



REPUBLIQUE DU TCHAD

MINISTRE DE L'ECONOMIE ET DE LA
PLANIFICATION DU DEVELOPPEMENT

Observatoire National du Dividende Démographique

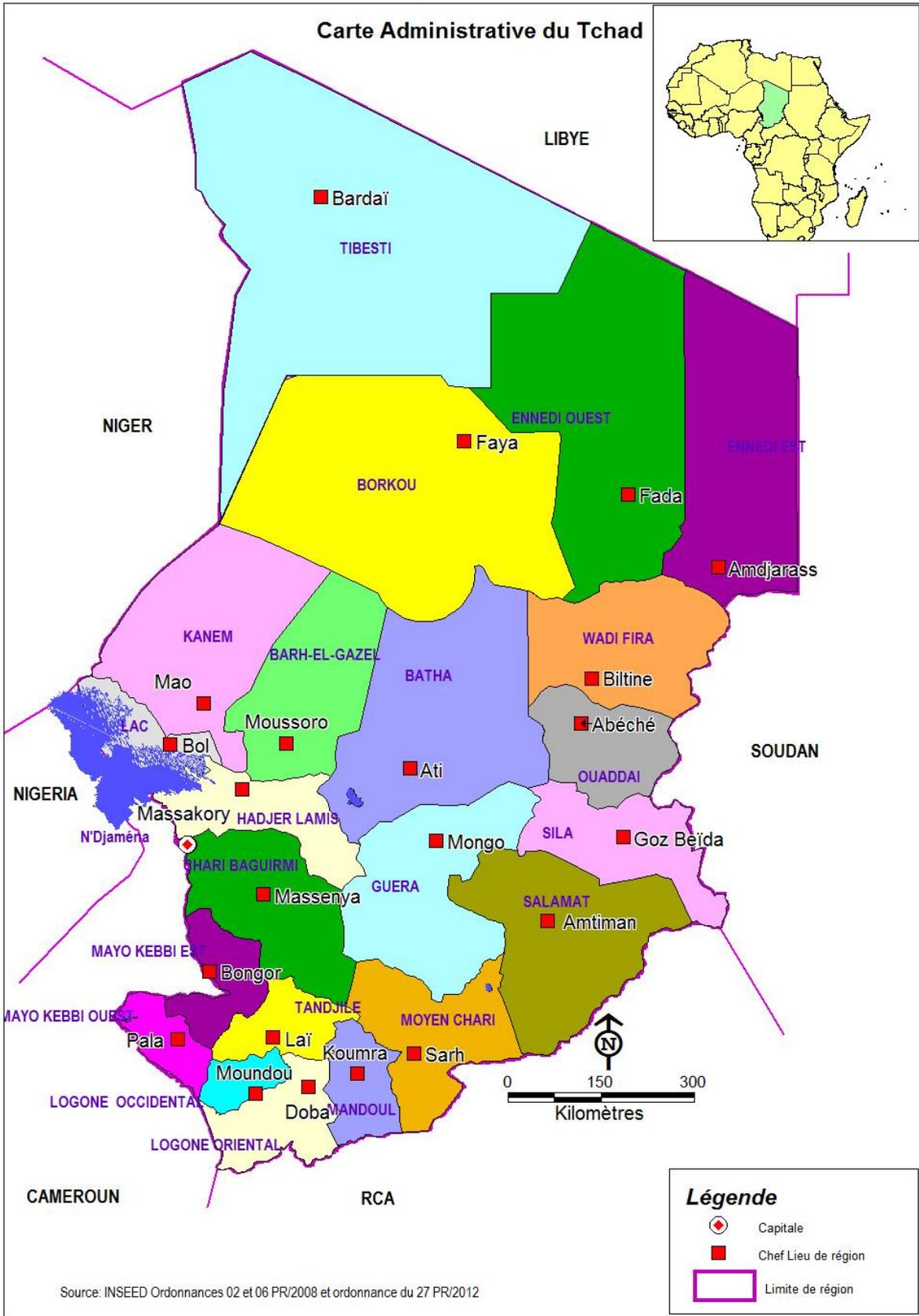
**RAPPORT SUR
LE CAPITAL HUMAIN AU TCHAD**
(Dimension 4 de l'ONDD)



SWEDD TCHAD



MAI 2019



SOMMAIRE

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|------|
| LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES..... | iii |
| SIGLES ET ACRONYMES..... | iv |
| RESUME..... | vi |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| I. CONTEXTE..... | 2 |
| I.1. Santé..... | 2 |
| I.2. Education..... | 10 |
| I.3. Niveau de vie..... | 16 |
| II. REVUE DE LA LITTERATURE ET METHODOLOGIE..... | 18 |
| II.1. Revue de la littérature..... | 18 |
| II.2. Méthodologie..... | 19 |
| III. ANALYSE DES RESULTATS..... | 22 |
| III.1. Analyse de l'IDHE à l'échelle nationale..... | 22 |
| III.2. Analyse de l'IDHE par pôle..... | 23 |
| III.3. Analyse comparative..... | 26 |
| CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS..... | 27 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 30 |
| ANNEXES..... | vii |
| Annexe 1 : Interprétation des résultats..... | vii |
| Annexe 2 : IDHE au niveau national..... | vii |
| Annexe 3 : IDHE au niveau des pôles..... | viii |
| Annexe 4 : Equipe de rédaction (Atelier de Bongor & Atelier de Mara)..... | xi |
| Annexe 5 : Equipe de Finalisation..... | xi |
| Annexe 6 : Equipe de validation..... | xii |
| TABLE DES MATIERES..... | xiii |

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

| | |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1 : Présentation des variables et leurs sources | 19 |
| Tableau 2 : Indicateurs dimensionnels, IDHE et rang par Pôle | 23 |
| Graphique 1 : Pyramide sanitaire du Tchad | 3 |
| Graphique 2 : Tchad et pays Benchmark | 26 |

SIGLES ET ACRONYMES

| | |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------|
| AGR | Activités Génératrices de Revenus |
| AN | Assemblée Nationale |
| ATS | Agent Technique de Santé |
| BEF | Brevet d'Etudes Fondamentales |
| BTS | Brevet des Techniciens Supérieurs |
| CELIAF | Cellule des Liaisons pour les Associations Féminines |
| CEMAC | Communauté Economique et Monétaire de l'Afrique Centrale |
| CETP | Collège d'Enseignement Technique et Professionnel |
| CFTP | Centres de Formation Technique et Professionnelle |
| CFA | Centres de Formation et d'Apprentissage |
| CFC | Centres de Formation Continue |
| CHU | Centre Hospitalier et Universitaire |
| CNNTA | Centre National de Nutrition et des Technologies Alimentaires |
| CNS | Conférence Nationale Souveraine |
| CNTS | Centre National de Transfusion Sanguine |
| CONAM | Commission Nationale d'Affectation et de Mutation |
| CPA | Centrale Pharmaceutique d'Achat |
| CPN | Consultation Périnatale |
| CS | Centre de Santé |
| DAPRO | Direction de l'Analyse et de la Prospective |
| DAS | Durée Attendue de Scolarisation |
| DD | Dividende Démographique |
| DEP | Direction des Etudes et de la Prévision |
| DEUG | Diplôme d'Etudes Universitaires Générales |
| DMS | Durée Moyenne de Scolarisation |
| DPEJ | Délégation Provinciale à l'Enseignement et à la Jeunesse |
| DS | District Sanitaire |
| DSIS | Direction de la Statistique et de l'Information Sanitaire |
| DSP | Délégation Sanitaire Provinciale |
| DSR | Délégation Sanitaire Régionale |
| ECD | Equipe Cadre de District |
| ECOSIT3 | Troisième Enquête sur la Consommation et le Secteur Informel au Tchad |
| EDS-MICS | Enquête Démographique et de la Santé à Indicateurs Multiples |
| EDST II | Deuxième Enquête Démographique et de la Santé |
| EFASSA | Ecole de Formation des Auxiliaires des Services de Santé des Armées |
| EFE | Education-Formation en liaison avec l'Emploi |
| ENI | Ecole Normale d'Instituteurs |
| ETFP | Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle |
| EVN | Espérance de Vie à la Naissance |
| EVS | Espérance de Vie Scolaire |
| HGRN | Hôpital Général de Référence Nationale |
| HME | Hôpital de la Mère et de l'Enfant |
| ICONST | Indice de Consommation par Tête |
| IDAS | Indice de la Durée Attendue de Scolarisation |
| IDE | Infirmier Diplômé d'Etat |
| IDENPC | Inspection Départementale de l'Education Nationale et de la Promotion Civique |

| | |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------|
| IDH | Indice de Développement Humain |
| IDHE | Indice de Développement Humain Etendu |
| IDMS | Indice de la Durée Moyenne de Scolarisation |
| IE | Indice de l'Education |
| IEB | Inspections de l'Enseignement de Base |
| IESG | Inspections de l'Enseignement Secondaire Général |
| IEVN | Indice d'Espérance de Vie à la Naissance |
| INSEED | Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques |
| IPEP | Inspections Pédagogiques de l'Enseignement Primaire |
| IS | Indice de Santé |
| ISF | Indice Synthétique de Fécondité |
| LETP | Lycée d'Enseignement Technique et Professionnel |
| MCD | Médecin-Chef de District |
| MENPC | Ministère de l'Education Nationale et de la Promotion Civique |
| MEPD | Ministère de l'Economie et de la Planification du Développement |
| MFB | Ministère des Finances et du Budget |
| MFPTDS | Ministère de la Fonction Publique, du Travail et du Dialogue Social |
| MFPTTE | Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de l'Emploi |
| MSP | Ministère de la Santé Publique |
| NTA | National Transfert Accounts (Comptes de Transferts Nationaux) |
| OCDE | Organisation pour la Coopération et le Développement Economiques |
| ODD | Objectifs de Développement Durable |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONDD | Observatoire National du Dividende Démographique |
| PIB | Produit Intérieur Brut |
| PIET | Plan Intérimaire de l'Education au Tchad |
| PNDS | Plan National de Développement Sanitaire |
| PNS | Politique Nationale de Santé |
| PNUD | Programme des Nations Unies pour le Développement |
| PRA | Pharmacie Régionale d'Approvisionnement |
| PSDRHS | Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines pour la Santé |
| RESEN | Rapport d'Etat sur le Système Educatif National |
| RGPH2 | Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat |
| SA | Secteurs d'Alphabétisation |
| SFDE | Sage-Femme Diplômée d'Etat |
| SR | Santé de la Reproduction |
| TBA | Taux Brut d'Admission |
| TBS | Taux Brut de Scolarisation |
| TS | Techniciens Supérieurs |
| UNFPA | Fonds des Nations Unies pour la Population |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| VIH | Virus de l'Immunodéficience Humaine |

RESUME

Le capital humain recouvre les connaissances, les qualifications, les compétences et les autres qualités d'un individu qui favorisent le bien-être personnel, social et économique. Le développement économique d'un pays résulte en grande partie du niveau de son capital humain. C'est donc en fonction du niveau du capital humain que les décisions microéconomiques sont prises. Celles-ci conditionnent le progrès technique. Ainsi, dans la théorie de la croissance endogène, le capital humain constitue un facteur explicatif de la croissance économique d'un pays.

La mesure du capital humain a été mise en œuvre par le PNUD qui s'est basé sur les travaux d'Amartya Sen ("Capability Theories"), "Pauvreté comme absence de capacité"...) et à travers un indicateur composite désigné sous l'acronyme IDH (Indice de Développement Humain). Utilisé à l'origine pour comparer les niveaux de développement humain entre pays, l'IDH ne permet cependant pas de renseigner sur les disparités qui peuvent exister au sein d'un même pays. C'est pour cette raison que la méthode du Poverty Mapping est utilisée pour faire une cartographie du niveau de capital humain afin de visualiser les disparités qui pourraient exister.

En matière de Dividende Démographique (DD), les techniques des National Transfer Accounts (NTA) ont montré l'importance de l'évolution de la structure par âge d'une population. Pour profiter de ce DD, il faut une fécondité maîtrisée qui est mesurée par l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF). Cette dimension importante de la fécondité dans l'atteinte du DD a conduit à en tenir compte dans le calcul de l'IDH pour ensuite le dénommer IDH Etendu.

Ce document se base sur la méthodologie de l'IDHE afin de quantifier le développement humain au Tchad tant au niveau national qu'au niveau des pôles dans l'optique de la capture du dividende démographique.

Au Tchad, le calcul de l'IDHE donne un taux de 39%, ce qui traduit un faible niveau de développement humain. Cet indicateur est tiré vers le bas par l'indice de l'éducation qui est de 20.7%. L'indice de santé est également faible avec 40.2%. Sauf l'indice de niveau de vie (54.4%) est acceptable.

A l'échelle des pôles, il ressort que l'IDHE est plus élevé dans la zone Métropolitaine (48.9%), la zone Saharienne (46.9%), le Centre Est (46.7%) et le Grand Kanem (46.4%). Dans ces zones, les indices de niveau de vie sont les plus élevés (entre 70% et 85%) alors que les indices de l'éducation sont très faibles (moins de 20%). A l'inverse, le niveau de vie est moins élevé dans les zones sud-Ouest et Sud-Est alors que les indices d'éducation y sont plus élevés (un peu plus de 20%). Les IDHE pour ces zones sont respectivement de 44,4% et 41,3%.

INTRODUCTION

La théorie du capital humain, présentée dans les années soixante et soixante-dix par Schultz (1961), Mincer (1958) et Becker (1964), a contribué à expliquer d'une part la croissance économique et d'autre part la formation et la distribution des rémunérations Individuelles. Les taux de croissance observés empiriquement ne pouvaient alors être expliqués par les seules contributions de la main-d'œuvre et du capital. Le capital humain est donc devenu une composante importante et multiforme du facteur résiduel de la croissance. La qualité du travail dépend des capacités intellectuelles et physiques des travailleurs. Le capital humain se présente donc comme un facteur endogène résultant de choix rationnels d'investissement de la part de l'individu, des familles, des travailleurs et des entreprises dans l'éducation, le savoir-faire, la migration. Cette hypothèse conduit aux deux résultats suivants.

