

CHAPITRE 1

CONTEXTE GÉNÉRAL DU PAYS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Bandoumal Ouagadjo

1.1 CARACTÉRISTIQUES DU PAYS

1.1.1 Géographie

Le Tchad est situé entre les 7° et 24° degrés de latitude nord et les 13° et 24° degrés de longitude est. Par sa superficie de 1 284 000 km², il occupe le cinquième rang des pays les plus vastes d'Afrique après le Soudan, l'Algérie, le Zaïre et la Libye. Du nord au sud, il s'étend sur 1 700 km et, de l'est à l'ouest, sur 1 000 km.

De par sa position géographique, au sud du Tropique du Cancer et au coeur du continent africain, le Tchad est marqué par une continentalité accentuée dont l'étranglement économique est l'une des conséquences. Il partage des frontières communes avec, au nord, la Libye, à l'est, le Soudan, au sud, la République Centrafricaine et, à l'ouest, le Cameroun, le Nigéria et le Niger. Le pays est dépourvu de toute façade maritime. Le port le plus proche se trouve au Nigéria (Port Harcourt), à 1 700 km de la capitale N'Djaména. Au niveau intérieur, les communications entre les différentes régions du pays sont difficiles, pendant plusieurs mois, à cause des inondations pluviales qui rendent inaccessibles certaines d'entre elles.

Sur le plan climatique, on note trois zones dominantes : la zone saharienne qui s'étend sur environ 780 000 km², avec une pluviométrie très basse de moins de 300 mm par an (23 mm à Faya-Largeau). La zone sahélienne qui couvre une superficie d'environ 374 000 km² est située au sud de la zone précédente. Les pluies ne sont abondantes qu'au sud et durent deux à trois mois (400 à 700 mm par an). La zone soudanienne couvre une superficie d'environ 130 000 km² et est constituée par les deux bassins des fleuves Chari et Logone. Les pluies y dépassent les 700 mm par an et atteignent 1 200 à 1 300 mm à Sarh et Moundou.

1.1.2 Situation politique et administrative

Ancienne colonie française, le Tchad a accédé à l'indépendance le 11 Août 1960. Moins de quatre ans après l'indépendance, son développement a été miné par une succession de crises politico-militaires qui ont eu un effet désastreux sur son potentiel économique et sur la capacité des hommes et des organisations à se motiver pour son développement. De manière générale, la gestion du gouvernement se caractérisait par :

- le gaspillage des ressources publiques en raison, principalement, du poids des dépenses militaires, de l'inadéquation des modes d'allocation et des pratiques avérées de corruption;
- une prédominance de l'État, organisé sur une base fortement centralisée, tandis qu'un rôle négligeable était laissé, d'une part, au secteur privé et, d'autre part, aux organisations de la société civile;

- une absence de possibilité d'expression pour le plus grand nombre, faute d'élections démocratiques, de moyens d'informations libres et de relais permettant à la population de participer à la gestion du développement.

L'actuelle décennie a constitué, de ce point de vue, un tournant important pour le Tchad avec l'amorce du processus démocratique qui a conduit à la conférence nationale souveraine en 1993, à l'adoption d'une nouvelle constitution en 1996, puis à la tenue récente d'élections présidentielles et législatives libres (PNUD, 1997).

Sur le plan administratif, le pays est découpé en : 14 préfectures, 71 sous-préfectures, 23 postes administratifs, 54 communes, 11 sultanats et 446 cantons. La nouvelle constitution prévoit une forte décentralisation en vue de permettre à l'administration de se rapprocher davantage des populations et surtout de permettre la prise en main du développement par les collectivités locales.

1.1.3 Situation économique

Le Tchad est probablement l'un des pays d'Afrique qui dispose du meilleur potentiel pour son développement économique, notamment le potentiel agricole, artisanal, minier et humain. Mais plusieurs problèmes ont entravé la mise en valeur de ces potentialités. Il s'agit de la désertification, des guerres successives, de l'éloignement des ports maritimes, de l'absence d'infrastructures adéquates et de l'inadéquation formation emploi.

