalisation de l'objectif numéro 2 du Millénaire pour le développement, à savoir : « Assurer l'éducation primaire pour tous » d'ici 2015.

La progression de la scolarisation au primaire au Tchad reste associée à divers problèmes comme l'importance du retard scolaire et des redoublements, le non-achèvement du cycle primaire et un ratio élèves-enseignant trop élevé. Ces problèmes sont le reflet des difficultés d'accorder au secteur éducatif les moyens dont il a besoin pour faire face à la fois à la non-scolarisation de tous les enfants, au maintien d'un niveau de qualité acceptable et à la multiplication par cinq depuis 1960 de la population à scolariser. Si le taux d'achèvement du cycle primaire était de l'ordre de 10 à 15 % dans les années 1970 et 1980, il a progressé depuis et il était estimé en 2010 à 35 %, ce qui reste toujours insuffisant. Le ratio élèves/enseignant au primaire n'est pas non plus satisfaisant. Les données disponibles à ce sujet indiquent qu'il s'est maintenu des années 1970 à 2010 entre 60 et 70 élèves par maître. Ces ratios sont entre deux fois et quatre fois plus élevés que ceux enregistrés dans la plupart des pays émergents où ils se situent entre 15 et 30 élèves par maître.

Un constat plus ou moins similaire peut être dressé pour le secondaire et le supérieur. Le taux brut de scolarisation au secondaire qui était de 2 % en 1971 est passé à 6 % en 1990 et il était en 2009 selon les résultats du recensement de 28 % (figure 4.2). Comme dans le primaire, les élèves « en retard » étaient nombreux puisque le taux net de scolarisation était de 13 %, soit moitié moindre. Aussi, le ratio élèves/enseignant s'est fortement détérioré dans le secondaire. Il est passé en effet d'environ 20 élèves par maître dans les années 1970, à environ 35-40 élèves par maître de 1990 à 2005 et il était estimé à 32-33 élèves par maître entre 2005 et 2010. Ce ratio reste élevé par rapport à ceux observés dans les pays émergents où ils se situent généralement entre 15 et 25 élèves par maître.

⁴⁸ Le taux brut de scolarisation au primaire est le rapport entre l'ensemble des élèves scolarisés au primaire, quel que soit leur âge et les enfants ayant l'âge normal requis, soit 6 à 11 ans au Tchad. Il inclut donc les élèves « en retard », c'est-à-dire ayant dépassé l'âge normal. Le taux net de scolarisation est le rapport entre les élèves ayant de 6 à 11 ans et l'ensemble des enfants scolarisables du même âge. Il n'inclut donc pas les élèves « en retard ».

Figure 4.2. Évolution des taux bruts et des taux nets de scolarisation dans l'enseignement primaire,



Source: World Bank 2012, World DataBank, <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx> et RGPH 2009

Dans le supérieur, le taux brut de scolarisation n'était que de 0,8 % en 2000 et il était estimé en 2010 à 2,2 %

Ainsi, malgré l'importance des progrès réalisés les niveaux d'éducation de la population au Tchad restent faibles. Dans les pays émergents, la scolarisation au primaire de tous les enfants est aujourd'hui assurée. Ensuite, les taux de scolarisation au secondaire sont 2 à 3 fois plus élevés qu'au Tchad puisqu'ils se situent entre 60 % et plus de 90 %. Au niveau supérieur, les taux de scolarisation qui varient de 15 % à 30 % sont 7 à 14 fois plus élevés qu'au Tchad.

La forte mobilisation en faveur de l'éducation ces dernières années explique les progrès réalisés. Mais dans de nombreux pays africains, le sentiment dominant est que cette mobilisation s'est faite au détriment de la qualité de l'enseignement qui s'est fortement dégradée, les systèmes scolaires n'arrivant plus à gérer les flux massifs d'élèves à tous les niveaux. Les infrastructures, le nombre d'enseignants, leur formation, n'arrivent plus à suivre. Ainsi au Tchad, on estimait en 2005 qu'un quart seulement des enseignants du primaire avait reçu une formation, mais ce pourcentage serait passé à 70 % en 2010. Dans ce contexte, certains parents espèrent assurer une meilleure éducation à leurs enfants en les scolarisant dans le secteur éducatif privé, mais cette option est limitée aux parents qui en ont les moyens. En 2010, les établissements du secteur privé scolarisaient au Tchad 8 % des élèves au niveau primaire, et 15 % des élèves (un sur six) au niveau secondaire.

On notera par ailleurs la persistance au Tchad d'écarts importants à tous les niveaux entre la scolarisation des filles et celle des garçons. Les taux bruts de scolarisation des filles ces dernières années restent inférieurs à tous les niveaux à ceux des garçons. Ainsi en 2009, le taux brut de scolarisation des filles au primaire était de 20% inférieur à celui des garçons (61% contre 75%), et au secondaire, leur taux brut de scolarisation était moitié moindre (17% pour les filles contre 38% pour les garçons). Au niveau supérieur, le taux brut de scolarisation des filles était en 2009 de 0,6 % contre 3,7 % pour les garçons, et les étudiantes ne représentaient que 15 % (un sixième) du total des étudiants. Cette situation constitue un handicap à un changement des mentalités favorisant la pleine participation des femmes à l'activité économique et donc un handicap au développement du pays. L'une des conséquences de la scolarisation plus faible des femmes est par exemple la persistance de la prépondérance et donc du pouvoir des hommes dans le système éducatif. En 2009, seulement 14 % des enseignants au niveau primaire étaient des femmes, et elles n'étaient que 5 % au niveau secondaire et 4 % au niveau supérieur.

Au total, la multiplication par cinq depuis 1960 de la population scolarisable au primaire et la multiplication des taux bruts de scolarisation par 3,5 (de 20 % à 70 %) ont conduit à une multiplication du nombre d'élèves scolarisés par près de 20. Au secondaire, la multiplication par 4 de la population scolarisable et le passage d'un taux brut de scolarisation de 2 % en 1971 à 28 % en 2009 ont conduit à une multiplication du nombre d'élèves scolarisés par plus de 50. Dans l'enseignement supérieur, le passage d'un taux de scolarisation de 0,6 % en 1989, à 2,2 % en 2010 appliqué à une population qui

a quasiment doublé en 20 ans correspond à une multiplication par 6 ou 7 des effectifs d'étudiants en 20 ans.

Les moyens humains et financiers qu'il a fallu mobiliser pour arriver à ces résultats ont été évidemment considérables. Ils restent pourtant insuffisants par rapport aux besoins. Selon les données de la Banque mondiale, l'ensemble des dépenses publiques consacrées à l'éducation seraient passées de 26 milliards de FCFA à près de 120 000 milliards en 2010, soit une multiplication par 4,5, proche de la multiplication par 4,3 du PIB en valeur courante au cours de cette période. Ces dépenses ont beaucoup varié d'une année à l'autre. Elles représentaient 2,6 % du PIB en 2000, 1,6 % en 2004, 3,1 % en 2009, et 2,8 % en 2010, soit quasiment le même pourcentage qu'en 2000. Par ailleurs, ces dépenses représentaient 13 % du total des dépenses de l'État en 2000, 8 % en 2004, 13 % en 2009 et 10 % en 2010. Ces chiffres correspondent à une dépense en faveur de l'éducation d'à peine 11 000 FCFA par habitant en 2010, un chiffre faible qui reflète la scolarisation toujours incomplète des enfants tchadiens au primaire et la faiblesse des taux de scolarisation au secondaire et au supérieur. De fait, les coûts par élève en 2010 étaient estimés à 36 000 FCFA au primaire (pour environ 1,7 million d'élèves), 75 000 au secondaire (pour environ 420 000 élèves) et à environ un million de FCFA par étudiant du supérieur (plus de 20 000 étudiants). Ces données signifient en gros qu'en 2010, 50 % des dépenses publiques consacrées à l'éducation concernaient le primaire, 30 % le secondaire et 20 % le supérieur.

Dans les 20 prochaines années, l'augmentation attendue de la population scolarisable et la nécessité d'augmenter les taux de scolarisation à tous les niveaux nécessiteront des moyens encore plus importants que ceux mobilisés jusqu'ici. Ce point sera examiné plus bas en 3.4

3.3 Quels impacts sur la santé et sur la santé de la reproduction ?

Un état de santé satisfaisant de l'ensemble de la population, en particulier de la population active, mais aussi des mères et des enfants, est un facteur favorable à leur productivité et à leur contribution à l'économie, et pour les enfants à leur réussite scolaire. Des taux de mortalité et de morbidité peu élevés constituent donc un élément essentiel de la qualité du capital humain du pays. Les indicateurs dont on dispose à ce sujet pour le Tchad sont des estimations. Celles-ci ne sont pas parfaites, mais elles permettent cependant de se faire une idée des progrès réalisés au Tchad dans ce domaine.

Globalement, les progrès pour réduire la mortalité au Tchad depuis 1960 ont été lents et fortement contrariés par deux facteurs : l'impact négatif sur le système de santé des troubles politiques et militaires qui ont affecté le pays et la hausse de la mortalité imputable au VIH/Sida (voir en 2.1). Selon les estimations de la Division de la population des Nations unies, l'espérance de vie à la naissance serait passée de 40,2 ans en 1960 à 50,7 ans en 1990, puis elle aurait diminué à 48,1 ans en 2005 pour atteindre 49,2 ans en 2010. L'INSEED, de son côté, a estimé l'espérance de vie à la naissance sur la base des décès déclarés par les familles au cours des 12 mois précédant le recensement de juin 2009 à 52,4 ans (et à 50,4 ans en 1993). En dépit de cette différence, il est clair que la progression de l'espérance de vie à la naissance s'est arrêtée dans les années 1990, mais que sa progression a recommencé ces dernières années (voir en 2.1 et figure 1.2).

Le Tchad comptait une cinquantaine de médecins au moment de l'indépendance. Il en comptait en 2004 environ 400. Mais la population ayant été multipliée par quatre, le nombre d'habitants par médecin reste très élevé. On comptait encore en 2004 un médecin pour 25 000 habitants, soit dix fois moins que dans les pays émergents où on compte un médecin pour 2 000 à 3 000 habitants (tableau 5). Par ailleurs, le Tchad comptait en 2004 environ 2 700 infirmiers et sages-femmes, soit un infirmier pour 3 600 habitants, c'est-à-dire trois à quatre fois moins que dans les pays émergents où ce ratio est d'un infirmier pour 500 à 1 500 habitants. Il comptait aussi en 2005 : 4 200 lits d'hôpital, soit un lit pour 2 300 habitants, c'est-à-dire deux à trois fois moins que dans les pays émergents où ce ratio est d'un lit pour 500 à 1 000 habitants. À noter toutefois que les ratios les plus récents devraient être meilleurs que ceux qui viennent d'être cités.

Dans ce contexte, les décès, largement évitables, imputables aux maladies infectieuses, à une mauvaise prise en charge des grossesses et à la malnutrition sont nombreux. On estimait en 2002 que 74 % du total des décès au Tchad étaient imputables à ces causes (contre 10 % à 30 % dans les pays émergents).

La sécurité alimentaire et nutritionnelle⁴⁹ des Tchadiens est toujours loin d'être assurée. Le pourcentage de personnes sous-alimentées (en dehors des périodes de pénuries aiguës qui surviennent entre deux récoltes (comme cela a été le cas en 2009) reste toujours élevé. Il était estimé en 2008 à 39 %. Certes, ce pourcentage a diminué ces dernières années puisqu'on estimait dans les années 1990 que plus d'un Tchadien sur deux était en situation de sous-alimentation chronique : 60 % en 1992 et 53 % en 1997. Mais avec la forte augmentation de la population, le nombre de personnes sous-alimentées de manière chronique aurait continué d'augmenter. On estime ainsi qu'il serait passé de 3,8 millions de personnes en 1992 à 4,1 millions en 2008.

Tableau 5 : Santé.

Années	1960	1970	1980	1990	2000	2010	
Nombre d'habitants par médecin (en milliers)	73,0	61,7	47,4 (1978)	38,2 (1989)	40,0 (2001)	25,0 (2004)	
Population sous-alimentée, %	-	-	60 (1992)	53 (1997)	43 (2001)	39 (2008)	
Population approvisionnée en eau, %	-	-	-				
- en milieu urbain	-	-	-	49	60	84	
- en milieu rural	-	-	-	37	41	42	
Accès à un système d'assainissement							
- en milieu urbain %	-	-	-	21	26	54	
- en milieu rural %	-	-	-	4	5	4	
Taux de mortalité infantile pour 1 000	177	158	140	128	133	128	
Taux de mortalité avant 5 ans pour 1 000	311	272	233	205	212	203	
				1996-1997	2000	2004	2010
Mères ayant reçu des soins prénatals							
- au moins une fois			23	42	38	53	
- au moins 4 fois			15	-	18	23	
Naissances assistées par personnel de santé (%)			15	16	14	23	
Enfants vaccinés (%) contre :							
- la rougeole			17	25	15	30	
- la diphtérie, le tétanos et la coqueluche			16	17	16	15	
- la tuberculose			36	42	37	44	
- la poliomyélite			15	42	28	25	
Enfants de petit poids par rapport à l'âge (%)			39	28	37	30	
Enfants de petite taille par rapport à l'âge (%)			40	28	41	39	

Sources 1- World Bank 2012, World DataBank, <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

2 – United Nations 2011, World Population Prospects: The 2010 Revision, File 1: Interpolated demographic indicators by major area, region and country, annually for 1950-2100, Medium-fertility variant, 2010-2100, POP/DB/WPP/Rev.2010/INT/F1 June 2011 - Copyright © 2011 by United Nations.

3 - MICS-Tchad 2010 – Enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS 2010 (INSEED-Unicef-UNFPA), Rapport final, mai 2011

4 – MEASURE DHS (Demographic and Health), <http://www.measuredhs.com/publications/Publication-Search.cfm>
voir Chad: DHS, 1996-97 - Final Report (French) et Chad: DHS, 2004 - Final Report (French)

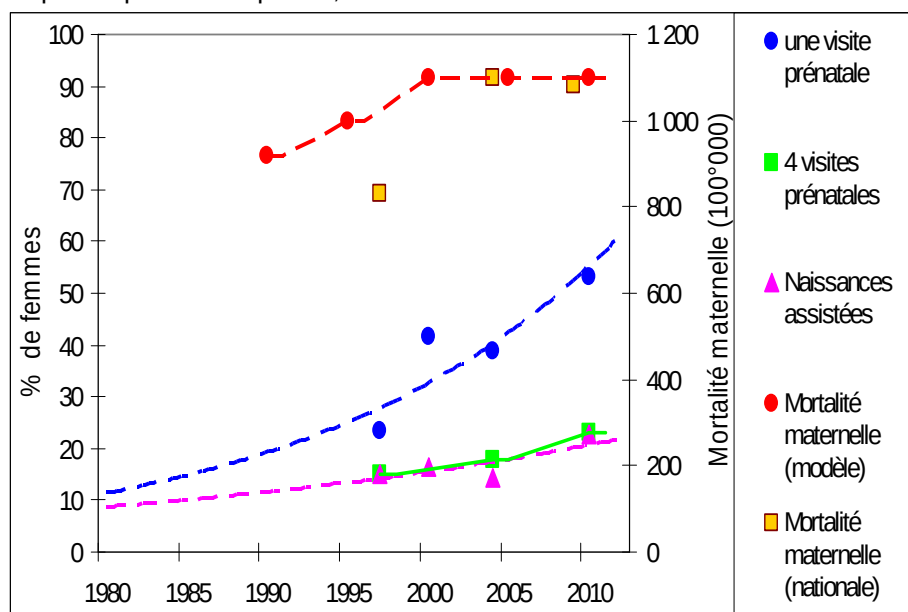
⁴⁹ Selon la définition adoptée lors du Sommet mondial de l'alimentation organisé par la FAO en 1996 : « La sécurité alimentaire est assurée quand toutes les personnes, en tout temps, ont économiquement, socialement et physiquement accès à une alimentation suffisante, sûre et nutritive qui satisfait leurs besoins nutritionnels et leurs préférences alimentaires pour leur permettre de mener une vie active et saine » http://ftp.fao.org/es/esa/policybriefs/pb_02_fr.pdf. La notion de sécurité alimentaire dépasse donc la notion d'autosuffisance alimentaire. Elle comporte quatre dimensions : la disponibilité des aliments (qui dépend de la production intérieure, des capacités d'importations et de stockage et de l'aide alimentaire), l'accès aux aliments (qui dépend du pouvoir d'achat des populations et des infrastructures du pays), la stabilité dans la disponibilité et l'accès (qui dépend des infrastructures, mais aussi des conditions climatiques et politiques du pays), et les conditions de salubrité d'utilisation des aliments (qui dépend de l'hygiène et de l'accès à l'eau, du respect d'une diète adéquate qui permette de satisfaire les besoins physiologiques des personnes sans risque pour leur santé).

Dans le domaine de l'hygiène, l'accès des populations à une source d'approvisionnement en eau de meilleure qualité entre 1990 et 2010 s'est amélioré. Cependant, en 2010 un Tchadien sur deux seulement (52 %) bénéficiait d'un tel accès. La progression de l'accès à une eau de meilleure qualité a été plus rapide en milieu urbain : de 49 % en 1990 à 84 % selon les résultats de l'Enquête MICS-Tchad 2010, qu'en milieu rural. En milieu rural, l'accès à une eau de meilleure qualité serait passé de 37 % en 1990 à 42 % selon les résultats de l'Enquête MICS-Tchad 2010. Parallèlement, l'accès à de meilleurs systèmes d'assainissement demeurait médiocre, puisque peu de Tchadiens : 16 % selon l'Enquête MICS-Tchad 2010, avaient accès à de tels systèmes en 2010 : 54 % parmi les urbains selon l'Enquête MICS-Tchad 2010, et 4 % parmi les ruraux.

Concernant la santé de la reproduction, les progrès jusqu'en 2010 ont également été lents et variables selon les domaines : suivi des grossesses et prise en charge des accouchements, mortalité des enfants, état nutritionnel des enfants.

Quelques progrès ont été enregistrés concernant le suivi des grossesses, puisque le pourcentage de mères ayant eu au moins une visite prénatale doit être passé de quelques 10% au début des années 1980, à 53 % en 2010. Mais en 2010, toujours moins d'une femme sur quatre (23%) avait eu les quatre visites prénatales recommandées. Les progrès ont été également lents concernant l'assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié – médecin, infirmier, sage-femme ou sage-femme auxiliaire. On est passé en effet d'environ 10 % d'accouchements assistés au début des années 1980 à 23 % seulement en 2010 (tableau 5, figure 5.1). Par ailleurs, toujours en 2010, seulement une femme six (16%) avait accouché dans une structure sanitaire. Les progrès qui restent à accomplir en matière de santé de la reproduction sont donc considérables.

Figure 5.1. Pourcentage de femmes enceintes ayant eu des soins prénataux, assistées à leur accouchement par du personnel qualifié, et estimations de la mortalité maternelle.



Sources : voir les sources du tableau 5.

Ces carences en matière de suivi des grossesses et de prise en charge des accouchements expliquent largement le ratio de mortalité maternelle très élevé observé au Tchad. Le ratio estimé à partir des données du recensement de 2009 était de 1 084 décès maternels pour 100 000 naissances, chiffre quasi identique au ratio estimé par modèle⁵⁰ en 2010 (1 100) et au ratio calculé à partir des déclarations recueillies lors de l'Enquête démographique et de santé de 2004⁵¹. Mi-2012, le ratio de mortalité maternelle du Tchad était ainsi parmi l'ensemble des ratios estimés par

⁵⁰ Les niveaux de mortalité maternelle sont estimés pour divers pays du monde grâce à un modèle de régression à partir de données sur la fécondité, les sages-femmes, la prévalence du VIH.

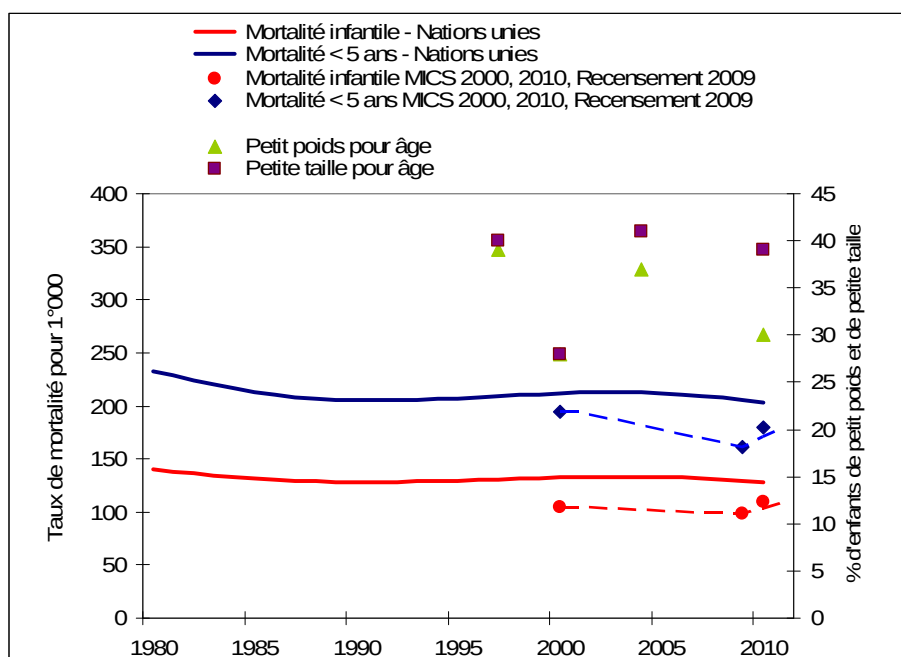
<http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT>

⁵¹ Cette estimation qui est également de 1 100 décès maternels pour 100 000 naissances, est obtenue à partir des 176 décès maternels de sœurs déclarés par les femmes enquêtées pour la période 1997-2004. Compte tenu du faible nombre d'observations, cette estimation est sujette à un intervalle de confiance important et correspond à un ratio de décès maternels compris entre 671 et 1 527 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Voir EDS Tchad 2004, [Chad: DHS, 2004 - Final Report \(French\)](#), p. 228-229.

modèle pour l'année 2010 le plus élevé du monde⁵². Ce ratio était le double de celui estimé pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, et de ceux estimés pour le Cameroun et le Congo. Il était en gros de 15 à 20 fois plus élevé que les ratios calculés pour le Cap-Vert, l'Égypte et le Mexique, et 40 à 50 fois plus élevé que les ratios estimés pour la Malaisie et la Turquie. Le ratio de mortalité maternelle du Tchad correspondait en 2012 à 6 500 décès maternels (soit près d'une vingtaine par jour) représentant 4 % du total des décès de l'année.

Il n'y a pas eu non plus jusqu'en 2010 de progrès majeurs concernant la réduction de la mortalité des enfants au Tchad, ce qui explique en partie la faiblesse de l'espérance de vie à la naissance du pays⁵³. Les estimations de la mortalité infantile et de la mortalité avant 5 ans de la Division de la population des Nations unies, comme celles tirées des enquêtes MICS de 2000 et 2010 (et du recensement de juin 2009) illustrent bien la stagnation de ces taux au cours des 20-30 dernières années (figure 5.2).

Figure 5.2. Évolution des taux de mortalité infantile et à moins de 5 ans et de la malnutrition des enfants au Tchad depuis 1980.



Sources : voir les sources du tableau 5.

Les niveaux toujours élevés de mortalité chez les enfants et leur importance numérique (les moins de 5 ans représentaient 21 % de la population totale en 2010) expliquent l'importance démesurée des décès d'enfants dans le total des décès. C'est ainsi que selon les hypothèses retenues pour les projections que nous avons réalisées à partir de 2010 (voir en 2.2), on peut estimer que la moitié des 170 000 décès trouvés pour 2010 sont des décès d'enfants de moins de 5 ans, les décès des personnes de 60 ans et plus ne représentant que 18 % de l'ensemble des décès. Dans des pays comme la Corée du Sud et la Tunisie qui ont achevé en 40-50 ans leur transition démographique (avec à la fois des baisses de leurs niveaux de mortalité et de fécondité), les décès d'enfants de moins de 5 ans ne représentent plus que 1 % à 3 % du total des décès et les décès des personnes de 60 ans et plus, 80 à 90 %.

Pourtant, la couverture vaccinale des enfants a globalement progressé jusqu'en 2010. Mais cette progression a été lente et inégale et la couverture vaccinale reste notoirement insuffisante (tableau 5). Ainsi, le pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole serait passé de 17 % en 1996-1997 à 30 % en 2010. Mais le pourcentage d'enfants ayant reçu les trois doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (le DTC, remplacé en 2008 par le Pentavalent en une seule dose) ne semble pas avoir progressé, puisqu'en 2010 seulement un enfant sur six (15 %) était vacciné. La

⁵² World Bank 2012, World Development Indicators and Global Development Finance, select Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births), <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT>

⁵³ L'espérance de vie à la naissance est la moyenne des années vécues par une cohorte fictive soumise aux conditions de mortalité d'une année ou d'une période donnée. Ainsi, plus la mortalité aux jeunes âges est élevée, plus basse est l'espérance de vie à la naissance, et inversement.

vaccination contre la tuberculose (BCG) a quelque peu progressé, mais toujours en 2010 seulement 44 % des enfants avaient été vaccinés. Enfin, un enfant sur quatre était vacciné contre la poliomyélite en 2010, et ce pourcentage était en régression par rapport au niveau atteint en 2000 : 42 % (selon les résultats de l'enquête MICS 2000).

Enfin, parmi les enfants survivants, la malnutrition (qui est aussi une cause de décès) touchait toujours en 2010 environ un enfant tchadien sur trois. Certes, il y a eu une amélioration du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans de petit poids par rapport à leur âge, puisque celui-ci serait passé de 39 % en 1996-1997 à 30 % en 2010. Mais fait extrêmement préoccupant, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans de petite taille par rapport à leur âge – ou retard de croissance – était en 2010 de 39 %, et il ne semble pas avoir baissé ces dernières années (il était de 40 % en 1996-1997). Le faible poids pour l'âge peut être dû à la petite taille de l'enfant et/ou à sa maigreur, deux causes qu'il n'est pas facile d'isoler. Mais le retard de croissance en taille (plus fréquent que le petit poids par rapport à l'âge) qui est aussi appelé « malnutrition chronique » est le révélateur de problèmes majeurs de malnutrition et de santé rencontrés par l'enfant, notamment entre 6 et 24 mois. Ce retard de croissance a des conséquences à long terme très graves, car selon plusieurs études, il affecte négativement les capacités cognitives et l'état de santé des enfants concernés jusqu'à l'âge adulte. Une forte prévalence du retard de croissance en taille est donc susceptible d'avoir des effets négatifs considérables et durables sur la productivité des économies et le bien-être des citoyens⁵⁴.

La persistance jusqu'en 2010 d'un ratio record de mortalité maternelle, de taux élevés de mortalité des enfants, et de pourcentages importants d'enfants souffrant de retard de croissance est imputable à la fois aux faibles performances du système de santé tchadien, mais aussi à l'importance des grossesses à risques associées à la forte fécondité qui prévaut toujours au Tchad.

Une grossesse à risques est une grossesse qui se développe dans des conditions difficiles et fait courir des risques à la santé de la mère et/ou de l'enfant à naître. On parle de grossesse à risques lorsque la future mère présente un terrain à risques, par exemple lorsqu'elle est très jeune ou relativement âgée, qu'elle présente des antécédents obstétricaux, suite notamment à des grossesses nombreuses et/ou rapprochées, ou encore lorsqu'elle souffre d'une maladie chronique (comme le diabète, l'hypertension artérielle, etc.). Ces grossesses doivent donc être suivies de près, davantage que les autres grossesses, ce qui n'est pas encore le cas pour la majorité des femmes enceintes au Tchad.

Les enquêtes « Démographique et de santé » (EDS) définissent à partir des caractéristiques des dernières naissances déclarées par les enquêtées, les naissances issues de grossesses à risques du fait de facteurs comportementaux. Il s'agit⁵⁵ :

- des naissances de mères ayant accouché avant 18 ans (naissances précoces),
- des naissances de mères ayant accouché après 35 ans, (naissances tardives),
- des naissances de mères ayant accouché d'un enfant de rang 4 ou plus (naissances nombreuses),
- des naissances survenues moins de 24 mois après l'accouchement précédent (naissances rapprochées).

Le risque associé aux premières naissances chez les mères âgées de plus de 18 ans et de moins de 35 ans au moment de leur accouchement est évidemment considéré comme inévitable, mais les grossesses correspondantes doivent être correctement suivies. Les grossesses et les naissances de rang 2 ou 3 chez les mères âgées de plus de 18 ans et de moins 35 ans au moment de leur accouchement sont considérées comme ne présentant *a priori* pas de risques particuliers.

En appliquant ces définitions aux données de l'enquête EDS réalisée au Tchad en 2004, on trouve que 70 % de l'ensemble des naissances et 80 % des naissances chez les femmes mariées étaient le résultat de grossesses associées à un ou plusieurs risques nécessitant donc un suivi particulier (tableau 6). Appliqués aux 590 000 naissances estimées en 2012 à partir des projections que nous avons réalisées (voir en 2.2), et sans tenir compte des grossesses qui ne sont pas arrivées à terme ou dont l'issue s'est terminée par un mort-né, ces pourcentages correspondent à un total de 410 000 grossesses à risques parmi lesquelles peut-être les deux tiers, soit 270 000 pourraient concerner des femmes mariées.

⁵⁴ Voir www.worldbank.org/adi, « Indicateurs du Développement en Afrique, 2010, Banque mondiale », p. 14.

⁵⁵ MEASURE DHS (http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/DHSG1/Guide_DHS_Statistics.pdf, DHS High-Risk Fertility Behavior Risk Ratios, p. 101.

Pour l'ensemble des naissances, les 24 % de grossesses associées à plusieurs risques concernent essentiellement des femmes ayant déjà 4 enfants au moins, dont près de la moitié avait 35 ans ou plus, l'autre moitié ayant eu son enfant précédent moins de 24 mois avant sa dernière naissance. Parmi les 45 % de grossesses associées à un seul risque, la parité élevée constitue le risque le plus important (29 %), suivie du jeune âge des mères (moins de 18 ans au moment de l'accouchement) qui représentent 10 % du total des naissances (figure 5.3).

Chez les femmes mariées, le pourcentage de grossesses associées à plusieurs risques 47 % est le double de celui donné pour l'ensemble des naissances (tableau 6, figure 5.4). Il s'agit surtout à nouveau de femmes mariées ayant déjà 4 enfants au moins et ayant 35 ans ou plus, ou dont l'intervalle entre la dernière naissance et la précédente est inférieur à 24 mois. Les 36 % de grossesses associées à un seul risque concernent essentiellement des femmes à parité élevée ou dont l'intervalle entre les deux dernières naissances est court. Ces données soulignent l'exposition continue des femmes mariées à des grossesses dans des intervalles courts et ce jusqu'à la fin de leur vie féconde, ce qui conduit évidemment à des parités élevées.

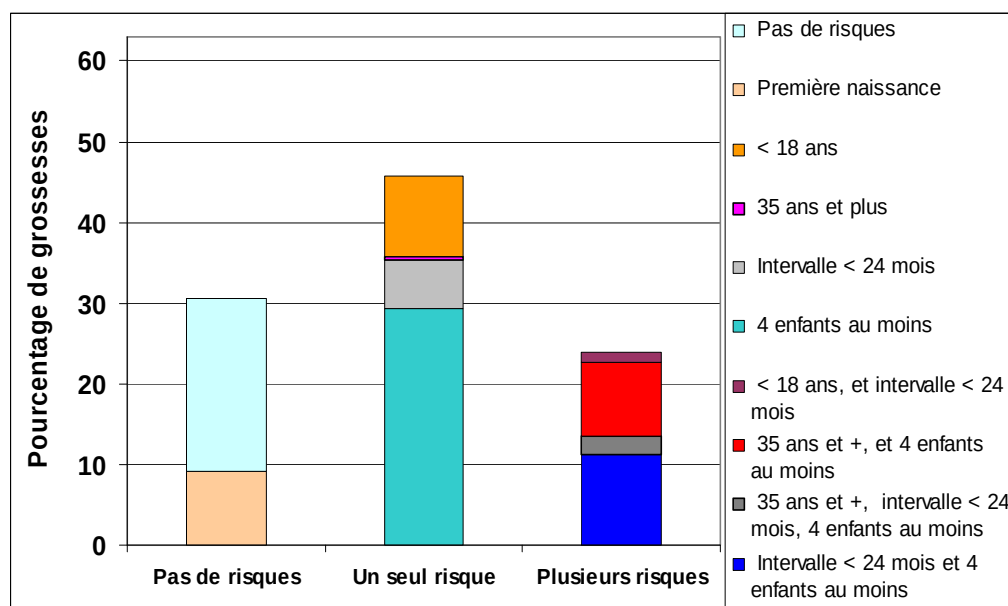
Les différences observées entre les résultats obtenus pour l'ensemble des femmes et ceux obtenus pour les femmes mariées suggèrent l'adoption de stratégies différentes pour réduire les différents facteurs de risques, selon que l'on s'adresse à des jeunes filles ou jeunes femmes non mariées, ou à des femmes mariées d'un certain âge, ayant déjà beaucoup d'enfants et peu sensibilisées à la maîtrise de leur fécondité, qu'il s'agisse de l'espacement des naissances ou de la taille de leur famille.

Tableau 6 : Pourcentage de naissances issues de grossesses à risques.

Type de risques	Ensemble des naissances	Naissances de femmes mariées
Pas de risques		
- pas de risques particuliers	21,4	12,3
- 1 ^{re} naissance	9,2	4,8
Sous-total pas de risques	30,6	17,1
Un seul risque		
- mères de moins de 18 ans	10,0	2,0
- mères de 35 ans et plus	0,1	1,8
- dernier intervalle intergénérisque inférieur à 24 mois	6,1	10,7
- mères ayant au moins 4 enfants	29,3	21,1
<i>Sous-total risques liés au jeune âge et à un intervalle trop court</i>	<i>16,1</i>	<i>12,7</i>
<i>Sous-total risques liés à un âge et à une parité élevés</i>	<i>29,4</i>	<i>22,9</i>
Sous-total un seul risque	45,5	35,6
Plusieurs risques		
- mères de moins de 18 ans et dernier intervalle inférieur à 24 mois	1,4	1,1
- mères de 35 ans et plus ayant au moins 4 enfants	9,0	24,7
- mères de 35 ans et plus ayant au moins 4 enfants et dont le dernier intervalle intergénérisque est inférieur à 24 mois	2,4	4,9
- mères ayant au moins 4 enfants et dernier intervalle inférieur à 24 mois	11,2	16,5
Sous-total plusieurs risques	23,9	47,3
Total grossesses à risques	69,4	82,9

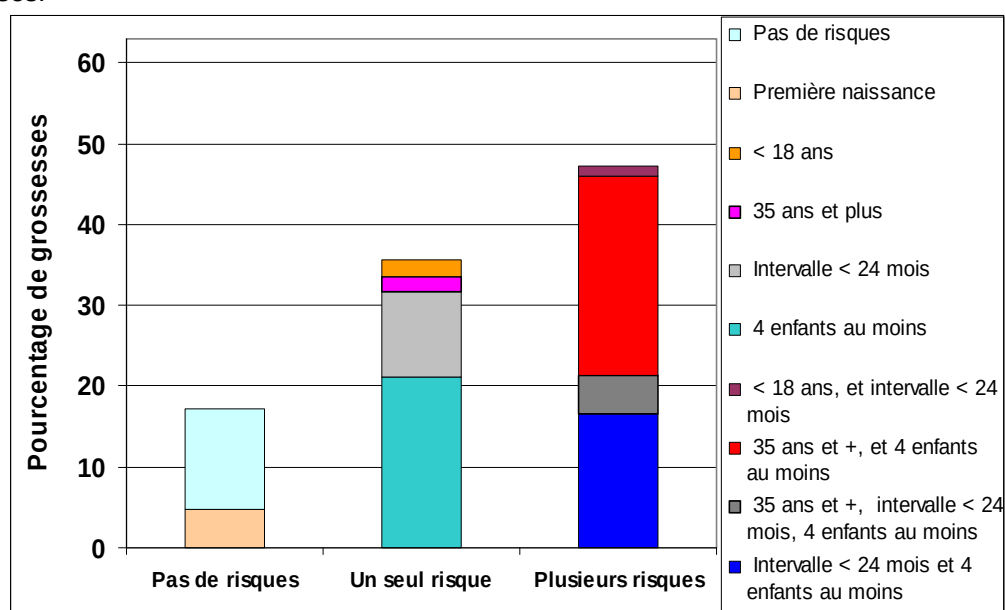
Source : MEASURE DHS (Demographic and Health), <http://legacy.statcompiler.com/>

Figure 5.3. Répartition de l'ensemble des naissances selon les risques associés aux grossesses.



Source : MEASURE DHS (Demographic and Health), <http://legacy.statcompiler.com/>

Figure 5.4. Répartition des naissances des femmes mariées selon les risques associés à leurs grossesses.



Source : MEASURE DHS (Demographic and Health).

Les critères retenus pour définir les grossesses à risques peuvent être évidemment contestés. Par exemple, on peut considérer dans le contexte du Tchad que le fait d'accoucher d'un quatrième enfant, voire d'un cinquième enfant, ou d'avoir un enfant après 35 ans constitue un risque « normal » ou « gérable », en l'absence d'autre facteur de risque. Les grossesses après 35 ans sont d'ailleurs de plus en plus nombreuses dans les pays industrialisés et émergents. On pourrait donc ne considérer que les risques associés au jeune âge (moins de 18 ans) et à un intervalle trop court (moins de 24 mois) (16 % des grossesses) et les risques multiples (24 % des grossesses). Dans ce cas, 40 % de l'ensemble des naissances sont associées à de tels risques, ce qui correspond en 2012 à 240 000 grossesses à risques dont la majorité n'est pas suivie correctement.

Quel que soit le chiffre retenu, le pourcentage très élevé de grossesses à risques au Tchad a un coût financier et humain considérable pour les familles, le budget de l'État et le pays. Les programmes pour la réduction de la maternité maternelle (« ne pas mourir en donnant la vie »), pour la survie des enfants et l'amélioration de leur état nutritionnel ne peuvent pas faire l'économie d'une prise de conscience de la nécessité impérieuse de réduire les grossesses à risques. Celles-ci étant le résultat de facteurs comportementaux, leur réduction passe nécessairement par des changements de

mentalité et l'adoption de nouveaux comportements faisant une place plus importante à l'autonomie des femmes (mariées ou non) en matière de reproduction, et leur laissant le libre choix en matière de maîtrise de leur fécondité, qu'il s'agisse de l'espacement des naissances ou de la taille de leur famille.

L'amélioration des performances du système de santé tchadien va donc nécessiter à la fois des changements majeurs de mentalités et de comportements des populations et des acteurs du secteur, mais aussi la mobilisation de ressources humaines et financières encore plus importantes que par le passé.