En premier lieu, l'utilisation d'un capital humain reproductible (par la formation), accumulable et permettant l'assimilation de nouvelles technologies contribue à la croissance économique, comme le dénotent les théories de la croissance endogène.

En second lieu, les écarts de rémunérations s'expliquent par le fait que certains individus sont moins disposés que d'autres à consentir aux investissements en formation requis pour occuper des emplois qualifiés. La distribution des salaires rend alors compte de la dispersion des niveaux d'éducation. Bien que plusieurs théories complémentaires de la formation et de la distribution des salaires soient apparues, la théorie du capital humain demeure au cœur des questions économiques relatives à la santé, l'éducation et la formation.

L'Observatoire National du Dividende Démographique (ONDD) du Tchad mène l'analyse à deux niveaux : le niveau national et le niveau local.

Au niveau local, l'unité d'analyse retenue est le pôle économique. Les pôles sont des regroupements des régions. Ces regroupements ont été effectués par le Ministère de l'Aménagement du Territoire, du Développement de l'Habitat et de l'Urbanisme à travers le Schéma d'Aménagement du Territoire (2013). Le pays est ainsi divisé en six pôles : **Centre Est** (Batha, Ouaddaï, Wadi-Fira, Sila), **Grand Kanem** (Kanem, Lac, Barh-El-ghazal), **Métropolitain** (N'Djamena, Hadjer-lamis, Chari-Baguirmi,), **Sud-Ouest** (Mandoul, Logone Oriental, Logone occidental, Tandjilé, Mayo-kebbi Est et Mayo-kebbi Ouest), **Sud-Est** (Guera, Salamat et Moyen-Chari), **Saharien** (Borkou, Ennedi Est, Ennedi Ouest, Tibesti).

Le présent rapport sur le Capital Humain met en exergue un diagnostic (contexte) succinct de la santé, de l'éducation et du niveau de vie au Tchad dans un premier temps, suivi d'une brève présentation de la revue de littérature et de la méthodologie. Enfin, la dernière partie présente les indicateurs du développement humain élargi ainsi que l'analyse des résultats et des recommandations assorties.

I. CONTEXTE

Le capital humain est un ensemble des capacités productives qu'un individu acquiert. A cet effet, l'investissement dans ce domaine fait appel à des dépenses d'éducation et de santé plus importantes en vue d'accroître la productivité du travail. L'Indice du Développement Humain (IDH) permet d'apprécier le capital humain. L'IDH est un indicateur composite construit à partir de trois indices que sont : indice de la santé, indice de l'éducation et indice du niveau de vie.

I.1. Santé

Trois documents de Politiques Nationales de Santé (1998-2005, 2007-2015 et 2016-2030) ont été adoptées et mises en œuvre par le Gouvernement. Ces politiques ont été soutenues par trois Plans Nationaux de Développement Sanitaire en 2008, 2013-2015 et 2017-2021, appuyés par les partenaires techniques et financiers du Tchad. La Politique Nationale de Santé en cours (2016-2030) s'inscrit dans la vision globale du Tchad à l'Horizon 2030 et est en rapport avec les Objectifs du Développement Durable. Cette Politique Nationale de Santé vise d'ici 2030, la transformation du système de santé du Tchad en un système intégré, performant et résilient, et centré sur la personne. Il est axé en particulier sur les groupes vulnérables, pour permettre à tous un accès équitable aux soins globaux de qualité, dans le cadre de la couverture sanitaire universelle mise en œuvre par le Gouvernement avec l'appui des partenaires et l'adhésion des populations.

Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 3) est le premier d'une série des PNDS destinés à la mise en œuvre de la PNDS 2016-2030.

I.1.1. Organisation du système de santé

Le système de santé du pays est un système pyramidal à trois (3) niveaux de responsabilité et d'activités qui sont : niveau central, niveau intermédiaire et niveau périphérique.

✓ Un niveau central comprenant :

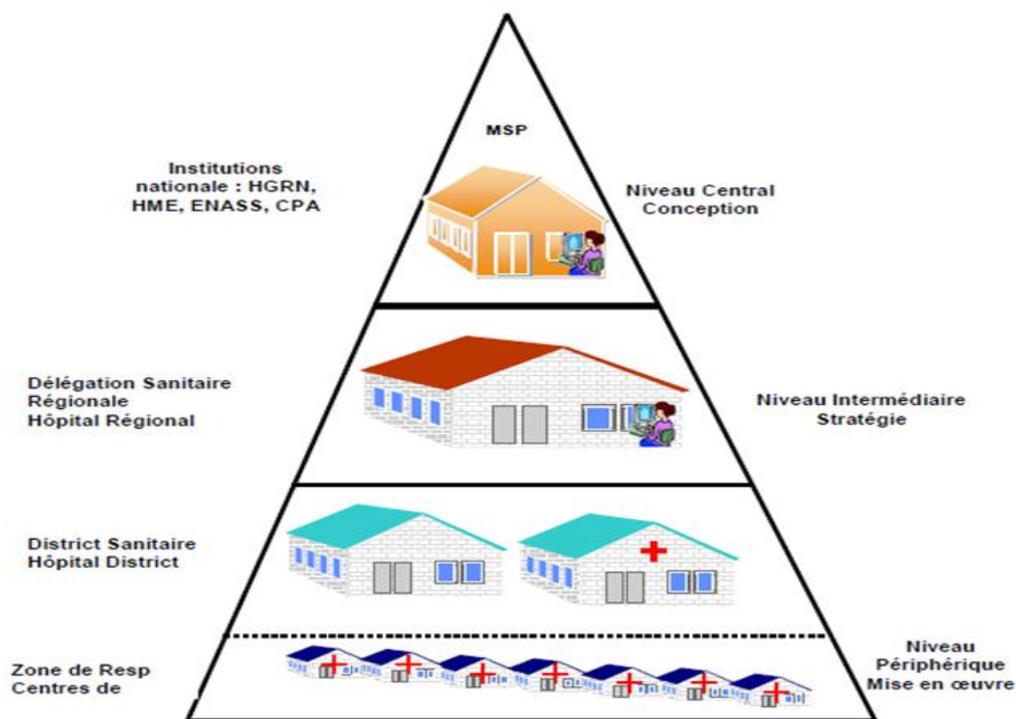
- un Conseil National de Santé ;
- une Administration Centrale ;
- des Organismes sous tutelle ;
- des Institutions Nationales Sanitaires (Hôpital Général de Référence Nationale, Hôpital de la Renaissance, Centrale Pharmaceutique d'Achat, l'Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux, Hôpital de la Mère et de l'Enfant, ...).

✓ Un niveau intermédiaire comprenant :

- les Conseils Régionaux de Santé ;
- les Délégations Sanitaires Régionales ;

- les Etablissements Publics Hospitaliers des Régions et Ecoles Régionales de formation dans quelques régions ; les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement.
- ✓ Un niveau périphérique comprenant :
 - les Conseils de Santé des Districts ;
 - les Equipes Cadres de District (ECD) ;
 - les Etablissements Publics Hospitaliers des Districts ;
 - les Centres de santé ;
 - les Conseils de santé des Zones de Responsabilité.

Graphique 1 : Pyramide sanitaire du Tchad



Source : MSP (Annuaire des Statistiques Sanitaires, Tome A, Année 2015)

En 2015, le Tchad compte 23 Délégations Sanitaires Régionales (DSR), calquées sur le découpage administratif du pays. Le nombre des zones de responsabilité a augmenté de 1652 en 2015 à 1860 en 2017 et les zones fonctionnelles sont passées de 1334 en 2015 à 1589 en 2017. Au Tchad, 1645 centres de santé et 114 hôpitaux sont répertoriés (DSIS, 2018). La distance moyenne parcourue par un patient pour se rendre dans un centre de santé est désormais de 17 km et celle d'un hôpital est de 67 km (Annuaire des Statistiques Sanitaires, Tome A, Année 2015). Avec un taux de couverture sanitaire théorique de 81%.

Malgré l'effort du Gouvernement et l'appui des partenaires au développement, la mise en exécution de ce plan de couverture sanitaire rencontre des difficultés à savoir :

- Insuffisance d'équipements et d'infrastructures ;
- Insuffisance qualitative et quantitative du personnel ;
- Faible capacité organisationnelle.

I.1.2. Gouvernance

Une bonne gouvernance, un leadership affirmé et un partenariat soutenu sont des facteurs de réussite dans la mise en œuvre d'une politique de santé. Ils doivent se manifester à tous les niveaux et dans toutes les actions posées par le MSP (politiques, stratégies, législations, ...) et ayant une incidence directe ou indirecte sur la santé des communautés.

Le dispositif législatif et réglementaire de la santé au Tchad s'est renforcé depuis les années 1990. Actuellement le système de santé est régi par un certain nombre de textes et documents stratégiques :

- Loi n°33/PR/94, du 22 octobre 1994 créant la Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA) avec autonomie de gestion ;
- Loi n°018/PR/99, du 10 décembre 1999 portant création des établissements publics hospitaliers dans les délégations et les districts sanitaires ;
- Loi n°019/PR/99, du 10 décembre 1999 sur la participation communautaire ;
- Loi n°024/PR/2000 du 24 novembre 2000 relative à la pharmacie ;
- Loi n°008/PR/2002 sur la promotion de la Santé de Reproduction ;
- Loi n° 014/PR/2007 créant les écoles régionales de santé ;
- Loi n°19/PR/2007 portant lutte contre le VIH/SIDA/IST et protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA promulguée le 15 novembre 2007 ;
- Loi n° 014/PR/2009 portant code d'hygiène en République du Tchad ;
- La loi n°029/PR/2015 portant interdiction du mariage des enfants ;
- Décret 360/PR/2006 du 23 mai 2006 portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique ;
- Un Plan National de Développement 2017-2021;
- Une Politique Nationale de Population 2002-2015 ;
- Une Politique Nationale de la Santé 2016-2030 ;
- Un Plan National de Développement Sanitaire 2018-2021 à la suite de celui de 2012-2015 ;
- Un Document de Politique, Normes et Procédures en SR ;
- Un Plan Stratégique de sécurisation des produits de SR ;

- Un plan stratégique national de lutte contre le VIH/Sida 2012-2015, le plan d'accélération 2015-2017 et le PSN 2018-2021 ;
- Un plan stratégique national de lutte contre la tuberculose 2018-2021 ;
- Un plan stratégique national de lutte contre le paludisme 2016-2020 ;
- Une Politique nationale de lutte contre le paludisme ;
- Une Stratégie nationale de lutte contre les mutilations génitales féminines ;
- Une Stratégie nationale de lutte contre les fistules ;
- Une Politique de gratuité des accouchements et des mesures incitatives pour l'affectation des agents en zones austères ;
- Une politique nationale pharmaceutique ;
- Une politique de recrutement du personnel ;
- La Politique et normes de la planification familiale (2014) ;
- Un plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé (PSDRHS 2013-2020).

Cependant le code de santé publique et la réforme hospitalière, ainsi que des textes d'une grande importance pour l'organisation de certains services essentiels tels que la Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA), les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) ou les écoles régionales de santé, ne sont toujours pas adoptés. Des domaines importants comme le secteur privé (cliniques, cabinets, officines, dépôts pharmaceutiques, écoles de santé etc.) ou la gratuité des soins d'urgence, fonctionnent soit sur la base de textes dépassés, soit dans un vide juridique. Enfin, les lois adoptées manquent souvent de textes d'application et quand ceux-ci existent, ils ne sont pas connus ou mal appliqués.

I.1.3. Pilotage du système de santé

Sur le plan administratif, les agents du Ministère de la Santé Publique (MSP) sont recrutés par voie d'arrêté, de contrat ou par décision ministérielle ; ils sont gérés par des statuts différents selon qu'ils sont fonctionnaires, contractuels ou décisionnaires. Les personnels de santé fonctionnaires sont régis par la Loi n°17/PR/2001 du 31 décembre 2001 portant statut général de la fonction publique et le Décret 903/PR/PM/MFPTE/2006 du 12 octobre 2006 portant statuts particuliers des personnels de santé et des affaires sociales. Cet acte reclasse les différents corps selon différentes catégories. Le personnel contractuel et décisionnaire est régi par les conventions collectives (1952, 1971 et 2012) et le code de travail. En santé publique, la gestion des ressources humaines relève de plusieurs Ministères car la formation est assurée par le Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, le Ministère de la santé publique, le département de l'action sociale et des institutions privées. Ensuite la gestion de carrière est assurée conjointement par le département de la santé et celui de la

fonction publique et de l'emploi. En ce qui concerne le personnel de la santé, il est inégalement réparti sur l'ensemble du territoire national. Une forte concentration du personnel qualifié est observée en milieu urbain.

Les politiques et plans élaborés par le MSP accordent toujours une place importante au développement des ressources humaines comme étant le levier pour l'amélioration de la qualité des prestations des services dans les formations sanitaires. Le MSP dispose désormais d'un plan stratégique de développement des ressources humaines pour la santé (PSDRHS 2013-2020). Cependant, il est insuffisamment mis en œuvre.

Au regard de la spécificité des services offerts, l'amélioration de la qualité du système de santé notamment des soins aux populations reste tributaire des ressources humaines, matérielles et financières. Malgré les efforts fournis par le Gouvernement tchadien avec l'appui des partenaires techniques et financiers, plusieurs défis demeurent. D'après l'annuaire statistique sanitaire 2017, le nombre d'agents de santé toutes catégories confondues est estimé à 9146. Selon les mêmes sources, le ratio habitants pour un médecin est de 24 188, celui d'habitants pour un pharmacien est de 221 777. Par ailleurs, le ratio habitants pour un infirmier s'établit à 3 837.