Le Tchad est l'un des pays les plus pauvres de la planète dans lequel la lutte contre la pauvreté est prioritaire. En 1993, le niveau du Produit National Brut (PNB) était estimé à 190 dollars par habitant (PNUD, 1994). Sur 1 284 000 km², 15 % sont arables et seulement 10 % environ de ces terres sont actuellement cultivées. L'économie tchadienne est dominée par les activités agro-pastorales qui occupent près de 80 % de la population active. Ce secteur présente cependant une faiblesse énorme en productivité puisqu'il ne contribuait, en 1993, que pour 48 % au Produit Intérieur Brut (PIB). Le secteur secondaire ne contribue que pour 14 % au PIB en raison de la baisse des activités dans ce secteur. Avec 38 %, le secteur tertiaire contribue de manière substantielle au PIB, mais reste cependant très hétérogène et comprend aussi bien les activités dites informelles que celles relevant de l'économie organisée (Division de la population, 1994a).

1.1.4 Situation démographique

Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) d'avril 1993, le pays compte 6 279 931 habitants dont 48,4 % de sexe masculin et 51,6 % de sexe féminin. Les nomades sont au nombre de 353 489, soit 5,7 % de la population totale.

La population du Tchad est jeune puisque 48 % de la population a moins de 15 ans, alors que les personnes âgées de plus de 64 ans ne représentent que 3,5 %. D'autre part, cette population est très inégalement répartie sur le territoire national, ce qui a pour conséquence des zones de forte concentration. Environ la moitié de la population (47 %) est concentrée sur seulement 10 % de la superficie totale. La densité moyenne de la population est relativement faible (4,9 habitants/km²) et varie de 0,1 habitants/km² au Borkou-Ennedi-Tibesti (BET) à 52 habitants/km² au Logone Occidental (BCR, 1995a).

D'après le RGPH de 1993, l'Indice Synthétique de Fécondité a été estimé à 5,6 enfants par femme. D'après le même recensement, la mortalité demeure encore à un niveau très élevé puisque la mortalité infantile était estimée à 132 ‰, entraînant une espérance de vie à la naissance de 54,4 ans chez les femmes et de 47 ans chez les hommes en 1993 (tableau 1.1). Avec un taux brut de mortalité estimé à 16 ‰ en 1993

Tableau 1.1 Indicateurs démographiques de base

Indicateurs	Enquête démographique 1964 ¹	RGPH 1993 ²
Population totale	3 254 000	6 279 931
Taux brut de natalité (pour 1 000)	45	41
Indice Synthétique de Fécondité (enfants par femme)	5,1	5,6
Taux brut de mortalité (pour 1 000)	31	16
Taux de mortalité infantile (pour 1 000)	180	132
Espérance de vie à la naissance (en années)	36	50,3

¹ Service de Statistique, 1966

² BCR, 1995a; BCR, 1995b

et un taux de natalité de 41 ‰, le taux d'accroissement naturel atteint 2,5 %, ce qui signifie que la population tchadienne est appelée à doubler tous les 28 ans et devrait atteindre 7 600 000 habitants en l'an 2001.

Avec un taux d'urbanisation de 21,4 %, le Tchad est l'un des pays les moins urbanisés de la sous-région. Le réseau urbain tchadien est composé de 44 villes de moins de 5 000 habitants et de 40 villes de plus de 5 000 habitants. En 1968, seulement 9 villes avaient plus de 10 000 habitants; elles étaient 25 en 1993. Enfin, on remarque que 40 % de la population urbaine est concentrée à N'Djaména.

1.1.5 Situation sanitaire

Le Tchad est l'un des pays dans lequel la situation sanitaire de la population reste très précaire. Le manque d'eau potable et les conditions défavorables d'hygiène sont les principales causes de la morbidité et de la mortalité au sein de la population. Les pathologies dominantes qui constituent les problèmes de santé publique sont : le paludisme, la rougeole, le tétanos, la bilharziose, la méningite, etc. (Ministère des Finances, de l'Économie, du Plan et de l'Aménagement du Territoire, 1997).

Avant le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1993 et l'Enquête Démographique et de Santé (EDS 1996-1997), l'absence de statistiques fiables ne permettait pas de cerner le contour réel des problèmes de santé au Tchad.