L'évolution des dépenses de santé au Tchad entre 2000 et 2010 doit être appréciée en fonction de plusieurs facteurs : la multiplication par 4,3 du PIB en valeur courante et par 2,4 en termes réels au cours de la période, la part importante des dépenses qui sont prises en charge par les patients, les conséquences des conflits aux frontières du pays et des troubles intérieurs, et l'augmentation rapide de la population. C'est dans ce contexte que selon les données de la Banque mondiale, l'ensemble des dépenses consacrées à la santé seraient passées d'environ 60 milliards de FCFA en 2000 à près de 195 milliards de FCFA en 2010, soit une multiplication par trois, mais qui reste notablement inférieure à la multiplication par 4,3 du PIB en valeur courante. Ces dépenses qui représentaient 6 % du PIB du pays au début des années 2000 n'en représentaient donc plus que 4 % entre 2006 et 2010 (4,5 % en 2010). De fait, les ressources extérieures dont a bénéficié le secteur santé qui étaient importantes en 2000 et 2001 : elles représentaient alors 25 % du total des dépenses de santé du pays, sont tombées à 15 % de ce total en 2007, puis à 10 % en 2008-2009 et à 8 % en 2010. Parallèlement, la part des dépenses de santé payées par les patients ou leurs parents a augmenté : de 60 % au début des années 2000, elle est passée à 75 % environ entre 2007 et 2010. La part des dépenses publiques consacrées à la santé dans l'ensemble des dépenses de santé du pays a ainsi fortement diminué entre 2000 et 2010. Ceci est bien reflété par la diminution du pourcentage des dépenses de l'État consacrées à la santé. Ces dépenses qui représentaient entre 2000 et 2005 13 % à 14 % de l'ensemble des dépenses de l'État, n'en représentaient plus que 3 % en 2008, 2009 et 2010 (soit un pourcentage trois fois moindre que le pourcentage des dépenses de l'État consacrées à l'éducation).

Au total, les dépenses de santé par habitant ont doublé en valeur courante entre 2000 et 2010, mais cette augmentation est deux fois moindre que celle du PIB. Elles étaient estimées à 17 000 FCFA par habitant en 2010, ce qui reste toujours faible et reflète une couverture incomplète de la population totale. La couverture sanitaire du pays, définie comme l'accès au 1^{er} échelon des services de santé (soins de santé primaires) était estimée au début des années 2000 à 70 %, avec d'importantes variations régionales. Mais la définition retenue était large, l'accessibilité étant définie comme la possibilité pour les populations d'accéder à un centre de santé situé à moins de 10 km de chez eux ou à moins de deux heures de marche⁵⁶. Mais on estimait que l'accès à un centre situé à moins de 5 km, ce qui correspond au standard international, concernait toujours au début des années 2000 moins de la moitié de la population. La situation a probablement évolué depuis, toutefois, comme on l'a vu, l'accès en 2010 à divers services en santé de la reproduction comme le suivi des grossesses, la prise en charge des accouchements, les vaccinations, concernait moins de la moitié des mères et des enfants.

Examinons à présent quelles pourraient être les dépenses en matière de santé et d'éducation au cours des 20 prochaines années.

3.4 Estimations des dépenses en matière de santé et d'éducation d'ici 2035

D'ici 2035, les secteurs de la santé et de l'éducation, composantes essentielles du capital humain, vont être confrontés à plusieurs défis majeurs. Ils devront faire face à la poursuite de l'augmentation des effectifs à soigner et à éduquer, à la nécessité d'augmenter les taux de couverture sanitaire et de scolarisation actuels qui sont insuffisants, ainsi qu'à l'exigence d'assurer des soins et des services de qualité acceptable. Pour être complet, il faudrait ajouter à ces trois défis du nombre, de la couverture, et de la qualité, d'autres défis qui leur sont liés comme celui de la réduction des disparités régionales,

⁵⁶ Banque mondiale 2004 : Le secteur de la santé au Tchad - Analyse et perspectives dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté. Document de travail, ministère de la Santé et des Affaires sociales, Direction de la planification, de la coopération et des statistiques/Banque mondiale Région Afrique Département du développement humain, mars 2004.
http://siteresources.worldbank.org/INTAFRICA/Resources/chad_hnp.pdf, p. 68-69.

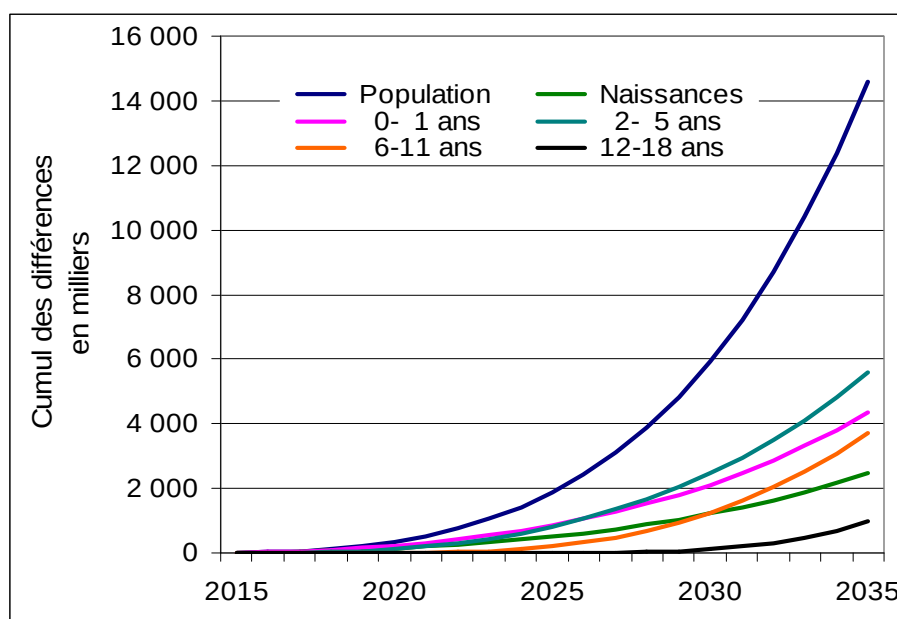
de la formation des personnels en nombre suffisant, et celui de l'égalité de l'accès aux soins et services pour toutes les couches de la population.

On peut tenter d'évaluer grossièrement l'évolution des dépenses en matière de santé et d'éducation en fonction à la fois des évolutions démographiques projetées et d'objectifs d'amélioration de la couverture sanitaire et éducative à différents horizons. La prise en compte, plus difficile, des coûts supplémentaires nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins et des services rendus sera évoquée plus bas.

Tel qu'indiqué en 2.2, l'impact d'une baisse plus rapide de la fécondité (hypothèse démographique basse) par rapport à l'hypothèse d'une baisse lente (hypothèse démographique haute) se fait sentir dès 2015, année suivant le démarrage éventuel d'activités majeures de promotion de l'utilisation de la contraception, sur le nombre de naissances et sur le nombre d'enfants de 0 à 1 an, et par ricochet sur la population totale. Cet impact se fait sentir ensuite à partir de 2017 sur l'évolution des effectifs de 2 à 5 ans, puis à partir de 2021 sur l'évolution des effectifs de 6 à 11 ans scolarisables au primaire, puis à partir de 2027, sur l'évolution des effectifs de 12 à 18 ans scolarisables au secondaire, et enfin à partir de 2034 sur les effectifs susceptibles de poursuivre des études supérieures.

Cependant, ce qui est important en termes de fonctionnement et de financement des services de santé et de scolarisation, c'est le cumul des différences annuelles entre hypothèses haute et basse, cumul qui correspond à l'allègement des effectifs à prendre en charge chaque année : accouchements, urgences obstétricales et néonatales, et enfants à vacciner, à soigner, et à scolariser. C'est ainsi qu'alors que la différence d'effectifs pour la population totale entre les deux hypothèses démographiques haute et basse n'est que de 460 000 en 2025 et de 2,2 millions en 2035, le cumul des différences annuelles s'élève à 1,9 million en 2025, et à 14,6 millions en 2035 (figure 6.1). Cet allègement cumulé provient pour 90 % en 2025 et pour 68 % en 2035, des effectifs moindres des moins de 5 ans de l'hypothèse basse. En 2035 donc, 32 % de l'allègement est imputable à des effectifs scolarisables moindres.

Figure 6.1 : Cumul des différences d'effectifs (en milliers) entre les hypothèses haute et basse.



Source : Projections et calculs réalisés dans le cadre de l'étude.

Ces effectifs cumulés moindres génèrent un « gain fiscal » qui est le cumul des économies réalisées chaque année grâce à une baisse plus rapide de la fécondité, ceci en fonction des taux de couverture retenus. Nous avons essayé d'évaluer ce gain fiscal pour la santé et l'éducation en partant des taux de couverture et des dépenses de ces secteurs en 2010. Pour le secteur santé, on ne disposait pas d'estimations qui nous auraient permis de répartir les dépenses totales du secteur entre ce qui relève du suivi des grossesses, des accouchements, des vaccinations et du suivi des jeunes enfants. Nous avons donc simplement estimé les dépenses totales du secteur pour l'ensemble de la population. Par contre, il a été possible d'estimer les dépenses par niveau d'éducation.

Les projections de dépenses par secteur (pour l'hypothèse démographique haute et l'hypothèse démographique basse) ont été basées sur les dépenses estimées en 2010, en supposant entre 2010 et 2015, des taux de couverture constants⁵⁷. On est ainsi parti des valeurs suivantes :

- santé : 194 milliards de FCFA de dépenses totales correspondant à un taux de couverture sanitaire estimé en 2015 à 65 %⁵⁸, et à 17 000 FCFA par habitant (valeur 2010) ;
- éducation : 120 milliards de FCFA de dépenses totales en 2010, correspondant à :
 1. primaire : un taux brut de scolarisation de 80 %⁵⁹ et à 36 000 FCFA par élève (valeur 2010) ;
 2. secondaire : un taux brut de scolarisation arrondi à 25 % (il était en fait en 2009 de 28%) et à 75 000 FCFA par élève (valeur 2010) ;
 3. supérieur : un taux brut de scolarisation de 2 % et à un million de FCFA par étudiant (valeur 2010).

Compte tenu de l'augmentation de la population, les dépenses pour le secteur santé à taux de couverture constant ont été estimées en 2015 à 230 milliards de FCFA (hors inflation), ce qui correspond à une progression de + 3,4 % par an entre 2010 et 2015. Pour l'éducation, on a estimé qu'à taux de scolarisation constants, les dépenses étaient passées à 150 milliards de FCFA (hors inflation), ce qui correspond à une progression de + 4,5 % par an par an entre 2010 et 2015.

Ensuite, on a fait à partir de 2015 deux hypothèses d'évolution des taux de couverture :

- une hypothèse « rattrapage en 10 ans » et,
- une hypothèse « rattrapage en 20 ans », c'est-à-dire de 2015 à 2035.

Pour le secteur santé, on a retenu :

le passage d'un taux de couverture sanitaire de 65 % en 2015 à 100 % en 2025 « rattrapage en 10 ans », et à 100 % en 2035, « rattrapage en 20 ans », ce qui correspond à une augmentation (hors inflation) des dépenses par habitant de 17 000 FCFA à 27 000 FCFA en 10 ans ou en 20 ans.

- Pour l'éducation, on a retenu :
 1. primaire : passage d'un taux brut de scolarisation de 80 % en 2015 à 100 % en 2025 « rattrapage en 10 ans », et à 100 % en 2035 « rattrapage en 20 ans » avec un coût par élève (hors inflation) constant de 36 000 FCFA par an ;
 2. secondaire : passage d'un taux brut de scolarisation de 25 % en 2015 à 60 % (valeur inférieure trouvée pour les pays émergents) en 2025 « rattrapage en 10 ans », et à 60 % « rattrapage en 20 ans », avec un coût par élève (hors inflation) constant de 75 000 FCFA par an ;
 3. supérieur : passage d'un taux brut de scolarisation de 2 % en 2015 à 15 % (valeur inférieure trouvée pour les pays émergents) en 2025 « rattrapage en 10 ans », et en 2035 « rattrapage en 20 ans » avec un coût par élève (hors inflation) constant d'un million de FCFA.

Pour la période 2015-2025, les dépenses projetées à l'horizon 2025 ne sont pas très différentes pour l'hypothèse démographique haute et pour l'hypothèse démographique basse. Mais il n'en va pas de même à l'horizon 2035. C'est ainsi qu'avec les valeurs des taux de couverture et de scolarisation projetés, on obtient en 2035 les dépenses totales suivantes :

- santé : 690 milliards de FCFA pour l'hypothèse démographique basse et 750 milliards de FCFA pour l'hypothèse démographique haute, soit 3,0 à 3,3 fois plus qu'en 2015 ;
- éducation, pour les trois niveaux : 850 milliards de FCFA pour l'hypothèse démographique basse et 890 milliards de FCFA pour l'hypothèse démographique haute, soit 5,8 à 6,1 fois plus qu'en 2015.

⁵⁷ Pour rester cohérent avec l'hypothèse d'accélération de l'utilisation de la contraception à partir de 2015, retenue dans la projection démographique basse, on a supposé ici que les efforts majeurs pour améliorer la couverture sanitaire et les taux de scolarisation seraient également mis œuvre à partir de 2015.

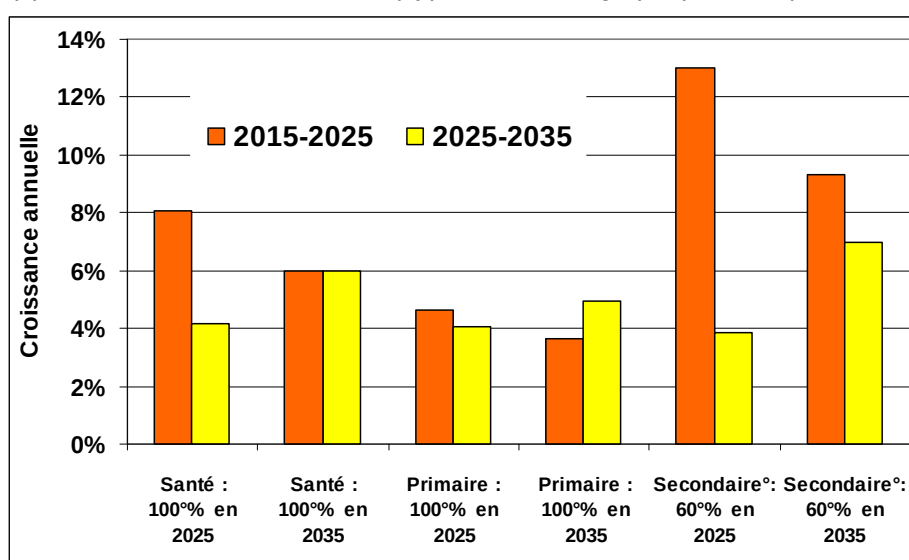
⁵⁸ Chiffre intermédiaire entre les estimations données au début des années 2000 : 70 % pour l'accès à un centre de santé situé à moins de 10 km, et moins de 50 % pour un accès à moins de 5 km, voir Banque mondiale, 2004 – Le secteur de la santé au Tchad http://siteresources.worldbank.org/INTAFRICA/Resources/chad_hnp.pdf

⁵⁹ C'est le taux brut que nous avons estimé avant la publication des résultats du recensement de 2009 qui comme on l'a vu donne un taux brut de scolarisation au primaire de 68% en 2009, soit 12 points de moins.

Quant à la différence de résultats entre l'hypothèse « rattrapage en 10 ans », et l'hypothèse « rattrapage en 20 ans », elle tient évidemment dans la progression plus ou moins rapide de ces dépenses dans les 10 et 20 années suivant 2015.

Ainsi, pour le secteur santé, l'hypothèse « rattrapage en 10 ans » conduit à une augmentation moyenne des dépenses entre 2015 et 2025 de 8 % par an, contre 6 % par an avec l'hypothèse « rattrapage en 20 ans » (ceci avec l'hypothèse démographique haute) (figure 6.2). Pour l'éducation primaire, avec un taux de scolarisation de départ de 80 %, les augmentations annuelles des dépenses sont de 4,6 % avec l'hypothèse « rattrapage en 10 ans » contre 4,0 % avec l'hypothèse « rattrapage en 20 ans ». Les différences sont beaucoup plus importantes pour les dépenses d'éducation dans le secondaire : 13 % par an avec l'hypothèse « rattrapage en 10 ans » contre 9,0 % par an avec l'hypothèse « rattrapage en 20 ans ». Pour le supérieur, les différences sont considérables : 29 % par an avec l'hypothèse « rattrapage en 10 ans » contre 21 % par an avec l'hypothèse « rattrapage en 20 ans ».

Figure 6.2. Progressions annuelles moyennes des dépenses en santé et en éducation selon les hypothèses d'augmentation des taux de couverture sanitaire et de scolarisation (rattrapage en 10 ans ou en 20 ans) pour 2015-2025 et 2025-2035 (hypothèse démographique haute).



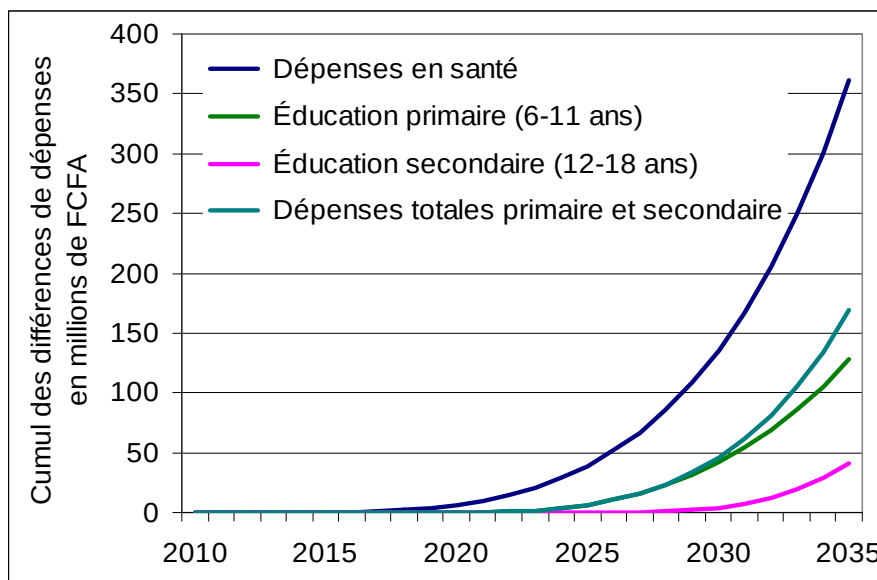
Source : Projections et calculs réalisés dans le cadre de l'étude.

Ces résultats indiquent qu'il serait possible d'atteindre la scolarisation pour tous au primaire d'ici 2025, si on prend en compte un taux brut de scolarisation de départ de 80%. Mais, avec un taux brut de départ de 70%, proche de celui trouvé lors du recensement de 2009, la progression des dépenses d'ici 2025 serait évidemment plus forte (supérieure à 5% par an) et il n'est pas certain qu'on puisse atteindre la scolarisation pour tous vers 2025. Les progressions annuelles moyennes de dépenses projetées d'ici 2025 avec l'hypothèse « rattrapage en 10 ans » pour la santé, l'éducation secondaire et l'enseignement supérieur sont beaucoup plus fortes. Elles sont de 8 % pour le secteur santé, 13 % pour l'éducation secondaire et de 29 % pour l'enseignement supérieur, ce qui semble hors de portée, notamment si on table sur une progression moyenne du PIB en termes réels de 5 % par an, et des pourcentages du PIB et du budget de l'État affectés à la santé et à l'éducation identiques à ceux trouvés en 2010. Mais, avec l'hypothèse « rattrapage en 20 ans », la progression moyenne des dépenses de santé est de 4,2 % par an, et elle devrait donc pouvoir être assurée facilement. Cependant, les progressions des budgets à affecter au secondaire et au supérieur (9 % et 21 % par an, respectivement) restent très élevées. Ces résultats soulignent aussi que compte tenu des coûts par élève beaucoup plus élevés dans le secondaire et le supérieur que dans le primaire, une part beaucoup plus importante des dépenses d'éducation devra être affectée à l'avenir à l'enseignement secondaire et supérieur.

On peut maintenant évaluer, pour l'hypothèse « rattrapage en 20 ans » qui semble plus réaliste le « gain fiscal », ou cumul des économies qu'on pourrait réaliser chaque année grâce à la baisse plus rapide de la fécondité associée à l'hypothèse démographique basse. Ce gain s'élèverait selon les hypothèses retenues à 360 milliards de FCFA (soit environ le double des dépenses totales de santé estimées pour 2010) (figure 6.3). Concernant l'éducation primaire et secondaire, le gain réalisé entre 2015 et 2035 s'élèverait à près de 170 milliards de FCFA (soit à nouveau près du double des

dépenses estimées pour ces deux niveaux en 2010). L'essentiel de ce gain serait réalisé au niveau du primaire où l'impact de la baisse de la fécondité sur les effectifs scolarisables est plus rapide. Ce gain pourrait être mis à profit, non seulement pour améliorer la qualité de l'enseignement primaire, mais aussi pour accélérer la progression des taux de scolarisation au secondaire et dans le supérieur.

Figure 6.3. Gains cumulés en milliards de FCFA des différences de dépenses pour l'hypothèse d'augmentation des taux de couverture sanitaire et de scolarisation (« rattrapage en 20 ans ») pour les hypothèses démographiques haute et basse, 2010-2035.



Source : Projections et calculs réalisés dans le cadre de l'étude.

Ces simulations qui combinent l'impact de l'augmentation à venir des effectifs et celui d'objectifs de rattrapage des taux de couverture sont loin d'épuiser le sujet. Elles ne tiennent pas compte en effet des dépenses qui devraient être consacrées à une amélioration de la qualité des soins et de l'éducation, au travers par exemple la multiplication par deux ou trois du nombre d'infirmiers (sans parler du nombre de médecins) et du nombre d'enseignants par rapport aux effectifs d'élèves. Les indicateurs utilisés (dépenses moyennes par habitant et par élève) n'intègrent pas non plus (à notre connaissance) les coûts des infrastructures supplémentaires à construire. Enfin, pour la santé, il n'a pas été possible d'isoler les dépenses consacrées à la santé de la reproduction des autres dépenses.

On retiendra cependant que dans les 10 prochaines années, les dépenses en matière de santé devraient être globalement multipliées par deux fois au moins, et les dépenses d'éducation par trois ou quatre fois. Derrière ces chiffres globaux, des besoins pressants nécessitant une mobilisation encore plus importante de moyens sont à considérer, notamment en matière de santé de la reproduction et pour l'enseignement secondaire et supérieur. Aussi, avec l'augmentation attendue du nombre d'adultes et de personnes âgées, une attention particulière devra être accordée aux pathologies cardiovasculaires et aux maladies liées au vieillissement. En fait, la question fondamentale que posent ces simulations est la possibilité dans un contexte de forte croissance démographique, d'affecter à la santé et à l'éducation des moyens à des rythmes supérieurs, voire très supérieurs, au taux de croissance économique et aux ressources internes et externes mobilisables. Ceci souligne la nécessité de fixer des objectifs réalistes correspondant à la fois à des besoins correctement évalués et à des moyens suffisants utilisés efficacement.

4 Population et développement, le Tchad peut-il bénéficier du dividende démographique ?

4.1 Population et développement : le point sur la question

Dans ce contexte contraint par l'accumulation des retards et la poursuite de la croissance démographique, que peut-on dire sur les relations entre population et développement ? Aussi, compte tenu de l'extrême jeunesse de la population tchadienne, quelle est la pertinence du concept de « dividende démographique » pour le Tchad ?

Les idées sur ces questions ont beaucoup évolué depuis la fin des années 1990, et une littérature relativement abondante est aujourd'hui disponible sur ces sujets. Il importe donc de sortir des approches dogmatiques traditionnelles (comme « il n'y a de richesses que d'hommes » ou à l'inverse « il y a surpeuplement »)

L'impact de la forte croissance démographique des pays du Sud sur leur développement a fait l'objet de nombreux débats. La croissance démographique rapide à cause des crises qu'elle provoque a été ainsi considérée selon la tradition malthusienne comme un obstacle au développement de ces pays.

Mais une croissance démographique rapide a été également considérée selon l'approche « boserupienne », grâce à la capacité d'adaptation des sociétés qui conduit aux ajustements nécessaires, comme un facteur stimulant leur développement⁶⁰. Il faut rappeler à ce sujet que l'idée de développement est associée à une période historique donnée, celle qu'ont connue les pays européens à partir des ^{xvii}^e et ^{xviii}^e siècles et qui a été caractérisée par un développement économique plus rapide que la croissance démographique, ce qui a été utilisé pour dire que Malthus et ses successeurs (les néomalthusiens) s'étaient trompés : la croissance démographique n'ayant pas provoqué les famines et autres catastrophes annoncées⁶¹.

Examinons tout d'abord à ce sujet, les travaux de l'historien-économiste Angus Maddison sur l'économie mondiale. Celui-ci distingue pour les ^{xix}^e et ^{xx}^e siècles cinq grandes périodes d'essor du capitalisme et d'accélération de la croissance économique⁶². Il s'agit de :

- la phase initiale (1820-1870),
- la période dite « l'ancien ordre libéral » (1870-1913),
- la période des deux guerres mondiales (1913-1950),
- « l'âge d'or » (1950-1973) (correspondant à ce qu'on a appelé les « 30 glorieuses » et qui se termine avec le premier choc pétrolier), et
- le nouvel ordre libéral (1973-2001).

Ces travaux mettent en évidence une croissance des PIB par grande région du monde de 1820 à 2001 comprise entre moins de 0,2 % et 5 % par an en moyenne par grande période, et de 9 % pour le Japon pour la période 1950-1973. C'est au cours de la période 1950-1973 dite de « l'âge d'or » que les croissances les plus élevées ont été atteintes. Elles ont été en effet de 4 % à 5 % par an en moyenne dans toutes les grandes régions du monde, et on l'a dit de 9 % au Japon, qui grâce à cette croissance record est devenue l'une des premières économies mondiales (figure 7.1).

Les croissances démographiques observées pendant ces deux siècles d'essor du capitalisme sont plus contrastées (figure 7.2). C'est au cours du ^{xix}^e que l'ensemble des pays d'Europe de l'Ouest connaissent leur plus forte croissance démographique, mais celle-ci n'est que de 0,6 %-0,7 % par an en moyenne, donc bien inférieure à 1 % par an. L'ensemble Amérique du Nord et Australie a connu aussi entre 1820 et 1913 sa plus forte croissance démographique, comprise entre 2 % et près de 3 % par an en moyenne, mais ces taux élevés sont imputables à la forte immigration de peuplement venue d'Europe dans les pays concernés.

⁶⁰ Voir « Les Sud et les problématiques de développement », <http://www.ac-grenoble.fr/histoire/programmes/lycee/classique/terminale/geo/sud-bernier.pdf>. Voir aussi Académie des Sciences, 2011 – « Démographie, climat et alimentation mondiale » sous la direction de Henri Leridon et Ghislain de Marsily, Les Ulis, France.

⁶¹ Voir BRAUDEL F., 1987 – « La dynamique du capitalisme », Paris, Flammarion, première parution 1985.

⁶² MADDISON A., 2005 – « Growth and interaction in the world economy: the roots of modernity ». The AEI Press, Publisher for the American Enterprise Institute, Washington D.C. [http://www.ggdc.net/Maddison/other books/Growth and Interaction in the World Economy.pdf](http://www.ggdc.net/Maddison/other%20books/Growth%20and%20Interaction%20in%20the%20World%20Economy.pdf)

Au Japon, la plus forte croissance démographique : 1,3 % par an en moyenne a été enregistrée au cours de la période 1913-1950. Les régions en développement, elles, ont connu leurs croissances démographiques moyennes les plus élevées, comprises entre 2,2 % et 2,7 % par an en moyenne après 1950. Mais alors qu'en Asie et en Amérique latine, les taux de croissance démographique ont diminué rapidement à partir des années 1970 (ils sont aujourd'hui d'environ 1 % par an), le taux de croissance démographique moyen entre 1973 et 2001 pour l'ensemble de l'Afrique a été de 2,7 % (davantage qu'entre 1950 et 1973), et il était estimé à 2,4 % par an pour l'Afrique subsaharienne entre 2010 et 2015.

Ces évolutions différentes des PIB et des croissances démographiques ont conduit à des évolutions encore plus contrastées des PIB par tête par région, notamment pour la période 1973-2001 (figure 7.3). Ainsi dans les régions développées : Europe de l'Ouest, Amérique du Nord-Australie et Japon où la croissance démographique était déjà faible, les PIB par tête ont continué de croître d'environ 2 % par an.

Les pays d'Europe de l'Est et de l'ex-URSS qui ont connu des bouleversements politiques et économiques majeurs ont vu leur PIB par tête stagner. Dans les pays en développement, seul l'ensemble des pays d'Asie a continué d'enregistrer au cours de la période 1973-2001, une forte croissance de son PIB par tête : 3,6 % par an en moyenne, contre 0,9% par an pour l'ensemble des pays d'Amérique latine, et + 0,2 % pour l'ensemble de l'Afrique.

La croissance insignifiante du PIB par tête en Afrique au cours de cette période est imputable à plusieurs facteurs, parmi lesquels on peut citer : un environnement économique international moins favorable à l'Afrique qu'avant, les plans d'ajustements structurels que de nombreux pays africains ont été obligés d'adopter, mais aussi le maintien d'une forte croissance démographique. Dans son ouvrage de prospective de l'économie mondiale jusqu'en 2030⁶³, Angus Maddison indique à ce sujet (après avoir examiné les divers facteurs bridant la croissance africaine : poids de la dette, insuffisance de l'aide au développement, corruption, protection des productions agricoles des pays développées), « il y a aussi une faible reconnaissance par les gouvernements africains du rôle que pourrait jouer le contrôle des naissances et la planification familiale pour accélérer la croissance du revenu par tête » dans les pays africains.

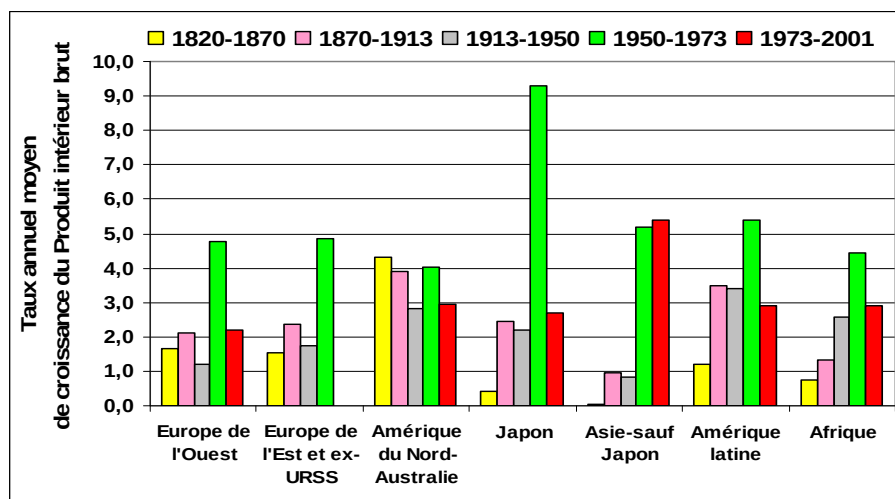
Les données annuelles dont on dispose de 1960 à 2010, confirment l'absence d'impact positif de la forte croissance démographique de l'Afrique subsaharienne sur ses performances économiques. Le PIB total de l'Afrique subsaharienne a en effet été multiplié par cinq entre 1960 et 2010, comme ceux de l'Amérique latine et de l'Amérique du Nord, ce qui est important mais moindre que la multiplication par 15 enregistrée pour l'Asie du Sud et la multiplication par 30 enregistrée pour l'Asie de l'Est, qui eux ont réduit fortement leur croissance démographique. En dépit de la reprise de la croissance économique en Afrique subsaharienne depuis le milieu des années 1990, le maintien d'une forte croissance démographique a ralenti la progression de son PIB moyen par tête, et celui-ci n'était en 2010 que de 50 % supérieur à celui qu'il était en 1960, ce qui constitue l'augmentation la plus faible enregistrée par grande région du monde. Au cours de la même période, le PIB moyen par tête de l'Amérique latine a été multiplié par 2,4, celui de l'Asie du Sud par 5 et celui de l'Asie de l'Est par 15.

Le premier constat empirique que l'on peut faire, est donc que la forte croissance démographique enregistrée en Afrique subsaharienne au cours des 50 dernières années n'a pas été accompagnée d'une croissance économique plus forte qu'ailleurs, comme le voudraient ceux qui soutiennent qu'une forte croissance démographique est favorable à la croissance économique. Aussi, elle a eu un impact négatif sur la progression de son PIB moyen par tête.

Le second constat que l'on peut faire est que la transition démographique en Afrique subsaharienne est assez différente des transitions observées dans les autres régions du monde. Tout d'abord, les taux de croissance démographique maximum y apparaissent trois fois plus élevés que ceux observés historiquement en Europe de l'Ouest. Ensuite, les taux de croissance de plus de 2 % observés pour l'Afrique subsaharienne depuis 1950 devraient rester supérieurs à 2 % par an jusque dans les années 2030, alors qu'ils sont inférieurs à 2 % par an depuis le milieu des années 1970 en Asie et depuis milieu des années 1980 en Amérique latine.

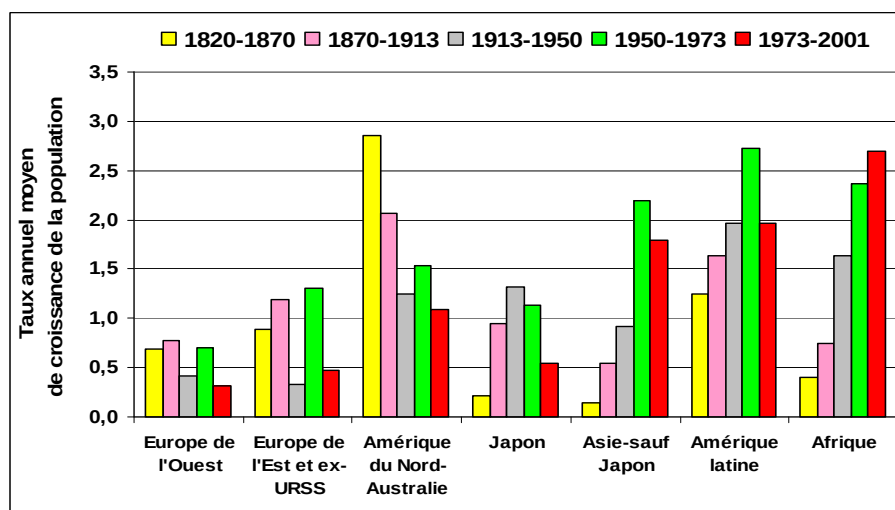
⁶³ MADDISON A., 2007 – *Contours of the World Economy 1-2030 AD: Essays in Macro-Economic History*, p. 347 (traduction libre), Oxford University Press.

Figure 7.1. Taux de croissance annuels moyens du PIB par grande période et grande région - 1820-2001.



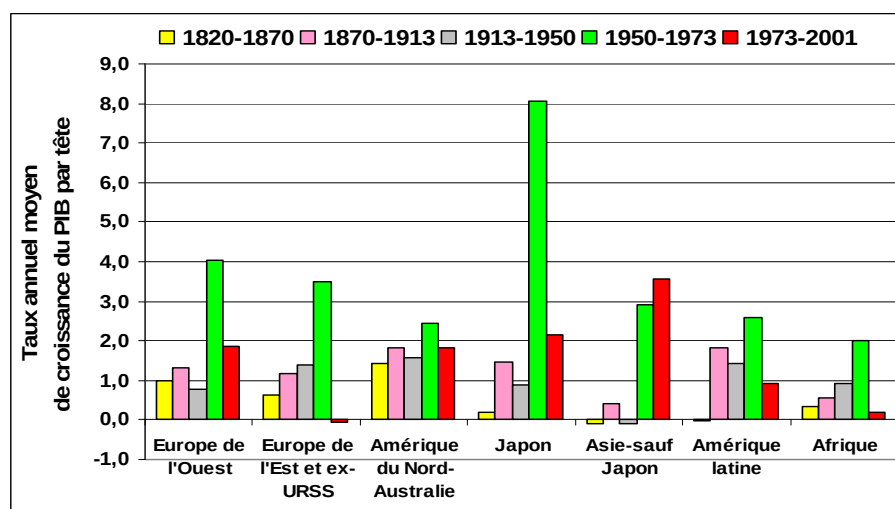
Source : Maddison A., 2005 : « Growth and interaction in the world economy: the roots of modernity ».

Figure 7.2. Taux de croissance annuels moyens de la population par grande période et grande région - 1820-2001.



Source : Maddison A., 2005 : « Growth and interaction in the world economy: the roots of modernity »

Figure 7.3. Taux de croissance annuels moyens des PIB par tête par grande période et grande région - 1820-2001.



Source : Maddison A., 2005 : « Growth and interaction in the world economy: the roots of modernity ».

Le xx^e siècle a donc été pour l'Afrique celui du « grand rattrapage » puisque la population de l'Afrique subsaharienne a été multipliée par 7 entre 1900 et 2000, comme celle de l'Amérique latine (un autre rattrapage), alors que la population de l'ensemble de l'Asie a été multipliée par 4 et celle de l'Europe par 2. Ce rattrapage continue puisque la croissance démographique de l'Afrique reste élevée : + 2,4 % par an en moyenne entre 2010 et 2015, alors que du fait de la baisse de la fécondité, elle est maintenant de 1 % pour l'ensemble de l'Asie et pour l'Amérique latine, de 0,4 % pour la Chine, et de 0,1 % pour l'Europe.

Ces divergences d'évolutions démographiques entre l'Afrique subsaharienne et les autres grandes régions du monde ont été généralement interprétées comme un simple décalage. Il est ainsi affirmé dans un ouvrage paru en 2006⁶⁴ que « L'explosion démographique (en Afrique) va s'essouffler dans les premières décennies du xxi^e siècle », et que « L'Occident dominant, mais vieillissant, hésite entre la peur de disparaître et le besoin de ressources humaines. Cela alimente une politique d'ingérence dans la maîtrise de la fécondité via la planification familiale et le verrouillage des frontières ». Et les auteurs de conclure : « La croissance actuelle de la population africaine n'a rien d'exceptionnel » « Bien plus tardive en Afrique, cette transition (la transition démographique) sera encore plus rapide que dans les autres pays du Sud ». C'est effectivement l'hypothèse qui était retenue dans les années 1990, mais qui jusqu'à présent s'est révélée inexacte.

Les auteurs de l'ouvrage de perspectives sur l'Afrique subsaharienne à l'horizon 2025 paru en 2003 formulent des opinions plus nuancées, tout en privilégiant aussi l'hypothèse du décalage⁶⁵. Ils soulignent ainsi que : « Si l'explosion démographique en Afrique a été et demeure une réalité, l'analyse montre qu'il n'y pas d'exception africaine, mais seulement un décalage entre l'Afrique et le reste du monde, et elle montre que l'Afrique est simplement en train de reprendre la place qu'elle a autrefois occupée dans la population mondiale ». Ils ajoutent : « Mais ce décalage ne va pas disparaître rapidement et il n'est pas sans conséquences sur la façon dont les sociétés africaines s'insèrent dans le monde actuel ».