I.1.4. Formation du personnel de santé

Les institutions de formation initiale du personnel de santé au niveau du pays comprennent :

- Trois (3) facultés de médecine dont 2 à N'Djamena et 1 à Abéché ;
- Un (1) institut universitaire des sciences et techniques à Abéché ;
- Une (1) école nationale des agents sanitaires et sociaux (ENASS) ;
- Quatre (4) écoles régionales de santé et des affaires sociales (Abéché, Moundou, Sarh et Biltine) ;
- Vingt-trois (23) écoles de santé confessionnelles et privées ;
- Une (1) école de formation des auxiliaires des services de santé des armées (EFASSA).

La formation paramédicale est assurée sur la base de curricula de trois ans pour les Agents Techniques de Santé (ATS), les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), les Sages-femmes Diplômées d'Etat (SFDE) et les Techniciens Supérieurs (TS). Au niveau du Ministère de la défense nationale, il est mis en place une formation en un ou deux ans d'infirmiers militaires d'appui, sanctionnée par des Certificats de Spécialité (CS) de niveaux 1 et 2.

La formation des médecins spécialistes n'existe pas au Tchad. Le peu de médecins spécialistes qui exercent sont surtout dans les grands hôpitaux de N'Djamena. Pour pallier cette pénurie de médecins spécialistes, le MSP a entrepris, depuis 2000, un programme de formation progressive de médecins spécialistes à l'étranger,

particulièrement dans les pays de la sous-région. Parallèlement, le Gouvernement a monté avec l'appui de l'OMS et l'UNFPA un projet de formation locale de médecins spécialistes en pédiatrie, Gynécologie, chirurgie et médecine interne.

Concernant les ressources financières, en dépit de l'engagement (d'Abuja) de l'Etat d'allouer 15% de son budget au secteur de la santé, en 2015 le Gouvernement tchadien en a consacré 5,52%. En 2013, en raison des retombées des ressources pétrolières, il a été consacré près de 10% du budget au secteur hormis les ressources investies dans les grands projets présidentiels.

Le secteur de la santé a aussi bénéficié de financement dans le cadre de la mise en œuvre du projet présidentiel. Ces crédits sont logés dans les charges communes du Budget Général de l'Etat. La part consacrée pour le transfert/ Subvention est passée de 20,692 milliards de FCFA en 2012 à 39,450 milliards de FCFA en 2013, soit un taux de croissance de 91%.

I.1.5. Contexte démographique

En 2009, les enfants de moins d'un an, 1-4 ans et 0-4 ans représentent respectivement 3,97%, 17,73% et 20,2% de la population totale. Les femmes en âge de procréer (15-49 ans) représentent quant à elles 22% de l'ensemble de la population. En 2015, les projections révèlent une légère modification de cette structure. En effet, les enfants de moins d'un an, 1-4 ans et 0-4 ans constituent respectivement 4,5%, 15,6% et 20,1% de la population totale. Pour la même année, les femmes de 15-49 ans constituent 21,6%. Cette forte croissance démographique s'explique notamment par le niveau de fécondité qui reste l'un des plus élevés au monde avec un ISF qui s'établit à 6,4 enfants par femme et la très faible utilisation de la contraception (5%), selon les résultats de l'EDS-MICS 2014-2015.

I.1.6. Fécondité

Selon les résultats de l'EDS-MICS 2014-2015, une femme tchadienne a, en moyenne, 6,4 enfants à la fin de sa vie féconde. Comparé au taux (6,6) des précédentes enquêtes, ce niveau de fécondité a peu changé. L'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) varie cependant selon le milieu de résidence, selon la région et le niveau d'instruction de la femme.

Ainsi, en milieu urbain, cet indice est de 5,4, contre 6,8 en zone rurale. En considérant les régions, la fécondité varie d'un minimum de 5,0 enfants par femme (Ennedi) à un maximum de 7,6 (Logone Oriental).

Considérant le niveau d'instruction, les femmes ayant atteint un niveau supérieur, ont en moyenne 2,8 enfant, ce taux est de 7,4 pour les femmes ayant atteint un niveau primaire. La fécondité peut aussi varier en fonction du niveau de vie des ménages.

Il faut noter que le niveau de fécondité est lié en grande partie à : (i) une faible offre et utilisation de la contraception moderne (environ 5% des femmes en union et 19% de celles en union libre l'utilisent) contrastant avec une importante

demande non satisfaite en planification familiale ; (ii) la précocité de la nuptialité et de l'entrée dans la vie féconde (trois femmes âgées de 25-49 ans au moment de l'enquête sur dix (30 %) étaient déjà en union avant d'atteindre 15 ans exacts (EDS-MICS 2014-2015). Ce pourcentage est de 70 % avant d'atteindre 18 ans exacts et de 82 % avant d'atteindre 20 ans exacts) ; (iii) la persistance de pratiques, croyances et perceptions socio culturelles néfastes ; et (iv) l'inexistence d'un texte d'application de la loi 006/PR/2002 portant sur la promotion de la santé reproductive qui permettrait la réglementation du libre choix à l'accès à la planification familiale.

Le taux de couverture en Consultation Périnatale (CPN) est de 64% (EDS-MICS 2014-2015). Cependant, cette couverture cache des disparités entre les milieux de résidence (83,6% en milieu urbain contre 58,9% en milieu rural en 2014-2015). Il faut noter aussi que ce taux ne cesse d'augmenter depuis 2004. La situation montre que le taux de couverture en CPN est passé de 43% en 2004 (EDST II) à 53% en 2010 (MICS 2010) pour atteindre 64% en 2014-2015 (EDS-MICS 2014-2015).

Les résultats de l'EDS-MICS 2014-2015 montrent que 6 % des femmes de 15-49 ans utilisaient, au moment de l'enquête, une méthode de contraception : 5 % une méthode moderne et 1 % une méthode traditionnelle. La prévalence contraceptive moderne parmi les femmes en union est passée de 2 % en 2004 à 5 % en 2014-2015. En ce qui concerne l'utilisation de la contraception moderne, un contraste saisissant existe entre le milieu urbain et le milieu rural. En effet, seulement 4% de femmes rurales en utilisent contre 10% de femmes urbaines. Notons que les implants et les injectables sont les méthodes modernes les plus utilisées par les femmes en union de 15-49 ans (respectivement 1 % et 2 %).

Malgré la précocité de la nuptialité et l'entrée en vie féconde des femmes Tchadiennes, les modes d'accouchement n'ont pas évolué pour autant. Les femmes accouchent majoritairement à domicile (77%). En milieu urbain, seulement 53,4% de femmes ont accouché dans un établissement de santé contre 13,9% en milieu rural. La fréquence du recours à un établissement sanitaire pendant l'accouchement a connu une certaine dynamique selon les périodes. Les données de l'EDS 2004, MICS 2010 et celles de l'EDS-MICS 2014-2015 montrent l'évolution du recours à un établissement sanitaire pendant l'accouchement. On a remarqué une baisse entre 2004 (25,6%) et 2010 (16%) et une hausse entre 2010 et 2014-2015 (23%).

Selon l'enquête EDS-MICS 2014-2015, seulement 24% de naissances ont été assistées par un personnel de santé dont 58,6% en milieu urbain et 15,9% en milieu rural. 10% de naissances ont été assistées par des accoucheuses traditionnelles formées et 48% par celles non formées. Cependant, relevons que le taux de naissances assistées par un personnel qualifié connaît une augmentation. L'analyse décrit l'évolution de la proportion des naissances assistées par un personnel qualifié pendant l'accouchement entre 2004 et 2014-2015. Il ressort de cette analyse que le taux est passé de 21% en 2004 à 23% en 2010, puis à 24% en 2014-2015.

Le suivi de la grossesse est l'occasion de prévenir les anémies, le tétanos néonatal, le paludisme, la transmission du VIH et de préparer la mère à la pratique de l'allaitement maternel. A l'EDS-MICS 2014-2015, la proportion des femmes protégées contre le tétanos est de 55,7% (72,2% en milieu urbain et 51,5% en milieu rural), la proportion des femmes enceintes ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide est évaluée à 35% et parmi les femmes ayant eu une naissance au cours des deux années ayant précédé l'enquête, 16 % ont reçu au moins deux doses de SP/Fansidar pendant leur grossesse la plus récente, dont au moins une dose au cours d'une visite prénatale.

Cette situation a d'énormes répercussions sur la santé et le suivi des enfants. Selon le rapport final de l'EDS-MICS 2014-2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans reste à un niveau très élevé. Le quotient de mortalité infanto-juvénile est de 133‰. Sur 1000 naissances vivantes, 72 sont décédées avant d'atteindre leur premier anniversaire. La comparaison des résultats de l'EDST-II 2004, de la MICS-2010 et de l'EDS-MICS 2014-2015 indique que la mortalité des enfants a diminué de façon très rapide au cours des 10 dernières années. La mortalité infantile n'a pratiquement pas baissé entre 1996-1997 et 2004, mais a diminué, de 102‰ à 72‰ entre 2004 et 2014-2015. Les quotients de mortalité juvénile et infanto-juvénile montrent aussi une baisse importante entre 2004 et 2014-2015.

I.1.7. Mortalité maternelle

Dans une perspective comparative, il ressort qu'entre 1996-1997 et 2004, le taux de la mortalité maternelle a connu une hausse remarquable (827 en 1996-1997 et 1099 en 2004) pour chuter en 2014-2015 à 860 (EDS-MICS 2014-2015).

I.1.8. Nutrition

Selon l'EDS-MICS 2014-2015, les résultats ont montré un niveau de malnutrition chronique considéré comme sérieux au niveau national. On note 40% de cas de malnutrition chronique dont 18% de forme modérée et 22% de forme sévère. Cette situation cache des disparités régionales avec une prévalence variant de 40,1% à 63,9% dans 14 régions sur 23 du pays.

Les informations issues des enquêtes indiquent que le taux d'insuffisance pondérale des enfants de moins de cinq ans atteignait 29% en 2015, contre 30,3% en 2010. En ce qui concerne la proportion d'enfants subissant un retard de croissance, elle a évolué de 38,7% à 40% entre 2010 et 2015. Enfin, le taux d'émaciation a enregistré une baisse en passant de 15,7% en 2010 à 13% en 2015. Ces indicateurs sur l'état nutritionnel, quasi stables dans le temps, indiquent que la prise en charge des enfants de moins de cinq ans en particulier dans les politiques de développement sanitaire, nutritionnel et de protection sociale, demeure un défi important au Tchad.

I.2. Education

L'éducation constitue l'un des attributs les plus importants de la population car elle détermine pratiquement tous les aspects de la vie des individus. Elle est un facteur d'accroissement du capital humain et par conséquent, elle permet d'augmenter les capacités de production des travailleurs.

I.2.1. Structure et organisation du système éducatif

Cinq Ministères sont directement impliqués dans la gestion du secteur de l'éducation et de la formation : le Ministère de l'Education Nationale et de la Promotion Civique (MENPC), le Ministère de la Formation Professionnelle et des Petits Métiers (MFPPM), le Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation (MESRI), le Ministère de la Femme, de la Protection de la Petite Enfance et de la Solidarité Nationale (MFPPESEN) et le Ministère de la Promotion des Jeunes, des Sports et de l'Emploi (MPJSE).

Au Tchad, l'enseignement public est laïc. L'Etat en assure l'organisation, le fonctionnement et le contrôle. L'enseignement privé est reconnu et contrôlé par l'Etat. Les modalités de création et de fonctionnement des établissements d'enseignement privé sont définies par décret pris en Conseil des Ministres. L'enseignement à distance est reconnu et encouragé comme un mode alternatif d'enseignement et de formation. Son organisation, son fonctionnement et son contrôle sont régis par des textes particuliers.

1.2.1.1. Structure du système éducatif

Le système éducatif tchadien comprend l'éducation formelle, non formelle et informelle.

✓ Education formelle

Le système éducatif tchadien comprend les niveaux de formation ci-après :

- Enseignement préscolaire
- Enseignement fondamental
- Enseignement secondaire
- Enseignement supérieur

L'enseignement préscolaire est dispensé dans les structures spécialisées que sont les écoles maternelles et jardins d'enfants au profit des enfants âgés de trois (3) à cinq (5) ans. L'Etat encourage l'enseignement préscolaire qui est dispensé dans des établissements publics ou privés relevant des opérations du Ministère en charge de l'Action Sociale avec la collaboration pédagogique du Ministère de l'Education Nationale.

L'enseignement fondamental est obligatoire. L'Etat crée des structures adaptées aux enfants profondément handicapés, ainsi qu'à ceux en milieu rural, notamment

nomades nécessitant des mesures particulières. L'enseignement fondamental est organisé en deux cycles répartis en :

- Enseignement primaire ;
- Enseignement moyen.

L'enseignement fondamental est sanctionné par le Brevet d'Enseignement Fondamental (B.E.F.) dont les modalités de délivrance sont définies par décret pris en Conseil des Ministres.

L'enseignement primaire est dispensé dans les écoles primaires ouvertes aux enfants de six (6) à onze (11) ans autour des apprentissages fondamentaux d'écriture, de lecture et de calcul dans les langues officielles. Il peut également être dispensé dans les langues nationales.

L'enseignement moyen est un cycle d'orientation qui renferme toutes les structures d'approfondissement des apprentissages généraux et prépare à l'enseignement secondaire général ou technique et professionnel. L'orientation des élèves vers les différentes filières d'enseignement et de formation incombe aux structures d'orientation scolaire et professionnelle. L'enseignement moyen dure quatre (4) ans et est dispensé dans les collèges d'enseignement général.

L'enseignement secondaire comporte un cycle unique de trois (3) ans. Il accueille les élèves issus du fondamental ayant satisfait aux critères de sélection fixés par voie réglementaire. Il est organisé en filières générales et en filières techniques et professionnelles. L'enseignement secondaire général est dispensé dans les lycées d'enseignement général et sanctionné par le diplôme de baccalauréat de l'enseignement secondaire dont les modalités de délivrance sont précisées par décret pris en Conseil des Ministres.