Ces problèmes de santé étaient illustrés par les indicateurs suivants :

- le taux de mortalité infantile (0-1 an) : 132 ‰;
- le taux de mortalité infanto-juvénile (0- 5ans) : 222 ‰;
- l'espérance de vie à la naissance : 50,3 ans;
- le taux de mortalité maternelle : entre 800 et 1000 décès pour 100 000 naissances (Ministère des Finances, de l'Économie, du Plan et de l'Aménagement du Territoire, 1997)

Faisant de la politique sanitaire l'une de ses priorité, dans *Le Plan d'Orientation révisé : Préparer le Tchad aux défis du XXIème Siècle* (Ministère des Finances, de l'Économie, du Plan et de l'Aménagement du Territoire, 1997), le gouvernement a retenu comme objectif global "d'assurer la promotion de la

population pour lui permettre de maîtriser les changements culturels, socio-économiques et technologiques auxquels le pays doit faire face”.

Par cette politique, le gouvernement entend donner aux populations le moyen de vivre dans un environnement sain : eau potable, assainissement, lutte contre les principaux vecteurs des maladies et épidémies, libre choix des couples en matière d'espacement des naissances, nutrition, sécurité alimentaire, etc. (Ministère du Plan et de la Coopération, 1993).

Plus spécifiquement, le Tchad voudrait atteindre les objectifs suivants en l'an 2 000.

- Réduire le taux de mortalité infantile de 180 à 120 ‰¹;
- Améliorer le dépistage des accouchements à risques;
- Augmenter le taux de couverture vaccinale;
- Rendre accessible l'eau salubre à la population;
- Améliorer l'état de santé et l'état nutritionnel des femmes enceintes de façon à réduire les naissances de faible poids;
- Améliorer le suivi de la croissance des enfants de 0 à 5 ans et assurer la prise en charge des enfants atteints de malnutrition;
- Rendre accessible les médicaments à la population;
- Développer les installations sanitaires au niveau des logements et des services publics (écoles, dispensaires).
- Réduire la mortalité et la morbidité pour les maladies suivantes : paludisme, lèpre, tuberculose, onchocercose, trypanosomiase, dracunculose, MST/sida.

1.1.6 Politique de population

Avant l'adoption de la politique de population par la loi N° 025/PR/94 du 22 juillet 1994, le gouvernement tchadien avait déjà perçu les problèmes de population et l'inter relation entre celle-ci et le développement. Ainsi, malgré les graves crises internes et externes qu'il a vécues, le Tchad a été présent à toutes les rencontres régionales et internationales consacrées aux questions de population et il a souscrit à tous les plans et programmes qui en sont issus.

Il s'agit notamment du Plan d'Action Mondial sur la population (Bucarest, 1974), du Programme d'Action de Kilimandjaro concernant la population africaine et le développement autonome (Arusha, 1984), du programme d'action de N'Djaména concernant la population et le développement au Sahel (N'Djaména, 1988), de la Déclaration de Dakar complétant ce programme d'action (Dakar, juillet 1992), de la déclaration de Dakar/NGor (Dakar, décembre 1992), du Programme de Conférence Internationale sur la Population et le Développement (Le Caire, 1994) et de plusieurs documents officiels, comme le Plan d'Orientation 1990-2000, le rapport de la conférence nationale sur le bien-être familial de 1988, les rapports des tables rondes sectorielles, la charte de la transition et le cahier des charges du gouvernement.

¹ Selon les données de l'EDST, les prévisions du Plan d'Orientation sont largement dépassées (102 ‰, 1996-1997).

La politique de population s'est fixée des objectifs globaux et des objectifs spécifiques (Division de la Population, 1994b).

Objectifs globaux

- promouvoir le bien-être des populations en élevant le niveau de vie de tous et, en particulier, des plus démunis;
- assurer une meilleure adéquation entre les ressources humaines et les possibilités de développement;
- réduire de manière significative la morbidité et la mortalité avec un accent particulier sur la mortalité maternelle, infantile et juvénile;
- réduire le taux de fécondité générale;
- maîtriser la croissance démographique;
- promouvoir une politique d'urbanisation par la structuration des villes secondaires dotées des équipements socio-économiques indispensables;
- mettre en oeuvre une politique d'aménagement du territoire qui permettra une meilleure répartition des populations dans l'espace national.