Puis, les auteurs posent la question : « L'amorce constatée de la baisse de la fécondité aura-t-elle été un phénomène en grande partie conjoncturel, lié à la crise, et la baisse va-t-elle s'arrêter hésitante au cours des prochaines décennies ou va-t-elle s'accélérer ? ». Les auteurs se demandent également si, à cause de l'épidémie du VIH/Sida : « Une implosion de la population ne risque-t-elle pas de succéder à l'explosion ».

Malgré cette analyse, les auteurs ont pensé qu'à l'horizon 2025, il n'était pas nécessaire de retenir des scénarios d'évolutions démographiques différents. Ils retiennent que la population de l'Afrique subsaharienne sera en 2025 comprise entre 1,1 et 1,2 milliard de personnes, un chiffre proche soulignent-ils de la population chinoise, qu'elle sera plus urbanisée, plus éduquée, mais là aussi sans faire d'hypothèses particulières. Ceci correspond au maintien d'une croissance démographique de 2 % à 2,5 % par an vers 2025, et signifie aussi que les auteurs considéraient qu'il n'était pas possible ou pas nécessaire d'infléchir les tendances indiquées par les projections démographiques, urbaines et scolaires.

Finalement, dans la construction de leurs quatre scénarios à l'horizon 2025 : 1) les lions pris au piège ; 2) les lions faméliques, 3) les lions sortent de leur tanière, et 4) les lions marquent leur territoire, les auteurs ont privilégié une combinaison concernant d'une part les comportements des acteurs, et d'autre part l'efficacité des actions des pouvoirs publics.

Ils sont ainsi partis du constat que dans les sociétés africaines, la plupart des acteurs préfèrent investir dans les relations humaines plutôt que dans les différents moyens qui leur permettraient d'augmenter leur productivité, et que les actions des pouvoirs publics sont souvent peu efficaces. Ils ont ainsi retenu les deux combinaisons d'hypothèses suivantes :

1. la logique relationnelle demeure dominante, et les pouvoirs publics ne parviennent pas à établir un cadre favorable au développement ;
2. la logique économique devient dominante, et les pouvoirs publics mettent en place un cadre favorable au développement.

⁶⁴ COURADE G., TICHIT C, 2006 – « Les Africaines font trop d'enfants : une bombe démographique en puissance », dans « L'Afrique des idées reçues », Ed. George Courade, Paris, Belin, p. 325-321.

⁶⁵ Afrique 2025, 2003 – « Quels futurs possibles pour l'Afrique au sud du Sahara ». Futurs, Africains, collection Tropiques, Paris, Karthala, 2003.

Les deux premiers scénarios : « les lions pris au piège » et les « les lions faméliques », sont présentés comme des scénarios tendanciels. Le premier implique la persistance d'une économie peu productive, dont la croissance reste tirée par l'exportation de matières premières. Le scénario « les lions faméliques » suppose des sociétés déstabilisées par des conflits pour la prise du pouvoir et le contrôle des ressources naturelles. Les deux autres scénarios supposent au contraire, une rupture par rapport aux comportements traditionnels (et ceci concerne aussi les comportements reproductifs).

Ainsi, le scénario « les lions sortent de leur tanière » suppose une économie plus productive tournée en partie vers de nouveaux marchés extérieurs, ainsi qu'une meilleure gouvernance. Le scénario « les lions marquent leur territoire » implique aussi des changements, et suppose la prise en compte par les acteurs des dimensions matérielle, environnementale, culturelle et politique du développement, tout en restant « fidèles au territoire de leurs ancêtres, mais qu'ils transforment en tirant parti des savoirs du xxi^e siècle »

Alioune Sall, directeur de l'Institut des futurs africains, artisan de cet exercice de prospective, indique en 2012⁶⁶ que « depuis le début du xxi^e siècle, l'Afrique subsaharienne a globalement évolué selon le scénario « Les lions pris au piège » avec toutefois, jusqu'en 2008, une croissance économique plus forte que celle enregistrée pendant les années 1990 ». Il ajoute : « D'aucuns ont pu interpréter cette croissance comme un début d'évolution vers le scénario « Les lions sortent de leur tanière ». Il souligne cependant la diversité des situations selon les pays, et note que « le coup d'arrêt imposé par la crise économique mondiale » a été un obstacle à un développement plus rapide de nombre de pays.

Ceci dit il faut souligner aussi que les réticences vis-à-vis de la planification familiale en Afrique subsaharienne expliquent largement la poursuite de la forte croissance démographique de la région. Ces réticences ont été en effet très fortes et elles le restent encore aujourd'hui. Ceci s'explique en partie par le sentiment très répandu que l'Afrique reste sous-peuplée à cause de la longue stagnation de sa population entre le début du xvi^e siècle et le début du xx^e siècle. En effet, alors qu'entre 1500 et 1900 les populations de l'Asie et de l'Europe ont été multipliées respectivement par 4 et 5, la population de l'Afrique subsaharienne a quasiment stagné du fait de la traite esclavagiste et de l'impact meurtrier des maladies infectieuses⁶⁷. L'Afrique subsaharienne ne devait ainsi compter en 1900 qu'environ 100 millions d'habitants, soit 6 % de la population mondiale, contre 17 % en 1500, soit trois fois moins⁶⁸.

Dans le reste du monde, avec la prise de conscience après la fin de la seconde guerre mondiale de l'accélération de la croissance démographique dans les pays du Sud, malthusiens, néo-malthusiens et anti-malthusiens se sont violemment opposés, avec des résultats divers. Les premiers ont ainsi présenté le contrôle des naissances comme une condition indispensable au développement des pays du Sud qualifiés alors de « sous-développés ». Mais, pour les anti-malthusiens, seules des politiques vigoureuses en faveur du développement (notamment agricole) pouvaient permettre à ces pays de sortir de leur sous-développement, le développement entraînant « automatiquement » la réduction de la fécondité ; d'où le slogan de ceux qu'on a appelé les « développementalistes » : « le développement est le meilleur contraceptif ». C'est ainsi qu'un certain nombre d'actions se sont appuyées sur le discours malthusien (en Chine notamment), et d'autres sur le discours boserupien, avec mise en œuvre par exemple de la révolution verte dans plusieurs pays d'Asie du Sud-Est, ou sur les deux comme en Inde.

À partir des années 1980, cependant on a mieux perçu les limites des programmes « tout planning familial », car pour être pleinement efficaces, ces programmes devaient être accompagnés de progrès dans l'éducation et l'autonomie économique et légale des femmes.

C'est ainsi qu'aujourd'hui, les agendas internationaux mettent l'accent sur le développement durable et sur le développement humain. Le développement durable est défini comme « un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre

⁶⁶ African Business Journal, 2012, Interview du Pr Alioune Sall, directeur de l'Institut des futurs africains, http://www.africanbusinessjournal.info/index.php?option=com_content&view=article&id=405&catid=98

⁶⁷ GUENGANT J.-P., 2007 – « La démographie africaine entre convergences et divergences ». In Ferry B. (Edit.) : *L'Afrique face à ses défis démographiques*, AFD-Ceped-Karthala : 27-121.

⁶⁸ BIRABEN J.-N., 2003 – L'évolution du nombre d'hommes », *Population et Sociétés*, n° 394, octobre 2003.

aux leurs »⁶⁹. Il implique en particulier la préservation de l'environnement et un changement des modes de consommation « gaspilleurs » actuels, notamment dans les pays du Nord⁷⁰.

Le développement humain lui, prend en compte plusieurs dimensions du développement économique et social, ce qui a été synthétisé depuis 1990 par le PNUD au travers d'un indice composite, l'indice de développement humain construit à partir de trois indicateurs portant sur l'économie, l'éducation et la santé. Enfin, le développement a été également défini comme un processus d'élargissement du choix des gens, apportant plus de liberté à tous les hommes et non comme une simple augmentation du revenu national ou du PIB⁷¹. Les « Objectifs du millénaire pour le développement » (OMD) adoptés en 2000 tiennent largement compte de l'ensemble de ces nouvelles approches en portant une attention particulière à l'éradication de la faim et de la pauvreté, à l'éducation et à la santé (le « capital humain »), ainsi qu'aux questions de genre et d'environnement.

Les préoccupations purement démographiques ont été ainsi progressivement mises de côté au profit d'une approche plus globale favorisant les droits humains qui incluent les droits reproductifs, et la santé de la reproduction. Ce changement a été « officialisé » lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), organisée au Caire en 1994 par les Nations Unies, ceci à un moment où les niveaux de fécondité avaient déjà considérablement baissé dans le monde. La fécondité est donc aujourd'hui essentiellement le résultat du libre choix des couples et des femmes suite à ce qu'on a appelé « la révolution contraceptive ».

En 2010, 42 % de la population mondiale vivaient ainsi dans des pays où la fécondité était inférieure à 2,1 enfants par femme et 40 % dans des pays où la fécondité était en baisse et se situait entre 2,1 et 3 enfants par femme. Il ne restait donc que 18 % de la population mondiale vivant dans des pays où le nombre moyen d'enfants par femme était supérieur à 3. On retrouve parmi ces pays la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, dont les deux tiers sont dits « pays moins avancés »⁷², et parmi les 20 pays où la fécondité restait en 2010 supérieure ou égale à 5 enfants par femme, 17 étaient des pays d'Afrique subsaharienne, dont le Tchad.

Cette diversité des situations démographiques (et économiques) dans le monde doit nous inciter à avoir des approches différentes, adaptées à chaque situation et à réexaminer la question de l'importance des relations entre croissance démographique et développement.

Il faut signaler à ce sujet une étude récente, publiée fin 2011. Cette étude qui porte sur la période 1950-2010, réexamine à la lumière d'un ensemble de données aujourd'hui disponibles la question des relations entre population et développement, et celle du potentiel que représente la jeunesse africaine pour son développement économique⁷³. Les auteurs partent du constat qu'au cours des 60 dernières années le processus de développement de nombreux pays s'est accompagné d'une baisse plus ou moins rapide de la fécondité et qu'inversement les pays où les niveaux de fécondité sont restés élevés sont ceux qui ont aujourd'hui les niveaux les plus faibles de développement socio-économique. Ils soulignent cependant que cette corrélation entre niveau de développement élevé et niveau plus faible de fécondité ne signifie pas nécessairement causalité, c'est-à-dire qu'elle ne signifie pas nécessairement que « le développement est le meilleur contraceptif », comme l'ont affirmé les « développementalistes ». Les auteurs de cette étude ont donc cherché à approfondir la nature et les facteurs explicatifs de cette corrélation en s'appuyant sur une analyse comparative de nombreux indicateurs pour 103 pays en développement (ou qui ont été en développement) dont 33 pays d'Afrique subsaharienne. Ces indicateurs portent sur le développement, l'économie, l'éducation, la santé, la santé de la reproduction, l'égalité entre genres, le cadre institutionnel et politique, les ressources naturelles, et la démographie.

⁶⁹ Selon le Rapport Brundtland, 1987.

⁷⁰ Royal Society, 2012 : People and the planet | Royal Society, The Royal Society, Londres, avril 2012 <http://royalsociety.org/policy/projects/people-planet/report/>, voir aussi [Summary \(French\)](#).

⁷¹ AFD, 2008 – « Amartya Sen : un économiste du développement ? », sous la direction de Valérie Reboud, Notes et Documents N° 30. <http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/RECHERCHE/Archives/Notes-et-documents/30-notes-documents.pdf>

⁷² GUENGANT J.-P., MAY J., 2011 – « L'Afrique subsaharienne dans la démographie mondiale » revue ETVDES octobre 2011 http://www.revue-etudes.com/auteur/GUENGANT_Jean-Pierre/25093

⁷³ Berlin Institute for Population and Development, 2011 – « Africa's Demographic Challenges How a young population can make development possible », Lilli Sippel, Tanja Kiziak, Franziska Woellert, Reiner Klingholz, septembre 2011 http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Afrika/Africas_demographic_challenges.pdf

Les 103 pays retenus ont été classés en quatre groupes en fonction de l'évolution de leur fécondité depuis le début des années 1950. Ont été ainsi définis :

- 1- groupe A : 13 pays où la baisse de la fécondité a commencé tôt, dans les années 1950 ou avant, et dont les niveaux de fécondité actuels se situent en gros entre 1,5 et 2,5 enfants par femme. Ces pays sont des pays d'Asie de l'Est, de la Caraïbe ou d'Amérique latine dont les populations sont de tailles très variables, un seul pays africain : Maurice, fait partie de ce groupe ;
- 2- groupe B : 25 pays où la baisse de la fécondité a commencé plus tard, dans les années 1960 ou 1970, mais a été relativement rapide, et dont les niveaux de fécondité actuels se situent en gros entre 2,0 et 3,0 enfants par femme. Ce groupe comprend une majorité de pays d'Amérique latine, mais aussi 8 pays d'Asie, 3 pays arabes et la Turquie, et 3 pays africains : le Maroc, l'Afrique du Sud et la Tunisie ;
- 3- groupe C : 35 pays où la baisse de la fécondité a commencé encore plus tard, souvent dans les années 1980, et dont les niveaux de fécondité actuels se situent en gros entre plus de 2 et moins de 5 enfants par femme. Ce groupe comprend divers pays arabes, des pays d'Asie du Sud, 6 pays d'Amérique latine et 13 pays d'Afrique subsaharienne ;
- 4- groupe D : 30 pays où la fécondité est restée élevée (généralement supérieure à 5 enfants par femme) même si elle a commencé à décroître dans la plupart des pays dans les années 1990. Tous les pays de ce groupe sont des pays d'Afrique subsaharienne, sauf trois : l'Afghanistan, le Timor Est, et le Yémen.

Les principales conclusions de cette étude sont les suivantes : il y a bien, à quelques rares exceptions près, une corrélation entre le degré de développement des pays étudiés et leurs niveaux de fécondité, mais il n'est pas possible de savoir lequel de ces deux éléments précède l'autre. Le cas des pays asiatiques « les tigres asiatiques » semble indiquer que les deux processus : le développement et la baisse de la fécondité se renforcent mutuellement. Il y a cependant une certitude : aucun pays n'a pu se développer sans qu'il y ait parallèlement une baisse de la fécondité, ce qui signifie en d'autres termes que le maintien d'une forte fécondité sur longue période exclut le développement économique et social, ou du moins ne permet pas un développement économique et social dans des délais satisfaisants. Concernant les pays producteurs de pétrole retenus dans l'étude, les auteurs notent que ces pays ont généralement des indices de développement humain (IDH) moyens ou élevés, mais que les revenus du pétrole ne bénéficient pas toujours à tous les segments de la société, et que l'augmentation globale du PIB et du PIB par tête ne conduit pas nécessairement au développement économique de ces pays et à la baisse de leur fécondité.

Partant du constat que nombre de pays, notamment les « tigres asiatiques », qui ont réussi leur développement au cours des 50-60 dernières années sont partis de situations démographiques voisines de celles que connaissent aujourd'hui la plupart des pays africains, les auteurs de l'étude indiquent que la jeunesse nombreuse de ces pays peut constituer un atout pour leur développement, et non une charge, à condition que la mortalité et la fécondité décroissent assez rapidement. Comme on l'a vu en 2.1, le ralentissement puis la stabilisation du nombre des naissances ont conduit dans les pays émergents à une diminution du nombre de personnes à charge par actif ou taux de dépendance, créant ainsi l'une des conditions nécessaires pour bénéficier du dividende démographique.

4.2 Les transferts intergénérationnels et le dividende démographique

Selon plusieurs travaux économétriques, les relations entre la croissance démographique et la croissance économique ont longtemps été jugées peu robustes⁷⁴. Ces résultats obtenus à partir de données anciennes, antérieures à la baisse rapide de la fécondité dans les pays émergents et à leur décollage économique, expliquent en partie la faible mobilisation des gouvernements et de leurs partenaires en faveur de politiques visant à réduire la fécondité, et l'adoption de politiques de population ayant des objectifs très larges de développement. En fait, ces analyses ont ignoré une variable démographique fondamentale : la structure par âge, et les modifications que celle-ci connaît au cours du processus de transition démographique.

⁷⁴ BLANCHET D., 1989 – « Croissance de la population et du produit par tête au cours de la transition démographique : un modèle malthusien peut-il rendre compte de leurs relations ? », *Population*, vol. 44, n° 3, mai-juin, p. 613-629.

De nombreux travaux ont mis récemment en évidence l'importance des changements de structure par âge dans l'accélération de la croissance économique des pays émergents, notamment en Asie de l'Est. Un essai d'explication de l'écart entre les taux de croissance de l'Afrique subsaharienne et ceux estimés pour un échantillon d'autres pays conclut ainsi que l'essentiel de cet écart s'explique par des facteurs démographiques⁷⁵. Les auteurs estiment à partir d'un modèle de régression pour la période 1960-2004, la contribution de 11 variables (regroupées en conditions initiales, démographie, géographie, chocs, facteurs politiques) à la croissance des pays concernés. Ils trouvent ainsi que les différences entre la croissance calculée pour l'Afrique subsaharienne et celles calculées pour l'échantillon (différence de - 1,1 point), pour divers pays d'Asie de l'Est et du Pacifique (différence de - 2,8 points) et d'Asie du Sud (différence de - 1,7 point), s'expliquent principalement par des facteurs démographiques. Dans les trois comparaisons, les taux de dépendance élevés en Afrique subsaharienne expliquent entre 40 % et 60 % de ces différences. Vient ensuite, à un niveau aussi très élevé, la faiblesse des espérances de vie en Afrique subsaharienne. L'analyse par période (1960-1974, 1975-1994, 1995-2004) et par pays confirme le fort impact négatif de ces deux facteurs pour la croissance économique. Ceci se vérifie également dans le cas du Tchad. Les auteurs concluent qu'il convient donc de chercher à accélérer la transition démographique au travers de programmes de planification familiale et d'améliorer la qualité du capital humain.

Ces nouvelles approches qui intègrent donc la dimension âge, s'appuient également sur la prise en compte des solidarités intergénérationnelles qui existent dans toute société pour expliquer l'impact des changements de structure par âge sur le développement économique, au cours de la transition démographique⁷⁶.

L'un des articles sur le sujet explique ainsi que : la baisse de la mortalité, surtout celle des enfants, conduit dans un premier temps à de fortes augmentations des naissances et des effectifs de jeunes. Puis, lorsque la fécondité commence à baisser, le nombre de naissances croît moins vite, se stabilise ou décroît : « il y a donc moins de jeunes bouches à nourrir »⁷⁷. Parallèlement, la population active augmente plus vite que le nombre de personnes qu'elle fait vivre : « Toutes choses égales par ailleurs, le revenu par habitant augmente lui aussi plus rapidement ». Les actifs, plus nombreux, sont alors en mesure de réduire, de même que les gouvernements, leurs dépenses en faveur des enfants, ce qui libère des ressources pour l'investissement dans le développement économique et le bien-être des familles. Cette période de baisse continue des taux de dépendance ouvre une première fenêtre d'opportunité qui permet de bénéficier, sous certaines conditions, du « premier dividende démographique ». Cette période peut se prolonger pendant cinq décennies ou plus, jusqu'à ce que les générations nombreuses d'actifs se rapprochent de l'âge de la retraite.

Avec l'arrivée des générations nombreuses nées pendant la période de l'explosion démographique à l'âge de la retraite, la population vieillit, et ce vieillissement est accentué par la réduction continue de la mortalité des personnes âgées. Toutes choses égales par ailleurs, le revenu par habitant s'accroît moins vite, et le premier dividende démographique devient négatif. Mais un second dividende peut apparaître. En effet, ces nouvelles « personnes âgées » qui ont de fortes chances de vivre une longue période de retraite, peuvent être fortement incitées à épargner et à accumuler des actifs : épargne, biens divers, etc. (sauf si elles pensent que la famille ou l'État pourvoient à leurs besoins). Si ces actifs sont investis, ils sont susceptibles de contribuer à une augmentation durable du revenu national. En résumé, le premier dividende apporte un avantage qui peut durer une cinquantaine d'années, voire plus et aider le pays à « décoller », et le second dividende peut favoriser une accumulation continue d'avoirs, susceptible de conduire à un développement durable.

Ces deux dividendes, dont les effets peuvent donc se chevaucher, ont eu des effets positifs entre 1970 et 2000 sur la croissance de la plupart des régions en développement, sauf en Afrique subsaharienne parce que les taux de dépendance y sont restés très élevés. Ces effets positifs ont été particulièrement importants en Asie de l'Est et du Sud-est où la contribution des deux dividendes démographiques à la croissance effective du PIB réel de cette sous-région a été estimée à 1,90 point de croissance, soit 44 % des 4,3 % par an de croissance observés en moyenne entre 1970 et 2000.

⁷⁵ NDULU B. J. et al., 2007 – Challenges of African growth: Opportunities, Constraints, and Strategic Directions. World Bank, Washington D.C. (voir p. 79-97, 86 et 90 pour les données sur le Tchad et p. 106-116). Voir http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/AFR_Growth_Advance_Edition.pdf

⁷⁶ BLOOM D. E., CANNING D., 2006 – Booms, replis et échos. *Finances & Développement*, septembre 2006 <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2006/09/pdf/Bloom.pdf>, p. 8-13.

⁷⁷ LEE R., MASON A., 2006 – Les dividendes de l'évolution démographique. *Finances & Développement*, septembre 2006, p. 17 <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2006/09/pdf/basics.pdf>

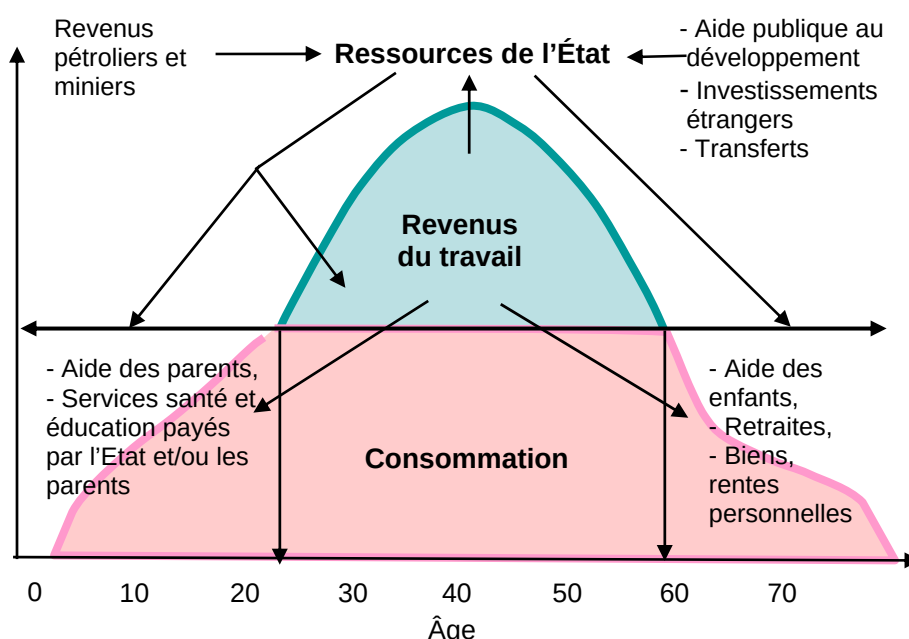
Cependant, la contribution à la croissance du premier dividende démographique, mais aussi du second, n'est pas automatique. Elle dépend de plusieurs conditions, elles-mêmes liées à la mise en place de politiques appropriées et d'un environnement politique et institutionnel adéquat. L'analyse des expériences en Asie de l'Est⁷⁸ et ailleurs soulignent à ce sujet, l'importance de plusieurs facteurs :

- 1 la baisse de fécondité, condition initiale nécessaire à la diminution des taux de dépendance ;
- 2 la qualité du capital humain ;
- 3 une épargne importante et des investissements judicieusement choisis ;
- 4 la capacité du pays à créer un nombre suffisant d'emplois, notamment pour les jeunes, et à accroître la productivité du travail, et par là, les salaires ;
- 5 l'effectivité de garanties juridiques et institutionnelles permettant aux acteurs économiques d'opérer dans des conditions satisfaisantes.

Dans le cas des pays d'Afrique subsaharienne, la croissance rapide de sa main-d'œuvre ne deviendra en effet un avantage que si elle est accompagnée de la création d'un nombre suffisant d'emplois et d'une augmentation de la productivité. Faute de quoi, cette main-d'œuvre nombreuse, plus éduquée, risque d'être inemployée et de devenir une charge et un facteur de troubles sociaux. Un article récent fait effectivement le lien entre l'importance des jeunes et la violence politique⁷⁹. De manière similaire, l'augmentation de l'épargne rendue possible par l'allègement des dépenses en direction des enfants ne se traduira pas par une augmentation des investissements si l'inflation est forte, la situation politique instable, et si les institutions politiques et judiciaires sont peu fiables.

Le montant des dividendes dépend du niveau de production et de consommation de la population à chaque âge. En effet, c'est au travers des transferts qui s'opèrent dans chaque société entre ceux qui travaillent et qui consomment moins que ce qu'ils produisent (pour simplifier les actifs) et ceux qui consomment plus que ce qu'ils produisent (les enfants, les jeunes et les personnes d'un certain âge), que l'on explique l'impact des structures par âge sur l'économie et la possibilité de bénéficier du ou des dividendes démographiques (figure 7.4).

Figure 7.4. Schéma du cycle de vie économique et des transferts correspondants.



Source : adapté de « Consumption and Labor Income Profiles Release, Consumption and Labor Income profiles for 23 NTA countries » National Transfer Accounts 2012 : Understanding the generational economy-
<http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/Consumption%20and%20Labor%20Income%20Profiles%20Release>

⁷⁸ MASON A., 2003 – « Capitalizing On The Demographic Dividend », *Poverty. Achieving Equity...*, PDS Series, Nber 8, UNFPA, p. 39-48.
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2003/population_poverty.pdf

⁷⁹ URDAL H., 2012 – « A clash of generations? Youth bulges and political violence », Henrik Urdal, United Population Division, Expert Papers Series 2012, No. 2012/1,
http://www.un.org/esa/population/publications/expertpapers/Urdal_Expert%20Paper.pdf

Les situations sont très variables selon les pays, dépendant de l'importance ou non du travail des enfants, de la poursuite de l'activité à un âge avancé, des lois à ce sujet, et aussi bien sûr de la structure par âge des pays. Schématiquement, on peut cependant retenir ceci : côté revenus des actifs, ceux-ci dépendent de plusieurs facteurs tels que : la productivité des jeunes adultes qui est fonction de leurs niveaux d'éducation et de formation, le fonctionnement du marché du travail (et des taux de chômage), le nombre de leurs enfants et de la législation à ce sujet (existence ou non d'allocations familiales encourageant la natalité, de congés parentaux plus ou moins longs), etc. Côté consommation et prise en charge des inactifs, certains pays comme ceux de l'Asie de l'Est, attachent beaucoup d'importance aux dépenses d'éducation pour les enfants, d'autres, comme les États-Unis, et les pays européens consacrent une partie importante de leurs ressources à la santé des personnes âgées. Les charges correspondantes pour l'État dépendent à la fois de ses ressources (d'origine très diverse selon les pays), et de l'importance du secteur public en matière d'éducation et de santé, et de l'importance des régimes publics de retraite. Dans nombre de pays, y compris dans les pays en développement, le secteur privé en matière d'éducation et de santé tend à se développer du fait des carences réelles ou supposées du secteur public. Concernant le soutien aux personnes âgées, dans les pays en développement, celles-ci sont soutenues par leur famille et par le secteur public, mais certaines d'entre elles peuvent aussi avoir accumulé pendant leurs années de travail des actifs (logement, pensions privées, et épargne personnelle). Dans les pays développés, les revenus des personnes âgées (dont la proportion est importante) proviennent généralement de systèmes de retraites publics, mais aussi souvent d'actifs accumulés au cours de leur vie, ce qui peut leur procurer des revenus conséquents leur permettant dans certains cas d'aider leurs enfants ou petits-enfants.

Le projet National Transfer Accounts (NTA) a développé pour un certain nombre de pays, un système permettant de mesurer les flux économiques entre les groupes d'âge d'une manière qui soit compatible avec les comptes économiques nationaux. Ce projet concerne aujourd'hui 37 pays : pays en développement, émergents et pays développés⁸⁰. Ce système permet de mesurer la façon dont chaque groupe d'âge produit, consomme, partage et épargne. Deux types de flux ont été distingués : les transferts entre groupes d'âge, et l'utilisation d'actifs accumulés au cours de la vie.

Dans le cadre de ce projet, des profils de consommation et de revenus d'activité ont été réalisés dans 23 pays, dont 5 pays d'Afrique subsaharienne : le Kenya, le Nigeria, le Sénégal, le Mozambique et l'Afrique du Sud. Dans tous les pays, il apparaît que la consommation dépasse le revenu du travail pendant deux longues périodes de vie, ne laissant en gros qu'une période d'une trentaine d'années pendant laquelle les individus produisent plus qu'ils ne consomment (figure 7.4). Ce résultat est remarquablement similaire pour l'ensemble des pays étudiés qui, pourtant, sont à des stades très différents de développement économique⁸¹. Cette période de « surplus de revenus sur la consommation » d'une trentaine d'années conduit ainsi à des ratios de support (nombre d'« actifs effectifs » par dépendant) beaucoup plus faibles que ceux obtenus en considérant les « actifs potentiels », c'est-à-dire les 15 à 64 ans, comme on le fait le plus souvent.

Ainsi, l'âge moyen auquel les individus deviennent des producteurs nets (c'est-à-dire produisent plus qu'ils ne consomment) était estimé en 2004 à 35 ans au Sénégal, et à 32 ans au Nigeria. Et l'âge moyen auquel ils redeviennent des consommateurs nets était estimé à 60 ans au Sénégal et à 62 ans au Nigeria.

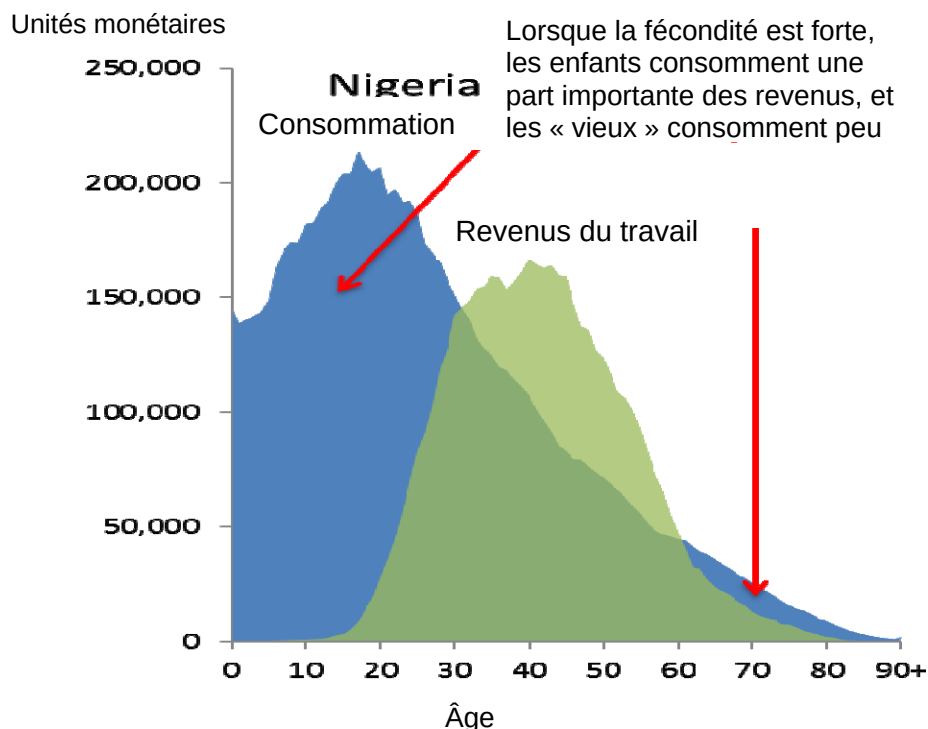
La comparaison entre les profils obtenus pour le Nigeria en 2004 et l'Allemagne en 2003 donne une idée « saisissante » des différences existant entre un pays « jeune » : le Nigeria dont la fécondité en 2010 était de 5,5 enfants par femme, et un pays « vieux » : l'Allemagne où la fécondité en 2010 était de 1,4 enfant par femme (figures 7.5 et 7.6). Dans le cas du Nigeria, du fait de leur importance numérique et de leurs besoins, notamment en éducation, les jeunes (les moins de 25 ans représentaient 62 % de la population totale en 2010) consomment une part très importante des revenus produits par les actifs, alors que les « vieux » peu nombreux (les 60 ans et plus représentent 5 % de la population) consomment globalement peu. Dans le cas de l'Allemagne, où les personnes de 60 ans et plus étaient en 2010 plus nombreuses que les personnes de moins de 25 ans (26 % contre 25 %), les « vieux » consomment une part importante des revenus, mais à la différence des jeunes ils bénéficient souvent, outre leurs retraites de l'usage de biens immobiliers et de rentes accumulés durant leur vie active. On notera que malgré l'importance relative de sa population âgée de 60 ans et

⁸⁰ National Transfer Accounts 2012 : Understanding the generational economy-
<http://www.ntaccounts.org/web/nta/show>

⁸¹ <http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/Documents/Meetings> voir EWC Conference on Population and the Generational Economy, Honolulu, 11-12 juin 2010.

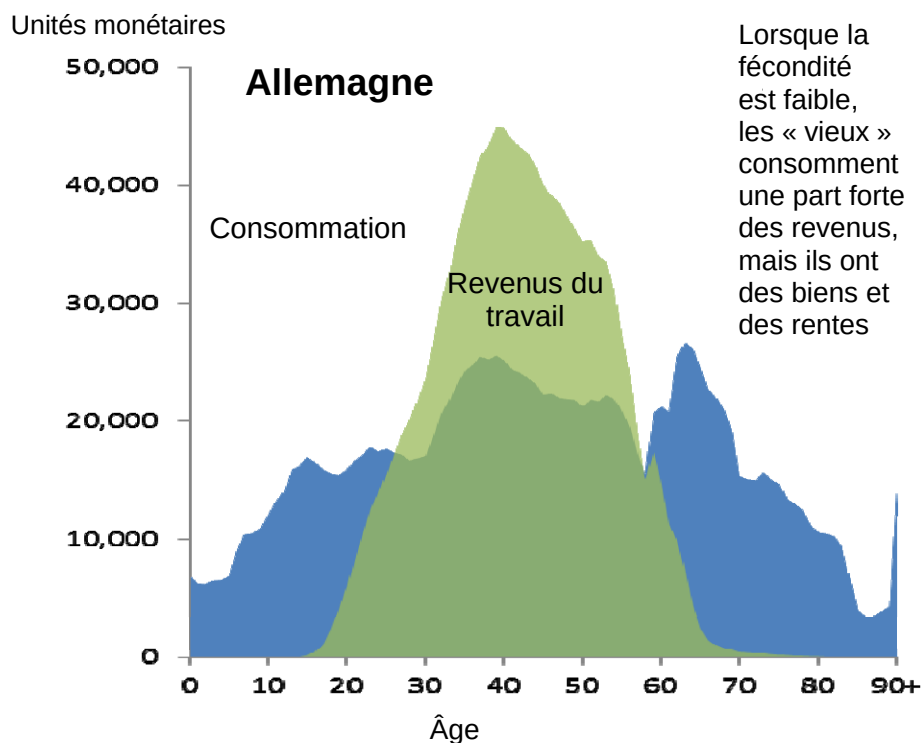
plus, l'Allemagne, avec ses quelques 80 millions d'habitants (contre 160 millions pour le Nigeria) était en 2010 la quatrième économie mondiale après celle du Japon, un autre pays « vieux », celle de la Chine, un pays vieillissant, et l'économie américaine qui occupe toujours la première place.

Figure 7.5. Montants agrégés des revenus du travail et de la consommation par âge, Nigeria 2004.



Source : « Population aging and the generational economy: A global perspective. », Ronald Lee and Andrew Mason, lead authors and editors, p. 452, voir aussi : <http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/Consumption%20and%20Labor%20Income%20Profiles%20Release>

Figure 7.6. Montants agrégés des revenus du travail et de la consommation par âge, Allemagne 2003.



Source : National Transfer Accounts 2011: Data Sheet. « Population aging and the generational economy: A global perspective. », Ronald Lee and Andrew Mason, lead authors and editors. Voir aussi : <http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/Consumption%20and%20Labor%20Income%20Profiles%20Release>

Compte tenu de l'amorce très récente de la baisse de la fécondité et des retards de développement dans les pays d'Afrique subsaharienne, la question a été posée de savoir si ces pays étaient en mesure de « bénéficier du dividende démographique »⁸². Le travail fait à ce sujet qui porte sur 32 pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels les données nécessaires à l'analyse étaient disponibles répond positivement, tout en soulignant à nouveau l'importance d'un environnement politique et institutionnel adéquat. Malheureusement, le Tchad ne faisait pas partie des pays retenus dans cette étude. Après examen de la croissance projetée des effectifs des 15 à 64 ans et d'indicateurs concernant l'environnement institutionnel, les auteurs concluaient en 2007 que parmi les 32 pays étudiés, le Ghana, la Côte d'Ivoire, le Malawi, le Mozambique et la Namibie étaient en position de bénéficier dans les 20 prochaines années du dividende démographique. Le Cameroun, le Sénégal, la Tanzanie et le Togo étaient bien placés pour la croissance de leur main-d'œuvre, mais devaient améliorer significativement leurs environnements institutionnels pour pouvoir bénéficier pleinement du dividende démographique. Enfin, la persistance de taux de dépendance élevés et d'un environnement institutionnel toujours déficient semblait exclure dans l'immédiat selon les auteurs, les autres pays étudiés. Les auteurs soulignaient néanmoins les efforts faits en matière institutionnelle dans plusieurs pays au début des années 2000.

Que conclure à partir de ce qui précède concernant le Tchad. Il n'y a pas de raison *a priori* empêchant le Tchad de bénéficier un jour du dividende démographique. Cependant, la première condition nécessaire pour ce faire : la baisse de la fécondité n'est pas remplie puisque celle-ci n'est pas amorcée, d'où le maintien de taux de dépendance très élevés (voir en 2.1). Ensuite, la poursuite d'une forte croissance démographique va rendre plus difficile l'amélioration du capital humain du pays, capital qui reste faible (voir en 4.2). Enfin, les divers indicateurs disponibles pour le Tchad concernant l'environnement institutionnel⁸³, indiquent que des efforts sont encore nécessaires pour améliorer cet environnement.

Une réelle prise de conscience à tous les niveaux de la société des enjeux associés au développement du pays, et parmi ceux-ci des enjeux liés à la dynamique démographique actuelle, apparaît donc nécessaire. Faute de quoi, malgré la forte croissance économique enregistrée ces dernières années, un scénario de développement du type « les lions pris au piège » (avec poursuite des tendances sans développement et en supposant l'absence de conflit) pourrait se réaliser. Mais avec une prise de conscience réelle de la dimension démographique du développement et la mise en œuvre de programmes répondant aux enjeux identifiés, le Tchad pourrait s'engager dans une voie lui permettant d'ici quelque temps d'entrer dans une fenêtre d'opportunité et de bénéficier pendant une cinquantaine d'années du premier dividende démographique, et être ainsi en mesure de conforter sa croissance économique.