L'enseignement secondaire technique et professionnel est dispensé dans les Centres de Formation Technique et Professionnelle (C.F.T.P), les Collèges d'Enseignement Technique et Professionnel (C.E.T.P.) ou les Lycées d'Enseignement Technique et Professionnel (L.E.T.P). Les lycées d'enseignement technique et professionnel accueillent les élèves titulaires du diplôme de fin de cycle de l'enseignement fondamental ou tout autre diplôme admis en équivalence.

La durée du cycle est de trois ans. Les études sont sanctionnées, selon la filière choisie, soit par un baccalauréat technologique, soit par un baccalauréat ou brevet de technicien, dont les modalités de délivrance sont définies par décret pris en Conseil des Ministres.

L'enseignement supérieur est ouvert aux candidats titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou de tout autre diplôme admis en équivalence. L'enseignement supérieur est organisé selon quatre (4) types d'établissements publics et privés ci-après :

- Les Universités ;
- Les Grandes Ecoles ;

- Les Instituts ;
- Les Centres Spécialisés.

Il comprend un à trois cycles selon les filières d'enseignement et de formation. La fin de chaque cycle est sanctionnée par un diplôme universitaire dont les modalités de délivrance sont fixées par décret pris en Conseil des Ministres.

Les établissements publics d'enseignement supérieur sont créés par une loi. Ils jouissent de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Leurs Statuts sont définis par Décret pris en Conseil des Ministres. Les établissements privés d'enseignement supérieur sont créés à l'initiative des personnes physiques ou morales, privées nationales ou internationales dans les conditions fixées par les textes réglementaires.

Les conditions de délivrance des diplômes et de collation des grades dans les établissements privés d'enseignement supérieur sont les mêmes que celles prévues pour les établissements publics d'enseignement supérieur dispensant les mêmes enseignements et formations.

L'Etat joue un rôle majeur dans la mise en œuvre et le suivi de la politique en matière de recherche scientifique et technique, à travers des départements spécialisés, des organes de programmation, de coordination et d'évaluation créés par voie réglementaire et soutenus par des dotations budgétaires conséquentes, complétées par des financements obtenus dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale.

Les institutions publiques de recherche scientifique et technique sont créées par une loi et leurs statuts définis par décret pris en Conseil des Ministres. Elles doivent répondre à un ensemble de critères garantissant l'objectivité et la qualité de leurs activités ainsi que le respect des règles administratives et financières applicables en fonction de leur statut.

Toute activité de recherche scientifique ou technique menée par des institutions publiques ou privées, à l'intérieur du territoire national, relève du domaine public. Leurs résultats sont des biens publics, accessibles à tous dans la limite des législations nationales et internationales en vigueur, notamment celles de la propriété intellectuelle.

✓ Education non formelle

L'éducation non formelle regroupe toutes les activités d'éducation et de formation conduites en dehors des structures scolaires de l'enseignement public et/ou de l'enseignement privé. Elle s'adresse à toute personne désireuse de recevoir une formation spécifique dans une structure non scolaire et qui peut être un Centre d'Alphabétisation relevant de l'initiative publique ou privée ; un Centre de Formation Professionnelle œuvrant au profit du monde rural ou des groupes vulnérables et toute structure d'éducation ou de formation spécialisée. Les contenus des enseignements dispensés sont déterminés par les promoteurs sous le

contrôle technique des autorités en charge de l'Education. Ils doivent répondre aux finalités du système éducatif.

✓ Education informelle

L'éducation informelle est le processus par lequel une personne acquiert durant sa vie des connaissances, des aptitudes et des attitudes par l'expérience quotidienne et les relations avec son environnement. Elle est réalisée, de manière fortuite et diffuse, à travers les principaux canaux suivants : la cellule familiale ; la communauté ; les groupes socioculturels et les mouvements associatifs ; l'environnement socioprofessionnel ; les médias et toutes formes de connaissances sociales.

1.2.1.2. Organisation du système éducatif

Le système éducatif tchadien est organisé en 23 Délégations Régionales de l'Education Nationale (DREN) subdivisées en 78 Inspections Départementales de l'Education Nationale et de la Promotion Civique (IDENPC) et 324 Inspections Pédagogiques de l'Enseignement Primaire (IPEP).

Dans chaque DREN se trouvent des structures locales chargées de l'inspection, de la supervision, de l'encadrement et de la formation : les Inspections de l'Enseignement Secondaire Général (IESG) ; les Inspections de l'Enseignement de Base (IEB) ; les Ecoles Normales d'Instituteurs (ENI) ; les Centres de Formation Continue (CFC) ; les Secteurs d'Alphabétisation (SA) ; les Centres de Formation et d'Apprentissage (CFA).

Le système éducatif utilise officiellement deux langues qui sont le français et l'arabe. Quelques rares établissements utilisent aussi l'anglais. Le système a également expérimenté les langues locales (Sara, Moundang, Maba, etc.) dans certaines régions du pays, notamment au niveau du primaire et de l'alphabétisation.

1.2.2. Orientation du système

Le droit à l'éducation, à la formation et à l'information est reconnu par la Constitution de 1996 révisée en 2005 en ses articles 35 et 38 ainsi que par la loi 16 portant orientation du Système Educatif Tchadien.

Le Gouvernement a fait du secteur de l'éducation l'une de ses priorités en matière de développement. Dans la pratique, la réalisation de cette priorité est rendue difficile par la poussée démographique et la demande sociale grandissante d'éducation. Pour lutter efficacement contre le chômage (notamment celui des jeunes), un programme Education-Formation en liaison avec l'Emploi (EFE) a été mis en place en 1990 pour mieux (i) orienter la formation en fonction des besoins du marché du travail, (ii) améliorer le rendement du système et (iii) accroître régulièrement le nombre de bénéficiaires directs des services d'éducation et de formation.

I.2.3. Pilotage et Gestion du système

La gestion du personnel dépend essentiellement de l'administration centrale qui le met à la disposition de ses services déconcentrés. Depuis 1996, le MENPC a mis en place la Commission Nationale d'Affectation et de Mutation (CONAM) qui, à partir de besoins réels régionaux, assure la mobilité du personnel enseignant. Les deux difficultés rencontrées en matière de ressources humaines sont l'insuffisance de ces ressources et leur mauvaise répartition.

Sur le plan des ressources humaines disponibles, l'analyse de la qualité des services éducatifs fait ressortir en 2016 une forte présence des maîtres communautaires dans le système, évaluée 22 330 individus pour le public sur un total d'enseignants de 38 905 (57,4%) (Annuaire statistique scolaire 2015-2016) contre 40 872 enseignants dont 24 699 maîtres communautaires en 2014-2015, soit 60,4%. Cette proportion était de 68,5% au cours de l'année 2010- (Annuaire statistique scolaire 2010-2011). Quant aux instituteurs et instituteurs adjoints, ils représentent respectivement en 2016, 37% et 5,5% du total des enseignants.

I.2.4. Population scolaire

La population scolaire est l'ensemble des personnes qui fréquentent une structure d'enseignement scolaire formelle. Ce sont les élèves et étudiants en cours de scolarité. Celle qui est scolarisable correspond aux populations des groupes d'âges officiels de fréquentation à un cycle d'enseignement¹. La population scolaire représente 43,9% de la population totale (RGPH 2, 2009). Durant la dernière décennie, les effectifs scolarisés ont augmenté dans tous les cycles d'enseignement, à un rythme moyen annuel variant de 8% à 12%. Les indicateurs disponibles montrent que les progrès réalisés sont significatifs.

Sur la période 1990-2014, le Taux Brut d'Admission (TBA) en première année est passé de moins de 52% à plus de 130%, le Taux Brut de Scolarisation (TBS) a plus que doublé en passant de moins de 50% à plus de 100% avant d'être ramené à moins de 90% en 2016 ; le nombre d'élèves du primaire a presque quintuplé en passant de moins de 0,5 million à plus de 2 270 104 en 2014-2015 pour revenir à 2 213 223 en 2016, soit une baisse annuelle de 2,5%, alors que la tranche d'âge concernée (6-11 ans) a augmenté de 3,7% et la proportion des filles est passée de 30% à plus de 43% durant la même période. (RESEN 2014 et PIET, 2017).

Au niveau primaire, en dépit de l'amélioration du taux d'achèvement de 37% en 2007 à 45,5% en 2016, il subsiste un fort taux de redoublement (16,4%) et d'abandon (19,7%), (Annuaire statistique 2015/2016). Ainsi, le principal défi consiste à assurer le maintien des élèves, en particulier des filles, dans le système éducatif mais aussi à améliorer la qualité de l'enseignement.

Par ailleurs, les études sur les enfants non scolarisés montrent que la moitié des enfants âgés de 6-11 ans sont en dehors du système scolaire. Cela concerne une

¹¹ RGPH-2, (2009), Rapport sur la scolarisation, alphabétisation et niveau d'instruction, Tome 7, Volume 2.

population de l'ordre de 1,3 million d'enfants dont 0,7 million de filles (UNICEF, 2016).

Le ratio élèves/maître tout statut confondu est de 57, alors qu'il est de 104 pour un enseignant formé. En effet, il est important de souligner que les manuels scolaires, outils indispensables à l'amélioration de la qualité de l'éducation, manquent énormément dans nos écoles. On compte au niveau primaire, 1 manuel de lecture pour 2 élèves, 1 manuel de calcul pour 4 élèves et 1 manuel de science pour 2 élèves. S'agissant des salles de classe, on dénombre 61 élèves par division contre 125 élèves par salle de classe construite en dur.

L'enseignement moyen a connu entre 2011-2016 une augmentation en termes d'établissements scolaires et d'effectifs. C'est ainsi que le nombre des établissements scolaires était passé de 924 en 2010-2011 à 1177 en 2016 soit une augmentation de 253 (27,3%). Les effectifs scolaires ont également augmenté, passant de 315 754 à 377 589 élèves au cours de la même période. Le taux d'achèvement global en 2016 est de 16,9% (dont 9,2% pour les filles) contre 18,3% en 2011.

L'enseignement secondaire général a connu une légère augmentation en nombre d'établissements et d'effectifs. Le nombre est passé de 345 à 433 établissements de 2011 à 2016. De même pour les effectifs, il a évolué de 134 260 à 149 732 élèves sur la même période.

Au niveau de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle (ETFP), il a été dénombré 49 établissements répartis sur 20 des 23 régions. Au cours de la même année, sur 7791 élèves, 1 491 étaient inscrits dans les collèges techniques et 6 300 dans les lycées d'enseignements techniques (industriels et commerciaux).

Selon les résultats de RGPH-2, le taux d'alphabétisation des personnes âgées de 15 ans et plus est de 22,3% dont 31,3% pour les hommes et 14,0% pour les femmes. Ce taux est estimé en 2013 (Projections INSEED) à 38,2% (47,4% pour les hommes contre 29,1% pour les femmes). Il reste l'un des plus faibles en Afrique.

Sur le plan national, selon l'annuaire statistique 2015-2016, on dénombre 2 235 centres d'alphabétisation avec 100 463 apprenants encadrés par 4 321 animateurs, parmi lesquels 1400 sont formés, soit 36%.

En 2000-2001, le Tchad ne comptait que 7 établissements d'enseignement supérieur à caractère ou d'utilité publique contre plus de 100 établissements en 2015. De même, on dénombrait 6 730 étudiants dont 14,5% des filles en 2000-2001 contre environ 44 000 étudiants dont 22,3% des filles en 2015.

En ce qui concerne l'espérance de vie scolaire, le nombre d'années qu'un élève tchadien a la chance de passer à l'école est de 6,8 ans dont 8,4 ans chez les garçons et 5,5 ans chez les filles. Par ailleurs, les élèves du milieu urbain espèrent passer 10,4 ans à l'école tandis que ceux du milieu rural espèrent y passer 5,7 ans (RGPH-2).

Les augmentations des effectifs dans tous les cycles d'enseignement ont été rendus possibles grâce à une meilleure mobilisation des ressources publiques en faveur de l'éducation. En ce qui concerne les dépenses, la part des dépenses d'éducation en pourcentage des dépenses totales est encore faible, 11% (2016), malgré la progression observée depuis 2013 (DEP/Ministère des Finances et du Budget).

I.3. Niveau de vie

Le niveau de vie est abordé à travers les caractéristiques économiques et la consommation.

I.3.1. Caractéristiques Economiques

Pendant longtemps, l'économie tchadienne reposait sur l'agriculture et l'élevage (coton, bétail, gomme arabique, canne à sucre etc.). A partir de 2003, elle a connu une nouvelle dimension économique, liée à la production du pétrole qui s'est traduite par d'importantes exportations vers le reste du Monde. Toutefois cette nouvelle réalité a rendu le pays plus vulnérable à l'environnement international (crises économiques, financières et alimentaires, instabilité des prix du Brent et du taux de change). Dans les années pré-pétrole, le coton, principale culture d'exportation, représentait 60 à 65% du revenu des exportations. En 2002, la répartition du Produit Intérieur Brut (PIB) entre les trois secteurs donnait en moyenne 35% pour le primaire, 15% pour le secondaire et 50% pour le tertiaire (Commission CEMAC).

Entre 2004 et 2005, l'exploitation du pétrole a entraîné un quasi doublement du PIB qui est passé de 1 732 Milliards de FCFA en 2004 à 3 101 Milliards de FCFA en 2005. Le PIB pétrolier représentait en moyenne 30% du PIB sur la période 2005-2011 contre 25% pour les secteurs de l'agriculture et de l'élevage, 15% pour le commerce et 30% pour l'ensemble des autres secteurs. (Source : INSEED et DEP/MFB, 2016).