Objectifs spécifiques

- assurer une meilleure couverture des besoins de base de la population dans les domaines de la santé, de la nutrition, de l'éducation et de l'alimentation;
- augmenter le taux de couverture sanitaire et améliorer l'accessibilité des infrastructures de santé;
- faire passer le taux d'accroissement démographique actuel de 2,5 % à 2 % en l'an 2005;
- renforcer au niveau des populations la compréhension des inter relations population et développement;
- renforcer les capacités de la femme tchadienne à exercer pleinement ses droits;
- promouvoir et assurer les droits et le bien-être des enfants et des jeunes conformément aux recommandations du sommet Mondial sur l'Enfant;
- accroître la participation de la femme au processus de développement;
- revaloriser le statut social de la femme tchadienne;
- renforcer et étendre les activités de santé maternelle et infantile et de bien-être familial (SMI/BEF) à tous les niveaux du système de santé.

1.2 MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

1.2.1 Cadre institutionnel

L'Enquête Démographique et de Santé a été exécutée par le Bureau Central du Recensement (BCR), Direction de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (DSEED). L'enquête fait partie du programme international des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys-DHS). Elle a été financée par le gouvernement tchadien grâce à ses propres ressources, par un crédit auprès de la Banque Mondiale, par le FNUAP et l'UNICEF.

1.2.2 Objectifs de l'enquête

L'Enquête Démographique et de Santé du Tchad (EDST) vise à atteindre un certain nombre d'objectifs dont les principaux sont :

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

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

L'ensemble des données collectées constitue une base de données qui facilitera le suivi et l'évaluation à long terme des programmes de Santé Maternelle et Infantile et du Bien-Être Familial au Tchad (SMI/BEF).

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

1.2.3 Questionnaires

L'Enquête Démographique et de Santé a utilisé 4 types de questionnaires :

- le questionnaire ménage;
- le questionnaire individuel femme;
- le questionnaire individuel homme; et
- le questionnaire communautaire sur la disponibilité des services.

Afin d'atteindre les objectifs de l'enquête, environ 80 expressions et termes relatifs aux parties sensibles des questionnaires (en particulier les questions sur la reproduction, l'activité sexuelle, la contraception et les maladies) ont été traduits en 14 langues parlées au Tchad de façon à ce qu'au cours de l'enquête, les enquêtrices traduisent les questions le plus fidèlement possible. Ces lexiques ont été testés et améliorés au cours de la formation et du pré-test avant leur utilisation pour l'enquête principale.

Questionnaire ménage

Il permet d'établir la liste de tous les membres du ménage et des visiteurs et de collecter à leur sujet un certain nombre d'informations telles que le nom, le lien de parenté avec le chef de ménage, la situation de résidence, le sexe, l'âge, le niveau d'instruction. En outre, par le biais du questionnaire ménage, sont collectées quelques caractéristiques des logements devant servir à évaluer les conditions socio-économiques et environnementales dans lesquelles vivent les femmes et les hommes qui seront enquêtés individuellement. Enfin, la page de garde du questionnaire, comprend des informations relatives à la localisation du ménage (Préfecture, Sous-Préfecture, Canton, Village), au nombre de visites effectuées par l'enquêtrice, au résultat de l'interview ainsi qu'une partie réservée au contrôle de terrain et de bureau.

L'objectif principal de ce questionnaire est de permettre l'identification des femmes éligibles (âgées de 15-49 ans) et, dans un tiers des ménages, celle des hommes éligibles (âgés de 15-59 ans). Le questionnaire ménage fournit également les informations permettant d'établir le dénominateur pour le calcul des taux démographiques.

Questionnaire individuel femme

Le questionnaire individuel femme constitue le document principal de l'EDST. Il a été élaboré sur la base du questionnaire Modèle B du programme DHS (Questionnaire pour les pays à faible prévalence contraceptive). Il comprend une page similaire à celle du questionnaire ménage sur laquelle sont enregistrés les informations d'identification et les résultats des interviews. Les onze sections qui composent le questionnaire femme servent à recueillir des informations sur les différents domaines suivants :

- Caractéristiques socio-démographiques. Cette section porte sur le lieu et la durée de résidence, l'âge et la date de naissance, la scolarisation, l'alphabétisation, la nationalité, la

religion, l'ethnie, l'accès aux média ainsi que sur les caractéristiques des logements des femmes qui sont en visite dans le ménage enquêté.