⁸² BLOOM D. E. *et al.*, 2007, *Realizing the Demographic Dividend: Is Africa any different?*, Harvard University, mai 2007.

http://www.aercafrica.org/documents/reproductive_health_working_papers/Bloom_Canning_et_al_Demographic_Dividend_in_Africa.pdf

⁸³ Voir par exemple dans « Banque Africaine de Développement 2012 – Perspectives économiques en Afrique en 2012.

5 Les politiques publiques du Tchad face aux défis démographiques⁸⁴

L'évolution de la population a été considérée par les autorités tchadiennes comme satisfaisante et ne nécessitant pas d'intervention particulière jusque dans les années 1980⁸⁵.

5.1 Les politiques de population

Cependant, le Tchad a été représenté aux nombreuses conférences internationales et régionales sur la population qui se sont tenues dans les années 1970, 1980 et 1990. Le Tchad a ainsi adhéré à plusieurs engagements internationaux sur la population tels que : le Plan d'action mondial sur la population (Bucarest, 1974), le Programme d'action de Kilimandjaro concernant la population africaine et le développement autonome (Arusha, 1984), le Programme d'action de N'Djamena concernant la population et le développement au Sahel (N'Djamena, 1988), la Déclaration de Dakar complétant le programme d'action de N'Djamena (Dakar, juillet 1992), la Déclaration de Dakar/NGOR (Dakar, décembre 1992), les recommandations de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, Le Caire 1994), le Programme d'action de Ouagadougou (octobre 1997) dont le but était d'harmoniser les positions et interventions des pays du Sahel (CILSS) vis-à-vis des problèmes de population, et la Déclaration du Millénaire des Nations unies (2000) qui a retenu les huit Objectifs du millénaire pour le développement à atteindre par les pays en 2015.

La première Déclaration de politique de population du Tchad a finalement été adoptée sous forme de loi en mai 1994, cinq mois avant la tenue de la conférence du Caire⁸⁶. Elle est restée en vigueur jusqu'en 2007, date à laquelle le gouvernement a adopté une nouvelle politique.

La première politique de population du Tchad se place dans une optique « développementaliste » large et de libre choix du couple et de l'individu en matière de fécondité. Ses objectifs globaux couvrent tous les aspects de la dynamique démographique : mortalité, fécondité, croissance démographique et urbanisation. Ses objectifs sont les suivants :

- 1) promouvoir le bien-être de la population ;
- 2) assurer une meilleure adéquation entre les ressources humaines et les possibilités de développement ;
- 3) réduire la morbidité et la mortalité, notamment la mortalité maternelle, infantile et juvénile ;
- 4) réduire le taux de fécondité générale ;
- 5) maîtriser la croissance démographique ;
- 6) promouvoir une politique d'urbanisation par la structuration de villes secondaires ;
- 7) mettre en œuvre une politique d'aménagement du territoire permettant une meilleure répartition des populations dans l'espace national.

Puis parmi les 9 objectifs spécifiques retenus, un seul est de nature quantitative, celui qui vise à : « faire baisser de 2,4 % actuellement à 2 % en 2005, le taux de croissance démographique ». Les autres objectifs sont formulés en des termes très généraux. Trois objectifs concernent l'amélioration des taux de couverture des besoins de base (santé, nutrition, éducation, alimentation, santé maternelle et infantile et bien-être familial, formule qui inclut la planification familiale). Trois objectifs concernent les femmes (renforcement de leurs capacités, de leur participation au développement, et revalorisation de leur statut). Un objectif concerne la promotion des droits et du bien-être des enfants, et un autre objectif vise à « renforcer au niveau des populations la compréhension des interrelations entre population et développement ».

Dans les 8 stratégies identifiées ensuite, d'autres objectifs sont retenus. Ceci concerne par exemple pour la stratégie « Santé de la mère et de l'enfant et bien-être familial » : la réduction du taux de

⁸⁴ Cette partie s'appuie sur le travail d'analyse de nombreux documents réalisé à N'Djamena fin 2011 par Manasset Guealbaye.

⁸⁵ United Nations 2010, World Population Policies 2009. Department of Economic And Social Affairs, Population Division ST/ESA/SER.A/293, United Nations, New York, 2010, p. 166,

http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2009/Publication_complete.pdf

⁸⁶ Politique de Population, 1994 – Ministère du Plan et de la Coopération – Division de la population, LOI°25/PR/94.

mortalité infantile, l'augmentation de l'accès aux services de santé et à l'eau potable, l'augmentation de la proportion d'accouchements en milieu surveillé, le recyclage du personnel paramédical et social, et l'augmentation de la prévalence de la contraception moderne de 1 % en 1990 à 10 % en 2000, et 30 % en 2015

Enfin, le document de la politique de 1994 donnait des indications sur le cadre institutionnel : organe de décision et organe consultatif, structures de coordination, et structures d'exécution, (c'est-à-dire les ministères concernés), ainsi que sur la mise en œuvre de la politique et le suivi-évaluation.

Pour faciliter l'exécution de la Politique de population, le gouvernement a procédé à une révision des textes essentiels en matière de population. Il en est ainsi de : l'élaboration et l'adoption de la Politique de l'intégration de la femme au développement (1995) ; de l'adoption du concept de la santé de la reproduction qui a remplacé celui de la SMI/BEF (Santé maternelle et infantile/Bien-être familial) (1996) ; de l'élaboration et de l'adoption d'un nouveau code de travail (1996) ; de l'élaboration et de la validation d'outils et matériels pédagogiques pour l'éducation à la vie familiale et en matière de population dans les écoles primaires (EvF/EmP) (1997) ; de l'élaboration et de l'adoption de la Politique nationale de santé (1998), de l'élaboration d'un Code des personnes et de la famille (2000) et de l'adoption de la loi sur la santé de la reproduction (mars 2002). Parallèlement, la réalisation de plusieurs enquêtes : Enquête démographique et de santé (EDS, 1996-1997), Enquête sur la consommation et le secteur informel au Tchad (ECOSIT, 1996), Enquête migrations (1998), Enquête MICS 2000 (Enquête par grappes à indicateurs multiples) a permis d'améliorer les connaissances en matière démographique, de santé, santé de la reproduction, couverture des besoins, etc., et les résultats de ces enquêtes ont été utilisés pour le suivi-évaluation de la Politique de population.

L'Opération nationale d'évaluation des programmes de population (ONEP) conduite en 1999 a aussi mis en lumière de nouveaux problèmes et la nécessité d'adopter de nouvelles stratégies. Il a été souligné en particulier que les variables démographiques n'étaient pas suffisamment prises en compte dans les politiques et stratégies de développement, et il est apparu nécessaire de réviser la politique de population. L'adoption formelle d'une nouvelle Politique de population s'est faite en 2007, mais dans les faits, plusieurs changements d'orientation et d'organisation sont intervenus avant 2007.

La « Politique nationale de population du Tchad » (PNP) de 2007 s'inscrit dans une certaine continuité par rapport à la politique de 1994⁸⁷. Mais elle s'appuie sur une analyse beaucoup plus fouillée de la situation démographique, sociale et économique du pays, grâce aux résultats du recensement de 1993, des résultats des enquêtes mentionnées plus haut, et des résultats des projections démographiques nationales réalisées en 2004 par la Direction de la coordination des activités en matière de population (DCAP). La PNP de 2007 intègre aussi les nombreux changements intervenus dans l'approche des problèmes de développement depuis 1994, en indiquant par exemple qu'elle entend contribuer à la lutte contre la pauvreté et à la création des conditions d'un développement durable.

Les objectifs généraux ont été simplifiés et ramenés à 5, et ils font chacun l'objet d'objectifs spécifiques, ce qui a conduit à un total de 23 objectifs spécifiques. Les objectifs généraux de la PNP de 2007 sont les suivants :

- 1 - assurer une meilleure adéquation entre la croissance de la population, les ressources disponibles et le développement socio-économique du pays ;
- 2 - contribuer à l'amélioration de l'état général de santé de la population en accordant une attention particulière à la santé de la reproduction et à la lutte contre les IST/VIH/Sida ;
- 3 - éliminer toutes les formes de discrimination à l'égard des filles et des femmes (et) à l'endroit des autres groupes vulnérables que sont les vieillards, les handicapés et les enfants en circonstance particulièrement difficile ;
- 4 - assurer le développement des ressources humaines ;
- 5 - assurer une répartition spatiale équilibrée de la population dans le cadre de la politique d'aménagement du territoire prenant en compte la dimension environnementale.

Parmi les 23 objectifs spécifiques retenus, on retrouve certains objectifs du Millénaire, comme ceux concernant la mortalité maternelle et la mortalité infanto-juvénile, le VIH/Sida, la scolarisation au primaire, l'accès à l'eau potable. On retrouve aussi, formulés d'une autre manière qu'en 1994, des

⁸⁷ Politique nationale de population du Tchad, 2007 – Ministère du Plan, du Développement et de la Coopération - Secrétariat général, Direction de la coordination des activités en matière de population (DCAP).

objectifs concernant l'amélioration des taux de couverture des besoins de base, concernant les femmes, et la nécessité de renforcer la compréhension des interrelations population et développement au niveau des populations, mais aussi au niveau des leaders politiques, religieux et traditionnels. Un autre objectif concerne la nécessité de la prise en compte des questions de population, genre et développement durable dans les programmes et projets aux niveaux sectoriel, national, régional et local.

Concernant la fécondité et la contraception, la politique de 2007 a retenu au titre de son Objectif général 2 (voir plus haut), l'objectif spécifique suivant : « Maîtriser la fécondité pour ramener l'indice synthétique de 6,6 enfants par femme en 1997 à 5 enfants par femme en 2015 en augmentant la prévalence contraceptive moderne de 3 % en 2000 à 35 % en 2015 », ce qui correspond à une augmentation de l'utilisation de la contraception de 2,1 point de pourcentage par an. Cet objectif est encore plus ambitieux que celui donné pour l'hypothèse « basse » des projections réalisées par la DCAP en 2004, qui prévoyait en 2015 : 5,6 enfants, et une prévalence de la contraception progressant rapidement de 1,5 point par an et atteignant 27,5 % parmi les femmes en union en 2015.

La PNP de 2007 détaille ensuite les stratégies à mettre en œuvre pour chacun des 23 objectifs spécifiques retenus. Elle fixe aussi un nouveau cadre institutionnel (organes et mécanismes d'exécution, de coordination, suivi et évaluation), peu différent finalement de celui retenu en 1994.

Le cadre institutionnel actuel comprend ainsi, un organe de décision et d'orientation de la population présidé par le chef de l'État : le Haut Conseil de la population (HCP), chargé « de définir les grandes orientations en matière de politique de population et d'adopter les recommandations de la Commission nationale de la population ».

Il comprend ensuite la Commission nationale de la population (CNP) qui est l'organe consultatif du Haut Conseil de la population, et qui a remplacé l'ancienne Commission nationale de population (Conapo) qui manquait d'opérationnalité. Sa mission a été définie comme suit :

- assister le gouvernement dans la mise à jour, la mise en œuvre, la coordination, le suivi et l'évaluation de la politique et des programmes de population ;
- formuler à l'intention du Haut Conseil de la population des recommandations pour une meilleure exécution de la politique et des programmes de population ;
- étudier et soumettre au Haut Conseil de la population toute mesure d'ordre législatif et réglementaire permettant de créer un cadre propice à la mise en œuvre de la Politique nationale de population.

Puis, la Direction de la coordination des activités en matière de population (DCAP), qui assure le secrétariat de la CNP est rattachée au ministère du Plan, du Développement et de la Coopération et elle est également chargée d'assurer au niveau national la programmation et la coordination de l'ensemble des activités des différents ministères et organisations non gouvernementales impliqués, ainsi que celles des Commissions régionales de la population.

Dans chaque ministère, il a été créé une Cellule sectorielle de coordination des activités de mise en œuvre de la PNP comme point focal. L'ensemble de ces Cellules ministérielles constitue le Groupe technique de coordination de la PNP. Des réunions de concertation de ces cellules sectorielles sont prévues tous les trois mois. De plus, au niveau régional, la DCAP est relayée dans son travail par des Commissions régionales de la population (CRP), ceci afin d'assurer la programmation et la coordination au niveau de chaque région des activités relatives à la mise en œuvre de la Politique nationale de population. Le secrétariat de ces Commissions régionales est assuré par les Délégations régionales du ministère du Plan, du Développement et de la Coopération. Dans les faits, cependant, tous ces organes n'ont pas été mis en place, et pour ceux qui l'ont été, les moyens de travail ont souvent fait défaut.

Les activités relatives à la politique de population (celle de 1994, puis de 2007) ont été listées dans des plans d'action prioritaires en matière de population (PAP). Le premier PAP a été élaboré en 1995, mais adopté en 2000. Les activités ont été réalisées dans ce cadre et/ou grâce au soutien de plusieurs partenaires, en particulier l'UNFPA, et la Banque mondiale (au travers des projets PPLS : « Projet population et lutte contre le sida ». La DCAP a pu ainsi produire à partir de 2004 une dizaine de documents de recherche, d'information, et de sensibilisation aux problèmes de population dans une série intitulée « les Travaux sectoriels » (dont les « Projections de la population du Tchad de 2000 à 2050 »), ainsi qu'un Guide de sensibilisation en matière de santé de la reproduction à l'intention des

acteurs de terrain peu informés sur ces questions⁸⁸. On a noté également plus haut, les diverses actions initiées par le gouvernement pour faciliter l'exécution la Politique de population.

Cependant, l'impact des politiques de population par rapport aux divers objectifs qu'elles avaient retenus est pour le moins mitigé. Certes, la couverture sanitaire et scolaire a progressé, quoique de manière inégale selon les indicateurs (voir en 3.2 et 3.3). Mais au plan démographique, on a observé une accélération de la croissance démographique, une augmentation de la fécondité, et une quasi-stagnation de la prévalence de la contraception, c'est-à-dire exactement l'inverse des évolutions qui étaient recherchées. Ces résultats décevants s'expliquent en partie par les nombreux obstacles qui continuent d'entraver la mise en œuvre des diverses actions envisagées dans le cadre de la politique de population. On peut citer notamment :

- la faiblesse des capacités techniques, notamment en matière de collecte et d'analyse des données et d'intégration des questions de population dans les politiques, plans et programmes de développement ;
- l'insuffisance des financements pour porter à l'échelle les plans d'action prioritaires en matière de population (PAP) dans le sens de l'atteinte des cibles en matière de santé, santé de la reproduction, éducation, eau et assainissement, gestion des ressources naturelles, etc. ;
- la persistance de pesanteurs d'ordre social et culturel qui entravent l'adoption et l'opérationnalisation des instruments juridiques concernant le genre, les violences basées sur le genre (VBG), la santé de la reproduction en général, et en particulier les mutilations génitales féminines (MGF), d'où la faible utilisation de la contraception moderne, la faiblesse des taux d'accouchements assistés, etc. ;
- l'insuffisance de données de base désagrégées et d'études spécifiques au genre ;
- la faiblesse des mécanismes de coordination des programmes de population existants.

5.2 Les politiques de santé et en santé de la reproduction

La Politique nationale de santé (PNS : 2008-2015) adoptée en 2008, vise à une meilleure organisation du système national de santé⁸⁹, à garantir un accès équitable à une offre de soins de qualité, et entend mener des actions vigoureuses en matière de santé maternelle et infantile et de lutte contre les principales maladies, et arriver à une meilleure gestion des ressources (ressources humaines et médicaments).

La PNS 2008-2015 s'appuie sur l'hypothèse d'une croissance démographique de 3,1 % de la population. Les objectifs et les besoins à couvrir ont été fixés sur cette base, ce qui en termes budgétaires semblait en 2010 au-delà des ressources inscrites au budget de l'État pour la santé et les affaires sociales (6,4 % dans la loi des Finances rectificative de 2010).

L'un des axes majeurs des interventions retenu est la « Stratégie africaine accélérée pour la survie et le développement de l'enfant » (SAASDE), ceci afin d'essayer d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile, et être en mesure d'atteindre les OMD correspondants pour le Tchad.

⁸⁸ DAMANE A. S., CAMAN O. B., GUENGANT J.-P., 2004 – « Guide de sensibilisation en matière de santé de la reproduction », Ed. Ministère du Plan, du Développement et de la Coopération, Direction de la coordination des activités en matière de population (DCAP), N'Djamena, octobre 2004, 145 p.

⁸⁹ Le système de santé du Tchad est un système pyramidal à 3 niveaux : central, intermédiaire et périphérique :
1) Le niveau central comprend : (i) des institutions administratives publiques ; (ii) des représentations des partenaires bi et multilatéraux, des organisations du système des Nations unies, des ONG et associations ; (iii) les organisations publiques et privées des soins (2 hôpitaux de 3^e niveau dont un confessionnel, une centrale pharmaceutique d'achat, 2 facultés de médecine,) ;
2) Le niveau intermédiaire est constitué de 22 Délégations sanitaires régionales (DSR), 4 hôpitaux régionaux, 15 Pharmacies régionales d'approvisionnement (PRA), 4 écoles régionales de formation des paramédicaux, 2 écoles interrégionales, 2 instituts, 11 écoles confessionnelles et privées, des ONG et associations régionales ;
3) Le niveau périphérique comprend : 72 districts sanitaires dont 59 fonctionnels. 49 districts disposent des hôpitaux de district, parmi lesquels 5 sont confessionnels. La construction de dix autres hôpitaux de district est en cours. Par ailleurs, on recense 932 zones de responsabilité (ZR) dont 705 sont fonctionnelles, et 729 centres de santé, parmi lesquels 136 sont gérés par des organisations confessionnelles, et 15 par les communautés. Sur les 729 centres de santé (CS) que compte le pays, 123 sont en milieu urbain et 606 en milieu rural. En outre, 82 cliniques et cabinets de soins privés répertoriés en 2007 complètent le dispositif sanitaire.

Afin d'opérationnaliser la PNS 2008-2015, un Plan national de développement sanitaire 2009-2012 (PNDS) a été élaboré en 2008⁹⁰. Son objectif global est d'« Assurer à la population l'accès aux services de santé de base de qualité pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité afin de contribuer à l'atteinte des OMD à l'horizon 2015 ». Pour atteindre cet objectif global, le plan définit trois objectifs stratégiques auxquels se rattachent des Programmes d'action (PA).

Les trois objectifs opérationnels retenus sont :

1. améliorer l'efficacité du système de santé ;
2. améliorer l'accès aux services et la qualité des prestations et des soins ;
3. réduire la mortalité et la morbidité liées aux problèmes prioritaires de santé de la population générale et particulièrement ceux de la santé de la mère et de l'enfant.

Les programmes d'action associés à ces objectifs, au nombre de 10, sont :

1. le renforcement des capacités de gestion des services ;
2. le renforcement de la coordination du partenariat ;
3. le renforcement de la mobilisation des ressources (au moins à 10 %) et de la gestion budgétaire ;
4. le développement des ressources humaines ;
5. le renforcement de l'accessibilité et de la disponibilité des médicaments ;
6. l'amélioration de l'accessibilité géographique aux soins ;
7. l'amélioration de l'accessibilité financière et culturelle aux soins ;
8. l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant ;
9. la lutte contre le VIH/Sida ;
10. la lutte contre le paludisme, la tuberculose et les autres maladies prioritaires transmissibles et non transmissibles.

Puis, pour chaque programme d'action, des objectifs opérationnels ont été précisés ainsi que les activités (et sous-activités) à mener.

À partir de ces éléments, un Cadre des dépenses à moyen terme 2009-2012 (CDMT) a été élaboré en 2010. Le coût actuel du système de santé et les coûts additionnels nécessaires à l'accélération des interventions pour l'atteinte des OMD concernés en 2015, a été estimé à quelque 350 millions de \$ US, soit environ 175 milliards de FCFA, dont 250 millions \$ US, 125 milliards de FCFA, soit environ 70 % du total des ressources prévisionnelles pour la participation financière de l'État : 15 millions \$ US ou 8 milliards de FCFA, soit environ 5 %, pour la participation financière de la population, et 85 millions \$ US, 42 milliards de FCFA, soit environ 25 %, pour les partenaires extérieurs, ONG et associations. Ces contributions et pourcentages sont très éloignés des évolutions notées jusqu'en 2010, qui indiquaient plutôt une diminution de la contribution relative de l'État à l'ensemble des dépenses de santé, une diminution de la contribution des partenaires, et une augmentation de la part prise en charge par la population (voir en 3.3).

Concernant la santé de la reproduction proprement dite, le Tchad a été en 2002 le deuxième pays à adopter une loi sur la santé de la reproduction⁹¹ parmi les 8 pays d'Afrique francophone qui en ont une aujourd'hui. Cette loi reconnaît en particulier, le droit des couples et des individus au libre choix en matière d'espacement des naissances et de taille de leur famille (Article 4), ainsi que le droit de « toute personne ayant atteint l'âge légal requis » et « dans le respect de l'ordre public des lois en vigueur, des us, des mœurs et coutumes » de « choisir librement, en responsable et avec discernement de se marier ou de ne pas se marier » (Article 5). La loi reconnaît également le droit à l'information, à l'éducation, et aux moyens contraceptifs (Article 6). Elle reconnaît aussi le droit de tout individu, tout couple d'accéder à des services de santé de proximité sûrs, efficaces, abordables et acceptables (Article 8). La loi précise par ailleurs que « Toutes les formes de violences tels que les mutations génitales féminines (MGF), les mariages précoces, les violences domestiques et les sévices sexuels sur la personne humaine sont interdites ». Et elle souligne le devoir des autorités (État, Collectivités territoriales décentralisées et autres personnes morales) à veiller à la sauvegarde, la promotion et la protection du droit de tout être humain à la santé de la reproduction.

⁹⁰ Plan national de développement sanitaire du Tchad 2009-2012. Présidence de la République, Primature, ministère de la Santé publique, N'Djamena, octobre 2008.

⁹¹ Loi n° 006/PR/2002 portant Promotion de la santé de la reproduction 2002. Adoptée par l'Assemblée nationale le 20 mars 2002. www.hsph.harvard.edu/population/fgm/chad.reprohealth.02.doc

Cette loi assez complète a représenté un développement positif pour la reconnaissance des droits des femmes au Tchad, notamment dans son interdiction des mutilations génitales féminines, des mariages précoces et des violences domestiques et sexuelles. Malheureusement, les décrets d'application de cette loi n'ont pas été publiés. La loi de 2002 trouve donc toujours ses limites dans plusieurs dispositions discriminatoires concernant le mariage. Ainsi, le Code civil français de 1958, encore en vigueur au Tchad, dispose, dans son article 144, que l'âge légal du mariage est de 15 ans pour les filles (18 ans pour les garçons). Parallèlement, le Code pénal de 1967 qualifie de viol tout mariage coutumier consommé avant que la fille ait atteint l'âge de 13 ans (Article 277). La portée de la loi trouve également ses limites dans la faiblesse des moyens (en personnels, services, produits, etc.) disponibles et accessibles en santé de la reproduction.

Conscient de ce problème, le ministère de la Santé publique a adopté en 2009 un « Plan stratégique de sécurisation des produits en santé de la reproduction » (PSSPSR) couvrant la période 2009-2015⁹². Auparavant, l'analyse situationnelle sur la santé de la reproduction au Tchad conduite en juillet 2008 avait fait ressortir les problèmes majeurs suivants :

1. un fonctionnement inefficace du système d'approvisionnement en produits ;
2. une faiblesse au niveau de la capacité logistique ;
3. des ruptures fréquentes pour certains produits essentiels en santé de la reproduction, surtout pour la prise en charge des soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
4. une insuffisance de financement des interventions programmées ;
5. une faible implication des structures d'approvisionnement dans la fourniture des produits.

Par ailleurs, les évaluations faites par divers partenaires avaient aussi révélé une baisse de la couverture des populations en services de base, les structures de santé manquant généralement du minimum nécessaire pour offrir des prestations de qualité.

Le ministère de la Santé publique a donc décidé de se concentrer dans ce plan sur :

1. la planification familiale ;
2. les soins obstétricaux et néonataux (SON) ;
3. les IST/VIH/Sida.

Afin de permettre le libre choix de tous et de toutes de « choisir, obtenir et utiliser les produits de santé de la reproduction de qualité à chaque fois qu'il ou elle en manifeste le besoin », six composantes ont été définies dans le PSSPSR, chacune déclinée en objectifs stratégiques, eux-mêmes décomposés en 10 objectifs spécifiques associés à des activités (75 au total). Globalement, l'accent a été mis sur un large plaidoyer en faveur de la santé de la reproduction, et sur le financement des activités et produits correspondants. Les objectifs quantitatifs indiqués pour les activités concernent surtout le nombre de réunions à tenir (réunions de plaidoyer, de pilotage, de supervision, de coordination), la distribution de divers documents (loi de 2002, guides techniques) et la formation (recyclage, formation de personnels en technologie contraceptive, et gestion logistique des produits).

Le budget du PSSPSR 2009-2015 a été estimé pour les 7 années concernées à 13,4 milliards de FCFA, dont 12,7 milliards de FCFA pour les produits. Parmi ces 12,7 milliards, le coût des « Kits » (pour les accouchements, les césariennes, transfusion, etc.) représente les trois quarts du total, et le coût pour l'achat des produits contraceptifs environ 20 %. Ces achats concernent par ordre décroissant, les injectables, les préservatifs et la pilule, et ces achats sont supposés doubler entre 2010 et 2015. Malheureusement, le plan ne donne aucune indication sur le nombre de femmes concernées et la prévalence contraceptive correspondante. Une estimation rapide des « couple-année de protection » (ou CAP)⁹³, correspondant à ces achats à partir des tableaux figurant dans le plan, conduit à environ 70 000 utilisatrices en 2010, ce qui correspond à une prévalence pour les méthodes modernes (stérilisation exclue) d'environ 3,6 %.

⁹² Plan stratégique de sécurisation des produits en santé de la reproduction, 2009-2015. Ministère de la Santé publique, République du Tchad, N'Djamena, 2009 (avec l'appui technique et financier du Fonds des Nations unies pour la population).

⁹³ Le couple-année de protection (CAP) mesure le nombre total d'années de protection contraceptive fournie à un couple, (IPPF, 2010) ceci en fonction des diverses méthodes modernes de contraception utilisées : ainsi 13 cycles de pilules et quatre injections d'injectables protègent un couple pendant une année, et une insertion de stérilet protège en moyenne un couple pendant trois ans et demi.

Au total, compte tenu du contexte sanitaire du Tchad, des niveaux élevés de fécondité, de l'importance des urgences obstétricales et de la faible utilisation de la contraception, ce Plan stratégique de sécurisation des produits en santé de la reproduction 2009-2015 accorde une priorité aux accouchements.

Cette priorité *de facto* ou assumée, et qui correspond évidemment à de réels besoins se retrouve dans les activités menées dans le cadre du PNDS, et elle a été confortée par l'adoption en 2009 d'une « Feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile 2009-2015 »⁹⁴ et le lancement fin 2009 de la CARMMA (Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique, suite à une initiative de l'Union africaine) dont le slogan est « Aucune femme ne doit mourir en donnant la vie ».

Les trois objectifs généraux de la Feuille de route (FRN) sont conformes aux OMD pour la mortalité maternelle : réduire des trois quarts le taux de mortalité maternelle (de 1 099 à 275 décès pour 100 000 naissances vivantes), et pour la mortalité des enfants : réduire des deux tiers le taux de mortalité néonatale de 48 à 12 pour 1 000 naissances, et infanto-juvénile de 194 à 64 pour 1 000 naissances.

Les 7 objectifs intermédiaires associés à atteindre d'ici 2015 sont :

1. porter de 3 % à 15 % d'ici 2015 le taux de prévalence contraceptive ;
2. porter à 80 % la couverture en consultation prénatale (CPN) ;
3. augmenter à 70 % le taux des accouchements assistés par du personnel qualifié ;
4. assurer la prise en charge de toutes les complications obstétricales (maternelle et néonatale) y compris celles dues aux avortements se présentant dans les structures sanitaires ;
5. porter de 4 % à 50 % le taux de consultations postnatales ;
6. assurer la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ;
7. assurer la prévention des fistules obstétricales et la prise en charge de tous les cas diagnostiqués.

Ces objectifs sont ambitieux, et concernant par exemple la contraception, on notera que les résultats de l'enquête MICS 2010 ont donné une prévalence de 4,8 % pour l'ensemble des méthodes contraceptives et de 1,6 % seulement pour les méthodes modernes. La prévalence pour l'ensemble des méthodes était de 5,7 % en milieu urbain (et de 8,6 % à N'Djamena) et de moins de 1 % en milieu rural. L'analyse situationnelle avait bien mis en évidence la faible utilisation des services dits de bien-être familial, en raison de l'attitude négative des populations qui continuent d'assimiler la contraception à la limitation des naissances qu'elle perçoit négativement, et de l'attitude réservée des confessions religieuses sur ce sujet.

La mise en œuvre de cette feuille de route doit se faire à travers 4 axes stratégiques, qui sont :

1. l'amélioration de l'accessibilité géographique des services de santé maternelle, néonatale, et infantile ;
2. l'amélioration de la disponibilité et de la qualité de ces services ;
3. la promotion de l'utilisation de ces services ;
4. l'amélioration de la disponibilité des informations stratégiques et de la gestion des services de santé.

Suit une liste d'interventions prioritaires par axe, avec divers objectifs spécifiques et les activités envisagées correspondantes.

Concernant le financement, il est indiqué que « l'État financera la Feuille de route (FRN) par l'allocation budgétaire annuelle sous forme de crédits répartis entre les structures dans les différents niveaux du système de santé », et que : « Le ministère de la Santé publique veillera à la mobilisation des ressources pour le financement de la FRN à travers le Cadre des dépenses à moyen terme (CDMT) en harmonie avec le SNRP2 ». Enfin, il est indiqué que le secteur privé et les ONG interviendront dans le financement de la santé sous diverses formes, dont l'approvisionnement en médicaments.

⁹⁴ Feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile 2009-2015. Présidence de la République, Primature, ministère de la Santé publique, République du Tchad N'Djamena, 2009.

Quel bilan peut-on tirer de l'ensemble de ces actions, plans, programmes ? En matière de ressources humaines, des outils stratégiques ont été développés : révision du plan de développement des ressources humaines 2010-2020, élaboration du profil pays des ressources humaines, des mécanismes, outils et informatisation de gestion du personnel en cours. Concernant le renforcement de la gouvernance et du leadership, il faut noter : la redynamisation des réunions de coordination des partenaires, l'élaboration (en cours) d'une cartographie des interventions des partenaires, et l'élaboration d'une carte sanitaire, la production chaque année d'un annuaire des statistiques sanitaires, et enfin, la mobilisation des ressources à travers le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme : « round 7 » lutte contre le paludisme (2007), « round 8 » lutte contre le VIH/Sida et lutte contre la tuberculose (2008) et « round 9 » lutte contre le paludisme (2009).

Reste que dans le domaine de la politique de recouvrement des coûts de santé issue de l'initiative de Bamako⁹⁵, l'objectif visant à réduire la barrière financière qui empêche l'accessibilité des populations bénéficiaires aux soins de santé primaire selon le principe d'équité et la gratuité des soins d'urgence et pour certaines pathologies, fait l'objet d'une remise en cause par les usagers et les professionnels de la santé qui y voient un obstacle de première ligne dans l'accès universel aux soins de santé primaire. Pour lever ces écueils, le forum sur la gratuité des soins organisé en août 2010 à N'Djamena par le ministère de la Santé publique, a recommandé :

- d'assurer la disponibilité des médicaments, réactifs et dispositifs médicaux ;
- de mettre les médicaments d'urgence dans le circuit normal d'approvisionnement habituel, en mettant les fonds par région auprès des Centrales publiques d'achat (CPA) qui va envoyer les médicaments, réactifs et consommables à la Pharmacie régionale d'approvisionnement (PRA) ;
- d'élaborer les textes relatifs à la gratuité des soins d'urgence ;
- d'accorder au personnel, pour le motiver, un supplément de salaire compris entre 10 et 15 % du montant alloué à la gratuité des soins d'urgence ;
- de revoir les modalités de gestion de la ligne budgétaire destinée à couvrir les dépenses des soins, afin de pouvoir face à toutes dépenses (ambulance, primes au personnel etc.)
- d'élaborer un plan de communication en relais avec les radios communautaires.

En parallèle à ces initiatives, le ministère de la Santé publique a retenu dans sa politique de santé d'autres voies de financement des services par l'entremise des régimes d'assurance maladie obligatoire pour le secteur formel et volontaire (micro assurance de santé à base communautaire) pour le secteur informel, comme solution alternative à l'exclusion temporaire partielle ou permanente d'une frange importante des populations des services de santé.

5.3 Les Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté

En août 2002, le gouvernement tchadien a élaboré et adopté une Stratégie nationale de bonne gouvernance (SNBG), dont l'objectif majeur était l'amélioration de la gestion des affaires publiques, à travers :

- la réforme de l'Administration, afin d'accroître la performance et la transparence de la gestion du secteur public ;
- l'assainissement des finances publiques avec notamment (i) la maîtrise de la gestion des dépenses et des recettes, (ii) la réforme des marchés publics par la simplification de la procédure et l'élaboration d'un guide simplifié de l'acheteur (services publics) ;
- l'amélioration de la sécurité des personnes et des biens ;
- la réforme des secteurs prioritaires pour qu'ils puissent intervenir plus efficacement au service du développement économique et social du pays, et particulièrement dans la lutte contre la pauvreté ;
- la promotion d'un partenariat entre le secteur public, le secteur privé, les associations de la société civile et les citoyens.

⁹⁵ L'initiative dite de Bamako a été adoptée à la suite d'une réunion de ministres de la Santé africains à Bamako en 1987 à l'occasion du 37^e Comité régional de l'OMS. Dans un contexte de pénurie, il avait été recommandé de mettre en œuvre un certain niveau de recouvrement des coûts (fixation de tarifs des prestations) et une participation communautaire avec création de comités de gestion.

La Stratégie nationale de réduction de la pauvreté (SNRP1), adoptée en 2003, a complété la SNBG en mettant l'accent sur certains points particuliers, parmi lesquels on peut citer :

- le renforcement de l'efficacité et de l'efficience de l'Administration publique ;
- le renforcement des capacités des acteurs du secteur public, du secteur privé et de la société civile ;
- la lutte contre la corruption ;
- l'amélioration de l'environnement juridique ;
- le rétablissement de la sécurité des personnes et des biens, et,
- la réforme de l'Armée nationale pour en faire une armée professionnelle au service du développement.

Préparée en 2000 et adoptée en 2003, la SNRP1 a été approuvée par le FMI et la Banque mondiale en novembre 2003⁹⁶. Elle est alors devenue le document de référence pour l'ensemble des bailleurs de fonds. La SNRP1 présentait une vision intégrée des politiques économiques et sociales du pays et était l'instrument principal de la mise en œuvre des OMD au Tchad. Elle préconisait de mettre en place les cadres, stratégies et modalités pour réduire la pauvreté de moitié en 2015 par rapport à son niveau de 1996-1997 qui était estimé à 54 %. La SNRP1 était articulée autour de cinq axes principaux, à savoir :

- promouvoir la bonne gouvernance ;
- assurer une croissance forte et soutenue ;
- améliorer le capital humain ;
- améliorer les conditions de vie des groupes vulnérables ;
- restaurer et sauvegarder les écosystèmes.

Dans le contexte du début de l'exploitation des ressources pétrolières, la SNRP1 a concerné essentiellement les années 2003 à 2006. Mais elle se plaçait aussi dans une perspective à l'horizon 2015, en distinguant la période d'investissement (2001-2003), avec une croissance annuelle moyenne du PIB d'environ 10 %, la période d'exploitation (2004-2010) avec une croissance annuelle moyenne du PIB d'environ 11 %, et la période de baisse de l'exploitation pétrolière (2011-2015) avec une croissance annuelle moyenne du PIB hors pétrole d'environ 5 %. Comme on l'a vu, la croissance annuelle moyenne du PIB entre 2000 et 2010 a été de 8,8 %, mais de seulement 4,9 % entre 2005 et 2010, ce qui a laissé une croissance annuelle moyenne du PIB par tête de 5,4 % entre 2000 et 2010, et de 1,9 % entre 2005 et 2010 (voir tableau 3, en 3.1).

La SNRP1 définissait cinq secteurs prioritaires de développement : les transports, l'urbanisme et l'habitat, la santé, l'éducation/formation et le développement rural. Les problèmes démographiques proprement dits y occupent une place très limitée. Ils sont mentionnés brièvement parmi les obstacles à la réduction de la pauvreté, à côté du poids de la dette et des conséquences de la guerre, et les auteurs du document prennent simplement acte du doublement attendu de la population entre 1997, année de référence et 2020.

Dans l'annexe 3 qui fixe des objectifs quantitatifs afin de réduire la pauvreté, trois objectifs quantitatifs avaient été retenus pour la démographie : 1) passer d'un taux de croissance de la population de 3,1 % en 1997 à 2,5 % en 2006, 2) passer de 6,6 enfants par femme en 1997 à 5,6 en 2006, et 3) passer de 50 % de jeunes de moins de 15 ans dans la population totale à 48 % en 2006. Mais dans la matrice des actions prioritaires à mener au cours de la phase 1 de la SNRP, aucune action n'était mentionnée concernant la croissance démographique et la fécondité. Il était simplement fait mention du programme 2003-2005 du ministère de la Santé publique d'« introduire des programmes pour l'espacement des naissances dans 600 centres de santé et 25 hôpitaux ». Par contre, les actions prioritaires à mener pour l'amélioration du capital humain : santé, éducation, emploi, et en direction des groupes vulnérables occupaient une place importante. Au total, la politique de population de 1997 n'était évoquée à aucun moment dans le document de la SNRP1, mais la politique sanitaire du pays était mentionnée et ses objectifs rappelés.

⁹⁶ Stratégie nationale de réduction de la pauvreté, 2003, (SNRP1) ministère du Plan et de la Coopération, Comité de pilotage, Secrétariat permanent, République du Tchad, N'Djamena, février 2003, et National Poverty Reduction Strategy Paper 2003, Ministry of Planning Development and Cooperation, PRSP Steering Committee, N'Djamena, juin 2003, http://siteresources.worldbank.org/INTPRS1/Resources/Country-Papers-and-JSAs/Chad_PRSP.pdf

Les résultats de la mise en œuvre de la SNRP1 ont été jugés mitigés. En effet, le taux de pauvreté avec son acuité en milieu rural ne semble pas avoir baissé, et les avis convergent pour estimer que la SNRP1 n'a pas été mise en œuvre efficacement, principalement faute de moyens financiers et matériels. Les critiques avancées font aussi état d'une structure lourde et complexe, et de l'absence d'appropriation par les responsables chargés de sa mise en œuvre.

La « Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté » de deuxième génération, appelée SNRP2 qui a suivi, a couvert la période 2008-2011⁹⁷. Elle a été adoptée en avril 2008, et s'est inscrite dans une certaine continuité par rapport à la SNRP1. Elle contient un nouveau cadre stratégique plus précis, spécifique pour la période 2008-2011. Son budget total était de 3 700 milliards FCFA (soit environ 8 000 millions de dollars au taux de change de 2007-2008). Elle avait comme objectif d'abaisser l'incidence de la pauvreté de 55 % à 49 % d'ici 2011.

Partant des leçons tirées de la mise en œuvre des politiques publiques antérieures, la SNRP2 a été mise en œuvre dans un environnement différent de celui de la SNRP1, c'est-à-dire moins dominé par la forte croissance précédente liée au début de l'exploitation pétrolière. Les grandes priorités intersectorielles de la SNRP1 ont continué cependant d'être au centre des préoccupations. Mais le nouveau contexte a nécessité une réorientation partielle des politiques économiques et financières du gouvernement axée sur le développement du PIB non pétrolier, et donc sur la diversification de l'économie tchadienne.

Les cinq axes stratégiques de cette volonté renouvelée des autorités de lutter contre la pauvreté et la vulnérabilité ont été libellés comme suit :

1. promouvoir la bonne gouvernance pour renforcer la cohésion sociale et l'efficacité des politiques ;
2. créer un environnement favorable à une croissance économique robuste et diversifiée ;
3. valoriser le potentiel de croissance du secteur rural ;
4. développer les infrastructures au service de la croissance ;
5. valoriser les ressources humaines.

La SNRP2 visait sur la période 2008-2011, une croissance du PIB réel de près de 3,3 % par an et du PIB réel par tête de 0,6 % par an en moyenne, associée à une croissance démographique de 2,7 % par an.

La SNRP2 a accordé une place importante à l'emploi, au développement du secteur rural, à la santé et à l'éducation. Le chapitre 8 : « Valoriser les ressources humaines » consacré à la santé, à l'éducation et à la protection sociale et à la promotion du genre, évoque très indirectement les problèmes de population. Par exemple, l'augmentation rapide des effectifs scolarisables et des taux de scolarisation primaire est mentionnée comme une contrainte au niveau de l'éducation, mais rien de tel n'est mentionné pour la santé.

Dans la partie consacrée à la protection sociale et à la promotion du genre, les questions de population sont abordées incidemment. Les quatre grandes orientations à mettre en œuvre au cours de la SNRP2 dans ce domaine sont :

1. développer un ensemble de programmes complémentaires et réalistes en vue, d'une part, d'aider les familles à mieux gérer les risques climatiques, environnementaux, socio-économiques et politiques, et d'autre part, de protéger les populations les plus vulnérables ;
2. développer un ensemble d'interventions complémentaires en vue de réduire les inégalités entre les sexes, notamment en matière d'accès à l'éducation, aux services de santé (y compris la santé de la reproduction), aux revenus, à l'information et au processus de prise de décision ;
3. créer un environnement propice, afin de rendre effectif l'ensemble des programmes mis en place (renforcement de la responsabilité publique et sociale, partenariat public et privé, rôle des communautés, renforcement des capacités, mobilisation des ressources) ;
4. instituer un système de suivi de la vulnérabilité et des évaluations des programmes.

Ensuite les objectifs poursuivis à travers ces orientations sont :

⁹⁷ République du Tchad 2008 - Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté, 2008-2011, (SNRP2), N'Djamena, avril 2008.

1. pour la protection du jeune enfant et de l'adolescent :
 - a. assurer la réinsertion et la prise en charge d'au moins 10 000 des jeunes en difficulté dans la vie économique et sociale par la mise en œuvre d'un programme d'insertion sociale des enfants victimes de violence, d'abus, d'exploitation et de discrimination, ainsi que la création et la gestion d'un système d'information sur les orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/Sida ;
 - b. assurer l'encadrement de qualité d'au moins 7 % des enfants de 0 à 6 ans avec la réalisation du programme de développement de la petite enfance ;
 - c. assurer l'enregistrement à la naissance de 100 % des enfants par la mise en œuvre accélérée du programme d'appui à l'État civil ;
 - d. mettre en place le cadre juridique et social pour la protection de l'enfant ;
 - e. assurer la prise en charge globale d'au moins 50 000 enfants orphelins de VIH/Sida ;
2. pour la promotion de la femme et de l'intégration du genre :
 - a. mettre en place le cadre juridique et institutionnel pour assurer l'autonomisation de la femme par la création d'un fonds d'appui à la promotion du genre ;
 - b. adopter et faire appliquer le Code des personnes et de la famille ;
 - c. élaborer, adopter et mettre en œuvre la Politique nationale genre ;
3. pour la protection des personnes handicapées :
 - a. assurer la prise en charge et la réinsertion d'au moins 4 000 personnes handicapées avec la construction de 6 centres d'handicapés dans les principales villes du pays dont 2 à N'Djamena ;
4. pour la protection des personnes du 3^e âge :
 - a. assurer la prise en charge des personnes du 3^e âge par la construction de 6 maisons des aînés à N'Djamena, Sarh, Moundou et Abéché ;
5. pour la prise en charge des familles en difficulté :
 - a. renforcer les filets de sécurité existants avec la création d'un fonds national de lutte contre l'indigence au Tchad, ainsi que le lancement d'une politique nationale d'assurance maladie ;
 - b. renforcer les structures de prise en charge des affaires sociales par notamment la construction de 20 centres sociaux (y compris les jardins d'enfants connexes).

Les questions de population ne sont donc pas vraiment abordées dans la SNRP2. Cependant, dans la partie consacrée à la gouvernance politique et à la prévention des conflits, le document reconnaît que « la croissance démographique oblige les paysans à étendre les surfaces cultivées. L'augmentation du cheptel, les sécheresses récurrentes et le manque de points d'eau et de pâturages incitent les transhumants à descendre plus tôt en zone soudanienne avant la fin des récoltes. Tous ces facteurs renforcent la concurrence entre éleveurs et agriculteurs pour l'exploitation des terres cultivables et des ressources pastorales », mais ce passage se termine simplement par des recommandations pour prévenir ces conflits.

Dans les programmes d'actions prioritaires retenus dans la SNRP2, aucun ne concerne la croissance démographique et la fécondité. Dans les actions prioritaires à mener en matière d'éducation et de santé, les objectifs sont fixés en pourcentages ou taux de couverture, et il n'est pas fait mention des projections démographiques 2000-2050 réalisées par la DCAP publiées en 2004. Dans les actions prioritaires à mener au titre de la protection sociale et la promotion du genre, les trois objectifs retenus concernent les groupes vulnérables et défavorisés, la promotion du genre, et la protection et la promotion de la famille, ce qui inclut : (i) l'éducation à la vie familiale, (ii) la santé maternelle et la santé de la reproduction, (iii) la lutte contre le VIH/Sida et (iv) l'autopromotion des organisations de base. Mais finalement c'est dans les actions prévues au titre de la santé qu'on trouve la seule action retenue (ceci dans le programme 5.2.4 Lutte contre les maladies) concernant la santé de la reproduction et qui est le : « Renforcement des programmes de SR (Santé de la reproduction) en cours (sensibilisation aux méthodes contraceptives, CPN, SOU et traitement des fistules, formation, équipements, etc.) » sans autre détail.

Enfin dans le tableau qui donne par rapport aux OMD la situation courante et les valeurs cibles à atteindre (page 37 du Document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté, 2008-2011), il est mentionné que le taux d'utilisation de la contraception devrait passer de 2 %, estimation donnée pour 2005, à 30 % en 2011 et 40,9 % en 2015, objectifs totalement irréalistes, quand on sait que la prévalence de la contraception au Tchad en 2010 était de 4,8 %. Au total, la politique de population de 2007 n'est évoquée à aucun moment dans le document de la SNRP2, alors que

d'autres politiques sectorielles sont citées ou mentionnées (politique éducative, politique de formation professionnelle, politique sanitaire, politique de projection de l'environnement, politique agricole, politique rurale, etc.)

Une nouvelle stratégie qui devrait s'intituler « Plan National de développement » couvrant la période 2013-2015 était toujours en cours d'élaboration fin 2012, mais une « version provisoire » a été soumise pour examen en Conseil de Cabinet en janvier 2013. Ce nouveau plan devrait en principe accorder une place plus importante à la variable démographique

Pour résumer, quelques-uns des objectifs quantitatifs retenus dans la SNRP2 en termes de croissance économique, santé et éducation sont présentés au tableau 7 ci-dessous. Ils peuvent être comparés aux estimations disponibles pour 2010 présentées dans les sections 3.1, 3.2 et 3.3. de ce document.

Tableau 7 : Objectifs de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté au Tchad, SNRP2 : 2008-2011

Indicateurs/Objectifs	Niveau à l'année de référence (année ou période)	Objectif (année ou période)
Croissance PIB annuel	3,6 % (2008)	3,3 % scénario de référence 2008-2011
Croissance PIB/tête	0,9 % (2008)	0,6 % (2008-2011)
Croissance démographique	2,6 %	<i>supposée rester à 2,6 % par an</i>
Taux de mortalité moins de 5 ans	102,6‰ en 1996 et 102‰ en 2007	96,5 ‰ scénario de référence 2008-2011 et 59 ‰ scénario OMD 2008-2011
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	827,0 en 1996 et 1099 en 2007	1014,7 scénario de référence 2008-2011 et 586 scénario OMD 2008-2011
Insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans		ND
Taux brut de scolarisation au primaire	39,5 % en 1995 et 69,7 % en 2007	72,4 % scénario de référence 2008-2011 et 83,5 % scénario OMD 2008-2011 et 100 % valeur cible en 2015
Taux d'achèvement au primaire	15,8 % en 1995 et 43 % en 2007	46,6 % scénario de référence 2008-2011 et 65,5 % scénario OMD 2008-2011 et 100 % valeur cible en 2015
Proportion de la population qui utilise une source d'eau potable	21,0 % en 2000 et 35 % en 2007	41,3 % scénario de référence 2008-2011 et 45,0 % scénario OMD 2008-2011
Proportion de la population disposant d'installations sanitaires améliorées	10 %	70 % valeur cible en 2015

Source : République Tchad (2008) : Document complet de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté au Tchad, SNRP2 : 2008-2011, N'Djamena.

5.4 Les politiques sectorielles

La prise en compte des aspects démographiques apparaît également très marginale dans les politiques sectorielles, et en fait ces aspects sont le plus souvent ignorés.

Concernant l'éducation, les orientations et les principaux axes d'intervention du gouvernement tchadien sont ceux définis dans le Plan d'orientation « Le Tchad vers l'an 2000 », mis en œuvre à travers : i) la stratégie Éducation et formation en liaison avec l'emploi (EFE), ii) le Programme d'appui à l'éducation et à la formation (PAEF), et iii) le Programme d'appui à la réforme du secteur de l'éducation (Parset). Le Parset, élaboré en 2002 qui visait à atteindre la scolarisation primaire universelle de qualité en 2015, a été suivi en 2004 du Plan national de l'éducation pour tous

(PAN/EPT) qui visait à assurer, toujours d'ici 2015, à tous (enfants, jeunes, hommes, femmes) une éducation de base de qualité, gratuite souple et accessible.

En février 2002, le gouvernement tchadien a indiqué dans sa Lettre de politique sectorielle de l'éducation, sa vision d'une éducation primaire universelle de qualité en 2015. Les principaux objectifs quantitatifs retenus par cette politique étaient : (i) une augmentation substantielle de la part du PIB consacrée à l'éducation (4 % en 2015), (ii) une croissance de 20 % par an des dépenses de fonctionnement hors salaires, (iii) l'affectation de la moitié du budget de l'éducation à l'enseignement de base, et (iv) une série de réformes concernant les priorités budgétaires et le partage des responsabilités entre l'État, les communautés et les collectivités territoriales décentralisées.

La loi 16/PR/2006 du 13 mars 2006, portant Orientations du système éducatif tchadien, a repris à son compte ces préoccupations. Cette loi fixe le cadre juridique et organisationnel général, ainsi que les orientations fondamentales du système. La mission, les finalités et les objectifs du système éducatif tchadien ont été définis en détail, de même que les structures, l'organisation, les ressources humaines, les droits et devoirs des élèves et étudiants, le fonctionnement et la gestion, le suivi/évaluation, et les mécanismes de régulation.

En 2008, les orientations de la politique sectorielle de l'éducation ont été reprises dans la SNRP II qui les décline en six axes stratégiques : (i) accélérer les progrès vers la scolarisation primaire universelle ; (ii) établir les bases d'une éducation de qualité dans tous les cycles ; (iii) responsabiliser les communautés dans la gestion des écoles, dans le suivi de la qualité et la mobilisation des ressources ; (iv) réorienter l'enseignement supérieur et la formation professionnelle en fonction des besoins du marché du travail ; (v) éliminer progressivement les inégalités riches/pauvres, garçons/filles, disparités régionales et prendre en compte les besoins des groupes vulnérables (les exclus) et (vi) renforcer les capacités de planification, de gestion et de pilotage du système.

En décembre 2009, une Stratégie intérimaire pour l'éducation et l'alphabétisation (SIPEA) a été élaborée pour la période 2011-2013. Cette stratégie doit permettre de dresser les constats, identifier les problèmes, et définir les priorités, dans la perspective de la réalisation du Programme décennal pour le développement de l'éducation et de l'alphabétisation (PDDEA).

L'élaboration du SIPEA s'est imposée après une analyse approfondie du fonctionnement du système éducatif tchadien formel et non formel. Cette analyse a conduit à la constatation des dysfonctionnements suivants :

- o l'augmentation de la disparité filles/garçons selon le niveau d'éducation et selon la zone de résidence ;
- o la faible efficacité interne du système, marquée par une fréquence élevée des redoublements qui induit un coût économique pour le système éducatif (c'est ainsi que plus de la moitié des ressources publiques sont gaspillées du fait de l'importance des abandons et des redoublements) ;
- o la précarité des conditions de travail des enseignants qui handicape sérieusement la qualité des enseignements et des apprentissages ;
- o la faible contribution au financement du secteur qui reste loin des 20 % du budget de l'État préconisés par le *Fast-Track* ⁹⁸ ;
- o un système éducatif et de formation professionnelle tchadien inadapté à la promotion de l'emploi, dans la mesure où il n'est pas orienté vers l'esprit d'entreprise ;
- o enfin, l'absence d'un pilotage par les résultats dans les administrations en charge de l'éducation et de la formation, ce qui constitue un handicap fondamental pour l'amélioration de la gestion et de la gouvernance du système.

Les causes de ces dysfonctionnements sont le résultat de plusieurs facteurs tels que : la pauvreté, les discriminations à l'égard des filles, l'insuffisance des ressources budgétaires, les carences de la gouvernance du secteur, le mauvais rendement externe du système qui disqualifie l'école en tant que moyen d'autonomisation et d'ascension sociale, et la forte croissance démographique qui entraîne l'augmentation continue de la population scolarisable.

⁹⁸ L'Initiative pour l'accélération de l'éducation pour tous (ou Education for All « Fast-track Initiative ») a été créée pour aider les pays à faible revenu à parvenir à une éducation gratuite et universelle de base. Il a été lancé en 2002 comme un partenariat mondial entre les donateurs et les partenaires des pays en développement pour assurer un progrès accéléré vers l'Objectif de développement du millénaire de l'éducation primaire universelle d'ici 2015.

À partir de ce constat, les priorités dégagées dans la SIPEA pour surmonter les difficultés rencontrées, ont été articulées autour des trois axes suivants :

- l'amélioration de l'accès ;
- le renforcement de la qualité des formations et des apprentissages ;
- l'amélioration de la gouvernance et de la gestion du secteur éducatif.

Mais comme ces axes concernaient essentiellement l'enseignement fondamental, les partenaires techniques et financiers ont suggéré au gouvernement d'ajouter un quatrième axe portant sur l'amélioration de la transition et/ou l'insertion des diplômés dans le monde du travail, ce qui permettait de prendre également en compte les besoins de développement de l'enseignement secondaire, supérieur et de la formation professionnelle.

Le premier axe, l'amélioration de l'accès à l'éducation primaire est en partie contrainte par la forte croissance des effectifs à scolariser, conséquence des niveaux de fécondité élevés du pays. Mais dans les divers documents cités, cet aspect n'est pas véritablement évoqué, et à notre connaissance les projections démographiques 2000-2050 réalisées par la DCAP en 2004, n'ont pas été prises en compte pour évaluer l'évolution future des effectifs à scolariser en fonction à la fois de l'évolution démographique et des objectifs retenus pour les taux de scolarisation.

Concernant l'agriculture et la sécurité alimentaire, malgré l'existence d'un potentiel de ressources naturelles⁹⁹ et humaines important, le pays vit depuis plus de trente ans, dans une situation d'insécurité alimentaire quasi permanente qui affecte toujours environ 40 % de la population, dont plus de la moitié vit en dessous du seuil de pauvreté (voir en 3.1 et 3.3).

Cette insécurité alimentaire se manifeste sous deux formes : i) l'insécurité alimentaire conjoncturelle, due à une rupture momentanée de l'équilibre entre les disponibilités alimentaires et les besoins de consommation, et ii) l'insécurité alimentaire structurelle, due à l'incapacité permanente de produire assez et/ou d'accéder aux aliments essentiels pour satisfaire les besoins alimentaires de base¹⁰⁰. À cette situation précaire, s'ajoutent les autres déterminants de la malnutrition, tels que le manque d'accès aux services sociaux de base, le manque d'information et d'encadrement relatif aux soins aux enfants et aux inégalités de genre.

Les résultats de l'enquête de référence sur la sécurité alimentaire et la vulnérabilité structurelle (EVST), menée au Tchad en 2009, ont indiqué que 31 % de la population ne disposaient pas alors du minimum d'énergie nécessaire pour être en bonne santé et mener une activité physique légère. L'objectif du gouvernement est de ramener cette proportion de 44,2 %, chiffre estimé en 1995, à 22,1 % en 2015 pour atteindre l'OMD N° 1 qui est de réduire de moitié la proportion de la population souffrant de famine chronique¹⁰¹.

⁹⁹ Les ressources potentielles du secteur rural peuvent être résumées de la façon suivante :

- 39 millions d'hectare cultivables (soit 30 % du territoire), dont 19 millions d'hectares de terres arables, y compris 13,3 millions d'hectares défrichés propres à l'agriculture ;
- 5,6 millions d'hectares irrigables, dont 335 000 ha facilement irrigables ;
- 84 millions d'hectares de pâturages naturels ;
- 23,3 millions d'hectares de formations forestières naturelles ;
- 22,4 millions d'hectares d'aires protégées ;
- 7 millions d'hectares de superficies productrices de ressources halieutiques en année de pluviométrie normale, et plus de 150 espèces de poisson ;
- des ressources en eau renouvelables évaluées à 45 km³/an. Le volume prélevé chaque année est de l'ordre de 1,27 km³, dont 2/3 prélevés dans les eaux de surface, et 1/3 dans les eaux souterraines (en grande partie dans un aquifère non renouvelable) ;
- environ 10 millions de bovins, 8 millions de petits ruminants, 1,2 million de camélins, 400 000 asins, 360 000 équins, 70 000 porcins et plus de 24 millions de volailles.

¹⁰⁰ On considère que les deux tiers des ménages tchadiens sont en situation d'insécurité alimentaire structurelle, dont 11 % en situation d'insécurité sévère. Les catégories les plus vulnérables sont les enfants, les femmes, les personnes âgées et les petits producteurs.

¹⁰¹ Ce minimum d'énergie pour le Tchad a été estimé à 1 715 kcal par personne et par jour, nécessitant un budget de 238 FCFA. Le niveau minimal d'apport calorique ou seuil en dessous duquel on considère que les personnes vivent dans l'état de famine chronique est estimé à 2 160 kilocalories.

L'insécurité alimentaire chronique qui touche le Tchad est principalement le résultat des facteurs suivants :

- le faible niveau de rendements des principales cultures céréalières, des productions animales et halieutiques¹⁰² ;
- l'inefficacité des systèmes de stockage, de transformation et de distribution des denrées alimentaires entre les diverses régions du pays ;
- la grande dépendance du pays envers les aléas climatiques ;
- le faible niveau d'équipement et d'utilisation des intrants ;
- la faible capacité technique du monde rural ;
- le fort taux d'analphabétisme de la population et son niveau de pauvreté élevé ;
- l'instabilité sociale causée par les conflits armés et l'afflux d'importantes vagues de réfugiés qui, fuyant les crises politiques dans leurs pays voisins du Tchad, ont trouvé asile à l'est et au sud du territoire national ;
- les risques de conflits entre agriculteurs et éleveurs, et entre éleveurs eux-mêmes pour la gestion des pâturages ;
- la forte pression humaine et animale sur les ressources naturelles, la réduction de la durée et/ou l'abandon de la jachère ;
- le manque d'infrastructures sociales en milieu rural.

Pour atteindre la situation de sécurité alimentaire au sens de la FAO (voir en 3.3 la définition adoptée lors du Sommet mondial de l'alimentation organisé par la FAO en 1996), le gouvernement tchadien a développé diverses stratégies et politiques. C'est ainsi qu'après la Table ronde de Genève IV de 1998 et la Consultation sectorielle sur le développement rural (CSDR) de juin 1999, le gouvernement a initié et mis en œuvre de 1999 à 2005, le Programme spécial de sécurité alimentaire (PSSA) dont le l'objectif était d'améliorer la sécurité alimentaire nationale grâce à : (i) la maîtrise de l'eau dans les systèmes irrigués ; (ii) l'intensification de la production végétale ; (iii) la diversification des sources de revenus des populations rurales ; (iv) l'analyse des contraintes socio-économiques.

Cependant, face à la situation d'insécurité alimentaire grandissante, et pour atteindre à l'horizon 2015, les objectifs concernant la lutte contre la faim et l'accès à l'eau potable, le gouvernement a élaboré en 2005 : le Programme national de sécurité alimentaire (PNSA). Le PNSA compte 8 sous-composantes : 1) valorisation des ressources naturelles, 2) intensification des cultures, 3) diversification des systèmes de production, 4) commercialisation et transformation, 5) santé et nutrition, 6) aide alimentaire et dispositif de veille, 7) mesures d'accompagnement, et 8) mise en œuvre et arrangements institutionnels. Portant sur une période de 10 ans, le PNSA devait être exécuté en deux phases de 5 ans, 2006-2010 et 2011-2015. Après avoir fait un bilan de la mise en œuvre de la première phase du programme, le gouvernement a procédé en août 2010 à une révision du PNSA, auquel a été adossé un Programme d'actions prioritaires et d'investissement (2011-2015).

Parmi les autres stratégies et politiques nationales sectorielles qui ont des liens forts avec la sécurité alimentaire, on peut citer : le Plan national de développement de l'élevage (PNDE), la Stratégie nationale de la lutte contre la malnutrition, le Schéma directeur de développement de la pêche et de la pisciculture, le Programme d'action national de lutte contre la désertification (PAN/LCD), la Stratégie nationale et Plan d'action en matière de diversité biologique (SNPA/DB), le Plan d'action national pour l'environnement (PNAE), la Politique nationale développement sanitaire (PNDS), la Stratégie nationale de lutte contre la malnutrition, la Stratégie nationale de microfinance et la Stratégie genre.

Plusieurs programmes et projets sont mis en œuvre sur l'ensemble du territoire national dans le cadre d'actions en faveur de la sécurité alimentaire, ceci au travers des différents ministères techniques et avec l'appui des partenaires techniques et financiers.

Les problèmes démographiques ne sont pas vraiment abordés dans le PNSA. Aucune mention n'est faite des enjeux de développement rural liés à l'évolution future de la population tchadienne. Le PNSA n'a donc pas utilisé les résultats des projections démographiques nationales de la DCAP publiées en 2004, qui projetaient non seulement l'évolution de la population totale, mais aussi celles de la population rurale et urbaine. En fait, le PNSA table essentiellement sur l'augmentation de la

¹⁰² Les rendements au Tchad sont en effet, nettement inférieurs à ceux des pays ayant le niveau de développement comparable :

- rendement mil/sorgho : 400 à 700 kg/ha, contre 900 kg dans les autres pays ;
- rendement pluvial riz : 700 kg, contre 2,5 tonnes/ha dans les autres pays ;
- rendement riz irrigué : 2 tonnes, contre 7 tonnes/ha dans les autres pays.

production et des revenus des ruraux grâce à l'augmentation de la productivité pour résoudre les problèmes d'insécurité alimentaire du pays.

Concernant l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement, le gouvernement s'est doté avec l'appui de ses partenaires au développement, d'outils appropriés. Il s'agit pour la gestion de l'eau : du Code de l'eau qui a été promulgué par la loi n° 016/PR/99 ; et de la loi n° 14/PR/98 qui définit les bases de la politique nationale en matière d'environnement et organise sa mise en œuvre. Mais c'est le Schéma directeur (SDEA), approuvé le 30 avril 2003, dont l'horizon est fixé à 2020, qui a défini une nouvelle politique de l'eau, conforme au document de la Table ronde de Genève V de 1998.

Le SDEA a pour objectif fondamental de contribuer au développement économique et social du pays, dans le respect de son environnement, ainsi qu'à la réduction de la pauvreté, en améliorant durablement l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, et en mettant en œuvre une exploitation rationnelle et équitable des ressources pastorales et agricoles.

Les stratégies définies dans le SDEA indiquent les moyens d'atteindre les objectifs spécifiques du sous-secteur de l'eau en tenant compte des 12 grands principes énoncés dans la politique de l'eau. Ces stratégies se déclinent en cinq niveaux sous-sectoriels : 1) eau potable (en milieu urbain, semi-urbain et rural), 2) hydraulique pastorale, 3) hydraulique agricole, 4) protection et gestion rationnelle des ressources en eau et 5) assainissement.

Les stratégies sous-sectorielles sont complétées par une stratégie transversale de mobilisation financière compatible avec les grands équilibres macro-économiques et les capacités de financement des usagers. Il est également proposé un cadre organisationnel de la gouvernance de l'eau, ainsi que le renforcement des capacités nationales.

Le SDEA fait référence aux résultats du Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 1993 et aux projections de la population pour les années 2000, 2010 et 2020, issues du document intitulé « Étude démographique prospective de la population du Tchad », réalisée dans le cadre d'une consultation nationale lancée en février 2000 pour les besoins de l'étude « Schéma directeur de l'eau et de l'assainissement ». Ces projections ont été utilisées pour estimer les besoins à couvrir dans les différents sous-secteurs. Les projections démographiques nationales de la DCAP publiées en 2004, n'existaient pas encore.

Concernant enfin l'aménagement du territoire, le Tchad est l'un des rares pays de la sous-région à ne pas disposer d'un document cadre de politique, de stratégie et de plan d'action en matière d'aménagement du territoire. Cette lacune explique les difficultés rencontrées dans la gestion de l'espace au niveau national et local. En l'absence de politique nationale d'aménagement du territoire, le gouvernement s'appuie sur la stratégie nationale du logement de 1999, et sur la stratégie de développement urbain de 1998 dont les priorités sont : (i) l'amélioration de la qualité du logement et de l'habitat ; (ii) l'appui au développement urbain et à l'aménagement du territoire ; et (iii) le renforcement des capacités du secteur.

Pourtant, l'aménagement du territoire était considéré dans la SNRP2 2008-2011, comme une nécessité. Dans la partie consacrée à l'« Aménagement du cadre de vie – Aménagement du territoire, urbanisme, habitat et assainissement », le document de la SNRP2 indiquait en effet que : « la définition des plans/schémas nationaux, régionaux et locaux basés sur une bonne connaissance des ressources, des contraintes et des besoins de la population est un instrument indispensable pour une politique de réduction de la pauvreté et de réduction des disparités régionales ».

Pour remédier à cette situation, le gouvernement a entrepris de réviser le cadre juridique et institutionnel du secteur, avec comme objectifs :

en matière d'aménagement du territoire et d'urbanisme : donner la priorité à : (i) la production d'outils de gestion spatiale du territoire (Schéma national/Schémas régionaux d'aménagement du territoire, Schéma directeur d'aménagement et d'urbanisme, Plans urbains de référence, Plans de développement local) ; et (ii) la réalisation d'infrastructures d'assainissement, d'adduction d'eau et de voirie dans plusieurs grandes villes et villes secondaires, la restructuration des quartiers anciens et la construction d'équipements marchands ;

dans le secteur de l'habitat :

- i) organiser la mise en place de la Société pour la Promotion Foncière et Immobilière (SOPROFIM), dont la structure a été définie dans le cadre du projet DURAH (Direction de l'urbanisme, de l'aménagement et de l'habitat) ;

- ii) créer un observatoire de l'habitat et du développement urbain (OHDU) et étudier la possibilité de lancer des fonds de promotion de l'habitat et des mécanismes de bonification d'intérêt ;
- iii) poursuivre la restructuration de quartiers anciens (concessions) et la production de parcelles assainies, avec la régularisation d'environ 1 000 parcelles par an ;
- iv) appuyer la rénovation de logements anciens, mais aussi la construction de logements neufs et établir les bases de mécanismes de crédits à la construction ;

dans le domaine de l'assainissement :

- v) entreprendre la mise en œuvre progressive de l'assainissement autonome en milieu urbain et semi-urbain ;
- vi) mettre en place des équipements d'assainissement urbain et semi-urbain dans les principales villes du pays (réseau d'évacuation des eaux pluviales, de collecte des eaux usées, et système d'évacuation des déchets) ;
- vii) encourager la promotion de mesures de base en matière d'assainissement villageois par la diffusion de programmes d'éducation sanitaire et la construction de systèmes à faible coût.

La mise en œuvre de ces priorités devrait nécessiter la prise en compte des variables démographiques pour évaluer les besoins à satisfaire aux horizons temporels retenus. Nous ignorons si ces aspects seront effectivement pris en compte.

5.5 Cohérence, articulation des politiques, plans et programmes

Finalement, la politique nationale de population de 1994, comme celle de 2007, n'ont quasiment pas été prises en compte dans les différentes politiques et les plans sectoriels. La SNRP1 2003-2006, comme la SNRP2 2008-2011, n'y font pas allusion. Dans ces documents de référence pour le gouvernement et les partenaires au développement, les aspects démographiques occupent une place marginale, et il n'est pas précisé comment et pourquoi les quelques objectifs affichés ont été retenus.

Ainsi, dans la SNRP1, les objectifs ambitieux de réduction pour 2006 du taux de croissance de la population à 2,5 %, et de réduction de la fécondité à 5,6 enfants par femme, ne sont pas documentés et ils ne sont pas associés à des actions ou programmes nouveaux particuliers.

La SNRP2 ne tient pas véritablement compte de la croissance de la population. Dans le cadrage économique budgétaire où sont décrits les deux scénarios (scénario de référence et scénario volontariste) devant conduire à accélérer la croissance économique et les efforts de réduction de la pauvreté, il est indiqué que : « Dans les deux scénarios, la croissance du produit du secteur primaire hors pétrole serait nettement supérieure à la croissance de la population rurale et se traduirait par une réduction sensible de l'incidence (très élevée) de la pauvreté en milieu rural ». Concernant le milieu urbain, la SNRP2 mentionne simplement la progression rapide de la population urbaine (4,5 % par an et 6,5 % par an pour N'Djamena) dans son chapitre « Faire des infrastructures un levier de la croissance » ce dans la partie consacrée à l'Aménagement du cadre de vie – Aménagement du territoire, urbanisme, habitat et assainissement ». Finalement, le seul objectif ayant une incidence sur la dynamique démographique : l'augmentation de la prévalence de la contraception à 30 % en 2011 et 40,9 % en 2015 » n'est pas documentée, et cet objectif n'est associé à aucune action ou programme particulier de la SNRP2.

La prise en compte des aspects démographiques dans les politiques sectorielles (éducation, eau, sécurité alimentaire et aménagement du territoire) est variable. La politique de l'eau de 2003, par exemple, s'est appuyée sur des projections de la population en 2010 et 2020. Dans le domaine de la santé, le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2009-2012 tient compte d'une croissance démographique de 3,1 % par an (inférieure aux estimations actuelles). Mais le « Plan stratégique de sécurisation des produits en santé de la reproduction » (PSSPSR) de 2009-2015 ne s'appuie sur aucun scénario démographique et se cantonne à une projection des besoins en produits. Quant à la Feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile 2009-2015, les objectifs retenus sont exprimés seulement en pourcentages. Concernant, l'éducation, les différents documents disponibles expriment également les objectifs à atteindre en pourcentage. Mais la Stratégie intérimaire pour l'éducation et l'alphabétisation (SIPEA) 2011-2013 semble avoir utilisé des projections démographiques mettant en évidence la forte croissance du nombre d'enfants à scolariser d'ici 2015. Les documents relatifs à l'agriculture et à la sécurité alimentaire ne prennent pas

vraiment en compte l'augmentation de la population à nourrir, et comme on l'a vu le Programme national de sécurité alimentaire (PNSA) compte essentiellement sur l'augmentation de la productivité pour résoudre les problèmes d'insécurité alimentaire du pays.

Cette prise en compte très incomplète de la dimension démographique du développement a plusieurs raisons. La première tient aux dates diverses d'élaboration des politiques, plans, programmes, stratégies, et des données disponibles au moment de leur élaboration. L'absence de données récentes et fiables à cause de l'écart de 16 ans entre les deux derniers recensements de 1993 et 2009, n'a pas non plus facilité la tâche des techniciens et des décideurs. Ceci explique en partie les différences que l'on constate dans les objectifs démographiques retenus selon les politiques, plans et programmes (tableau 8)

Tableau 8 : Objectifs démographiques selon les politiques, plans et programmes.

Indicateurs/Objectifs/Politiques, plans, programmes	Mortalité avant 5 ans pour 1 000 enfants nés vivants et mortalité néonatale	Mortalité maternelle pour 100 000 naissances	Prévalence contraceptive
Politique nationale de population de 2007	Réduire la mortalité infanto-juvénile de 194 pour mille en 1997 à 97 pour mille en 2015	Réduire la mortalité de 827 pour 100 000 naissances vivantes en 1997 à 413 en 2015	Accroître le taux de prévalence contraceptive de 3 % en 2000 à 35 % en 2015 (et atteindre alors 5 enfants par femme)
Plan national de développement sanitaire 2009-2012	Réduire la mortalité infanto-juvénile de 20 % d'ici à 2012 (taux annuel de 5 %) en réduisant les facteurs de morbidité (infections respiratoires aiguës, diarrhées)	Réduire la mortalité maternelle de 12 % d'ici à 2012 (au taux annuel de 3 %)	
Feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile 2008-2015	Réduire de 194 à 64 pour mille le taux de mortalité infanto-juvénile d'ici 2015, et le taux de mortalité néonatale de 48 à 12 pour mille	Réduire le taux de mortalité maternelle de 1 099 pour 100 000 naissances à 275 d'ici 2015	Porter à 15 % le taux de prévalence contraceptive d'ici 2015
Stratégie nationale de réduction de la pauvreté 2008-2011	Réduire la mortalité infanto-juvénile de 191 pour 1 000 en 2004 à 102 pour 1 000 en 2011 et à 64 pour 1 000 en 2015	Réduire la mortalité de 1 099 pour 100 000 naissances vivantes en 2004 à 500 en 2011 et 275 en 2015	Accroître le taux de prévalence contraceptive de 2 % en 2005 à 30 % en 2011 et 41 % en 2015

Sources : Les diverses politiques et plans mentionnés.

Une autre raison tient à l'absence de reconnaissance de la dimension démographique des problèmes de développement, et en conséquence à la faible mobilisation sur le sujet des acteurs publics (responsables politiques, parlementaires, cadres et fonctionnaires en général) et des acteurs privés (ONG, leaders communautaires, société civile, etc.). Pourtant dès 1994 (année de la conférence du Caire), le ministère du Plan a publié un fascicule de sensibilisation de 22 pages sur la « Population et le développement au Tchad »¹⁰³. Ensuite au milieu des années 2000, un « Module Population et développement » a été introduit au Département de géographie de l'université de N'Djamena, qui a été étendu en 2007-2008 à la faculté des sciences de la santé, ainsi qu'au Département de sociologie. C'est ainsi qu'en 2007, la Direction de la population a publié un « Manuel de vulgarisation en population et développement (à l'usage des intervenants dans le cadre de la mise en œuvre de la

¹⁰³ « Population et Développement au Tchad », 1994 – Ministère du Plan, du Développement et de la Coopération, Division de la population, N'Djamena, octobre 1994, 22 p.

politique nationale de population) »¹⁰⁴. Ce manuel de 52 pages concluait sur la complexité des « interrelations entre facteurs démographiques et certains secteurs » (santé, éducation, agriculture et emploi) et sur « la nécessité pour les acteurs impliqués dans les politiques et stratégies de développement de mieux comprendre ces interrelations ». La mise en avant de la complexité réelle des interrelations entre population et développement, ne semble pas avoir beaucoup mobilisé les acteurs. Mais cette approche est aujourd'hui dépassée, compte tenu des travaux récents sur le sujet, en particulier ceux sur les transferts intergénérationnels et le dividende démographique (voir en 4.2).

Il semble en tout cas qu'aujourd'hui au Tchad nombreux sont ceux qui continuent à considérer que le Tchad étant un vaste pays, avec aujourd'hui des ressources pétrolières, il n'est pas nécessaire, ni souhaitable de réduire la croissance démographique du pays et la fécondité des femmes tchadiennes, ce malgré les difficultés actuelles à couvrir les besoins de base de la population. L'approche dominante est donc « développementaliste » et l'évolution démographique est considérée comme « donnée », c'est-à-dire comme une variable sur laquelle il n'est pas possible ou légitime d'agir, qui reste donc hors du « champ de l'action politique ». C'est ce qui ressort des divers documents examinés, à l'exception du document de politique de population. La majorité des responsables et les élites semblent donc continuer à compter essentiellement sur la croissance économique pour satisfaire les besoins de la population et promouvoir le développement du pays, et semblent penser en fin de compte que « le développement sera bien le meilleur contraceptif » (voir en 4.1).

La prise en compte marginale de la dimension démographique du développement est aussi à rapprocher du statut de la femme dans la société tchadienne. Dans le cadre de l'enquête MICS-2010, des questions ont été posées pour la première fois au Tchad aux femmes mariées, en union ou l'ayant été, sur les violences psychologiques qu'elles subissaient de la part de leurs maris ou partenaires. Les résultats de l'enquête indiquent qu'au niveau national, toutes les femmes enquêtées sans exception ont subi au moins une forme quelconque de violence psychologique¹⁰⁵. Ces violences résultent généralement de la jalousie de la part du conjoint. C'est ainsi que 55 % des femmes ont déclaré que leur mari ou partenaire manifestait sa jalousie ou se mettait en colère si elle parlait ou avait parlé à un autre homme ; 45 % ont déclaré qu'il insistait à tout moment pour savoir où elle se trouvait, et 33 % ont déclaré qu'il ne lui faisait pas confiance en ce qui concerne l'argent. De plus, 28 % des femmes ont déclaré que leur mari ou partenaire refusait qu'elle exerce un métier, et qu'il n'était pas d'accord pour qu'elle travaille, et 27 % des femmes ont aussi indiqué qu'il ne lui permettait pas de rencontrer ses amies de sexe féminin, et dans 18 % des cas il l'avait accusée d'être infidèle. Enfin, une femme sur dix a déclaré avoir été humiliée par son mari ou partenaire. Par ailleurs, 18 % des femmes interrogées ont déclaré avoir été victimes de violences physiques de la part leur mari ou partenaire (elles ont été bousculées, secouées, ou ont reçu quelque chose jetée sur elle, elles ont été giflées ou ont eu le bras tordu, elles ont reçu des coups de pied ou ont été traînées par terre, etc.). Contrairement à ce qu'on pouvait attendre, les pourcentages trouvés en milieu rural, urbain et à N'Djamena sont quasiment les mêmes. On est donc loin du souhait maintes fois exprimé du renforcement de l'autonomie des femmes et de la revalorisation de leur statut. On est loin aussi de l'interdiction des violences domestiques inscrite dans la loi de 2002 sur la santé de la reproduction.