Si la croissance du Tchad a connu un net ralentissement en 2011 avec un taux de croissance de 2,8%, à cause principalement de la baisse des activités dans le secteur primaire, elle a atteint 10,4% en 2012, tirée doublement par le secteur pétrolier (découverte de nouveaux puits) et par le secteur non pétrolier (la mise en service de nouvelles unités de production d'électricité et de ciment ainsi que les investissements massifs dans les infrastructures).

De même, l'aide extérieure, autre source de financement de la croissance, a baissé au cours de trois dernières années. Selon l' Organisation pour la Coopération et le Développement Economique (OCDE), le montant total net d'aide au développement public programmé par le Tchad au cours de la période 2009-2011, tous donateurs confondus était de 251 millions de dollars américain en 2009, 212 millions de dollar en 2010 et 200 millions en 2011, soit un indice de variation de 84 millions en 2010 et 80 millions en 2011.

En 2015, le taux de croissance du PIB du Tchad a été de 3,1% contre 6,1% en 2014. Ce ralentissement de la croissance est dû à une mauvaise campagne agricole et à une baisse du cours de pétrole. Toutefois la production pétrolière s'est accrue en raison de la mise en exploitation de nouveaux champs pétroliers.

En fin d'année 2016, le taux de croissance s'est établi à -3,6% notamment à cause de la baisse des investissements publics et de la faible reprise du cours du pétrole. Les estimations pour 2017 et 2018 donnent -4,6 % et +1,6% respectivement (CEMAC 2018).

I.3.2. Consommation

De 2009 à 2011, le revenu moyen par habitant à prix courant et au taux de change officiel, s'est établi à près de 328 435 FCFA/an, soit 900 FCFA/jour, équivalent à environ 1,87 dollars US par jour au Tchad. Au cours de la même période, la consommation finale moyenne par habitant, était de 319 658 FCFA, soit près de 876 FCFA, équivalent à 1,81 dollar par jour. C'est dire que chaque tchadien n'avait en moyenne que 24 FCFA/jour, soit 0,050 dollar par jour pour consacrer à la formation de capital privé, à l'investissement public dans l'infrastructure et à l'utilisation de services publics essentiels comme la santé, l'enseignement, l'administration et la sécurité des personnes et des biens. Autrement dit, le Tchadien consacre 97,3% de son revenu à la consommation, ce qui montre qu'au Tchad, les investissements sont essentiellement publics. (INSEED : ECOSIT3, 2011).

Les dépenses alimentaires intègrent les dépenses d'alimentation (alimentation et boissons non alcoolisées), de boissons alcoolisées et tabac, et les dépenses d'hôtel et de restauration, ainsi que l'autoconsommation des produits alimentaires. Elles constituent le poste de dépense le plus important dans les dépenses totales, soit 68,1%. Les dépenses d'alimentation comptent pour 61,7%.

II. REVUE DE LA LITTÉRATURE ET METHODOLOGIE

Cette section met en exergue la revue de littérature ainsi que la démarche méthodologique.

II.1. Revue de la littérature

L'état de la littérature sur le concept du capital humain nous conduit à l'examen des différentes sous-dimensions : éducative, sanitaire et niveau de vie. Le capital humain constitue un axe central du développement social, un vecteur de la performance économique et sociale du pays. Plusieurs auteurs ont abordé ce concept :

Pour Adam Smith , « les hommes contribuent à la croissance économique ». En effet, les travailleurs, qui font des études supérieures, ont du savoir-faire, un bagage culturel et intellectuel important. Ils sont donc plus productifs, ce qui améliore leur efficacité. Cette meilleure efficacité et efficience leur permet par conséquent d'être plus innovants. Ainsi, la théorie du capital humain assure qu'il est plus rentable d'investir dans l'éducation et la formation des individus que dans les machines et les usines, le retour sur investissement est plus important sur le long terme. Cette théorie a des limites car pour les pays développés qui ont connu la seconde guerre mondiale, les nations se sont assez rapidement reconstruites en investissant massivement dans les machines et les usines.

Selon Becker (1964), le capital humain représente « le stock de ressources productives incorporées aux individus eux-mêmes, constituées d'éléments aussi divers que le niveau d'éducation, de formation et d'expérience professionnelle, l'état de la santé ou de la connaissance du système économique ».

Pour Amartya Sen (2000), le capital humain et la capacité sont assez proches. Les bénéfices de l'éducation vont bien au-delà de son apport au capital humain dans la production du bien. La capacité permet de donner de la valeur à ces autres fonctions. La mesure de ce capital humain a été mise en œuvre par le PNUD qui s'est basé sur le travail d'Amartya Sen et à travers un indicateur composite sous acronyme IDH pour désigner l'indicateur du capital humain.

La Banque Mondiale définit le capital humain comme étant un ensemble des connaissances, compétences et données d'expériences que possèdent les individus et qui les rendent économiquement productifs.

En revanche, pour l'OCDE, l'accent est mis sur le bien être personnel, social et économique.

Il existe deux grandes théories dans la littérature économique qui tentent d'expliquer la croissance de l'économie à savoir, la théorie de la croissance exogène et la théorie de la croissance endogène. Les postulats qui découlent de ces théories sont les suivantes :

Selon la théorie de la croissance exogène de Solow, c'est le progrès technique qui détermine la croissance économique. Cependant, ce progrès technique dépend d'une sphère autre que l'économie. Par contre, pour la théorie endogène, la croissance économique résulte de processus et de décisions microéconomiques qui sont à l'origine de ce progrès technique. Selon cette théorie, il y a quatre (4) facteurs principaux qui influencent la croissance à savoir les rendements d'échelles, l'innovation, le capital humain et l'action publique. C'est dans cette logique de la théorie de la croissance endogène que le capital humain joue un rôle fondamental en plus du développement humain mais aussi dans la croissance économique d'un pays.

II.2. Méthodologie

Dans la partie méthodologie, sont mises en reliefs les sources de données utilisées dans le calcul des indices ainsi que la méthode de calcul de ces indices.

II.2.1 Sources de données

Le tableau ci-après décrit les variables ainsi que leurs sources.

Tableau 1 : Présentation des variables et leurs sources

| N° | Variabiles | Descriptions | Sources |
|----|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1 | Espérance de vie à la naissance (EVN) | Pour une année n donnée, l'EVN est l'âge moyen au décès d'une génération fictive de personnes soumises à chaque âge au risque de décès, par âge observé cette année-là. | INSEED, 2014 |
| 2 | Indice synthétique de fécondité (ISF) | L'ISF indique le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, dans les conditions de fécondité du moment, c'est-à-dire si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeureraient inchangés. | EDS-MICS 2014-2015. |
| 3 | Durée moyenne de scolarisation (DMS) | Moyenne du nombre d'années d'éducation dispensée à des adultes de 25 ou plus au cours de leur vie, en se fondant sur les niveaux d'éducation de la population convertis en années de scolarisation sur la base des durées théoriques de chaque niveau d'enseignement suivi. | INSEED, 2014 |
| 4 | Durée attendue de scolarisation (DAS) | Nombre total d'années de scolarité qu'un enfant d'un certain âge peut s'attendre recevoir dans le futur, tout en supposant que la probabilité d'être inscrit à l'école à un âge donné est égal au taux de scolarisation actuel pour cet âge. | INSEED, 2014 |
| 5 | Consommation par tête | Niveau moyen de consommation finale d'un individu au cours d'une année | ECOSIT 3, 2011 |

II.2.2. Méthode de calcul des indices

- **L'indice d'Espérance de Vie à la Naissance (IEVN)**

$$IEVN = \frac{\text{valeur utilisée} - \text{valeur minimale}}{\text{Valeur maximale} - \text{Valeur minimale}}$$

Valeur utilisée : c'est la valeur fournie par l'INSEED

Valeur minimale : c'est la valeur minimale **20** définie par le PNUD

Valeur maximale : c'est la valeur maximale **85** définie par le PNUD

- **L'indice transformé de l'indice synthétique de fécondité**

Selon les niveaux atteints, L'ISF peut engendrer des conséquences négatives ou positives. Ainsi, lorsqu'il est très élevé, il peut constituer un obstacle pour l'atteinte du Dividende Démographique. Mais lorsqu'il est très petit, cela présente des inconvénients économiques comme démographiques. Afin de rester en phase avec la préférence des femmes africaines en matière de fécondité et de respecter le taux de renouvellement de la population (2,1), on retient 3 comme borne inférieure et 8 comme valeur maximale car aucun pays n'a un ISF supérieur à 8. L'indice ainsi construit sera de telle sorte que : plus l'ISF s'éloigne de 3 moins il sera important et vice versa.

Pour ce faire on utilise la formule suivante :

$$ISFN(x) = \frac{x}{3} * 1_{[0,3]}(x) + \frac{(8-x)}{(8-3)} * 1_{]3,8]}(x)$$

Avec x l'ISF d'une région, $1_{[0,3]}(x)$ et $1_{]3,8]}(x)$ des fonctions indicatrices de x.

- **L'indice de Santé (IS)**

Cet indice est obtenu en faisant la moyenne géométrique de l'indice de l'espérance de vie à la naissance et de l'indice synthétique de fécondité normalisé :

$$IS = \sqrt{IEVN * ISFN}$$

- **L'indice de la Durée Moyenne de Scolarisation (IDMS)**

$$IDMS = \frac{\text{valeur utilisée} - \text{valeur minimale}}{\text{Valeur maximale} - \text{Valeur minimale}}$$

Valeur utilisée : valeur définie par le PNUD, 2014

Valeur minimale : c'est la valeur minimale 0 an définie par le PNUD

Valeur maximale : c'est la valeur maximale 15 ans définie par le PNUD

- **L'indice de la Durée Attendue de Scolarisation (IDAS) ou Espérance de Vie Scolaire (EVS)**

$$IDAS = \frac{\text{valeur utilisée} - \text{valeur minimale}}{\text{Valeur maximale} - \text{Valeur minimale}}$$

Valeur utilisée : valeur ainsi définie par le PNUD, 2014

Valeur minimale : c'est la valeur minimale 0 an définie par le PNUD

Valeur maximale : c'est la valeur maximale 18 ans définie par le PNUD.

- **L'indice de l'éducation ou indice combiné ou indice de niveau d'instruction (IE)**

Cet indice est obtenu en faisant la moyenne géométrique des indices de la Durée Moyenne de Scolarisation et l'indice de la Durée Attendue de scolarisation :

$$IE = \sqrt{IDMS * IDAS}$$

- **L'indice de Consommation par tête**

$$ICONST = \frac{\ln(\text{valeur utilisée}) - \ln(\text{valeur minimale})}{\ln(\text{Valeur maximale}) - \ln(\text{Valeur minimale})}$$

Valeur utilisée : c'est la valeur calculée à partir de l'ECOSIT 2011

Valeur minimale : c'est la consommation moyenne par tête (67\$) qui sera convertie en francs CFA

Valeur maximale : c'est la consommation moyenne par tête (20723\$) convertie en francs CFA.

III. ANALYSE DES RESULTATS

Les analyses ici faites prennent en compte l'indice de santé, l'indice de l'éducation et l'indice de niveau de vie ainsi que l'IDHE tant au niveau national qu'au niveau des pôles.

III.1. Analyse de l'IDHE à l'échelle nationale

L'analyse de l'IDHE à l'échelle nationale met en évidence respectivement l'indice de santé, de l'éducation et du niveau de vie.

III.1.1. Analyse de l'indice de santé

L'indice de santé est constitué de l'espérance de vie et l'indice synthétique de fécondité (ISF). Cet indice calculé est de 40,2% en 2011. Cette valeur, inférieure à 50 %, indique que la situation sanitaire au Tchad n'est pas reluisante du fait du faible niveau d'espérance de vie (52,4 ans) et de l'ISF élevé (6,4 enfants par femme) (EDS-MICS 2014-2015). Cela compromet l'objectif du dividende démographique du fait d'un ratio de dépendance élevé et de la faible longévité des travailleurs.

L'espérance de vie à la naissance est l'indicateur le plus pertinent pour rendre compte de manière synthétique du niveau de la mortalité. Celle-ci varie en sens inverse des différents taux de mortalité (maternelle, infanto-juvénile, etc.). En d'autres termes, plus la mortalité est élevée, plus l'espérance de vie diminue et vice-versa. Une baisse de l'espérance de vie résulterait essentiellement des problèmes d'accès aux services de santé et aux pesanteurs socioculturelles.

L'ISF est passé de 6,6 enfants par femme en 1996 à 6,4 enfants à 2015. Ce fort niveau de fécondité est dû à la faible offre et utilisation de services sur les méthodes contraceptives modernes (5%), au faible niveau d'instruction des filles, ainsi qu'au mariage précoce et aux pesanteurs socioculturelles.

III.1.2. Analyse de l'indice de l'éducation

La valeur calculée de l'indice de l'éducation (IE) est de 20,7%. Cette valeur étant inférieure à 50%, traduit une situation préoccupante du système éducatif. En effet, le Taux d'achèvement au primaire de 37,2% en 2009 s'explique par une forte proportion de redoublement (16,4%) et d'abandon (19,7%). Ces faibles taux s'expliquent par les facteurs socioculturels, économiques et institutionnels. Par ailleurs, le taux brut de scolarisation dans l'enseignement secondaire n'était que de 18,98%. En somme, la faible valeur de l'IE tire vers le bas l'IDHE.

III.1.3. Analyse de l'indice de niveau de vie

La valeur calculée de l'indice du niveau de vie en 2011 est de 54,4%. Cette valeur est au-dessus de 50%, ce qui implique un niveau de vie moyen. Ce niveau de vie moyen peut s'expliquer par l'amélioration des revenus moyens des ménages depuis l'exploitation du pétrole. En effet, le secteur pétrolier a permis à l'Etat Tchadien

d'enregistrer d'importantes ressources financières en vue de faire face à ses dépenses. Aussi, les salaires des Agents de l'Etat ainsi que les autres dépenses publiques ont connu une augmentation substantielle. En outre, le secteur de l'élevage qui est le deuxième secteur exportateur après celui du pétrole, constitue une source de revenus substantiels pour de nombreux ménages. Il en est de même pour le secteur agricole.