- **Reproduction.** Cette section permet de collecter des informations sur les naissances vivantes que la femme a eues durant sa vie ainsi que sur leur état de survie au moment de l'enquête, sur l'état de grossesse au moment de l'enquête, les dates des dernières règles et sur la connaissance de la période féconde au cours du cycle menstruel.
- **Contraception.** Cette section porte sur la connaissance, spontanée ou non, des diverses méthodes contraceptives, sur leur utilisation ainsi que sur les diverses sources d'approvisionnement. Des questions concernant les raisons de non utilisation de la contraception figurent également dans cette section.
- **Grossesse et allaitement.** Cette section porte uniquement sur les naissances ayant eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête. Le questionnaire permet d'obtenir des informations sur la période de la grossesse, les soins prénatals y compris la vaccination antitétanique, le lieu d'accouchement et la qualification de la personne ayant assisté la femme pendant l'accouchement, le retour des règles et la reprise des rapports sexuels après la naissance de l'enfant. Concernant l'allaitement, les questions portent sur sa fréquence et sa durée, sur le type d'allaitement (maternel ou artificiel), ainsi que sur l'utilisation des différents compléments nutritionnels.
- **Vaccination et santé.** Cette section porte également sur les naissances ayant eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête. La section porte sur les vaccinations incluses dans le Programme Élargi de Vaccination (PEV), sur la santé des enfants de moins de cinq ans et, plus particulièrement, sur la prévalence et le traitement de la fièvre, de la toux et de la diarrhée.
- **Causes de décès des enfants nés dans les cinq dernières années.** Cette section porte sur les causes de décès d'enfants nés vivants au cours des cinq dernières années. Les questions permettent de déterminer quelles sont les principales maladies responsables de la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans le pays.
- **Mariage.** Cette section permet de recueillir des informations sur l'état matrimonial, le régime de mariage (monogamie ou polygamie), l'âge au premier mariage et aux premiers rapports sexuels ainsi que sur l'activité sexuelle.
- **Préférences en matière de fécondité.** Cette section recueille des informations sur le désir d'enfants supplémentaires, l'intervalle entre les naissances et l'attitude concernant la taille de la famille.
- **Caractéristiques du conjoint et activités économiques de la femme.** Dans cette section, les questions posées portent sur les caractéristiques socio-professionnelles du conjoint des femmes en union et sur l'activité professionnelle des femmes.
- **Sida et autres maladies sexuellement transmissibles.** Cette section permet d'obtenir des informations sur la connaissance et la prévalence des maladies sexuellement transmissibles ainsi que sur les modes de transmission et de prévention du sida.

- **Mortalité maternelle.** Au niveau de cette section, on enregistre des informations sur l'âge et l'état de survie des frères et soeurs de l'enquêtée. Pour les soeurs décédées à l'âge de 12 ans ou plus, des questions supplémentaires permettent de déterminer si le décès est en rapport avec la maternité. Des questions supplémentaires sur le nombre d'enfants de la soeur (décédée ou non) sont aussi posées.
- **Taille et poids des mères et des enfants.** Cette section est consacrée aux mesures anthropométriques des femmes enquêtées et de leurs enfants âgés de moins de cinq ans.

Questionnaire individuel homme

Le questionnaire homme qui est une forme allégée du questionnaire individuel femme permet de collecter des informations sur la connaissance et l'utilisation de la contraception par les hommes ainsi que sur leurs opinions en matière de fécondité, de taille de la famille et de planification familiale ainsi que sur les MST et le sida.

Questionnaire sur la disponibilité des services

Le questionnaire communautaire a pour objectif de recueillir quelques informations sur les infrastructures socio-économiques (écoles, marchés, services de transport, etc.) et sanitaires (hôpitaux, centres de santé communautaire, etc.) disponibles dans chacune des grappes de l'enquête.