La place des femmes au sein du ménage et dans la société reste à l'évidence un enjeu de pouvoir entre hommes et femmes et entre générations, à la croisée des chemins entre traditions et modernité, ce qui s'exprime entre autres en termes de préférence en matière de fécondité. C'est ainsi que selon les résultats de l'EDS de 2004, alors que les femmes de 15 à 49 ans en union donnaient un nombre idéal d'enfants de 9, les hommes en union, eux, indiquaient un nombre idéal de 14 enfants¹⁰⁶.

On notera enfin qu'un projet de Code des personnes et de la famille typiquement tchadien a été initié au début des années 2000, mais qu'il n'a toujours pas été adopté compte tenu de diverses oppositions de nature religieuse et politique. Cependant, dans la présentation de son programme politique du 25 janvier 2013 faite à l'Assemblée nationale le 11 février 2013, le Premier ministre s'est engagé à ouvrir « très rapidement des négociations afin d'aplanir les points de divergences résiduelles qui subsistent afin que le projet de code des personnes et de la famille soit soumis à l'appréciation de la représentation nationale ».

¹⁰⁴ « Manuel de vulgarisation en population et développement », 2007 – Ed. ministère de l'Économie et du Plan, N'Djamena, 52 p.

¹⁰⁵ MICS-Tchad 2010 – Enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS 2010 (INSEED-Unicef-UNFPA), Rapport final, mai 2011, pages 226 à 233.

¹⁰⁶ EDS Tchad 2004, Enquête démographique et de santé, Tchad 2004, p. 63 [Chad: DHS, 2004 - Final Report \(French\)](#), p. 115.

6 Comment gérer la variable population au Tchad ?

6.1 Les partenaires en population et santé de la reproduction

De nombreux partenaires au développement interviennent aux côtés des autorités tchadiennes dans le domaine de la population et de la santé de la reproduction. Il s'agit entre autres (la liste qui suit n'est pas forcément exhaustive) :

- des agences du Système des Nations unies : UNFPA, Unicef, OMS, PNUD, PAM et Banque mondiale (notamment au travers du Programme population et lutte contre le sida (PPLS 2, Tchad) ;
- des Agences interétatiques : Délégation de l'Union européenne, Banque africaine de développement (BAD), Banque islamique africaine de développement (BID) ;
- des Agences bilatérales : Agence française de développement (AFD), GTZ pour la coopération allemande, de la Coopération suisse, et USAID pour la coopération américaine ;
- des ONG et Associations de la société civile : telles que l'ASTBF (Association tchadienne pour le bien-être familial), Amasot (Association pour le marketing social au Tchad), Vision Mondial Tchad, SWISSAID, le Fonds mondial, Oxfam, ACF (Action contre la faim), CARE (Cooperative for Assistance and Relief Everywhere), le Secours catholique, le Secours islamique, l'Unad (Union nationale des associations diocésaines de secours et développement), le Celiac (Cellule de liaison et d'information des associations féminines du Tchad), le Cilong (Centre d'information et de liaison des ONG).

L'UNFPA, agence spécialisée des Nations unies pour les questions de population, intervient au Tchad depuis 1986.

Son premier programme d'assistance au Tchad a porté sur la période 1989-1993.

Il a été suivi par un programme de relais pour la période 1994-1995.

Puis un troisième programme a été approuvé pour la période 1996-2000¹⁰⁷. Mais faute de ressources financières, il n'a pas été possible de mobiliser le financement à la hauteur du montant total approuvé par le Conseil d'administration de l'UNFPA. Les dépenses totales se sont élevées à 5,4 millions de dollars (soit plus de 3 milliards de FCA) et les ressources extrabudgétaires mobilisées (380 000 dollars américains, soit 2 millions de FCFA) qui ont été allouées par la Banque mondiale ont servi à l'achat de contraceptifs.

Le quatrième programme de l'UNFPA, qui a couvert la période 2001-2005, était axé sur la santé procréative, la population et le développement, la condition de la femme et les activités de plaidoyer. Son budget était de 6,5 millions de dollars (2,5 milliards de FCFA).

Le cinquième programme concernait la période 2006-2010, mais il a été prolongé jusqu'en 2011, pour coïncider avec la fin de la Stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté (SNRP2). Son objectif était de « contribuer à l'amélioration de la qualité de vie de la population tchadienne dans 13 des 18 régions (15 des 22 régions selon le nouveau découpage administratif) par la promotion de services de santé de la reproduction de qualité, y compris la prévention du VIH/Sida, l'équité et l'égalité du genre et l'autonomisation des femmes, et par l'intégration des questions de population et du genre dans les plans et programmes de développement ». Son budget était de 12,3 millions de dollars (soit environ 6 milliards de FCA), dont 8,9 millions (72 %) de ressources ordinaires et 3,4 millions (28 %) d'autres ressources extérieures.

La contribution de l'UNFPA à l'atteinte des priorités nationales était envisagée à travers trois composantes, comportant chacune plusieurs projets : 5 projets pour la composante Santé de la reproduction, 3 projets pour la composante Population et Développement, et 2 projets pour la composante Genre. La situation d'urgence créée par la présence de réfugiés soudanais à l'est du Tchad, et centrafricains au sud a conduit à la prise en compte d'un volet relatif à la Réponse humanitaire.

¹⁰⁷ Voir <http://chad.unfpa.org/>

Le bilan d'exécution de ce 5^e programme fait en 2010¹⁰⁸, en souligne les forces et les faiblesses.

Les faiblesses relevées dans ce bilan portent entre autres sur :

- l'importance des obstacles qui continuent à entraver l'adoption et l'opérationnalisation des instruments juridiques concernant le genre, les violences basées sur le genre (VBG), la santé de la reproduction et les mutilations génitales féminines (MGF), ce qui explique la faible utilisation de la contraception moderne et le faible pourcentage d'accouchements assistés ;
- l'instabilité des cadres formés pour assurer les tâches de conception, d'exécution, de planification et de suivi et évaluation, ce qui a affecté négativement la réalisation des activités ;
- la non-adoption du Code des personnes et de la famille ;
- la faible maîtrise de l'approche Gestion axée sur les résultats par les acteurs de terrain ;
- l'absence de planification bien définie pour le renforcement des capacités techniques (plans de carrière, plans de formation, plans et mécanismes de suivi et évaluation) pour motiver et retenir les personnels formés ;
- la perception par certains acteurs du programme comme étant une « affaire de l'UNFPA » et non un appui au programme national ;
- l'insuffisance des prestataires formés en Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SOUB).

Les forces du programme qui ont été notées portent sur :

- l'intégration des objectifs de la politique de population dans les plans et programmes nationaux qui a été renforcée par le 5^e programme qui a aussi contribué à la mise en place de plans régionaux en matière de population ;
- l'intervention des projets en milieu rural qui a permis aux femmes de participer au développement ;
- l'intérêt particulier accordé au projet par les différentes organisations de femmes, de jeunes et par des leaders communautaires ;
- une prise de conscience manifeste de l'importance des problèmes de population au niveau des décideurs, des politiciens, des leaders d'opinion, des chefs religieux et des organisations de la société civile, et une plus grande implication des milieux universitaires (avec l'intégration des questions de population dans le cursus scolaire et universitaire).

Les leçons tirées de la mise en œuvre de ce 5^e programme ont permis de mettre en évidence les défis à relever par l'UNFPA dans le cadre de l'UNDAF 2012-2015 (ou United Nations Development Assistance Framework). Il faut souligner enfin que l'UNFPA est depuis 2005, le principal importateur de contraceptifs au Tchad, le second importateur étant l'Association tchadienne pour le bien-être familial (ASTBEF).

L'Association tchadienne pour le bien-être familial (ASTBEF) est l'une des quelques 180 associations nationales autonomes de planning familial affiliées à l'International Planned Parenthood Federation (IPPF). L'IPPF a pour objectif la promotion dans le monde : du droit à la santé reproductive et sexuelle, de l'éducation sexuelle des jeunes, du renforcement du pouvoir des femmes vers l'égalité, de la lutte contre les MST et la promotion de la maîtrise de la fécondité¹⁰⁹.

Créée en 1991, l'ASTBF a pour objectifs généraux :

- de concevoir les conditions favorables à la prévention de la santé physique, mentale et morale des familles ;
- de promouvoir la santé sexuelle et reproductive au sein des populations, en particulier parmi les pauvres et les jeunes, en répondant à leur demande et à leurs besoins, ce par le biais de l'information, de la sensibilisation, du plaidoyer et des services ;
- d'assurer un accès facile à l'information, à l'éducation et aux services de santé sexuelle et reproductive sans discrimination ni distinction d'âge, de sexe, de situation familiale, d'origine

¹⁰⁸ UNFPA 2010 : Rapport de l'évaluation du 5^e programme de coopération Tchad-UNFPA, novembre 2010.

¹⁰⁹ IPPF, 2012 : <http://www.planning-familial.org/themes/theme15-solidariteInter/fiche03.php> et <http://www.ippf.org/our-work/where-we-work/africa/chad>

ethnique, de croyance politique ou religieuse, d'aspect physique, d'état sérologique et d'orientation sexuelle ;

- de convaincre les parents de la nécessité de planifier la naissance de leurs enfants pour pouvoir assurer à ceux-ci et à leur mère de bonnes conditions d'existence ;
- de favoriser les conditions nécessaires à la protection des droits de la mère et de l'enfant, et veiller à ce que ces droits soient pérennisés ;
- de préparer la jeunesse à la vie et à la parenté responsable.

L'ASTBEF fournit aujourd'hui divers services en santé sexuelle et reproductive. Ces services et activités d'accompagnement comprennent notamment :

- des consultations de planification familiale ;
- des soins/consultations prénatales et postnatales, le conseil et le traitement des IST/VIH/Sida, la détection des cancers de l'appareil génital, les soins/consultations post-avortements, et la détection de la stérilité ;
- la gestion d'un programme de distribution de contraceptifs à base communautaire avec des pairs éducateurs qui se rendent sur les lieux de travail où ils donnent des informations en matière de santé sexuelle et reproductive ;
- des activités de plaidoyer en faveur de l'égalité des femmes et pour l'amélioration de leur statut socio-économique et du statut socio-économique des jeunes.

L'ASTBEF opère à travers cinq cliniques et ses antennes dans les régions du Mayo-Kebbi Ouest (1), Logone occidentale (1), Logone orientale (3), Moyen Chari (1), Mandoul (2), Borkou (1) et la commune de N'Djamena (1). L'ASTBEF réalise ses activités grâce à son personnel propre et celui mis à sa disposition par l'État, mais aussi grâce à des pairs-éducateurs, des membres d'associations de jeunes et aux volontaires de l'association.

Les orientations de l'ASTBEF sont arrêtées lors de son Assemblée générale qui se tient une fois par an, et qui élit un bureau pour trois ans. Le bureau est chargé de l'exécution des orientations de l'Assemblée générale, et élit en son sein un comité exécutif de cinq membres qui est chargé de la gestion des affaires courantes entre deux réunions de bureau.

L'autre intervenant majeur en planification familiale au Tchad est Amasot ou Association pour le marketing social au Tchad¹¹⁰. Son objectif général est de « permettre aux femmes et aux couples d'avoir des vies plus saines, en leur donnant accès à des produits et des services novateurs en matière de planification familiale et de santé maternelle ». Amasot a commencé ses activités avec la promotion du condom « Protector Plus », afin de prévenir la transmission des IST et du VIH-Sida. Dans ses campagnes de communication, elle met l'accent sur l'usage régulier des condoms et la fidélité comme moyens de prévention du VIH-Sida et recommande également le dépistage volontaire du VIH-Sida. Les interventions d'Amasot concernent également aujourd'hui la lutte contre le paludisme et les maladies transmises par l'eau, ainsi que la santé de la reproduction en général. Les interventions d'Amasot permettent de prévenir la transmission du VIH/Sida et les grossesses non désirées.

Enfin, l'Agence française de développement (AFD) est devenue ces dernières années un intervenant important dans le domaine de la santé en général, mais aussi en santé de la reproduction, à travers notamment son appui au PASST (Projet d'appui au secteur de la santé au Tchad) dans le cadre duquel cette étude a été financée.

L'AFD a apporté son appui au cours des dix dernières années à plusieurs projets dans le domaine de la santé : en particulier au projet PAOST (Projet d'appui à l'offre de la santé), au projet PIST (Projet d'appui intérimaire au secteur de la santé au Tchad), et en 2009 à un projet d'appui à l'Hôpital général de la référence nationale.

¹¹⁰ <http://www.amasot.org/>

Le projet d'appui au PASST, d'un montant de 10 millions d'euros, a fait l'objet d'une convention avec le gouvernement tchadien signée en juillet 2008. Ce projet comporte 3 composantes qui visent :

1. au renforcement de la formation initiale des personnels paramédicaux et à l'amélioration de la gestion des ressources humaines ;
2. à l'amélioration de l'accès des femmes enceintes à des soins de qualité dans la région du Logone occidental ;
3. à augmenter le nombre de patients séropositifs pris en charge.

La deuxième composante du projet axée sur la santé maternelle et infantile prend en considération simultanément (a) l'amélioration de la qualité de l'offre de soins et (b) la promotion de la demande de soins, et elle cible les structures de santé des trois districts de la région du Logone occidental. La formation continue du personnel des centres de santé vise : à améliorer l'accueil des femmes, à assurer des prestations de qualité lors des consultations prénatales, à améliorer le dépistage des grossesses à risques, à promouvoir la planification familiale, et à améliorer la détection des cas de fistules.

Au niveau communautaire, les activités prévues avec les Comités de santé, la société civile et les leaders traditionnels, politiques et religieux, visent à sensibiliser les communautés à la nécessité pour les femmes enceintes d'être suivies, d'accoucher dans de bonnes conditions, d'espacer leurs grossesses et de prévenir les grossesses précoces. Les accoucheuses traditionnelles, qui ont bénéficié de formations, sont aussi encouragées à orienter les femmes enceintes vers les structures de santé, et à promouvoir la planification familiale et à détecter les fistules.

Un autre projet, en cours d'instruction, a pour objectif de contribuer à la diminution de la mortalité maternelle, infantile et néonatale à N'Djamena. Ce projet est financé par « l'initiative Muskoka »¹¹¹.

La diversité des partenaires, de leurs statuts, de leurs modes d'intervention et des champs qu'ils couvrent en santé de la reproduction compliquent quelque peu l'analyse des actions menées et l'évaluation de leur impact. La diversité des composantes de la santé de la reproduction : santé maternelle, santé de l'enfant, maladies sexuellement transmissibles, épidémie du sida, stérilité, soins post-avortement, cancers liés à la reproduction, etc. est la conséquence de l'approche globale de la santé de la reproduction adoptée lors de la conférence internationale du Caire de 1994.

De ce fait, dans de nombreux pays où la fécondité et la mortalité restent élevées, une certaine concurrence est apparue pour la définition de priorités entre ces diverses composantes. Finalement, la priorité implicite ou explicite a été souvent donnée à une maternité protégée et aux soins des enfants, ces besoins étant les plus pressants.

Mais comme l'indique l'évaluation faite par les Nations unies sur ce sujet en 2004, cela s'est fait généralement aux dépens de la planification familiale¹¹². Cette évaluation rappelle que l'intégration des services de santé reproductrice et de planification familiale dans le système de santé publique demeure la référence, car elle permet de réduire le coût de ces services et d'en accroître la couverture géographique.

Mais elle met aussi en évidence plusieurs obstacles à cette intégration : organisation structurelle verticale des soins, manque de moyens financiers et de ressources humaines adaptés et aussi faible capacité d'absorption de l'aide, auxquels il faut ajouter la détérioration de la qualité des soins fournis dans les services publics et la démoralisation des équipes qui n'incitent pas les personnels à donner aux femmes qui se présentent en consultation pré ou post-natale, l'information la plus basique sur la planification familiale¹¹³.

¹¹¹ « L'initiative Muskoka » a été décidée lors du sommet du G8 de 2010 qui s'est tenu à Muskoka au Canada. La France qui s'est associée à cette initiative a créé un « Fonds français de Muskoka » pour l'appui à la réduction de la mortalité maternelle et infantile en Afrique francophone et en Haïti.

¹¹² United Nations, 2004 – Review and Appraisal of the Progress Made in Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. The 2004 Report. Sales No. E.04.XIII.8.

¹¹³ JAFFRE Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P. (eds), 2003 – *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala Édition.

Au total, la question de l'intégration des services de planification familiale dans les systèmes de santé publique et donc la question de l'importance de l'appui technique et financier à apporter aux autorités, ainsi que la question de la place à réserver aux prestataires privés ne sont pas simples. L'extension de l'utilisation de la contraception moderne passe par un examen attentif des capacités de chaque prestataire (public et privé), de la répartition des méthodes utilisées (et de la fiabilité des données disponibles sur ce sujet) et des choix envisageables en matière d'évolution future de cette répartition.

Des études du type de celle réalisée en 2008 « Le marché de planning familial au Niger. Perspectives de répartition entre le secteur public et le secteur privé »¹¹⁴ sont susceptibles d'éclairer les choix à faire en la matière. L'extension du rôle du secteur privé, par exemple, permettrait en augmentant l'offre pour les méthodes les plus populaires (la pilule, par exemple) de décongestionner les centres de santé publics réduits au rôle de « distributeurs de pilule ».

On pourrait alors envisager d'augmenter l'offre en méthodes de plus long terme (telles que les DIU et les implants) et mettre en place un système efficace de supervision des agents communautaires et femmes relais en charge du réapprovisionnement des utilisateurs et utilisatrices de pilule et de préservatifs.

6.2 Peut-on accélérer la baisse de la fécondité ?

Dans le contexte démographique, socio-économique, politique et culturel spécifique du Tchad, est-il possible d'envisager d'enclencher une baisse de la fécondité, puis son accélération, afin que le Tchad puisse entrer relativement rapidement dans la première fenêtre d'opportunité démographique ?

L'utilisation de la contraception au Tchad en 2010 est la plus faible du monde, et elle n'a pratiquement pas progressé au cours des 15 dernières années.

Selon les résultats de l'enquête MICS menée au Tchad en 2010, seulement 4,8 % des femmes en union (une sur 20) utilisaient alors une méthode quelconque de contraception. Parmi les 149 pays pour lesquels on dispose de données sur l'utilisation de la contraception entre 2000 et 2011, c'est la prévalence contraceptive la plus faible observée pour l'ensemble des méthodes¹¹⁵. Pourtant, les femmes qui n'utilisaient aucune méthode alors qu'elles souhaitaient espacer leur prochaine naissance ou ne plus avoir d'enfants étaient cinq fois plus nombreuses que les utilisatrices de méthodes, puisque ces « besoins non satisfaits » concernaient 28,3 % des femmes.

La demande totale en planification familiale (besoins satisfaits plus besoins non satisfaits) était ainsi de 33,5 % (5,2 % + 28,3 %)¹¹⁶ et concernait donc une femme en union sur trois, ce qui est peu. Appliqués aux estimations de nos projections (voir en 2.2), ces pourcentages correspondaient en 2010 à environ 620 000 femmes de 15 à 49 ans en union (sur un total de près de 2 millions) parmi lesquelles 90 000 utilisaient une méthode quelconque de contraception, et 530 000 avaient un besoin exprimé en contraception non satisfait.

En comparaison, selon les données internationales, la prévalence de la contraception se situait en gros dans les pays émergents au milieu des années 2000 entre 60 % et 85 %. De fait, ces pays qui pour la plupart avaient des prévalences de la contraception de l'ordre de 10 % à 20 % dans les années 1960, ont réalisé leur « révolution contraceptive » en une quarantaine d'années. Ceci correspond à des augmentations moyennes de la prévalence sur longue période d'environ 1,5 point de pourcentage par an¹¹⁷.

¹¹⁴ GUENGANT J.-P., DE METZ N., 2009 – « Le marché de planning familial au Niger. Perspectives de répartition entre le secteur public et le secteur privé » KfW, UNFPA, ministère de la Santé publique, avril 2008, Niamey.

¹¹⁵ United Nations, 2012 – « 2012 Update for the MDG database », Contraceptive Prevalence, <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>

¹¹⁶ MICS-Tchad 2010 – Enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS 2010 (INSEED-Unicef-UNFPA), Rapport final, mai 2011, page 137.

¹¹⁷ GUENGANT J.-P., RAFALIMANANA H., 2005 – « The Cairo Approach.... Embracing too much? », UIESP, Tours, 13-18 juillet 2005, http://www.un.org/esa/population/meetings/EGM-Fertility2009/P15_Guengant.pdf

Les méthodes traditionnelles, moins efficaces¹¹⁸, y sont aujourd'hui généralement peu utilisées, et les besoins non satisfaits concernent de 2-3 % des femmes (Chine, Thaïlande, Maurice...) à 10 % des femmes (Égypte, Mexique, Maroc...). La demande totale en planification familiale dans les pays émergents se situe donc aujourd'hui en gros entre 70 % et 85 % des femmes en union (2 à 2,5 fois plus qu'au Tchad), les autres femmes n'étant pas concernées car désirant être enceintes, pensant être stériles, etc. Cette demande totale élevée, largement satisfaite donc, est exprimée dans plus de la moitié des cas pour répondre à des besoins en contraception correspondant au libre choix des couples et des femmes lorsque la taille de leur famille est jugée convenable par rapport à leurs souhaits et à leurs moyens.

Au Tchad, par contre la demande totale reste faible, elle est très mal satisfaite, et l'utilisation de la contraception ne progresse pas. Les résultats des enquêtes EDS 1996-1997 et 2004, et des enquêtes MICS 2000 et 2010 indiquent en effet une stagnation de l'utilisation de la contraception à des niveaux très bas (tableau 9, figure 8.1)

Tableau 9 : Utilisation et progression de l'utilisation de la contraception.

Enquêtes DHS et MICS	Tchad			
	EDS 1996-1997	Tchad MICS 2000	Tchad EDS 2004	Tchad MICS 2010
Prévalence de la contraception				
- méthodes modernes	1,2	2,1	1,7	1,6
- méthodes traditionnelles	2,9	5,8	1,1	3,2
<i>dont MAMA</i>				(2,9)
Total avec allaitement ou MAMA	4,1	7,9	2,8	4,8
Total sans allaitement et sans MAMA	4,1	7,9	2,8	1,9
% méthodes traditionnelles	70,7 %	73,4 %	39,3 %	66,7 %
<i>dont MAMA</i>	--			(91%)
Progression annuelle moyenne en points de pourcentage	1996-1997 2000	2000 2004	2004 2010	1996-1997 2010
- méthodes modernes	0,26	- 0,10	- 0,02	0,03
- méthodes traditionnelles avec MAMA	0,83	- 1,18	0,35	0,02
<i>sans MAMA</i>	1,09	- 1,28	- 0,13	- 0,19
Total avec allaitement ou MAMA	1,09	- 1,28	0,33	0,05
Total sans allaitement et sans MAMA			- 0,15	- 0,16

Sources : enquêtes EDS 1996-1997 et 2004, et enquêtes MICS 2000 et 2010.

Sur l'ensemble de la période couverte par ces enquêtes, l'utilisation des méthodes modernes n'aurait pratiquement pas progressé puisqu'elle serait passée de 1,2 % en 1996-1997 à 1,6 % en 2010, ce qui en fait la seconde prévalence la plus faible du monde pour les méthodes modernes après celle de la Somalie (1,2 % en 2006). Il en est de même pour l'utilisation des méthodes traditionnelles qui serait passée de 2,9 % en 1996-1997 à 3,2 % en 2010.

Mais il faut noter qu'en 2010 parmi ces 3,2 % d'utilisatrices, 2,9 % ont mentionné comme méthode la MAMA (ou allaitement et contraception en post-partum)¹¹⁹. Si on ne tient pas compte de la MAMA, comme c'est le cas dans de nombreux pays, il ne reste que 1,9 % de femmes en union utilisant une méthode quelconque de contraception.

Sur l'ensemble de la période 1996-1997-2010 et si on s'en tient aux chiffres publiés, l'augmentation moyenne de l'utilisation de la contraception est insignifiante, inférieure à 0,1 point de pourcentage par an. Et elle est de +0,03 point de pourcentage par an pour les méthodes modernes et de + 0,05 point

¹¹⁸ L'efficacité de méthodes traditionnelles est moindre que celle des méthodes modernes et de ce fait, elles sont à l'origine de nombreux échecs c'est-à-dire de grossesses non désirées (voir l'efficacité des diverses méthodes de contraception à : <http://www.futuresgroup.com/resources/software/> voir sous Spectrum, le module FamPlan).

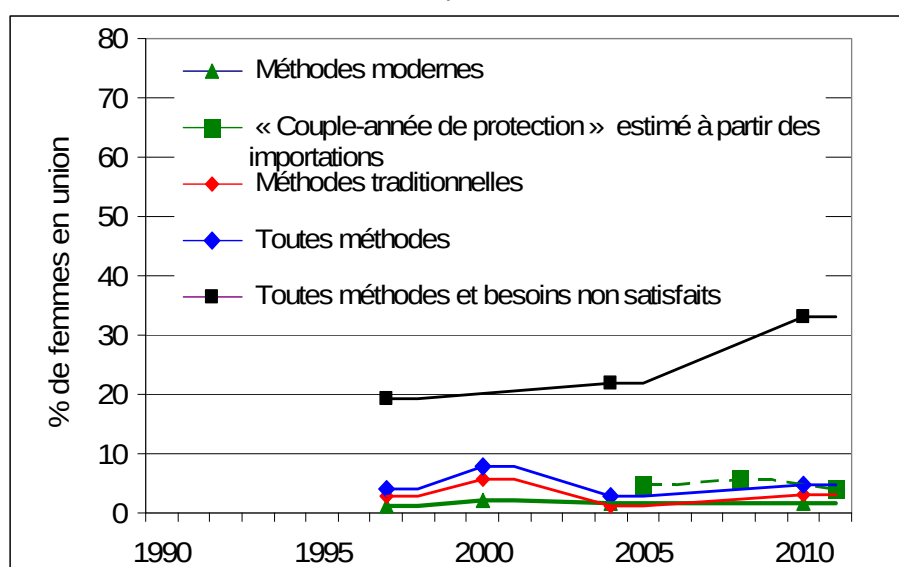
¹¹⁹ La « MAMA » est aujourd'hui souvent considérée comme une méthode de contraception. Mais la MAMA ou « Contraception en post-partum » est basée sur 3 conditions qui doivent être remplies simultanément : 1) le bébé doit avoir moins de 6 mois, 2) la mère doit être aménorrhéique (ne pas avoir revu ses règles), 3) l'allaitement doit être pratiqué à la demande jour et nuit. En fait, la MAMA est souvent assimilée à l'allaitement, et les pourcentages d'utilisatrices de cette méthode sont généralement faibles ou encore sujets à caution. Dans les résultats de l'EDS-Tchad 2004, la MAMA ne figure pas parmi les méthodes utilisées.

de pourcentage par an pour l'ensemble des méthodes). Au cours des six années qui séparent l'EDS Tchad 2004 et l'enquête MICS 2010 (à noter que leurs questionnaires sont différents), l'augmentation moyenne de l'utilisation de la contraception s'établit à + 0,3 point de pourcentage par an, mais cette augmentation est entièrement imputable à la prise en compte de la MAMA en 2010, le pourcentage d'utilisatrices de méthodes modernes étant resté quasiment le même (figures 8.1 et 8.2).

Pourtant la demande totale (utilisation d'une méthode plus besoins non satisfaits) a un peu progressé puisqu'elle est passée de 19 % en 1996-1997 à 33 % en 2010.

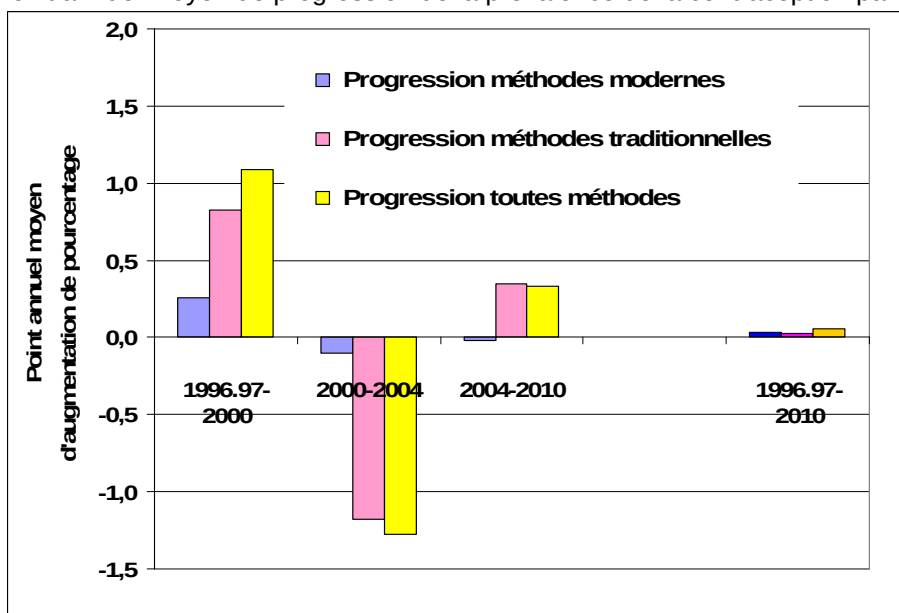
Si on compare enfin les résultats des enquêtes MICS 2000 et 2010, on arrive à une diminution importante de la prévalence de - 0,4 point de pourcentage par an en moyenne, imputable à une diminution du pourcentage d'utilisatrices de méthodes traditionnelles. Il faut souligner cependant que la qualité des données sur l'utilisation des méthodes traditionnelles est sujette à caution, car selon les questions posées et la qualité du travail des enquêteurs, les résultats obtenus peuvent être très variables selon les pays et d'une enquête à l'autre. C'est pourquoi on privilégie généralement l'analyse des données sur les méthodes modernes, plutôt que sur l'ensemble des méthodes.

Figure 8.1. Évolution de l'utilisation de la contraception et de la demande totale.



Sources : enquêtes EDS 1996-1997 et 2004, et enquêtes MICS 2000 et 2010.

Figure 8.2. Point annuel moyen de progression de la prévalence de la contraception par période.



Sources : enquêtes EDS 1996-1997 et 2004, et enquêtes MICS 2000 et 2010.

La faiblesse de l'utilisation de la prévalence de la contraception moderne en 2010 (1,6 %) interpelle. Nous avons donc cherché à la comparer avec les données disponibles sur les importations de contraceptifs au Tchad de 2006 à 2011¹²⁰. En effet, en supposant que les contraceptifs sont utilisés l'année de leur importation, ces données converties en « couple-année de protection »¹²¹, rapportées à des estimations de femmes en union, conduisent à ce qu'on peut considérer comme une « approximation » de la prévalence pour les méthodes modernes (excepté la stérilisation).

Nous sommes ainsi arrivés aux estimations suivantes : 4,8 % pour 2004-2006, 5,7 % pour 2007-2009, et près de 4 % pour 2010-2011, c'est-à-dire à des valeurs approximatives de prévalence deux fois plus élevées que celle donnée par l'enquête MICS 2010 (voir figure 8.1). Ces valeurs suggèrent que les utilisatrices de méthodes modernes étaient d'environ 90 000 en 2004-2006, 105 000 en 2007-2009, et 75 000 en 2009-2011 (sur un total de près de 2 millions de femmes en union). Mais il faut noter que les contraceptifs importés une année donnée ne sont pas tous distribués et utilisés la même année et qu'on ne connaît pas les variations de stocks de contraceptifs non utilisés, utilisables donc les années suivantes. Ainsi, la valeur obtenue pour la période 2007-2009 peut correspondre à une période de reconstitution des stocks, et la valeur obtenue pour la période 2010-2011 peut correspondre à des importations moindres. La contrebande de produits contraceptifs entre le Tchad et les pays voisins est aussi susceptible d'affecter la signification des valeurs obtenues. Ces valeurs ne permettent donc pas d'affirmer qu'il y a eu diminution ces dernières années du nombre d'utilisatrices de méthodes modernes de contraception au Tchad, mais elles suggèrent au moins que ce nombre n'a pas augmenté et qu'il reste très modeste (d'environ 73 000 en 2010, sans les stérilisations) selon nos estimations.

Du fait de la faiblesse de l'utilisation de la contraception au Tchad, les naissances y sont précoces, peu espacées, nombreuses et tardives, et comme on l'a vu 70 % des grossesses correspondantes sont des grossesses à risques (voir en 3.3). L'entrée en vie sexuelle, généralement associée au mariage commence très tôt, et elle est suivie rapidement d'une grossesse et d'une naissance du fait de la valorisation de la fécondité et de l'absence d'autonomie des femmes. C'est ainsi que selon les données de l'EDS Tchad 2004, parmi les femmes âgées de 25 à 29 ans au moment de l'enquête, un tiers d'entre elles ont déclaré avoir eu leurs premiers rapports sexuels et avoir été mariées avant leur 15^e anniversaire. C'est pour le mariage, selon les résultats des enquêtes EDS le deuxième pourcentage le plus élevé au monde après celui du Niger. Les trois quarts de ces femmes avaient eu leurs premiers rapports sexuels et étaient mariées avant leur 18^e anniversaire et près de 90 % avant leur 20^e anniversaire. Ainsi, 10 % d'entre elles avaient eu leur premier enfant avant 15 ans, la moitié avant 18 ans, et près des trois quarts avant 20 ans (figure 8.3).

La manière dont les âges aux premiers rapports sexuels et à la première naissance sont appréciés varie évidemment selon les pays, les cultures, et les groupes sociaux. Cependant, les études sur ce sujet indiquent que « Du point de vue du développement physiologique du corps, il est reconnu de manière quasi universelle que les filles de 14 ans sont trop jeunes pour avoir des rapports sexuels quelle que soit la manière dont elles jugent, ou d'autres jugent leur apparence physique, ceci indépendamment de la valeur accordée aux jeunes fiancées »¹²². Ensuite : « À 15-17 ans, les filles qui auront eu leurs règles relativement tôt (entre 11 et 13 ans) peuvent être considérées comme physiquement mûres, mais les autres qui se sont développées plus tardivement ne le seront pas ». Enfin, « À 18 ans, la grande majorité des jeunes femmes auront achevé un degré de maturité physique suffisant pour réaliser cette transition » vers une vie sexuelle, puis vers leur première grossesse, plus ou moins longtemps après. Ces considérations qui ne portent que sur la maturité physique des jeunes filles, renvoient à l'urgence du réexamen de l'âge légal au mariage au Tchad (voir en 5.2).

Chez les hommes, l'âge aux premiers rapports sexuels est plus tardif que chez les femmes, mais la moitié d'entre eux ont eu leurs premiers rapports sexuels avant leur 18^e anniversaire. Le mariage ou

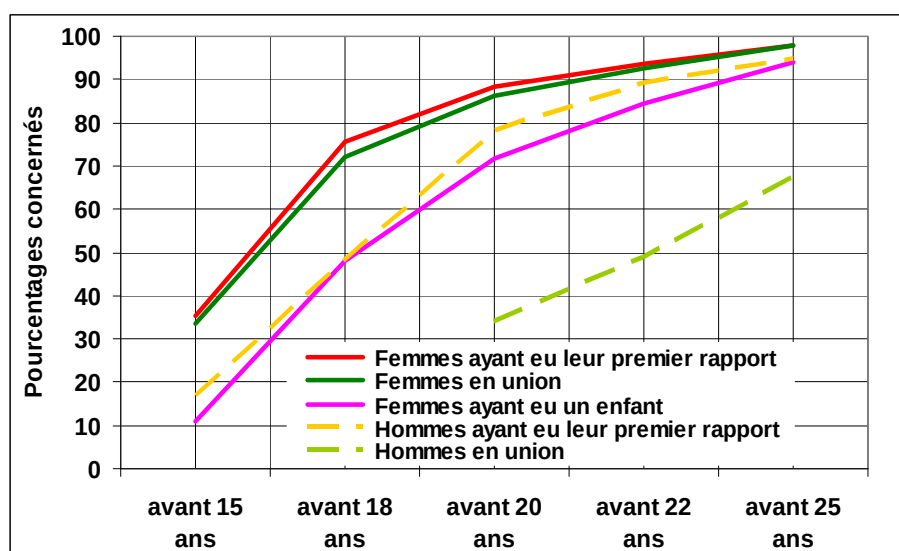
¹²⁰ Données de la *Reproductive Health Supplies Coalition* : <http://rhi.rhsupplies.org>

¹²¹ Rappel : le couple-année de protection (CAP) mesure le nombre total d'années de protection contraceptive fournie à un couple (IPPF, 2010), ceci en fonction des diverses méthodes modernes de contraception utilisées : ainsi 13 cycles de pilules et quatre injections d'injectables protègent un couple pendant une année, et une insertion de stérilet protège en moyenne un couple pendant trois ans et demi.

¹²² DIXON-MUELLER R., 2008 – « How Young is "Too Young"? Comparative Perspectives on Adolescent, Sexual, Marital and Reproductive Transitions », *Studies in Family Planning*, New York, vol. 39, No. 4, p. 247-261.

l'entrée en union intervient plusieurs années après, mais à 22 ans la moitié des hommes est mariée, et les deux tiers le sont à 25 ans.

Figure 8.3. Âge aux premiers rapports sexuels et à la première union chez les femmes et chez les hommes âgés de 25 à 29 ans en 2004, et âge à la première naissance chez les femmes.



Source : EDS Tchad 2004, p. 68, 93, 96, [Chad: DHS, 2004 - Final Report \(French\)](#)

Outre la prégnance des comportements natalistes et du poids des traditions qualifiées de « pesanteurs socioculturelles », on attribue aussi les bas niveaux d'utilisation de la contraception en Afrique subsaharienne à la faiblesse des niveaux d'instruction et à la pauvreté de la population. Les données disponibles à ce sujet ne confirment que partiellement cette interprétation.

Selon les résultats de l'enquête MICS 2010, l'utilisation de la contraception chez les femmes ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus (peu nombreuses) était 2,4 fois plus élevée que chez celles qui n'avaient pas été scolarisées [10,5 % contre 4,4 % (tableau 10)]. De même, les femmes appartenant au quintile le plus aisé de la population étaient 2 fois plus nombreuses à utiliser la contraception que celles appartenant au quintile le plus pauvre (8,9 % contre 4,9 %).