III.1.4. Analyse de l'IDHE

Le développement humain consiste à assurer des opportunités d'épanouissement égales à tout un chacun. Il implique non seulement de renforcer les capacités afin d'élargir l'éventail des choix des individus (mener une vie saine, productive et sûre) mais également de garantir que ces choix ne compromettent ou ne limitent ceux des générations futures (PNUD, 2011-2015).

Depuis 1990, l'indice de développement humain constitue un important outil de mesure des progrès réalisés par les pays. Il prend en compte l'espérance de vie, la durée de scolarisation et le niveau de revenus. L'Indice du Développement Humain Etendu introduit la fécondité dans l'analyse du capital humain. La valeur calculée de l'IDHE au niveau national est de 39%. Cette valeur calculée est inférieure à 50%, exprimant ainsi le niveau faible du capital humain étendu au Tchad.

En dépit d'une valeur acceptable de niveau de vie au Tchad (54,4%), le développement humain est compromis par les faiblesses du système éducatif (20,7%) et sanitaire (40,2%). Les durées moyennes de Scolarisation (DMS : 1,4 ans et DAS : 7,4 ans) expliquent le faible niveau de développement de l'éducation. L'espérance de vie à la naissance faible (54,2 ans) et l'indice synthétique de fécondité élevé (plus de 6,0 enfants par femmes) viennent affaiblir davantage l'indice.

III.2. Analyse de l'IDHE par pôle

Il est à rappeler que, dans le cadre de l'ONDD, six pôles sont retenus comme unités d'analyse. L'analyse de l'IDHE sera donc présentée aussi par pôles.

Le tableau 2 présente les indices de la santé, de l'éducation, le niveau de vie et l'IDHE par pôle.

Tableau 2 : Indicateurs dimensionnels, IDHE et rang par Pôle

| POLES | SANTE | EDUCATION | NIVEAU DE VIE | IDHE | RANG |
|----------------------------|--------------|--------------|---------------|--------------|------------------|
| Pôle Métropolitain | 0,442 | 0,198 | 0,827 | 0,489 | 1 ^{er} |
| Pôle Saharien | 0,402 | 0,178 | 0,826 | 0,469 | 2 ^{ème} |
| Pôle Centre Est | 0,477 | 0,153 | 0,769 | 0,467 | 3 ^{ème} |
| Pôle du Grand Kanem | 0,511 | 0,124 | 0,758 | 0,464 | 4 ^{ème} |
| Pôle Sud Est | 0,451 | 0,215 | 0,666 | 0,444 | 5 ^{ème} |
| Pôle Sud-Ouest | 0,314 | 0,236 | 0,689 | 0,413 | 6 ^{ème} |
| NATIONAL | 0,402 | 0,207 | 0,544 | 0,385 | |

Source : Calcul CREG/CREFAT, 2018

III.2.1. Analyse de l'indice de la santé par pôle

Cet indice prend en compte l'espérance de vie à la naissance et l'indice synthétique de fécondité. Au niveau national, sa valeur est de 40,2%. La dynamique comparative montre une légère disparité entre les pôles.

Le Grand Kanem, le Centre Est, le Sud Est et le pôle Métropolitain sont les pôles qui présentent les meilleurs scores en termes de santé, avec respectivement 51,1%, 47,7%, 45,1% et 44,2%. Le pôle saharien enregistre une valeur égale à la moyenne nationale (40,2%). Par contre dans le Sud-Ouest, la valeur est de 31,4%.

Dans l'ensemble, la situation sanitaire reste préoccupante dans les différents pôles à l'exception de pôle du Grand Kanem qui a un indice moyen de 51,1% traduisant une amélioration dans le domaine sanitaire. Cette amélioration pourrait s'expliquer par l'ISF qui est l'un des plus faibles du pays (5,6), une couverture sanitaire acceptable et l'appui des partenaires techniques et financiers et des ONGs qui sont nombreux dans le pôle. Le faible niveau de fécondité s'expliquerait par l'émigration des hommes vers le pôle métropolitain et les autres grandes villes du pays voire même à l'extérieur du pays à la recherche d'emplois décents.

En dehors du Grand Kanem, les autres pôles enregistrent une situation sanitaire moins satisfaisante et un niveau élevé de fécondité exerçant des pressions à la baisse sur le niveau de l'indicateur de santé.

III.2.2. Indice de l'éducation

L'analyse de cet indice se focalise sur la DMS et la DAS. La valeur nationale calculée est de 20,7% montrant ainsi que le système éducatif tchadien est dans la zone rouge (Inférieur à 50%) nécessitant des réformes profondes en vue d'atteindre les ODD.

Au niveau des pôles, les valeurs calculées présentent des situations moins reluisantes. De façon singulière, la situation éducative reste préoccupante dans les zones Métropolitaine, Saharienne, Centre Est et Grand Kanem avec des valeurs respectives de 19,8%, 17,8%, 15,3% et 12,4%.

Ces faibles indices pourraient être expliqués par l'éloignement des écoles, l'implication des enfants dans les travaux agropastoraux, l'abandon des postes par certains enseignants, le mariage précoce des jeunes filles, les autres pesanteurs sociales culturelles et l'irrégularité dans le fonctionnement des cantines scolaires.

En revanche, les zones du Sud-Est et du Sud-Ouest ont une valeur de l'indice de l'éducation supérieure aux autres zones avec respectivement une valeur de 21,5% et de 23,6%. Ces deux zones sont les plus scolarisées du Tchad avec en 2015 des taux de redoublement au cycle primaire les plus faibles (25,5% et 26,6%).

En définitive, la situation de l'éducation dans les différentes zones est le reflet de la faiblesse du système éducatif au niveau national. De ce fait, la détérioration de la qualité de l'enseignement et le non achèvement de la scolarité ne permettent pas aux jeunes femmes et hommes d'acquérir les capacités dont ils ont besoin pour

accéder à un emploi dans le secteur formel, et contribuer à la capture du dividende démographique.

III.2.3. Indice de niveau de vie

Au niveau national, l'indice de niveau de vie vaut 54,4%, ce qui traduit un niveau de vie moyen des ménages. Toutefois, de fortes disparités existent entre les différents pôles. En effet, le niveau de vie est très élevé dans les zones métropolitaine et saharienne qui enregistrent des indices de niveau de vie de 82,7% et 82,6% respectivement. Suivent ensuite le Centre Est (76,9%) et le grand Kanem (75,8%) qui ont également de niveaux de vie élevés. Par contre, les populations des zones sud-Ouest et Sud-Est ont des niveaux de vie faibles. Le Sud-Est et le Sud-Ouest enregistrent respectivement des indices de niveaux de vie de 66,6% et 68,9%.

Pour le pôle Métropolitain, les statistiques de la Capitale N'Djamena permettent de tirer vers le haut le niveau de vie. Dans la Capitale, les revenus sont très importants du fait de la présence des grandes entreprises, des institutions nationales et du fait de la forte population qui stimule l'activité économique. En outre, les régions avoisinantes bénéficient de la forte demande de la capitale.

S'agissant de zones Saharienne, du Centre-Est et du Grand Kanem, le niveau de vie s'explique principalement par les transferts en nature des ONG fortement présentes dans ces régions ainsi que par les transferts des travailleurs originaires installés à N'Djamena, dans les grandes villes et même à l'étranger. Par ailleurs, les populations de ces zones tirent des revenus substantiels issus de l'élevage, qui est le deuxième produit d'exportation, mais également du commerce transfrontalier entre les pays limitrophes (Libye, Nigéria, Soudan) et la zone métropolitaine.

En ce qui concerne les zones Sud-Est et Sud-Ouest, le niveau de vie est acceptable mais plus faible que dans les autres zones en dépit de l'existence des activités d'extraction pétrolière. En effet, les revenus pétroliers profitent essentiellement aux entreprises productrices, au Trésor public et aux travailleurs majoritairement résidant dans la zone métropolitaine même si la zone productrice continue à bénéficier du 5% des revenus pétroliers.

En outre, le déclin du secteur cotonnier lié à la baisse des prix mondiaux, auxquels s'ajoutent la mauvaise gestion de la société Coton Tchad, la fermeture de nombreuses usines d'égrenage, l'exode rural, la diminution des surfaces cultivables ainsi que l'enclavement de certaines zones (qui n'arrivent pas à écouler leur production vers des marchés plus lucratifs dans la zone métropolitaine), sont autant de raisons qui expliquent le retard de ces zones par rapport au reste du pays.

Enfin, il convient de mentionner que les revenus issus de l'agriculture profitent essentiellement aux commerçants de produits vivriers en raison des écarts très élevés entre les prix d'achat à la récolte et les prix sur les marchés dans la zone métropolitaine.

III.2.4. IDHE

Le niveau de développement humain étendu est très faible au niveau national. L'IDHE global n'est que de 38,5%. De même, au niveau des pôles, on constate des faibles niveaux de développement humain avec des disparités inter-régionales faibles.

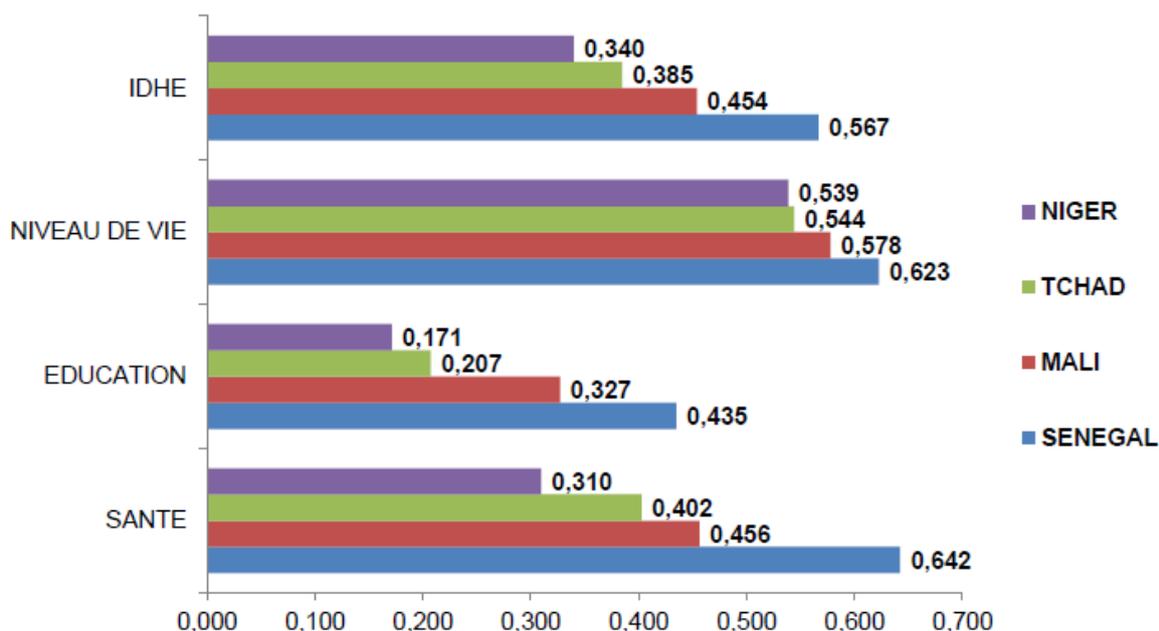
Tout de même, les zones métropolitaine et saharienne arrivent en tête avec des niveaux d'IDHE respectifs de 48,9% et 46,9%. Viennent ensuite les zones Centre-Est et le Grand Kanem avec 46,7% et 46,4%. Enfin, ce sont les zones sud-Ouest et Sud-Est qui ont les plus faibles niveaux de développement humain avec 44,4% et 41,3% respectivement.

Dans l'ensemble des pôles, les indicateurs d'éducation et de santé sont faibles tirant vers le bas l'IDHE, sauf les indicateurs de niveau de vie qui sont supérieurs à 50% dans tous les pôles.

III.3. Analyse comparative

Le graphique 2 met en évidence l'analyse comparative du Tchad avec trois pays du Sahel (Niger, Mali et Sénégal). Il en ressort que le Tchad et le Niger ont des niveaux de développement humain très bas dans la région. Les niveaux des indicateurs y sont les plus faibles pour l'ensemble des trois composantes de l'IDHE à savoir l'éducation, la santé et le niveau de vie. L'écart avec les autres pays est très grand pour les dimensions de l'éducation et de la santé.

Graphique 2 : Tchad et pays Benchmark



Source : Calculs CREG /CREFAT 2018

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'objectif de ce rapport est d'analyser l'IDHE au Tchad afin d'en apprécier le niveau de développement humain qui est une composante importante du dispositif de suivi du Dividende Démographique. À ce titre, le rapport a été organisé autour de trois points essentiels.

Dans un premier temps, une présentation du contexte a permis de décrire l'organisation du système éducatif et sanitaire au Tchad ainsi que le niveau de vie des populations.

En second lieu, une revue de la littérature sur le capital humain a été présentée et a débouché sur la méthodologie des mesures du capital humain à travers l'IDHE. Enfin, une analyse des résultats aussi bien au niveau national qu'au niveau des pôles a été faite.

Les résultats au niveau national ont permis d'apprécier l'IDHE de façon globale ainsi que ses différentes composantes à savoir la santé, l'éducation et le niveau de vie. L'IDHE au niveau national est de 39%, ce qui traduit un faible niveau de développement humain. Cet indicateur est tiré vers le bas par l'indice de l'éducation qui est de 20.7%. L'indice de santé est également faible avec 40.2%. Toutefois, l'indice de niveau de vie (54.4%) est acceptable. À l'échelle des pôles, il ressort que l'IDHE est plus élevé dans les pôles suivants : pôle Métropolitaine (48.9%), zone Saharienne (46.9%), Centre Est (46.7%) et Grand Kanem (46.4%). Dans ces zones, les indices de niveau de vie sont les plus élevés (entre 70% et 85%) alors que les indices de l'éducation y sont très faibles (moins de 20%). À l'inverse, le niveau de vie est moins élevé dans les zones sud-Ouest et Sud-Est tandis que les indices d'éducation y sont plus élevés que dans les autres pôles (un peu plus de 20%).