1.2.4 Échantillonnage

L'Enquête Démographique et de Santé au Tchad (EDST) a été réalisée à partir d'un échantillon national de 7 705 femmes de 15 à 49 ans et 2 467 hommes de 15 à 59 ans et basé sur un sondage par grappes stratifié à deux degrés. Au premier degré, 250 grappes ont été tirées à partir de la liste des Zones de Dénombrement (ZD) établie lors du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGHP) de 1993, réalisé par le Bureau Central de Recensement (BCR). Toutes les grappes sélectionnées ont fait l'objet d'une cartographie et d'un dénombrement exhaustif des ménages. Au deuxième degré, des ménages ont été tirés à partir de la liste des ménages établie lors de l'opération de dénombrement. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (résidentes habituelles ou visiteuses) qui se trouvaient dans les ménages ont été enquêtées. De plus, dans un ménage sur trois, tous les hommes de 15 à 59 ans (résidents habituels ou visiteurs) ont été enquêtés.

Les principaux domaines d'études retenus sont : la ville de N'Djaména, les Autres Villes et le milieu rural. La taille de l'échantillon ne permet pas d'obtenir des résultats statistiquement représentatifs au niveau de chacune des 14 Préfectures, la ville de N'Djaména étant considérée comme un domaine à part. Pour cela, la taille de l'échantillon aurait dû être, environ, le double de celle retenue.

Compte tenu de la taille variable de chaque strate (N'Djaména, Autres Villes et rural), constituant chacune un domaine d'études, différents taux de sondage ont été appliqués à chaque strate et les résultats ont été pondérés au niveau national. Par contre, l'échantillon est autopondéré au niveau de chaque domaine. Au total, 7 345 ménages ont été sélectionnés pour l'enquête ménage : 6 930 ont été identifiés et parmi ceux-là, 6 840 ont pu être enquêtés avec succès, soit un taux de réponse de 98,7 % (tableau 1.2). En ce qui concerne les femmes de 15-49 ans, sur les 7 705 éligibles pour une enquête individuelle, 7 454 ont pu être enquêtées, soit un taux de réponse de 96,7 %. Ce taux de réponse est satisfaisant puisqu'il est supérieur à celui proposé dans le plan de sondage (95 %). En ce qui concerne les hommes, le taux de réponse de 94,0 % est également supérieur à celui prévu par le plan de sondage (90 %) pour l'enquête homme.

Tableau 1.2 Taille et couverture de l'échantillon

Effectifs des ménages, des femmes et des hommes sélectionnés, identifiés et enquêtés, et taux de réponse selon le milieu de résidence, EDS Tchad 1996-97

Enquête	Résidence				Ensemble
	N'Djaména	Autres villes	Ensemble urbain	Rural	
Enquête ménage					
Nombre de logements sélectionnés	1 521	1 534	3 055	4 290	7 345
Nombre de ménages identifiés	1 458	1 463	2 921	4 009	6 930
Nombre de ménages enquêtés	1 400	1 456	2 856	3 984	6 840
Taux de réponse des ménages	96,0	99,5	97,8	99,4	98,7
Enquête individuelle femme					
Nombre de femmes éligibles	1 483	1 699	3 182	4 523	7 705
Nombre de femmes enquêtées	1 355	1 658	3 013	4 441	7 454
Taux de réponse des femmes	91,4	97,6	94,7	98,2	96,7
Ménages pour l'enquête homme					
Nombre de logements sélectionnés pour l'enquête homme	495	510	1 005	1 433	2 438
Nombre de ménages identifiés	477	484	961	1 349	2 310
Nombre de ménages enquêtés	456	482	938	1 341	2 279
Taux de réponse des ménages pour l'enquête homme	95,6	99,6	97,6	99,4	98,7
Enquête individuelle homme					
Nombre d'hommes éligibles	615	629	1 244	1 223	2 467
Nombre d'hommes enquêtés	510	614	1 124	1 196	2 320
Taux de réponse des hommes	82,9	97,6	90,4	97,8	94,0

1.2.5 Personnel de l'EDST

Pour assurer la bonne réalisation de l'EDST, une Direction Technique a été mise en place sous la responsabilité du Directeur de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (DSEED). La direction technique a été assurée par le Directeur du Bureau Central de Recensement (BCR), assisté par deux experts nationaux (un démographe et un informaticien) et une équipe technique composée des cadres du BCR. Les experts nationaux et internationaux ont assisté l'équipe technique du BCR pour la conception du plan de sondage et l'adaptation des questionnaires.