Tableau 10 : Utilisation, besoins, et demande en contraception par niveau d'éducation et quintile de richesse.

Utilisation, besoins, demande en contraception MICS 2010	Utilisation de la contra- ception	Besoins non satisfaits	Demande en planification familiale			% demande satisfaite
			espacement	arrêt	Total	
Par niveau d'éducation :						
- femmes non scolarisées	4,4	26,6	24,6	6,4	31,0	14%
- de niveau primaire	6,3	32,2	31,8	6,7	38,5	16%
- secondaire ou plus	10,5	36,2	39,4	7,3	46,7	22%
Par quintile de richesse :						
- femmes les plus pauvres	4,9	25,1	24,1	5,9	30,0	16%
- très pauvres	4,2	28,0	26,4	5,8	32,2	13%
- pauvres	3,6	26,8	24,7	5,7	30,4	12%
- moyennes	4,6	29,9	28,7	5,8	34,5	13%
- aisées	8,9	31,5	31,0	9,4	40,4	22%
Ensemble	5,2	28,3	27,0	6,5	33,5	16%

Source : MICS-Tchad 2010 – Enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS 2010 (INSEED-Unicef-UNFPA), Rapport final, mai 2011, page 138

Mais pour toutes les catégories, les besoins non satisfaits en contraception étaient très importants. En effet, ces femmes en besoin de contraception représentaient entre 25 % et 36 % de leur catégorie, et elles étaient 3,5 fois à 7 fois plus nombreuses que celles qui utilisaient une méthode de contraception.

Les différences entre catégories concernent aussi la demande totale et la couverture des besoins non satisfaits. La demande totale apparaît plus élevée chez les femmes les plus éduquées et les femmes les plus aisées (respectivement 47 % et 40 %) que chez les femmes non scolarisées et les plus pauvres (respectivement 31 % et 30 %).

Mais quelle que soit la catégorie considérée, environ 80 % de cette demande étaient pour des raisons d'espacement, conséquence de l'accent quasi exclusif mis sur l'espacement et des normes sociales. Et finalement la demande totale en contraception n'était guère mieux satisfaite chez les femmes les plus éduquées et chez les femmes les plus aisées. En effet seulement 22% de la demande exprimée chez les femmes les plus éduquées et les plus aisées était satisfaite, contre 14% chez les femmes non scolarisées et 16% chez les femmes les plus pauvres.

Ces résultats conduisent à deux constatations importantes. La première est la faiblesse globale de la satisfaction de la demande, qui peut être liée à l'accessibilité (géographique, financière, sociale, etc.), aux services en santé de la reproduction et aux contraceptifs. La seconde constatation a trait à la faiblesse de la demande totale en contraception, y compris chez les femmes les plus éduquées dont la demande : 47 % est nettement inférieure à la demande de 70% à 85% dans les pays émergents, toutes catégories de population confondues.

La faible demande en contraception au Tchad peut s'expliquer par le fait que les Tchadiennes n'ont pas encore toutes conscience de leur droit d'espacer ou d'avoir le nombre d'enfants qu'elles jugent convenable par rapport à leurs souhaits et à leurs moyens.

On peut faire ainsi l'hypothèse, notamment pour les femmes non scolarisées, d'un double déni de leurs droits reproductifs : 1) un déni de connaissance et d'information, et 2) un déni de reconnaissance de leurs droits en matière de mariage et de procréation, droits qui pourtant leur sont reconnus dans la loi sur la Santé de la reproduction adoptée en 2002. Mais cette faible demande peut également être expliquée par la forte demande d'enfants découlant de la valorisation sociale des femmes (et des hommes) ayant de nombreux enfants.

Les nombres moyens idéals d'enfants par niveau d'éducation et par quintile de richesse restent en effet très élevés au Tchad. Selon les résultats de l'enquête EDS Tchad de 2004, les mères ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus ont déclaré vouloir en moyenne 6 enfants, celles ayant un niveau d'éducation primaire, 7,7 enfants, et celles qui n'ont pas été scolarisées, 9,4 enfants (tableau 11, figure 8.4).

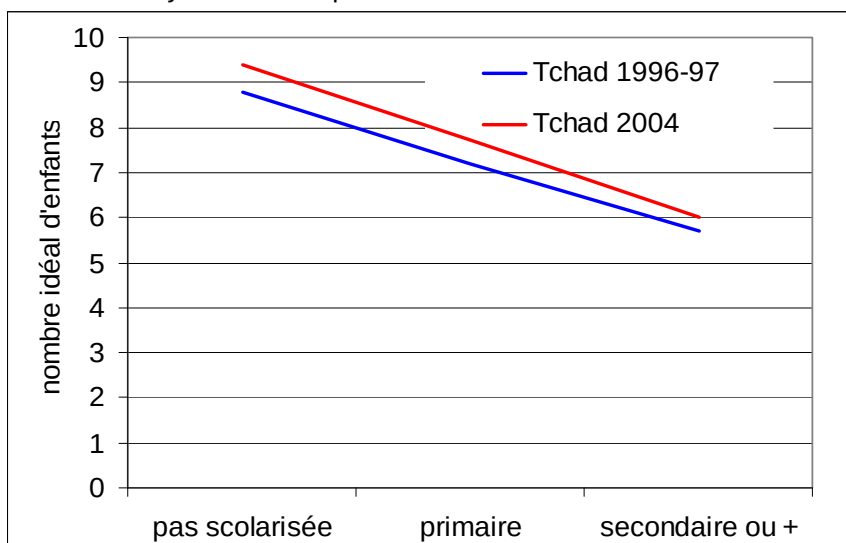
Ces chiffres sont plus élevés que ceux recueillis lors de l'enquête EDS Tchad 1996-1997. Par quintile de richesse, les nombres moyens idéals d'enfants étaient aussi très élevés en 2004 : au-dessus de 9 enfants pour toutes les catégories sauf pour la catégorie la plus aisée où il était de 7,7 enfants (figure 8.5).

Tableau 11 : Nombre idéal moyen d'enfants par niveau d'éducation et quintile de richesse.

Nombre idéal moyen d'enfants	Tchad EDS 1996- 1997	Tchad EDS 2004
Par niveau d'éducation		
- femmes non scolarisées	8,8	9,4
- de niveau primaire	7,2	7,7
- secondaire ou plus	5,7	6,0
Par quintile de richesse		
- les plus pauvres	8,8	9,1
- très pauvres	8,6	9,0
- pauvres	8,6	9,3
- moyennes	8,2	9,3
- aisées	7,4	7,7
Ensemble	8,3	8,9

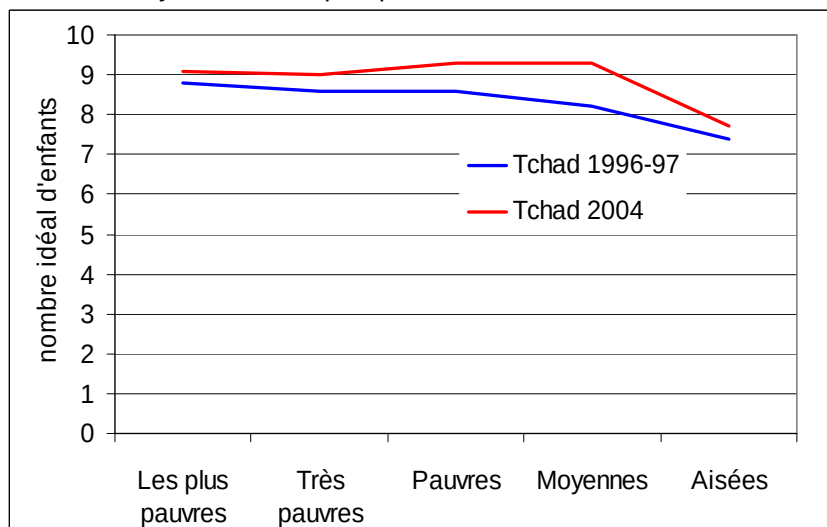
Sources : EDS Tchad 1996-1997 et EDS Tchad 2004 [Chad: DHS, 1996-97 - Final Report \(French\)](#) et [Chad: DHS, 2004 - Final Report \(French\)](#)

Figure 8.4. Nombre idéal moyen d'enfants par niveau d'éducation en 1996-1997 et 2004.



Sources : EDS Tchad 1996-1997 et EDS Tchad 2004.

Figure 8.5. Nombre idéal moyen d'enfants par quintile de richesse en 1996-1997 et 2004.



Sources : EDS Tchad 1996-1997 et EDS Tchad 2004.

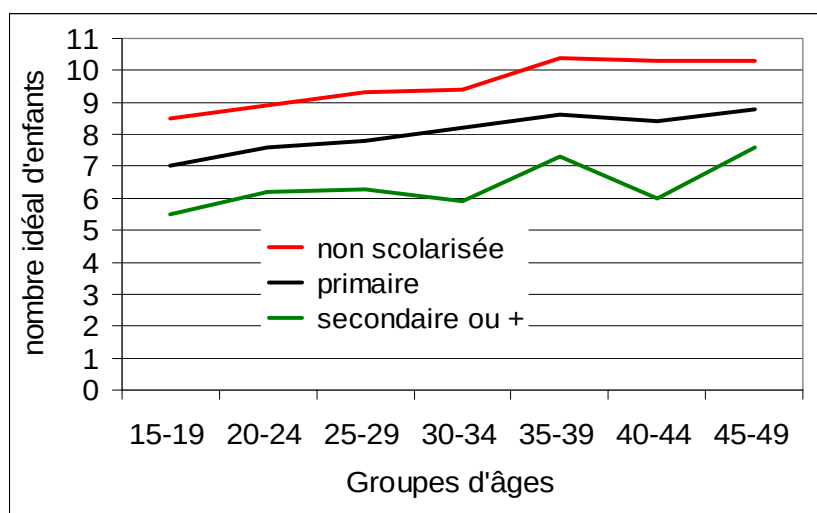
Les résultats par groupe d'âge et niveau d'éducation et par quintile de richesse en 2004 mettent aussi en évidence des nombres moyens idéals d'enfants toujours élevés, y compris chez les jeunes femmes (tableau 12, figures 8.6 et 8.7).

Tableau 12 : Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge, niveau d'éducation et quintile de richesse en 2004.

Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge	15-19	20-24	25-29	30-39	40-44	45-49
Par niveau d'éducation						
- femmes non scolarisées	8,5	8,9	9,3	9,9	10,3	10,3
- de niveau primaire	7,0	7,6	7,8	8,4	8,4	8,8
- secondaire ou plus	5,5	6,2	6,3	6,6	6,0	7,6
Par quintile de richesse						
- les plus pauvres	8,4	8,5	8,9	9,9	9,8	9,8
- très pauvres	8,0	8,5	9,0	9,1	10,5	10,5
- pauvres	7,8	9,1	9,4	9,9	10,0	10,4
- moyennes	8,3	8,9	9,3	9,9	10,4	11,0
- aisées	6,5	7,1	7,5	9,3	8,7	8,7
Ensemble	7,8	8,4	8,8	9,6	10,0	10,2

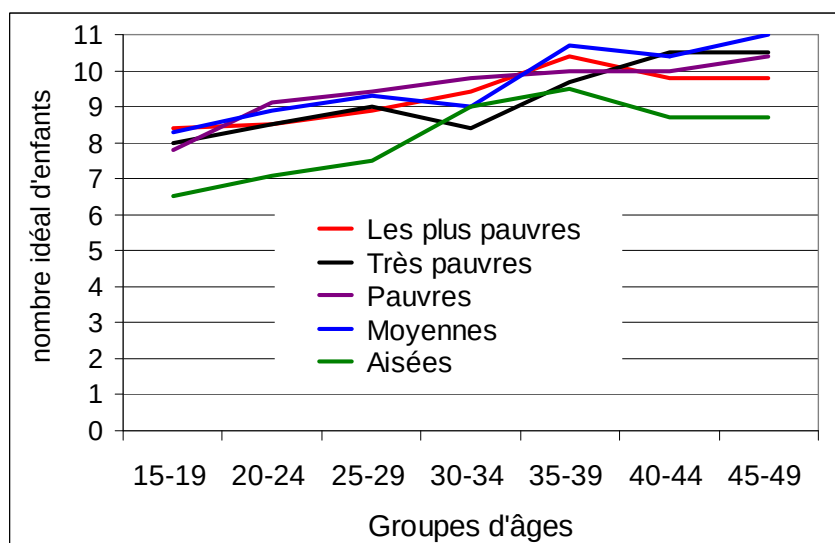
Source : EDS Tchad 2004.

Figure 8.6. Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge et niveau d'éducation en 2004.



Source : EDS Tchad 2004.

Figure 8.7. Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge et par quintile de richesse en 2004.



Source : EDS Tchad 2004.

Une trentaine d'années sépare les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans lors de l'EDS Tchad 2004 et celles âgées de 45-à 49 ans (qui peuvent donc être considérées comme leurs mères). Les plus âgées ont commencé leur vie féconde à la fin des années 1950, et les plus jeunes à la fin des années 1980, quelques années donc avant l'adoption de la politique de population de 1994. Au cours de ces 30 années, le nombre moyen idéal d'enfants exprimé par les femmes est passé de plus de 10 enfants chez les femmes de 45-49 ans, à 7,8 enfants chez les femmes de 15-19 ans.

Il y a donc eu une diminution (de 2,4 enfants), mais 7,8 enfants comme nombre moyen idéal exprimé chez des jeunes femmes de 15-19 ans est un chiffre très élevé. En fait, d'après les résultats des enquêtes EDS réalisées dans le monde, ce chiffre est le plus élevé relevé (suivi de peu par celui du Niger). Il explique largement la forte fécondité des adolescentes et des femmes tchadiennes. Ailleurs dans la région et dans le monde, les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans indiquent des nombres idéals d'enfants nettement inférieurs : 5,6 au Congo et au Mali, 5 environ au Cameroun, au Burkina Faso, au Sénégal et en Mauritanie, 4 au Gabon et au Pakistan, 3,5 au Kenya, et un peu plus de 2 enfants en Afrique du Sud, au Bangladesh, en Inde, en Turquie et au Brésil.

Par niveau d'éducation, le nombre moyen idéal d'enfants donné par les femmes les plus éduquées était inférieur à tous les âges d'environ 3 enfants à celui donné par les femmes non scolarisées. Mais il était toujours de 5,5 enfants chez les adolescentes les plus éduquées, et de 6,2 enfants chez les jeunes femmes les plus éduquées de 20-24 ans. Par quintile de richesse, les écarts sont moins importants, et les jeunes femmes les plus aisées de 15-19 ans et de 20-24 ans indiquaient un nombre idéal d'enfants de 6,5 et de 7,1 respectivement. Dans les pays émergents où la « révolution contraceptive » est quasiment achevée, on observe des écarts similaires mais d'amplitude variable, selon les niveaux d'éducation, le quintile de richesse et l'âge. Cependant, les nombres moyens idéals d'enfants se situent depuis deux ou trois décennies entre 2 et 3 enfants.

Au Tchad donc, les écarts entre catégories sont réels, mais les diminutions observées sont plus ou moins de même ampleur chez les femmes éduquées et chez les femmes non scolarisées, chez les femmes les plus aisées et chez les plus pauvres. Ces résultats indiquent que les progrès de l'éducation, l'amélioration du niveau de vie et « l'effet jeunesse » (les jeunes étant supposés vouloir moins d'enfants que leurs aînés) n'ont pas suffi à eux seuls à amorcer une maîtrise rapide de la fécondité et de la croissance démographique.

Certes l'amélioration des niveaux d'éducation et du niveau de vie sont deux facteurs qui sont associés à l'augmentation de l'utilisation de la contraception et à la maîtrise de la fécondité. Mais il s'agit là de déterminants sociaux économiques et non pas de déterminants proches. On oublie souvent à sujet que l'augmentation de l'utilisation de la contraception et la maîtrise de la fécondité supposent aussi que des services en santé de la reproduction et les contraceptifs soient accessibles, et que l'environnement social et politique soit favorable. Ces deux conditions sont, du moins jusqu'à tout récemment, pas vraiment remplies au Tchad. En clair, l'amélioration des niveaux d'éducation et la progression du niveau de vie ne suffisent pas à eux seuls à enclencher une large utilisation de la contraception et la maîtrise de la fécondité, pour la simple et bonne raison que l'éducation et l'amélioration du niveau de vie ne sont pas des contraceptifs.

Dans ces conditions, une accélération de l'utilisation de la contraception et de la baisse de la fécondité ne paraît pas évidente à priori au Tchad. Pour envisager « un décollage » de l'utilisation de la contraception moderne, il est nécessaire que les normes en matière de procréation et de statut de la femme évoluent plus rapidement que cela n'a été le cas jusqu'à présent. Une telle évolution est possible si le leadership du pays et l'ensemble de la population sont réellement convaincus des multiples bénéfices qu'on peut attendre, au niveau national, familial et individuel, d'une diffusion généralisée de la contraception, ceci, pour des raisons d'espacement, mais aussi de libre choix de la taille de sa famille en fonction du souhait de chacun et de ses moyens. Ceci suppose une acceptation réelle et non de façade d'un certain nombre d'idées nouvelles différentes des normes qualifiées de « traditionnelles » parmi les élites, mais surtout au sein de la population.

L'acceptation de ces idées passe selon « les diffusionnistes »¹²³ en particulier par des campagnes permanentes d'information, d'éducation, de communication (IEC), et des campagnes de communication pour des changements de comportements (CCC), accompagnées évidemment de services accessibles et de qualité en planification familiale. Par ailleurs, dans les politiques et programmes concernant la population, la santé et la santé de la reproduction, il convient de donner à la planification familiale la place légitime qui lui revient parmi les diverses composantes de la santé de la reproduction. Enfin, il apparaît urgent également dans le contexte tchadien de promouvoir vigoureusement les droits des femmes, leurs droits économiques, sociaux, mais aussi leurs droits reproductifs qui, sauf rares exceptions, ne sont toujours pas vraiment respectés.

6.3 Les expériences étrangères

Chaque pays reste unique d'un point de vue historique, culturel, économique et politique. Mais ceci n'empêche pas d'examiner les raisons du succès de certaines politiques et programmes, notamment en matière de planification familiale. Une revue des programmes mis en œuvre dans divers pays depuis les années 1970 a d'ailleurs été publiée en 2007¹²⁴.

Les programmes de planification familiale dans les pays en développement ont suivi en gros deux modèles¹²⁵. Le premier qui correspond le mieux à l'expérience des pays asiatiques comprend un soutien initial très appuyé des leaders politiques, une forte implication de l'État et du secteur public, et la promotion de la famille de taille réduite au nom du bien-être du pays. Dans le second modèle, qui correspond le mieux à l'expérience des pays d'Amérique latine et de la Caraïbe, les efforts initiaux : ouverture de cliniques, campagnes d'information, etc. ont été surtout le fait d'ONG et du secteur privé (à l'exception du Mexique). Mais dans nombre de ces pays, l'État et le secteur public ont fini par offrir des services, une fois la demande en planification familiale bien établie et les oppositions contournées ou affaiblies.

Parmi les pays ayant mis en œuvre avec succès des programmes de planification familiale, figurent de nombreux pays musulmans. Une analyse des niveaux de prévalence de la contraception et de fécondité dans les pays à majorité musulmane, 47 pays au total dont le Tchad selon la publication correspondante, a été publiée en 2005¹²⁶.

La mise à jour des données que nous avons faite à l'occasion de cette étude confirme la grande diversité des taux de prévalence de la contraception dans les 44 pays pour lesquels on dispose de données (données généralement récentes, puisque collectées entre 2000 et 2011, dans 38 pays, et entre 1994 et 1999 dans 6 pays). Avec des taux de prévalence pour toutes les méthodes compris entre 60 % et 75 %, 11 de ces pays font partie des pays ayant les plus fortes prévalences au monde (figure 9.1). Il s'agit en particulier de l'Iran, de la Turquie, du Maroc, de l'Algérie, de l'Indonésie, de l'Égypte, de la Tunisie. On notera aussi le taux de 56 % observé en 2007 au Bangladesh, pays classé comme le Tchad parmi les pays les moins avancés.

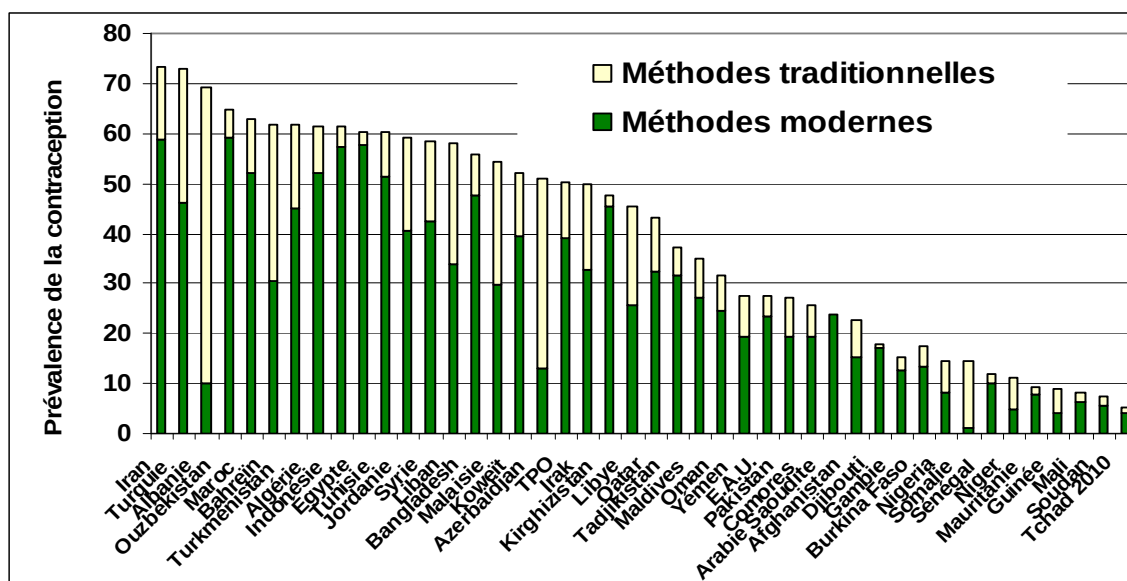
¹²³ Pour les « diffusionnistes », la faiblesse de la pratique contraceptive et la forte fécondité dans certains pays ou groupes de populations, notamment les plus pauvres, est essentiellement imputable au fait que le contrôle de la fécondité est mal compris et que les informations sur les méthodes contraceptives ne sont pas ou sont mal diffusées. Ils ne considèrent donc pas que la faiblesse des niveaux d'éducation et la pauvreté sont des obstacles à la diffusion de la pratique contraceptive, et donc ne pensent pas que l'augmentation des niveaux d'éducation soit un préalable à la diffusion de la pratique contraceptive (voir Casterline J. (2001) – « Diffusion processes and fertility transition » in Casterline J. (ed.) : *Diffusion Processes and Fertility Transition: selected Perspectives*, Washington D.C., National Academy Press, p. 1-38.

¹²⁴ ROBINSON W. C., ROSS J.A., 2007 – *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Warren C. Robinson et John A. Ross Eds., The World Bank, 2007, accessible at <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/GlobalFamilyPlanningRevolution.pdf>

¹²⁵ United Nations, 2006 – *Levels and Trends of Contraceptive Use As Assessed in 2002*. Population Division, Department of Economic and Social Affairs, ST/ESA/SER.A/239 United Nations 2006.

¹²⁶ L'islam et la planification familiale par Farzaneh Roudi-Fahimi, 2005, Population Reference Bureau, Washington, 2005. Accessible à http://www.prb.org/pdf06/IslamFamilyPlanning_FR.pdf

Figure 9.1. Pourcentage de femmes mariées utilisant une méthode de contraception lors de la dernière enquête réalisée dans les pays à majorité musulmane.



Source : United Nations 2012: « 2012 Update for the MDG database » [Contraceptive Prevalence](http://www.un.org/esa/population/unpop.htm) .
<http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>

Note : E.A.U. pour Émirats arabes unis, et TPO pour Territoires palestiniens occupés selon la terminologie des Nations unies.

D'après les estimations de la Division de la population des Nations unies publiées en 2011, le nombre moyen d'enfants par femme se situait en 2010 dans plus de la moitié de ces pays (24 sur 44) au-dessous de trois enfants par femme (figure 9.2), et dans les autres pays (20 sur 44) entre 3 et 7 enfants par femme, et au-dessus de 6 enfants par femme dans 5 pays : par ordre décroissant : Niger et Tchad, puis Somalie, Mali, Afghanistan.

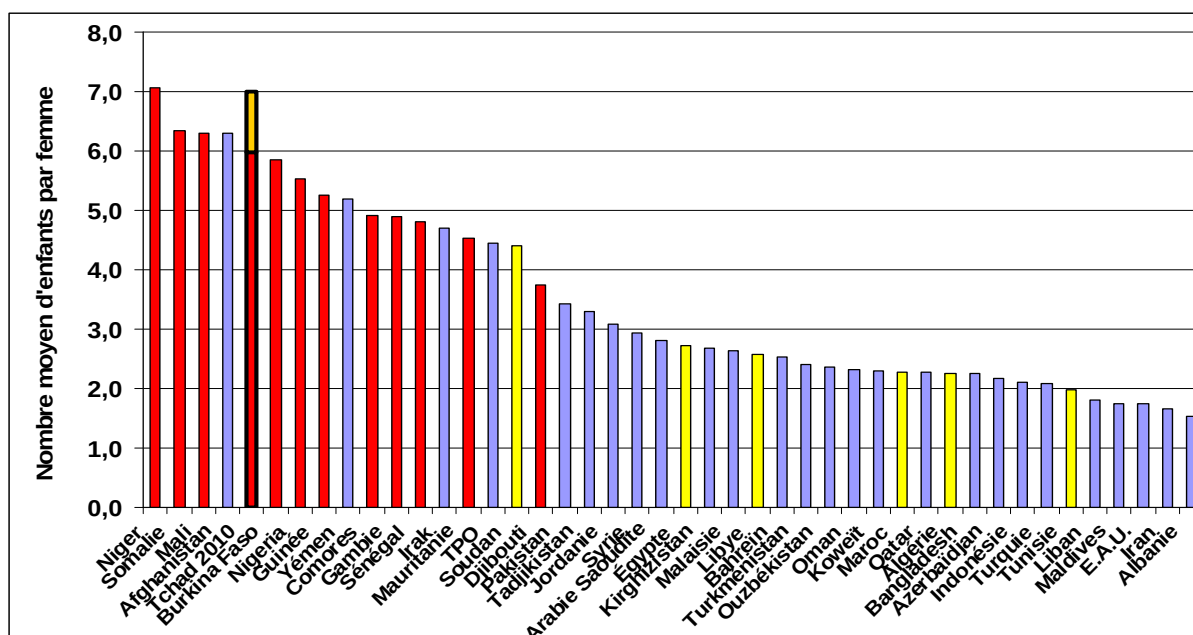
La rapidité de la progression de l'utilisation des méthodes modernes depuis 1970 dans ces pays est comparable à celle d'autres pays de traditions de cultures très différentes tels que la Corée du Sud, le Mexique et la Jamaïque. Cette rapidité contraste fortement avec la lenteur des évolutions observées dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Est (figure 9.3).

Les données collectées sur 14 pays, plus le Tchad, indiquent ainsi que des pays comme la Corée du Sud, le Mexique et la Jamaïque, sont passés d'une prévalence pour les méthodes modernes chez les femmes en union de 10 % à 20 % au début des années 1970 à plus de 60 % avant 2000. Plusieurs pays musulmans comme le Bangladesh, l'Indonésie, l'Égypte et le Maroc qui avaient au début des années 1970 des prévalences pour les méthodes modernes de l'ordre de 5 %, voire moins sont passés à des prévalences de 50 % à 60 % au début des années 2000.

En Afrique de l'Ouest, Afrique centrale et Afrique de l'Est, les progressions des taux de prévalence contraceptive ont été beaucoup plus lentes, y compris dans des pays comme le Kenya et le Ghana qui ont mis en œuvre très tôt, dans les années 1960, des programmes de planification familiale. Cependant, la trop grande dépendance par rapport aux financements extérieurs et le soutien timide et en tout cas irrégulier des gouvernements nationaux ont, entre autres raisons, empêché ces programmes de monter en puissance comme cela a été le cas dans les autres pays du monde.

Pour la période récente, la prévalence de la contraception moderne a fortement progressé au Rwanda ainsi qu'en Éthiopie suite à la mise en œuvre de programmes dynamiques, initiés par les autorités, et s'appuyant sur des campagnes de sensibilisation fortes et des réseaux denses d'agents communautaires décentralisés. Dans la quasi-totalité des autres pays, la prévalence de la contraception moderne progresse très lentement et dans plusieurs pays elle stagne, voire même régresse.

Figure 9.2. Nombre moyen d'enfants par femme dans les pays à majorité musulmane en 2010.

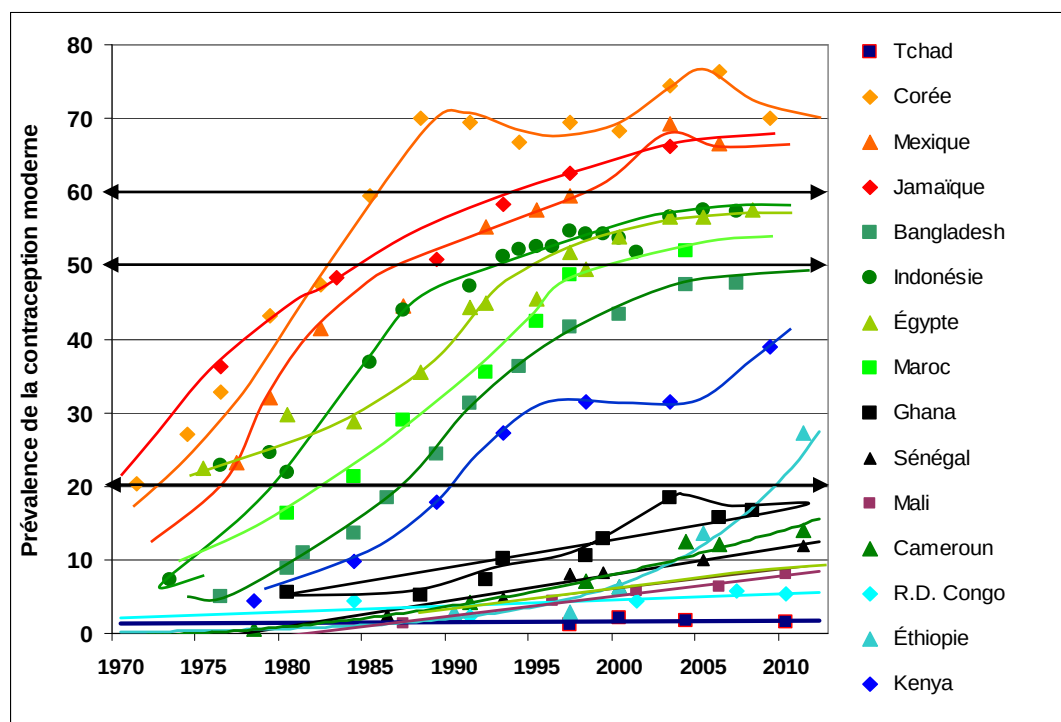


Source : World Population Prospects: The 2010 Revision United Nations, Population Division 2011, <http://www.un.org/esa/population/>.

Notes : E.A.U. Émirats arabes unis, et TPO pour Territoires palestiniens occupés selon la terminologie des Nations unies.

Les pays d'Afrique subsaharienne sont indiqués en rouge et les pays d'Afrique du Nord en jaune. Tous les autres pays sont des pays d'Asie, sauf l'Albanie.

Figure 9.3. Progression de l'utilisation des méthodes modernes de contraception, dans divers pays en développement et au Tchad depuis 1970.



Source : United Nations 2012: « 2012 Update for the MDG database », Contraceptive Prevalence, <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>, et United Nations Data base.

Examinons rapidement les expériences de deux de ces pays : l'Indonésie et le Bangladesh¹²⁷. En Indonésie, le gouvernement a mis sur pied en 1970 une Agence nationale chargée de la planification familiale dont le responsable avait un rang quasi ministériel et qui a bénéficié d'un appui sans faille du Président du pays. Le président de l'Agence devait s'assurer de l'engagement en faveur de la politique de population des principaux acteurs publics, privés, et de la société civile du pays : ministres et hauts fonctionnaires y compris dans les régions, industriels et commerçants, communautés académiques, personnalités culturelles et leaders religieux. Le vice-président de l'Agence avait quant à lui pour rôle de s'assurer du soutien en faveur de la planification familiale de la communauté médicale (gynécologues, médecins, sages-femmes, infirmiers) et de développer les cliniques, centres et consultations offrant des services en santé familiale et planification familiale. L'engagement fort de l'Agence aux côtés des personnalités du monde de la culture et des leaders religieux, ce afin d'assurer la production et une large diffusion de messages culturellement adaptés en faveur de la famille réduite et de l'utilisation des méthodes de contraception pour atteindre cet objectif a permis de « légitimer » la planification familiale dans un contexte général respectant la culture du pays. Suite à la crise financière et politique qui a touché le pays en 2000, les activités « population et planification familiale » ont été décentralisées, et l'Agence elle-même a été scindée en branches locales, ce qui a réduit son influence. Il reste que l'Indonésie, pays musulman le plus peuplé du monde, est passé selon les résultats d'enquêtes d'une prévalence de la contraception (pour toutes les méthodes) de 9 % en 1973 à 61 % en 2007, et d'une fécondité de 5,7 enfants par femme en 1965-1970 à 2,2 enfants par femme en 2005-2010. Pendant cette période, le PIB par tête de l'Indonésie en dollars constants 2000 a augmenté de 50 % (contre 18 % pour le Tchad), et il était estimé en 2011 à 3 500 dollars américains courants ou 4 700 dollars internationaux (soit trois fois plus qu'au Tchad). Dans les années 1970, l'Indonésie a connu une croissance économique de près de 8 % par an en moyenne, mais celle-ci s'est ralentie et elle a été de 6 % par an dans les années 1980, puis de 5 % par an en moyenne dans les années 1990 et 2000. Cependant, le ralentissement de la croissance démographique à partir des années 1980 a permis de maintenir le taux de croissance du PIB par tête à 3 % par an dans les années 1990 et d'atteindre 4 % dans les années 2000, chiffre qui permet d'envisager un doublement du PIB par tête en un peu plus d'une quinzaine d'années. Ceci dit, en dépit de la baisse rapide de la fécondité, la population de l'Indonésie a continué de croître et est passée de 118 millions en 1970 à 240 millions d'habitants en 2010, mais sa croissance démographique qui était de 2 % par an en 1970-1975 est passée à 1 % en 2005-2010.

Concernant le Bangladesh, peu de temps après son indépendance du Pakistan en 1971, les autorités du pays ont reconnu les défis considérables posés par la croissance démographique rapide. Une politique de population a été adoptée en 1976 et depuis, l'engagement des gouvernements successifs du pays en faveur de cette politique (révisée en 2004) ne s'est jamais démenti. Le ministère de la Santé et de la Population a ainsi mis en place un programme de planification familiale s'appuyant sur quatre composantes : 1) le recrutement de jeunes femmes mariées formées comme visiteuses familiales et conseillères familiales, chargées de faire du porte-à-porte pour informer les femmes et les familles visitées sur la contraception et les motiver pour l'accepter, 2) la disponibilité d'une large gamme de méthodes contraceptives, 3) l'ouverture de cliniques de planification familiale en milieu rural, et 4) des campagnes d'IEC (Information, Éducation et Communication) sur les méthodes contraceptives disponibles et les avantages de la famille réduite. Ce programme a reçu un appui important des bailleurs. Le Bangladesh est ainsi passé d'une prévalence de la contraception (pour toutes les méthodes) de 8 % en 1975-1976 à 54 % en 1999-2000, puis 56 % en 2007 (mais la prévalence des méthodes modernes semble stagner ces dernières années autour de 47 %). Par ailleurs, le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 6,9 enfants par femme en 1970-1975 à 2,4 enfants par femme en 2005-2010. Pendant cette période, le PIB par tête du Bangladesh en dollars constants 2000 a été multiplié par deux, soit une augmentation cinq fois plus importante que celle enregistrée pour le Tchad (+ 18 %). Dans les années 1970, après son indépendance, le Bangladesh a connu une croissance économique annuelle moyenne faible de 1,5 % par an, puis de 3 % dans les années 1980, 5 % dans les années 1980, et près de 6 % entre 2000 et 2010. Comme la croissance démographique s'est ralentie de 2,9 % par an en 1965-1970 (avant l'indépendance), à 1,1 % en 2005-2010, la croissance annuelle moyenne du PIB par tête qui était négative dans les années 1970, est passée à 0,5 % dans les années 1980, à 2,6 % dans les années 1990, et à 4,4 % entre 2000 et 2010. La population du Bangladesh a cependant quasiment triplé au cours des 40 dernières années passant de 67 millions en 1970 à 167 millions en 2010, et la densité de la population dépasse aujourd'hui les 1 000 habitants au kilomètre carré. Avec un PIB par tête en 2011 de 735 dollars courants, un peu inférieur à celui du Tchad, mais de 1 800 dollars internationaux (contre 1 530 pour le Tchad en 2011), le Bangladesh reste un pays pauvre. Mais la croissance démographie se ralentit et la croissance

¹²⁷ Sur une revue complète des politiques de population dans le monde et sur celles de ces deux pays, voir : John F. MAY, 2012 – *World Population Policies: Their Origin, Evolution, and Impact*, New York, Springer.

économique s'accélère. Ces résultats encourageants sont la conséquence du succès du programme national de planification familiale associé à une forte augmentation de la scolarisation des femmes. Celles-ci jouent aujourd'hui un rôle plus important au sein de la famille et dans la société, et elles ont pu entrer sur le marché du travail, notamment dans l'industrie textile. Tous ces facteurs ont joué simultanément et non isolément, et c'est peut-être la grande leçon à tirer de l'expérience du Bangladesh.

6.4 Quels sont les coûts associés à l'augmentation de la prévalence ?

L'estimation des coûts associés aux programmes de planification familiale et à l'augmentation de la prévalence contraceptive est un exercice difficile. Tout d'abord, les services de planification familiale dans le secteur public sont souvent intégrés dans des paquets de prestations de santé et il est compliqué d'en isoler le coût spécifique, surtout lorsque les sources de financement sont multiples. Ensuite, les parts respectives du secteur public et du secteur privé et l'importance du marketing social varient d'un pays à l'autre. Enfin, le taux d'urbanisation et les salaires pratiqués dans chaque pays ont aussi un impact sur le coût des programmes.