Les valeurs de l'IDHE pour le Sud-Est et Sud-Ouest sont respectivement de 44,4% et 41,3%.

Au vu des résultats, des recommandations suivantes ont été formulées, à court, moyen et long terme.

A court terme

- Impliquer les leaders d'opinion dans la sensibilisation afin d'améliorer la mise en œuvre des politiques d'éducation, de santé et de niveau de vie des citoyens ;
- Faire le plaidoyer pour la mise en application des lois existantes relatives à l'interdiction de mariage d'enfants afin de réduire les taux d'abandon scolaires ;
- Faire le plaidoyer pour la mise en application des lois existantes relatives à la santé de reproduction afin de réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile et donc d'améliorer l'espérance de vie à la naissance ;

- Créer des centres d'écoute et les cliniques juridiques afin de dénoncer les pratiques liées au mariage des enfants et autres services et de prendre en charge les victimes;
- Respecter les engagements internationaux en matière d'allocation des ressources budgétaires aux secteurs de la santé (15%) et de l'éducation (20%) ;
- Maintenir le dialogue entre les partenaires sociaux.
- Renforcer les capacités des structures éducatives (matériels didactiques et infrastructures de qualité) et sanitaires (personnel, plateau technique) existantes ;
- Sensibiliser les parents pour la scolarisation et le maintien des enfants à l'école et particulièrement des filles ;
- Sensibiliser les populations pour la fréquentation des services de la santé de reproduction ;
- Faire une meilleure répartition spatiale des infrastructures et du personnel dans les secteurs de l'éducation et de la santé ;
- Faire intégrer les lauréats des ENIB pour améliorer la qualité du système éducatif ;
- Repenser la question d'accès à l'éducation formelle des enfants talibés ;
- Continuer de renforcer les capacités, le recyclage et la formation du personnel de la santé pour une meilleure qualité des soins ;
- Renforcer la planification de l'éducation et de la santé pour une meilleure couverture et un meilleur accès ;
- Redynamiser et améliorer les mesures incitatives pour le maintien des agents de l'Etat (primes, logement, transport ...) dans les zones aux conditions de vie difficile ;
- Favoriser l'autonomisation socio-économique des femmes en priorisant le développement des Activités Génératrices de Revenus ;
- Prioriser la mise en œuvre des programmes et projets impliquant l'approche genre ;
- Déployer les agents sociaux (Ministère en charge de l'action sociale) avec des missions précises dans toutes les provinces du pays,
- Mettre en place un système de valorisation des compétences des ressources humaines pour un rendement optimal.

A moyen terme

- Améliorer la protection sociale afin d'accroître le niveau de vie des populations ;

- Donner l'autonomie budgétaire aux collectivités territoriales autonomes dans le domaine éducatif et sanitaire en imposant un système de monitoring et de contrôle régulier ;
- Promouvoir les politiques de croissance inclusive.

A Long terme

- Mettre en œuvre toutes les politiques existantes en matière de santé et éducation ;
- Planifier et mettre à jour les politiques publiques en matière d'éducation et de santé en tenant compte de l'évolution de la structure démographique.

BIBLIOGRAPHIE

BECKER G (1964), Human Capital: theoretical and empirical analysis with special reference to education, University of Chicago Press.

CREG-CREFAT (2018), Manuel de formation sur les dimensions et indicateurs de suivi de l'Observatoire du Dividende Démographique, UNFPA-BM, 154p.

DAPRO, (2016), Annuaire Statistique Scolaire : 2015-2016, Ministère de l'Education Nationale.

Direction de la Statistique et de l'Information Sanitaires (DSIS) (2016), Annuaire des Statistiques Sanitaires, Ministère de la Santé publique, N'Djaména.

Direction des Etudes, des Statistiques et de la Carte Scolaire (DESCS) (2015), Annuaire statistique de l'éducation, Ministère de l'Education Nationale et de la Promotion Civique-UNESCO-AFD-UNICEF, N'Djaména.

INSEED (2016), Enquête Démographique et de la Santé à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) : 2014-2015, Ministère du Plan et de l'Economie.

INSEED (2014-a), Rapport thématique 7 : Scolarisation, Alphabétisation et Niveau d'instruction, Ministère du Plan et de l'Economie, N'Djaména, 137p.

INSEED (2014-b), Troisième Enquête sur la Consommation des ménages et le Secteur Informel au Tchad, « profil de pauvreté au Tchad en 2011 »-Rapport final, Ministère du Plan, de la Coopération Internationale & Banque Mondiale, 143p.

INSEED (2014-c), Troisième Enquête sur la Consommation des ménages et le Secteur Informel au Tchad, « l'emploi au Tchad en 2011 »-Rapport final, Ministère du Plan, de la Coopération Internationale & Banque Mondiale, 103p.

INSEED (2012), Deuxième Recensement Général de la Population et de l'Habitat « résultats globaux et définitifs », Ministère du Plan, de la Coopération Internationale.

MATDHU (2013), Schéma d'Aménagement du Territoire-Tchad.

MINCER (1958), Investment in human capital and personal income distribution, journal of political economic, 66 (4), (August), 281-302.

Ministère de la Santé publique, Plan National de Développement Sanitaire : 2017-2021.

République du Tchad (2017), « La Vision 2030, le Tchad que nous voulons ».

République du Tchad, Plan National de Développement : 2017-2021.

République du Tchad, Politique Nationale de Développement Sanitaire : 2013-2016.

République du Tchad, Loi N°16/PR/2006, portant orientation du système éducatif tchadien.

République du Tchad, Rapport d'Etat sur le Système Educatif National (RESEN), 2014.

SCHULTZ (1961), Investment in Human Capital, the American Economic Review, Vol 51, n°1, PP 1-17.

SEN A (2000), Un nouveau modèle-Développement, justice, Liberté. Editions Odile Jacob, Paris.

SWEDD-Tchad (2016), Rapport sur la mesure du Dividende Démographique du Tchad.

ANNEXES

Annexe 1 : Interprétation des résultats

Interprétation des résultats

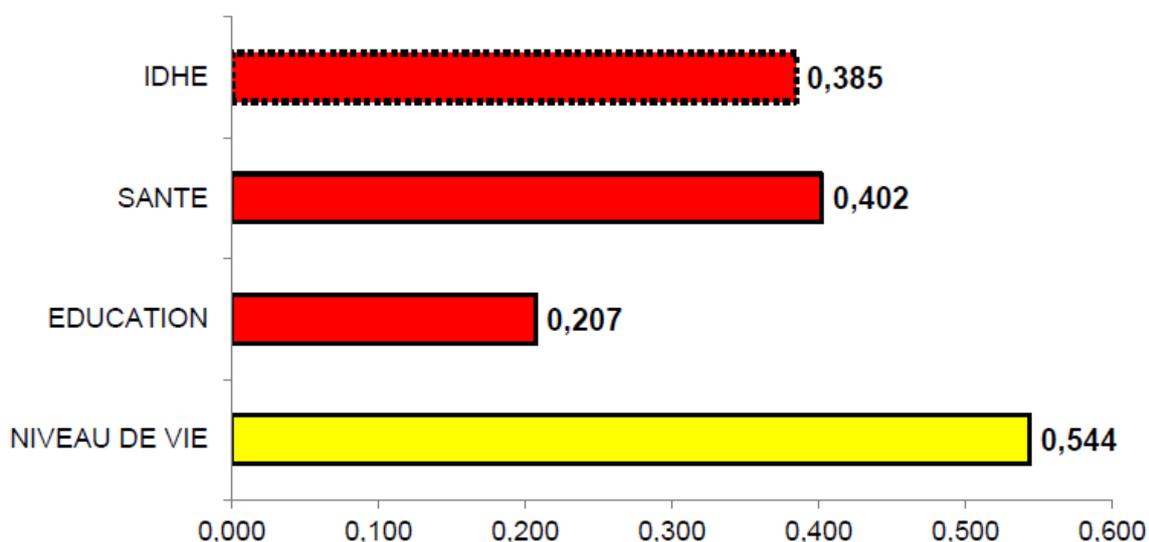
Développement Humain Etendu Elevé (IDHE > 80%)

Développement Humain Etendu Moyen ($50\% \leq \text{IDHE} \leq 80\%$)

Développement Humain Etendu faible (IDHE < 50%)