Le BCR a fait appel aux linguistes de l'Université de N'Djaména et au personnel de la santé, pour la traduction des expressions et termes relatifs aux points sensibles des questionnaires (en particulier les questions sur la reproduction, l'activité sexuelle, la contraception et les maladies) en 14 langues parlées au Tchad. Ces lexiques ont été testés et améliorés au cours des formations et du pré-test avant leur utilisation pour l'enquête principale.

1.2.6 Déroulement des activités

Cartographie

Les travaux de mise à jour de 250 grappes échantillons ont été réalisés par une équipe de 12 agents cartographes. Ces travaux se sont déroulés d'avril à novembre 1996. Ils consistaient spécifiquement à déterminer avec exactitude les limites des grappes, faire leur croquis, indiquer les positions relatives de chaque structure occupée par les ménages et dresser la liste de ces ménages.

Enquête pilote

Les questionnaires et autres instruments de l'enquête (manuels des enquêteurs, des superviseurs, guides de formation, lexiques en langues nationales, etc.) ont été testés dans le cadre d'une pré-enquête à laquelle ont participé 18 enquêteurs et enquêtrices devenus superviseurs et contrôleuses dans le cadre de l'enquête principale. Cette pré-enquête a duré une semaine et s'est déroulée sur deux zones de la ville de N'Djaména et une zone rurale. Cette opération a permis d'identifier certaines erreurs dans les questionnaires, certaines imprécisions dans les traductions ainsi que des lacunes dans la formation; à partir de ces enseignements, il a été possible de préparer la version finale des questionnaires, des traductions et des instructions de l'enquête.

Formation et collecte

En novembre 1996, a commencé la formation pour l'enquête principale qui a duré quatre semaines. Outre l'équipe technique du BCR, cette formation a vu l'intervention des différents consultants nationaux et internationaux pour présenter au personnel de collecte un panorama complet de l'état sanitaire du pays et leur expliquer l'importance de l'EDST. À l'issue de la formation, huit équipes, chacune composée de trois enquêtrices, d'un enquêteur chargé de l'enquête auprès des hommes, d'une contrôleuse, d'un chauffeur et d'un chef d'équipe, ont visité les grappes sélectionnées pour procéder à la collecte des informations.

La collecte des données a commencé en décembre 1996 et a pris fin dans le courant du mois de juillet 1997. Toutes les grappes ont pu être visitées. Trois grappes, habitées par des nomades, avaient pu être dénombrées au cours des opérations de cartographie; cependant, au moment de l'enquête principale, la population de ces grappes s'étant déplacée, aucun questionnaire n'a pu y être rempli.

Traitement des données

La saisie des données sur micro-ordinateur a débuté une semaine après le début de la collecte et a été réalisée par dix opérateurs de saisie répartis en deux groupes. Chacun des deux groupes était assisté d'un contrôleur. La supervision technique a été assurée par les deux informaticiens du BCR.

Tout au long de la saisie, les données ont été éditées par un informaticien et un démographe du BCR. L'édition des données a permis de vérifier la cohérence interne des réponses. La vérification finale a été réalisée par un informaticien et un démographe de Macro International.

Analyse

Les travaux d'analyse ont été réalisés en collaboration avec Macro International. Sur les douze chapitres que comporte le rapport final, huit ont été analysés par les cadres nationaux et cinq par les experts de Macro. Un séminaire d'harmonisation d'une durée de sept jours a été organisé au Tchad avant la finalisation du rapport final. Le séminaire a regroupé d'une part les auteurs des différents chapitres (à

l'exception des experts de Macro) et, d'autre part, les techniciens du Ministère de la Santé Publique. Ce séminaire a permis aux participants de faire des observations sur les différents chapitres afin de préparer leur version finale. La version finale des rapports (rapport principal et rapport de synthèse) a été réalisée au siège de Macro International par deux cadres du BCR et par deux experts de cette institution.