Il va de soi que les coûts associés aux programmes de planification familiale et à l'augmentation de la prévalence contraceptive comprennent en premier lieu les coûts d'achat des contraceptifs. Mais ils comprennent aussi la rémunération des personnels (en fonction du temps qu'ils consacrent à la planification familiale si celle-ci est intégrée dans des services de santé), la sensibilisation des personnels de santé à l'importance de la planification familiale, leur formation (notamment pour la fourniture de méthodes de longue durée), le recrutement de nouveaux personnels en cas d'augmentation de l'utilisation de la contraception et le recrutement et la formation d'agents communautaires. Ils incluent également des coûts liés aux infrastructures : entretien courant, réhabilitation-construction de nouveaux centres de santé, mise en place d'équipes mobiles, etc. Certains de ces aspects ont été pris en compte au Tchad dans le « Plan stratégique de sécurisation des produits en santé de la reproduction » (PSSPSR) 2009-2015.

L'augmentation de l'utilisation de la contraception nécessite aussi de stimuler la demande, ce qui implique des budgets importants en matière de communication pour le financement, par exemple des campagnes nationales de promotion de l'utilisation de la planification familiale. Enfin, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, un renforcement, voire une réorganisation de la chaîne logistique d'approvisionnement en produits contraceptifs et autres produits en santé de la reproduction apparaît nécessaire et cela a aussi un coût. Ces deux derniers aspects ont été également pris en compte au Tchad dans le PSSPSR 2009-2015 qui prévoit pour la composante « demande et utilisation » un financement de 54 millions de FCFA pour la « mise en place d'un plan de communication en santé de la reproduction », et pour la composante « capacité » un financement de 6 millions de FCFA pour la mise en place d'un système de gestion efficace des produits en santé de la reproduction.

Pour toutes ces raisons, trois approches sont généralement utilisées pour estimer les coûts associés aux programmes de planification familiale. La première approche, la plus simple, consiste à se limiter à estimer les coûts d'achat des produits contraceptifs, coûts auxquels on ajoute un pourcentage variable pour la couverture d'autres dépenses. La deuxième approche consiste à évaluer les coûts du programme à partir des chiffres de « couple-année de protection ». Cette approche inclut les coûts d'achat des produits contraceptifs et les coûts associés à leur distribution aux utilisateurs. La troisième approche consiste à prendre l'ensemble des coûts associés à la fourniture de services en planification familiale, ce qui permet en divisant ces coûts par le nombre d'utilisateurs d'évaluer le « coût par utilisateur ». Cette dernière approche inclut les coûts d'achat des produits contraceptifs et l'ensemble des coûts de fonctionnement du programme, mais exclut les dépenses nécessaires à l'extension du programme.

Nous avons essayé de chiffrer les coûts d'achat des produits contraceptifs pour les dix prochaines années pour chacune des trois hypothèses d'augmentation de la prévalence contraceptive présentées en 2.2 : + 0,5 point d'augmentation de pourcentage par an (hypothèse de progression lente de l'utilisation de la contraception ou hypothèse démographique haute), + 1,0 point d'augmentation par an (hypothèse intermédiaire), + 1,5 point d'augmentation (hypothèse volontariste ou hypothèse démographique basse). On notera qu'avec ces hypothèses, la satisfaction des besoins non satisfaits en contraception exprimés par 20 % des femmes tchadiennes en 2010, serait atteinte en 2060 avec l'hypothèse + 0,5 point d'augmentation par an, en 2030 avec l'hypothèse + 1,0 point d'augmentation par an et en 2023 avec l'hypothèse + 1,5 point d'augmentation par an. Il ne serait donc pas impossible pour le Tchad d'atteindre d'ici 2023, l'accès universel à la sante procréative tel que retenu dans la

cible 5b des OMD pour 2015. Mais cette hypothèse encourageante « de décollage rapide » de l'utilisation de la contraception ne doit pas faire illusion, car elle est le reflet de la faiblesse de la demande en contraception au Tchad, et cette demande est susceptible d'augmenter si les comportements fatalistes et pro natalistes actuels se modifient.

Les coûts d'achat des produits contraceptifs et leur évolution dépendent de quatre facteurs : 1) le coût de chaque méthode acceptée dans l'année et l'augmentation des prix au cours du temps ; 2) l'évolution du nombre de femmes en âge de procréer et en union ; 3) les changements dans la répartition des méthodes utilisées (puisque les coûts varient d'une méthode à l'autre) ; et 4) les hypothèses d'augmentation de la prévalence de la contraception retenues pour les méthodes modernes.

Concernant le coût des méthodes, selon les données de la Reproductive Health Supplies Coalition¹²⁸, les achats de contraceptifs pour le Tchad en 2009, 2010 et 2011 se sont élevés à 1,5 million de dollars américains (prix arrivés à N'Djamena hors taxes et frais de douane), ce qui correspond à 500 000 dollars américains en moyenne pour ces trois années. En divisant ce chiffre par notre estimation du nombre d'utilisatrices de méthodes modernes (non compris les stérilisations) : 73 000 en 2010, on arrive à un coût moyen de 7 dollars américains par utilisatrice, soit 3 000 FCFA (ceci en utilisant la moyenne des taux de change donnés par la Banque mondiale pour ces trois années). On arrive au même chiffre en divisant le coût des contraceptifs donné pour 2010 dans le PSSPR 2009-2015 : 220 millions de FCFA, par 73 000 utilisatrices. Ensuite, les données que nous avons utilisées pour les facteurs autres que le coût des méthodes résultent des projections démographiques et des hypothèses qui ont été faites.

On arrive ainsi à une estimation du coût total d'acquisition des contraceptifs en 2010 de 510 000 dollars (environ 230 millions de FCFA) pour les 73 000 utilisatrices de produits contraceptifs modernes¹²⁹ (tableau 13). En 2014, l'évolution d'utilisation de la contraception retenue entre 2010 et 2014 (cette évolution est la même pour les trois hypothèses) donne en 2014 une prévalence de 5,0 % non compris les stérilisations (voir en 2.2). Le coût total d'acquisition des contraceptifs est estimé à 825 000 dollars soit déjà 60 % de plus qu'en 2010. Ce montant qui correspond à environ 450 millions de FCFA au taux de change actuel, est proche des 480 millions de FCFA donnés pour 2014 par le PSSPR 2009-2015.

À partir de 2015, la combinaison des effets de l'augmentation du nombre de femmes en union, de l'inflation, et des hypothèses différentes d'évolution de la contraception retenues conduisent à des coûts d'acquisition des contraceptifs différents. On arrive ainsi en 2020 à un coût total de :

1. 1,8 million de dollars avec l'hypothèse de progression lente de l'utilisation de la contraception de + 0,5 point par an (hypothèse démographique haute), soit près de 4 fois plus qu'en 2010 ;
2. 2,4 millions de dollars avec l'hypothèse de progression de + 1 point par an ; et
3. 3 millions de dollars avec l'hypothèse de progression volontariste de + 1,5 point par an (hypothèse démographique basse), soit presque deux fois plus qu'avec l'hypothèse de progression lente de l'utilisation de la contraception, et 6 fois plus qu'en 2010.

Ainsi quelle que soit l'hypothèse retenue, les besoins en financement pour l'achat de contraceptifs seront considérables dans les années qui viennent. C'est au cours de la période supposée d'amorce du début de la maîtrise de la fécondité, entre 2015 et 2020, que les besoins en financement pour l'hypothèse volontariste de + 1,5 point par an seront les plus importants, puisque ces besoins pourraient être multipliés par près de 4 (contre une multiplication par 2 avec l'hypothèse de progression lente).

Pour les deux années 2013 et 2014, les besoins en financement ont été estimés à 1,6 million de dollars. Ensuite pour les cinq années 2015-2019, ils ont été estimés à environ 6 millions de dollars pour l'hypothèse de progression lente de l'utilisation de la contraception, et à près de 9 millions de dollars pour l'hypothèse volontariste. Pour les cinq années 2020-2024, les besoins ont été estimés à 12 millions de dollars pour l'hypothèse progression lente et à 21 millions de dollars pour l'hypothèse volontariste.

¹²⁸ Reproductive Health Supplies Coalition 2012, : <http://rhi.rhsupplies.org>, <http://rhi.rhsupplies.org/>

¹²⁹ Non compris les femmes ayant eu une stérilisation, estimées en 2010 à 4 900 environ et les utilisatrices éventuelles de « méthodes barrières » : diaphragme, mousse, gelée.

Tableau 13 : Coûts estimés des produits contraceptifs selon les hypothèses d'augmentation annuelle de la contraception au Tchad.

Périodes/ années	Ratio d'augmentation						
	2010	2014	2020	2025	2010 2014	2014 2020	2020 2025
Femmes de 15 à 49 ans en union (milliers)	1 870	2 166	2 587	3 074	1,16	1,19	1,19
Prévalence, méthodes modernes. Progression de la contraception							
- hypothèse « lente », + 0,5 point/an	3,9 %	5,0 %	7,6 %	9,9 %	1,28	1,51	1,30
- hypothèse + 1,0 point/an	3,9 %	5,0 %	10,0 %	14,4 %	1,28	1,99	1,44
- hypothèse volontariste, + 1,5 point/an	3,9 %	5,0 %	12,4 %	18,9 %	1,28	2,47	1,53
Utilisatrices, méthodes modernes (en milliers) ¹							
- hypothèse « lente », + 0,5 point/an	73	105	196	303	1,44	1,87	1,54
- hypothèse + 1,0 point/an	73	105	258	441	1,44	2,46	1,71
- hypothèse volontariste + 1,5 point/an	73	105	320	580	1,44	3,05	1,81
Coût des méthodes modernes (en milliers de dollars)							
- hypothèse « lente », + 0,5 point/an	511	826	1 844	3 299	1,62	2,23	1,79
- hypothèse + 1,0 point/an	511	826	2 426	4 812	1,62	2,94	1,98
- hypothèse volontariste, + 1,5 point/an	511	826	3 008	6 324	1,62	3,64	2,10
Cumul des coûts (en milliers de dollars)							
	Cumul 2013- 2014	Cumul 2015- 2019	Cumul 2020- 2024				
- hypothèse « lente », + 0,5 point/an	1 551	6 338	11 881				
- hypothèse + 1,0 point/an	1 551	7 571	16 456				
- hypothèse volontariste, + 1,5 point/an	1 551	8 804	21 031				

¹ Non compris les femmes ayant eu une stérilisation et les utilisatrices de diaphragme, mousse, gelée.

Source : Estimations/projections faites dans le cadre de l'étude.

Mais, tel indiqué plus haut, ces sommes ne représentent qu'une fraction du coût total du programme de planification familiale au Tchad. Elles ne comprennent pas en particulier le coût des activités de communication et de promotion de la planification familiale. Ce sujet est abordé dans une étude conduite en Égypte qui a tenté d'estimer l'efficacité des programmes de planification familiale par la mesure du coût de la promotion/communication par rapport aux personnes touchées et ayant changé de comportement¹³⁰. Cette étude conclut que le coût de promotion/communication par « couple-année de protection » était égal à 50 % du coût mesuré uniquement à partir des prix des contraceptifs.

Les estimations de coûts des programmes de planification familiale faites pour divers pays d'Afrique subsaharienne en utilisant l'approche « coûts par couple-année de protection » et l'approche « coûts par utilisateur » sont beaucoup plus élevées. L'étude sur la contribution de la planification familiale pour la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement réalisée en 2006 a estimé pour 16 pays d'Afrique subsaharienne, parmi lesquels le Tchad, les coûts associés entre 2005 et 2015 à la satisfaction des besoins non satisfaits en planification familiale dans ces pays d'ici 2020¹³¹. Cette étude utilise l'approche « coûts par couple-année de protection » avec un coût moyen de 11,20 USD par « couple-année de protection ». Ce chiffre correspond au coût moyen trouvé pour 5 pays d'Afrique

¹³⁰ ROBINSON W. C., LEWIS G. L., 2003 – *Cost Effectiveness Analysis of Behaviour, Change Intervention. A Proposed New Approach and an Application to Egypt*. Population Research Institute, the Pennsylvania State University, USA (Robinson), John Hopkins University Center for Communication Programs USA (Lewis), October 15, 2003.

¹³¹ MORELAND S., TALBIRD S., 2006 – *Achieving the Millennium Development Goals: The Contribution of Fulfilling Unmet Need for Family Planning*. Washington D.C., Futures Group, Policy Project. Moreland & Talbird^o: <http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/MDGMaster%209%2012%2006%20FINAL.pdf>

subsaharienne à la fin des années 1990 ; il est 1,6 fois plus élevé que le coût moyen d'achat des contraceptifs de 7 dollars par utilisatrice trouvé pour le Tchad en 2010. Cette étude donne également des estimations de « coûts par utilisateur » en soulignant que ces coûts diminuent avec l'augmentation de la prévalence de la contraception qui permet de réaliser des économies d'échelle. Mais, l'estimation donnée pour le Tchad 6 dollars par utilisateur dans les années 1990, paraît faible voire très sous-estimée. Pour l'Afrique subsaharienne, l'estimation du coût moyen par utilisateur est de 28 USD en 2005 et de 26,2 USD en 2010, soit près de 4 fois plus que le coût moyen d'achat des contraceptifs par utilisatrice de 7 dollars trouvé pour le Tchad. Une étude plus récente du même auteur principal donne pour 2010 un coût moyen par utilisateur pour l'Afrique de 27,6 USD, soit un chiffre très proche de l'estimation précédente¹³². Outre ces estimations de « coûts par couple-année de protection » et de « coûts par utilisateur », cette étude donne également une idée des « coûts-bénéfices » qu'on peut attendre de la mise en place de programmes de planification familiale dans les 16 pays d'Afrique subsaharienne étudiés.

Concernant le Tchad, l'hypothèse retenue alors d'une satisfaction des besoins non satisfaits en planification familiale en 2015 conduit à une augmentation de la prévalence de la contraception de 0,5 point de pourcentage par an, identique à celle que nous avons retenue pour notre hypothèse démographique basse. L'hypothèse satisfaction des besoins non satisfaits est comparée avec l'hypothèse de non satisfaction de ces besoins conduit en 10 ans à un certain nombre personnes en moins qui sont en fait des enfants de moins de 10 ans correspondant à des « naissances évitées » du fait de l'augmentation de la prévalence de la contraception (voir sur ce sujet en 3.4). L'étude estime ensuite d'une part, les coûts du programme de planification familiale avec une augmentation de la prévalence de la contraception de 0,5 point de pourcentage par an sur la base d'un coût moyen « couple-année de protection », de 11,20 USD et d'autre part, le « moins à dépenser » c'est-à-dire les économies réalisées du fait de la croissance moins rapide du nombre d'enfants de moins de 10 ans entre 2005 et 2015. Ces « moins à dépenser » sont calculés pour l'éducation, les vaccinations, l'approvisionnement en eau, la santé maternelle et la lutte contre le paludisme. Ces « moins à dépenser » apparaissent ainsi en 10 ans 5 fois plus importants que les dépenses supplémentaires nécessitées par l'augmentation de la prévalence de la contraception. Ce ratio « coût-bénéfice » est de 3 pour le Mali et le Niger, et de 6 pour le Sénégal, ratio le plus élevé trouvé. À noter qu'entre 80 % et 90 % (84% au Tchad) des économies réalisées le sont dans l'éducation, la santé maternelle et les vaccinations. Un investissement supplémentaire en planification familiale apparaît donc comme un investissement avec des retours très importants à court terme, mais aussi à long terme (voir en 2.2), et il facilite en même temps l'amélioration du capital humain que constituent les enfants.

Cela dit, amorcer le début de la maîtrise de la fécondité au Tchad nécessite des efforts supplémentaires considérables en matière de communication à travers par exemple des campagnes nationales en continu de promotion de l'utilisation de la planification familiale. Tout futur plan en santé de la reproduction, et de sécurisation des produits en santé de la reproduction devra, concernant le volet planification familiale, prévoir aussi soigneusement que possible les activités correspondantes. Par ailleurs, des choix doivent être faits en termes d'évolution de méthodes utilisées, de segmentation du marché et de répartition des charges financières correspondantes. Certaines méthodes comme les implants, les injectables, les DIU requièrent l'intervention d'un personnel qualifié dans des structures fixes ou des structures mobiles équipées. Les prestataires peuvent aussi bien relever du secteur public que du secteur privé et les contraceptifs peuvent être distribués avec ou sans prescription, selon les méthodes et la réglementation en vigueur. Le secteur privé comprend de multiples intervenants – hôpitaux, cliniques, centres de santé, médecins privés, pharmacies, centres de planning familial, boutiques, distribution à base communautaire – dont la contribution à l'effort d'extension de l'utilisation de la contraception moderne devrait être renforcée.

Enfin, comme on l'a déjà souligné, amorcer le début de la maîtrise de la fécondité et accroître l'utilisation des méthodes contraceptives au Tchad nécessitent un engagement résolu de tous les acteurs concernés. Si le gouvernement et le leadership du pays décidaient de s'engager dans ce sens, il est clair qu'il sera difficile pour les autorités tchadiennes de supporter les coûts d'achat des contraceptifs et l'ensemble des autres coûts du programme de planification familiale. La diminution ces dernières années des financements des partenaires en faveur des programmes de planification familiale a compromis l'extension de l'utilisation de la contraception dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Il importe aujourd'hui, qu'à côté des efforts consentis par les gouvernements, les

¹³² MORELAND S., SMITH E., SHARMA S., 2010 – *World Population Prospects and Unmet Need for Family Planning*. April (revised October 2010). Futures Group, <http://www.futuresgroup.com/wp-content/uploads/2010/04/World-Population-Prospects-and-Unmet-Need-for-Family-Planning-10.07.10.pdf>

bailleurs et autres partenaires s'engagent eux aussi à redonner à la planification familiale la place importante qui lui revient.

7 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les divers éléments contenus dans ce document n'ont pas d'autre objectif que de permettre d'approfondir encore davantage, les réflexions en cours sur les politiques et programmes à mettre en œuvre pour conforter et accélérer la croissance économique et réduire la pauvreté au Tchad.

Que faut-il en retenir ? Tout d'abord que les débats entre les partisans du « tout planning familial » et ceux pour qui « le développement est le meilleur contraceptif » sont dépassés dans le contexte africain et mondial actuel. Il n'y pas de solution démographique aux problèmes de développement que ce soit au Tchad ou ailleurs. Mais le meilleur contraceptif n'est pas non plus le développement. Comme le montre l'exemple des pays émergents et celui du Bangladesh, il n'y a pas de développement sans prise en compte des variables démographiques. Historiquement parlant, il n'y a pas d'exemples de pays qui se soient développés avec 6 à 7 enfants par femme en moyenne sur longue période. Ainsi, parmi les 10 pays « en développement » du G20, tous sauf un avaient au début des années 1960 entre 6 et 7 enfants par femme. En 2005-2010 ces pays avaient entre 1,3 et 3 enfants par femme (pour respectivement la Corée du Sud et l'Arabie Saoudite). Pour cela, ces pays, à quelques rares exceptions près, ont développé l'information sur la planification familiale et l'accès aux services correspondants. Et la maîtrise de la fécondité dans ces pays a été un levier favorisant leur développement, développement qui a leur a permis parallèlement d'accélérer l'utilisation de la contraception, de promouvoir l'émancipation des femmes, et d'améliorer la qualité de leur capital humain.

La non-maîtrise de la fécondité au Tchad, conduit comme on l'a vu au maintien d'une croissance démographique de 3,5% par an pendant plusieurs décennies. Une telle croissance démographique n'est pas soutenable. Elle compromet les chances du Tchad de réduire significativement la pauvreté et de diversifier son économie afin d'arriver à un développement durable. Dans ce cas en effet, les sommes nécessaires pour simplement faire face à l'augmentation continue du nombre des accouchements, des effectifs d'enfants à vacciner et à scolariser, seraient supérieures à la croissance économique du pays et aux recettes de l'Etat, ce qui priverait celui-ci de toute marge de manœuvre pour intervenir dans d'autres secteurs (agriculture, infrastructures, etc.). On serait alors dans un scénario du type « les lions pris au piège » avec une économie peu productive, dont la croissance dépendrait essentiellement de l'exportation de matières premières, et une pauvreté toujours importante¹³³.

Le développement ne se réduit pas à la croissance économique et à l'augmentation du PIB. C'est aussi le développement humain. C'est aussi selon le Prix Nobel d'Economie 1998 indien, Amartya Sen, un processus d'élargissement des choix des personnes qui apporte plus de liberté à tous. De ce point de vue, on doit s'interroger sur la signification de la persistance d'une forte fécondité au Tchad. Jusqu'à présent les politiques de développement, ont privilégié la croissance économique sans vraiment tenir compte de la dimension démographique du développement. Les politiques en matière de santé et de santé de la reproduction ont mis l'accent sur la santé de la mère et de l'enfant, ce qui répond évidemment à des besoins importants et pressants. Mais, finalement ces politiques n'ont pas contribué à une maîtrise de la fécondité, mais ont eu au contraire des effets natalistes.

Les niveaux élevés de fécondité au Tchad sont associés à des proportions très fortes de grossesses à risques. Il ne sera pas possible d'arriver rapidement à une diminution de la mortalité maternelle, de la mortalité des enfants, et d'éviter le drame de la malnutrition chronique chez les enfants si lourde de conséquence pour leur avenir, sans réduction des grossesses à risques. Cette réduction passe par une utilisation plus importante de la contraception, ce qui correspond d'ailleurs à un besoin exprimé par nombre de femmes tchadiennes. L'éducation n'est pas une méthode contraceptive, le développement non plus. L'augmentation de l'utilisation de la contraception suppose des services en santé de la reproduction de qualité et facilement accessibles. Mais, elle passe aussi par un changement des normes et des valeurs en matière de reproduction. Tout se passe actuellement, comme si les femmes, en particulier les femmes mariées, devaient procréer autant que faire se peut,

¹³³ Afrique 2025, 2003 : « Quels futurs possibles pour l'Afrique au sud du Sahara ». Futurs, Africains, collection Tropiques, Karthala, Paris, 2003, p.135-150.

pendant toute leur vie féconde, pour répondre à des normes sociales, qui d'ailleurs ne correspondent plus totalement au Tchad d'aujourd'hui. Le « bien-être familial », la contraception, ce n'est pas la limitation des naissances, c'est au contraire avoir des enfants sains, capables d'apprendre et de réussir. Evidemment, avoir des enfants doit continuer à rester un événement heureux pour les femmes et les familles tchadiennes. Mais tout ne se passe pas toujours de manière idéale. Avoir des enfants comporte aussi des risques qu'il convient d'anticiper en planifiant, et suppose aussi pour les parents (biologiques ou au sens large) d'assumer leurs responsabilités de nourrir et éduquer « leurs enfants ». En tous cas, la stagnation de l'utilisation de la contraception au cours des 15 dernières années n'est pas acceptable. Et comme on l'a vu, une progression lente de son utilisation conduirait à atteindre les besoins non satisfaits actuels, en 40 ans soit en 2060 !

La révision de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté 2008-2011 est toujours en cours et devrait déboucher sur un « Plan National de Développement » pour la période 2013-2015. Il est également envisagé, comme cela s'est fait dans d'autres pays, d'engager une réflexion sur l'avenir du pays à moyen terme. Aussi, avant 2015, et en 2015, plusieurs plans et programmes arriveront à terme et devront être révisés. Les OMD arriveront aussi à leur terme en 2015, et ils devraient être remplacés par des objectifs de développement durable¹³⁴.

Dans ce contexte favorable, nous prenons le risque de soumettre à l'appréciation des autorités, de la société civile et des partenaires techniques et financiers du Tchad, quelques recommandations.

Il conviendrait d'abord de faire dès que possible, à la lumière des dernières données disponibles et des publications les plus récentes, un diagnostic sans complaisance et un réexamen concernant :

- les relations entre population et développement ;
- le contenu du plaidoyer actuel « population-développement » en direction des leaders ;
- la politique de population, les politiques, plans, programmes en matière de santé, de santé de la reproduction, de sécurisation des produits en santé de la reproduction, les politiques sectorielles, et les stratégies de développement ;
- la répartition, explicite et implicite, des rôles de chaque acteur (public, ONG, privé, partenaires) dans les domaines de la population, de l'information et des services en planification familiale ;
- les campagnes de sensibilisation menées jusqu'ici concernant la planification familiale ;
- le fonctionnement des services en matière de planification familiale.

Puis, afin d'amorcer le processus qu'ont connu les pays émergents, il est suggéré l'adoption de deux feuilles de routes ou leur équivalent, qui pourraient s'appeler éventuellement respectivement « feuille de route vers un développement durable », et « feuille de route pour la maternité à moindres risques, la survie des enfants et leur sécurité nutritionnelle ». La « feuille de route vers un développement durable » devrait suggérer des objectifs et des actions associées à des budgets prévisionnels, afin d'arriver à une meilleure prise en compte de la variable démographique dans le « Plan National de Développement » et dans les plans sectoriels. La « feuille de route pour la maternité à moindres risques, la survie des enfants et leur sécurité nutritionnelle » a vocation à remplacer en 2015 la « Feuille de Route Nationale pour la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile 2009-2015 ». Elle devrait aussi suggérer des objectifs et des actions associées à des budgets prévisionnels, et aider entre autres à la formulation d'un nouveau « Plan Stratégique de Sécurisation des Produits en Santé de la Reproduction » (PSSPSR), en remplacement du plan 2009-2015.

Ces deux feuilles de route pourraient s'articuler autour des points et du calendrier suivants (l'ordre dans lequel ces points sont indiqués, et le calendrier proposé sont donnés à titre indicatif) ;

¹³⁴ Nations unies 2012 : Conférence des Nations Unies sur le développement durable, Rio de Janeiro 20-22 juin 2012. Rio+20 - L'avenir que nous voulons, 2012, p.52-54.
http://www.uncsd2012.org/content/documents/775futurewewant_french.pdf

A° - à court terme, c'est-à-dire à un an d'échéance, on pourrait envisager :

1. la réalisation et la publication de nouvelles projections nationales de population, du type outil d'aide à la décision, comme celles présentées dans ce document. Ces projections pourraient reprendre un scénario d'augmentation de la prévalence contraceptive de 1,5 point de pourcentage par an et un scénario d'augmentation de 0,5 point, voire un scénario fécondité constante. Les résultats de ces projections devraient être examinés en fonction de diverses hypothèses de croissance économique : 7%, 5% et 3% par an par exemple. Elles devraient être complétées par des projections dérivées, mettant en lumière les besoins futurs en matière de santé et d'éducation en tenant compte à la fois de l'augmentation des sous-populations concernées, et des retards de couverture à rattraper ;
2. l'organisation d'Etats généraux sur le thème « Population et développement ». Ces Etats généraux devraient permettre de réexaminer la situation du Tchad à la lumière des publications des dix dernières années et des connaissances nouvelles acquises au niveau international (présentées et citées en 4.1 et 4.2). Ces Etats généraux pourraient être l'occasion de présenter les nouvelles projections nationales de population, et d'examiner les raisons des succès des programmes de planification familiale enregistrés dans d'autres pays¹³⁵, en particulier dans les pays musulmans ;
3. l'intégration des résultats des projections de population, si possible dans le « Plan National de Développement » 2013-2015, et en tous cas dans le processus de réflexion sur l'avenir du pays à moyen terme ;
4. la réalisation de nouveaux outils de plaidoyer « Population et développement » afin de convaincre le leadership du pays de l'urgence de prises de décisions concernant a) la nécessité d'amorcer le début de la maîtrise de la fécondité au Tchad pour ne pas compromettre ses chances d'arriver à un développement durable, et b) la nécessité de diminuer le nombre des grossesses à risques qui coûtent cher au pays et aux familles. Comme en Indonésie, le contenu de ces outils de plaidoyer doit permettre de « légitimer » la planification familiale dans le respect général de la culture du pays en tenant compte des résistances actuelles à une large diffusion de la contraception ;
5. le lancement de plusieurs actions de sensibilisation (en utilisant en particulier les nouveaux outils de plaidoyer développés) au niveau du gouvernement, des parlementaires, des universitaires, des élites, des leaders d'opinion et des personnalités du monde culturel ;
6. le lancement en collaboration avec les personnels de santé de l'élaboration d'un Guide ou Manuel d'autoformation en Santé de la Reproduction à l'intention de ces personnels, et qui serait testé sur le terrain avant sa finalisation (ce Guide ou Manuel pourrait s'inspirer « Guide de sensibilisation en matière de Santé de la Reproduction » publié en 2004) ;
7. la préparation puis le lancement d'une campagne nationale, multi média de communication en continu en faveur de la satisfaction des besoins non satisfaits en contraception et de l'adoption de nouvelles normes culturelles en matière de reproduction et de libre choix des femmes. On pourrait examiner la possibilité de recruter comme au Bangladesh, des jeunes femmes mariées formées comme visiteuses familiales et conseillères familiales, chargées de faire du porte à porte pour connaître les besoins des femmes et encourager celles qui exprimeraient un besoin à se rendre dans un centre de santé ou une structure appropriée ;
8. la mise à disposition immédiate aux prestataires de produits de contraception variés et l'organisation de leur promotion dans le cadre de « l'initiative de Muskoka », qui vise à obtenir des résultats concrets en matière de réduction des taux de mortalité des mères, des nouveau-nés et des enfants.

B° - à moyen terme, c'est-à-dire d'un an à trois ans d'échéance, on pourrait envisager :

1. l'élaboration d'une nouvelle politique de population. Celle-ci devra évidemment s'inscrire dans le cadre du « Plan National de Développement 2013-2015 ». Cela ne signifie pas

¹³⁵ Population Reports, 2008: Facteurs de succès dans les programmes de planification familiale John HopKins disponible en anglais : « Elements of Success in Family Planning Programming » Population Reports - INFO ProjectCenter for Communication Programs Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland 21202 USA, septembre 2008, voir : http://shops.hfwebdev.com/sites/default/files/resources/5230_file_Family_Planning_PUB.pdf

pour autant qu'elle doit, comme c'est le cas actuellement et dans de nombreux pays, couvrir la plupart des domaines du développement. Cette nouvelle politique, pourrait prendre la forme d'une courte « Déclaration du gouvernement en matière de politique de population », d'une dizaine de pages adoptée en Conseil des ministres, comme cela a été fait au Niger en 2007¹³⁶. Cette déclaration devra s'appuyer sur les nouvelles projections de population et les dernières données disponibles. Mais, elle devrait être recentrée sur le champ qui est le sien, à savoir comment influencer la dynamique de la population, c'est-à-dire conforter la poursuite de la baisse de la mortalité à tous les âges et amorcer le début de la maîtrise de la fécondité. Elle devrait être complétée par exemple par un plan d'actions ciblées de mise en œuvre (de 5 à 10 ans), et d'un document de stratégies d'interventions associées à des budgets prévisionnels réalistes. Afin d'être plus lisible et crédible, cette nouvelle politique de population ne devrait pas inclure les questions liées aux migrations. Ces questions devraient plutôt relever de deux politiques particulières différentes : une politique d'aménagement du territoire et une politique migratoire et de gestion des migrants (réfugiés, diaspora et retours) qui impliquent des interventions de l'Etat et des acteurs différents de ceux concernés par la politique de population stricto sensu ;

2. la finalisation du Guide ou Manuel d'autoformation en Santé de la Reproduction à l'intention des personnels de santé, sa diffusion sur l'ensemble du territoire et l'organisation d'ateliers courts de sensibilisation à son contenu et à son utilisation ;
3. un examen détaillé (ou un audit) du rôle de chacun : Ministère du Plan et DCAP, Ministère de la Santé publique, ONG, secteur commercial privé, en matière de plaidoyer, d'information et de sensibilisation, et de services en matière de planification familiale, ceci afin de pouvoir procéder aux réaménagements et réorganisations nécessaires à une meilleure efficacité globale des actions entreprises ;
4. la mise en cohérence, en termes de données utilisées et d'objectifs à atteindre, des politiques de population, de santé, de santé de la reproduction, de sécurisation des produits contraceptifs, des politiques sectorielles, du « Plan National de Développement » 2013-2015 », et de tout document prospectif sur l'avenir du pays à moyen terme.

¹³⁶ Niger 2007 : Déclaration du gouvernement en matière de politique de population, Ministère de la Population et de l'Action sociale, 2007, Niamey.

Liste des Figures

- Figure 1.1. Estimations de l'évolution de la population totale, urbaine, rurale et de N'Djamena de 1960 à 2012.
- Figure 1.2. Estimations de l'évolution de l'indice synthétique de fécondité (ISF) et de l'espérance de vie à la naissance (E0), 1960-2012.
- Figure 1.3. Évolution des taux de natalité, mortalité, d'accroissement naturel et annuel, 1960-2010.
- Figure 1.4. Évolution des naissances, décès, de l'accroissement naturel et annuel de la population, 1960-2010.
- Figure 1.5. Évolution de populations d'âges spécifiques, base 100 en 1960.
- Figure 1.6. Évolution de la fécondité dans divers pays en développement et africains depuis 1960.
- Figure 1.7. Évolution de la fécondité dans divers pays africains et au Tchad depuis 1960
- Figure 1.8. Pyramide des âges de la Corée du Sud en 1960 et en 2010.
- Figure 1.9. Évolution du taux de dépendance – effectifs de moins de 15 ans et des 65 ans et plus pour 100 « actifs » de 15 à 64 ans – dans divers pays en développement et africains depuis 1960.
- Figure 1.10 Évolution du taux de dépendance – effectifs de moins de 15 ans et des 65 ans et plus pour 100 « actifs » de 15 à 64 ans – dans divers pays africains et au Tchad depuis 1960
- Figure 2.1. Projections de la population totale selon trois hypothèses, 2010-2050.
- Figure 2.2. Projections des populations urbaines, rurales et de N'Djamena selon les hypothèses haute et basse, 2010-2050.
- Figure 2.3. Projections des nombres annuels de naissances, de décès et de l'accroissement naturel selon les hypothèses haute et basse, 2010-2050.
- Figure 2.4. Projections des taux bruts de natalité, de mortalité, et d'accroissement naturel selon les hypothèses haute et basse, 2010-2050.
- Figure 2.5. Projections des pourcentages des moins de 15 ans dans la population totale, et des taux de dépendance pour 100 « actifs potentiels » de 15 à 64 ans selon les hypothèses haute et basse, 2010-2050.
- Figure 2.6. Tchad, pyramide des âges mi-2012, ensemble de la population résidente.
- Figure 2.7. Tchad, pyramide des âges mi-2030, ensemble de la population, selon les hypothèses basse (22 millions) ou haute (23 millions).
- Figure 2.8. Tchad, pyramide des âges mi-2050, ensemble de la population, selon les hypothèses basse (37 millions) ou haute (48 millions).
- Figure 3.1. PIB par tête (en dollars PPA) des pays d'Afrique centrale en 2011.
- Figure 3.2. Évolution du PIB réel total et du PIB par tête du Tchad de 1960 à 2011 (en dollars américains constants de 2000).
- Figure 3.3. Évolution des taux de croissance annuels en termes réels du PIB total et du PIB par tête du Tchad de 1960 à 2010.
- Figure 3.4. Contribution de chaque grand secteur d'activités au PIB de 1960 à 2008 en %.
- Figure 3.5. Évolution des taux de croissance annuels en termes réels du PIB total et du PIB par tête du Tchad par période quinquennale de 1990 à 2010.
- Figure 3.6. Évolution de 2015 à 2035 du PIB par tête du Tchad, en milliers de FCFA, selon diverses hypothèses de croissance économique et démographique.
- Figure 4.1. Évolution des taux d'alphabétisation et de scolarisation.
- Figure 4.2. Évolution des taux bruts et des taux nets de scolarisation dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur.
- Figure 5.1. Pourcentage de femmes enceintes ayant eu des soins prénataux, assistées à leur accouchement par du personnel qualifié, et estimations de la mortalité maternelle.
- Figure 5.2. Évolution des taux de mortalité infantile et à moins de 5 ans et de la malnutrition des enfants au Tchad depuis 1980.
- Figure 5.3. Répartition de l'ensemble des naissances selon les risques associés aux grossesses.
- Figure 5.4. Répartition des naissances des femmes mariées selon les risques associés à leurs grossesses.

- Figure 6.1. Cumul des différences d'effectifs (en milliers) entre les hypothèses haute et basse.
- Figure 6.2. Progressions annuelles moyennes des dépenses en santé et en éducation selon les hypothèses d'augmentation des taux de couverture sanitaire et de scolarisation (rattrapage en 10 ans ou en 20 ans) pour 2015-2025 et 2025-2035 (hypothèse démographique haute).
- Figure 6.3. Gains cumulés en milliards de FCFA des différences de dépenses pour l'hypothèse d'augmentation des taux de couverture sanitaire et de scolarisation (« rattrapage en 20 ans ») pour les hypothèses démographiques haute et basse, 2010-2035.
- Figure 7.1. Taux de croissance annuels moyens du PIB par grande période et grande région - 1820-2001.
- Figure 7.2. Taux de croissance annuels moyens de la population par grande période et grande région - 1820-2001.
- Figure 7.3. Taux de croissance annuels moyens des PIB par tête par grande période et grande région - 1820-2001.
- Figure 7.4. Schéma du cycle de vie économique et des transferts correspondants.
- Figure 7.5. Montants agrégés des revenus du travail et de la consommation par âge, Nigeria 2004.
- Figure 7.6. Montants agrégés des revenus du travail et de la consommation par âge, Allemagne 2003.
- Figure 8.1. Évolution de l'utilisation de la contraception et de la demande totale.
- Figure 8.2. Point annuel moyen de progression de la prévalence de la contraception par période.
- Figure 8.3. Âge aux premiers rapports sexuels et à la première union chez les femmes et chez les hommes âgés de 25 à 29 ans en 2004, et âge à la première naissance chez les femmes.
- Figure 8.4. Nombre idéal moyen d'enfants par niveau d'éducation en 1996-1997 et 2004.
- Figure 8.5. Nombre idéal moyen d'enfants par quintile de richesse en 1996-1997 et 2004.
- Figure 8.6. Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge et niveau d'éducation en 2004.
- Figure 8.7. Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge et par quintile de richesse en 2004.
- Figure 9.1. Pourcentage de femmes mariées utilisant une méthode de contraception lors de la dernière enquête réalisée dans les pays à majorité musulmane.
- Figure 9.2. Nombre moyen d'enfants par femme dans les pays à majorité musulmane en 2010.
- Figure 9.3. Progression de l'utilisation des méthodes modernes de contraception, dans divers pays en développement et au Tchad depuis 1970.

Liste des Tableaux

Tableau 1. Démographie, 1960-2010 (effectifs en milliers).

Tableau 2. Projections démographiques, 2010-2050 (effectifs en milliers).

Tableau 3. Économie.

Tableau 4. Éducation.

Tableau 5. Santé.

Tableau 6. Pourcentage de naissances issues de grossesses à risques.

Tableau 7. Objectifs de la Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté au Tchad, SNRP2 : 2008-2011

Tableau 8. Objectifs démographiques selon les politiques, plans et programmes.

Tableau 9. Utilisation et progression de l'utilisation de la contraception.

Tableau 10. Utilisation, besoins, et demande en contraception par niveau d'éducation et quintile de richesse.

Tableau 11. Nombre idéal moyen d'enfants par niveau d'éducation et quintile de richesse.

Tableau 12. Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge, niveau d'éducation et quintile de richesse en 2004.

Tableau 13. Coûts estimés des produits contraceptifs selon les hypothèses d'augmentation annuelle de la contraception au Tchad.