Source : Calcul CREG/CREFAT, 2018

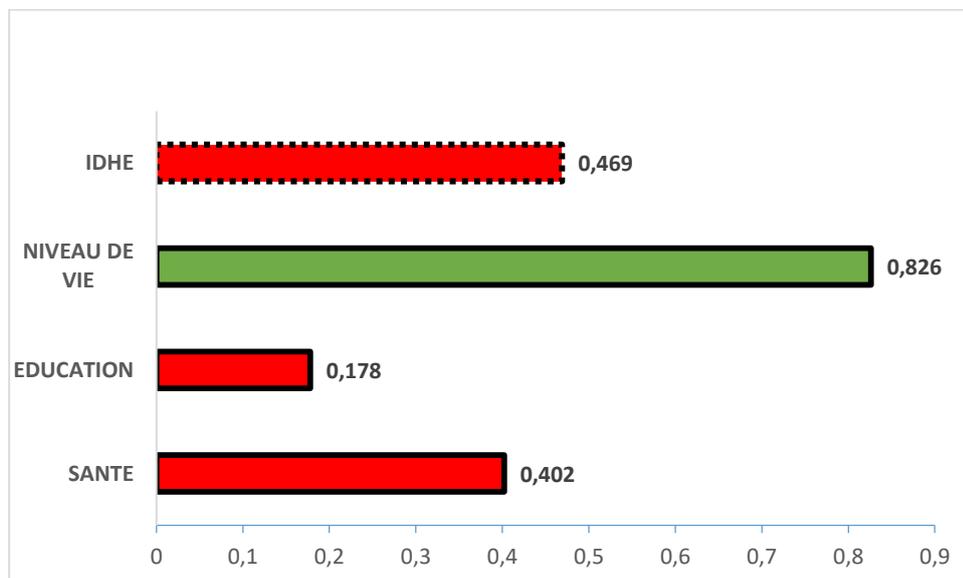
Annexe 2 : IDHE au niveau national



Source : Calcul CREG/CREFAT, 2018

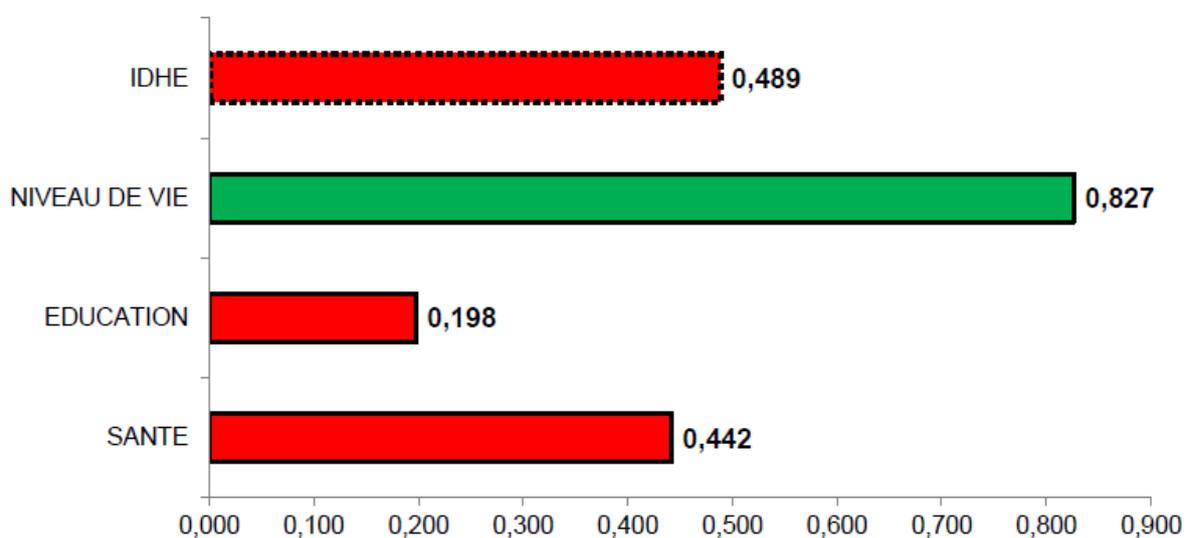
Annexe 3 : IDHE au niveau des pôles

– Zone Saharienne



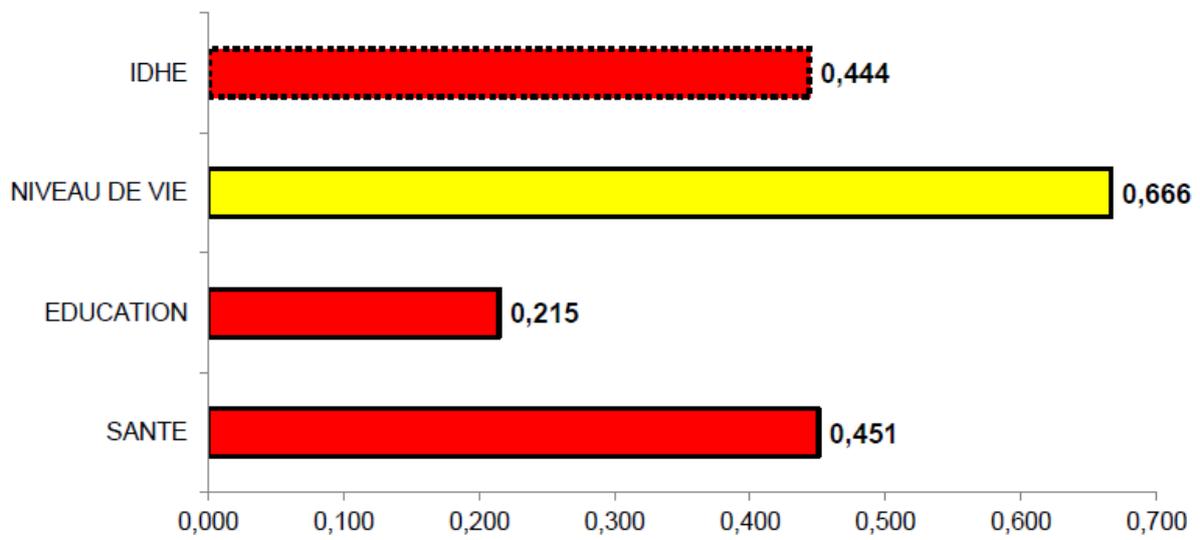
Source : Calcul CREG/CREFAT, 2018

– Zone Métropolitaine



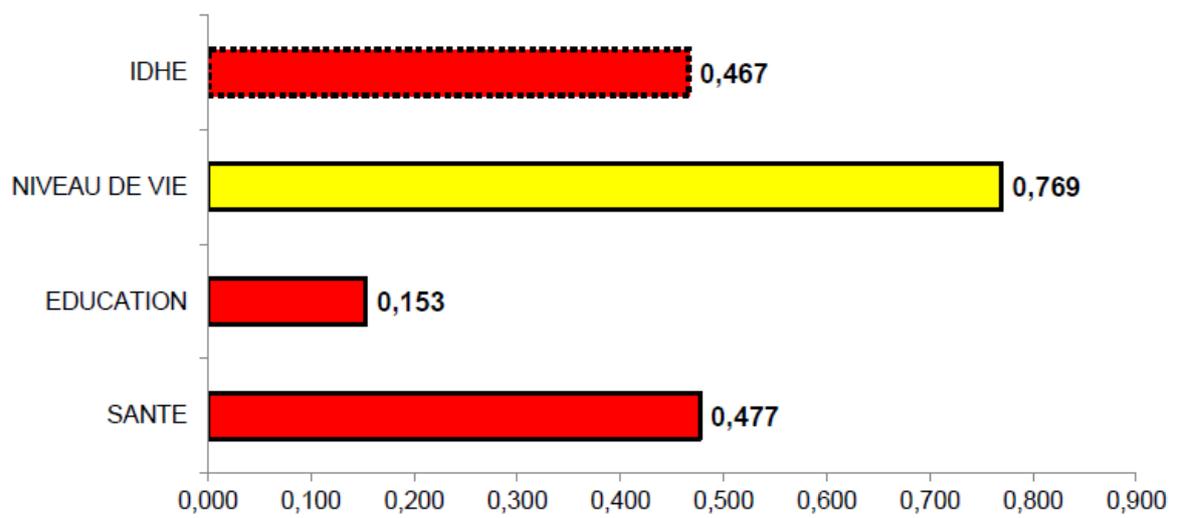
Source : Calcul CREG/CREFAT, 2018

– Zone du Sud-Est



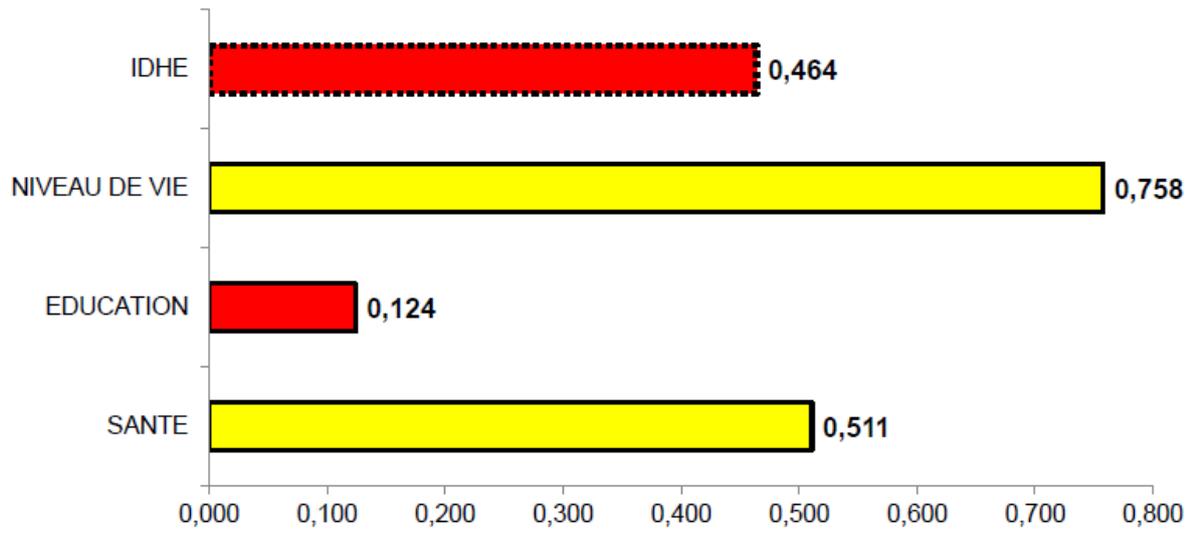
Source : Calcul CREG/CREFAT, 2018

– Zone du Centre-Est



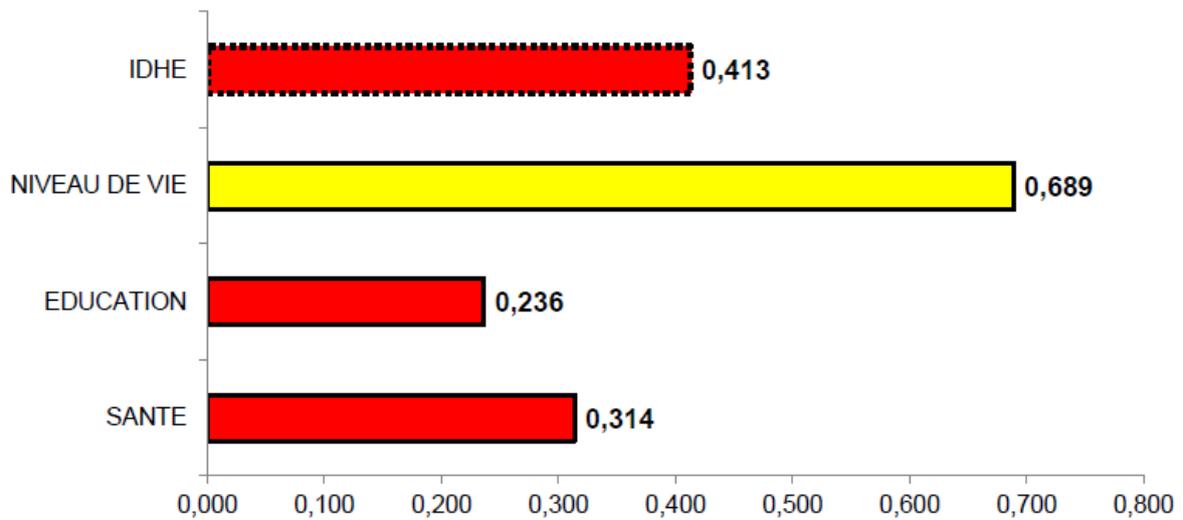
Source : Calcul CREG/CREFAT, 2018

– Zone du Grand-Kanem



Source : Calcul CREG/CREFAT, 2018

– Zone du Sud-Ouest



Source : Calcul CREG/CREFAT, 2018

Annexe 4 : Equipe de rédaction (Atelier de Bongor & Atelier de Mara)

| N ° | NOM ET PRENOMS | INSTITUTIONS |
|-----|---------------------------------|--------------|
| 01 | DAN-NAMNE HANKISSAM | MFPTDS |
| 02 | Mme DIONGOTO SANGNODJI DELPHINE | CELIAF |
| 03 | Dr. DOUZOUNET MALLAYE | MEPD |
| 04 | FADALLAH DJIBRINE AHMAT. | MSP |
| 05 | FATA HOUSSOUBE | MFB |
| 06 | ILDJIMA ABDRAMAN | AN |
| 07 | JAKNONE OUZOUMI | MFB |
| 08 | MBANAISEM KILBAM | MEPD |
| 09 | M'RANGAYE ALLADIN ALYO | MEPC |
| 10 | SADDIKH HASSAN HAGGAR | MEPC |

Annexe 5 : Equipe de Finalisation

| N ° | NOM ET PRENOMS | INSTITUTIONS |
|-----|------------------------|---------------------|
| 01 | ABOUBAKAR ADAM IBRAHIM | ONDD(Coordonnateur) |
| 02 | DOUMKEL NGABA | ONDD |
| 03 | GONSALE FOBA | ONDD |
| 04 | IBRAHIM ABAKAR | ONDD |
| 05 | TOGASRA EVRA | ONDD |

Annexe 6 : Equipe de validation

| NOM ET PRENOMS | INSTITUTION |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| ABOUBAKAR ADAM IBRAHIM | ONDD(Coordonnateur) |
| BOUZABO KEBFENE LEONCE | MEPD |
| BRAHIM ALI RANGA | MFPPEsn |
| DEHAINSALA DOUSWE | INSEED |
| DINGABE BENDOLOUM | MFB |
| DJERABE KELOS | Univ. N'DJaména (FSHS) |
| DJEROH NOEL | MATDHU |
| DJIMASRA NARCISSE | MEPD |
| DJIMSANAN BACRE | Univ. N'DJaména (FSEG) |
| DJIMYABAYE SEWINGAR | SWEDD |
| DJOURBE TAIKI ZEUNE | MEPD (DPDH) |
| DOUMKEL NGABA | ONDD |
| DOUZOUNET MALLAYE | MEPD |
| GADOM DJAL-GADOM | CONSULTANT |
| GASKINE MANASSE DARY(Stagiaire) | ONDD |
| GONSALE FOBA | ONDD |
| GUIPELBE SOBDIBE | MFB |
| HOULE DJONKAMLA | MEPD |
| IBRAHIM ABAKAR IBRAHIM | ONDD |
| KOUMAKOI HAROUN | Univ. N'DJaména (FSHS) |
| MAHAMAT AMINE ALKHALI (Stagiaire) | ONDD |
| MAIDE KOKOYE DARKALLAH | MEPD |
| MATCHOKE TCHOUFENE VOUNKI | UNFPA |
| MBAIHASRA ERIC | MEPD |
| MBAINAISSEM KILBAM | MEPD |
| MOUSSA ALHADJI NAMNON | MFPPEsn |
| MOYALBAYE GOTOMON | INSEED |
| NGARBATEDJIMAL ALEXIS | Univ. N'DJaména (FSHS) |
| NOUBADIGNIM RONELYAMBAYE | INSEED |
| OUALGUE PATRICE | MENPC |
| SERZONNE PATALET | MENPC |
| TOGASRA EVRA | ONDD |
| YAYA MAMADOU | INSEED |
| YOUSSOUF AWARE NEISSA | SWEDD (Coordonnateur National) |
| YOUNOUS ABDOULAYE | Univ. N'DJaména (FSEG) |

TABLE DES MATIERES

| | |
|-----------------------------------------------------------|-----|
| LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES..... | iii |
| SIGLES ET ACRONYMES..... | iv |
| RESUME..... | vi |
| INTRODUCTION..... | 1 |
| I. CONTEXTE..... | 2 |
| I.1. Santé..... | 2 |
| I.1.1. Organisation du système de santé..... | 2 |
| I.1.2. Gouvernance..... | 4 |
| I.1.3. Pilotage du système de santé..... | 5 |
| I.1.4. Formation du personnel de santé..... | 6 |
| I.1.5. Contexte démographique..... | 7 |
| I.1.6. Fécondité..... | 7 |
| I.1.7. Mortalité maternelle..... | 9 |
| I.1.8. Nutrition..... | 9 |
| I.2. Education..... | 10 |
| I.2.1. Structure et organisation du système éducatif..... | 10 |
| I.2.2. Orientation du système..... | 13 |
| I.2.3. Pilotage et Gestion du système..... | 14 |
| I.3. Niveau de vie..... | 16 |
| I.3.1. Caractéristiques Economiques..... | 16 |
| I.3.2. Consommation..... | 17 |
| II. REVUE DE LA LITTERATURE ET METHODOLOGIE..... | 18 |
| II.1. Revue de la littérature..... | 18 |
| II.2. Méthodologie..... | 19 |
| II.2.1 Sources de données..... | 19 |
| II.2.2. Méthode de calcul des indices..... | 20 |
| III. ANALYSE DES RESULTATS..... | 22 |
| III.1. Analyse de l'IDHE à l'échelle nationale..... | 22 |
| III.1.1. Analyse de l'indice de santé..... | 22 |
| III.1.2. Analyse de l'indice de l'éducation..... | 22 |
| III.1.3. Analyse de l'indice de niveau de vie..... | 22 |
| III.1.4. Analyse de l'IDHE..... | 23 |
| III.2. Analyse de l'IDHE par pôle..... | 23 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|------|
| III.2.1. Analyse de l'indice de la santé par pôle | 24 |
| III.2.2. Indice de l'éducation | 24 |
| III.2.3. Indice de niveau de vie | 25 |
| III.2.4. IDHE | 26 |
| III.3. Analyse comparative | 26 |
| CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS..... | 27 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 30 |
| ANNEXES..... | vii |
| Annexe 1 : Interprétation des résultats | vii |
| Annexe 2 : IDHE au niveau national | vii |
| Annexe 3 : IDHE au niveau des pôles | viii |
| Annexe 4 : Equipe de rédaction (Atelier de Bongor & Atelier de Mara)..... | xi |
| Annexe 5 : Equipe de Finalisation | xi |
| Annexe 6 : Equipe de validation | xii |
| TABLE DES MATIERES..... | xiii |